



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PALYATİF BAKIMA
YAKLAŞIMLARI VE PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN
ETKİLİLİĞİ**

Dr. Emre Can TOPÇU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PALYATİF BAKIMA
YAKLAŞIMLARI VE PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN
ETKİLİLİĞİ**

Dr. Emre Can TOPÇU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail KASIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Bizlere özgür bir ortamda bilim yapma şansını veren, ülkemizin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e;

Değerli bilgileriyle tez sürecim boyunca yol gösteren, sadece akademik bilgisi ile değil genel kültürüyle de bana yardımcı olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. İsmail KASIM'a;

Çalışmamın ilk gününden beri yardımcı olan, tecrübesini ve bilgi birikimini vaktini esirgmeden her daim benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Kadriye KAHVECİ'ye

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra sevgi, saygı ve şefkatle yaklaşan başta Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA olmak üzere tüm değerli hocalarıma;

Sadece asistan hekimlik sürecimizi değil, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 salgınında ve ülkemizi derinden etkileyen, canını dişe takıp bu uğurda canını esirgmeden çalışan tüm meslektaşlarıma;

Asistanlık sürecinde aynı duyguları paylaştığımız, aynı şeylere üzülüp aynı şeylere sevindiğimiz başta Furkan GÜNGÖR olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemde en büyük çabayı veren, yeri geldiğinde kendi hayatından ödün vererek beni olduğum kişi yapan canım annem Ayşe TOPÇU ve babam Nihat TOPÇU'ya;

Varlığıyla şanslı hissettiğim, hayatımın tüm sürecinde yanımda olan ve beni destekleyen, aynı zamanda da meslektaşım olan sevgili ağabeyim Yusuf Kadir TOPÇU'ya;

Bana ablalık yapan, üzüntülü günlerimde benimle üzülüp mutlu olduğumda benimle mutlu olan ve aynı zamanda meslektaşım da olan, yengem Büşra TOPÇU'ya;

Varlığıyla huzur veren, sevgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan, zamanımı özel kılan biricik eşim Ece KÜRKLÜ TOPÇU'ya

İçtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Emre Can TOPÇU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
GRAFİK LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı	3
2.2. Palyatif Bakımın Tarihi	3
2.3. Palyatif Bakımın Amacı ve Felsefesi	4
2.4. Palyatif Bakımın Kapsamı	7
2.5. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri	8
2.5.1. Ev Temelli Palyatif Bakım Hizmetleri	9
2.5.2. Toplum Temelli Palyatif Bakım Hizmeti.....	10
2.5.3. Hastane Temelli Palyatif Bakım Hizmeti:	10
2.5.4. Destekevi (Hospis)	11
2.6. Palyatif Bakım İşleyişi	12
2.6.1. Palyatif Bakım Yaklaşımı	12
2.6.2. Özelleşmiş Palyatif Bakım	12
2.6.3. Palyatif Bakım Ekibi	13
2.6.4. Palyatif Bakıma Yönlendirme Kriterleri	14
2.7. Palyatif Bakımın Ülkemizdeki Yasal Durumu	16
2.8. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi	18
2.8.1. Dünyada Palyatif Bakım Eğitimi Örnekleri	20
2.8.2. Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi	22
2.9. Aile Hekimliği ve Palyatif Bakım	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Etik Kurul Onayı	27

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ	27
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	27
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.5. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ.....	28
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇLAR.....	80
7. KAYNAKLAR.....	82
8. ÖZGEÇMİŞ	95
9. EKLER.....	96
EK-1. ANKET FORMLARI.....	96
EK-2. ETİK KURUL ONAYI.....	113
EK-3. TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3).....	117

KISALTMALAR

AHU	: Aile Hekimliği Uzmanlığı
BM	: Birleşmiş Milletler
DNR	: Kardiyopulmoner Canlandırma Uygulanmaması kararı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	: Avrupa Palyatif Bakım Birliği
ECOG	: Doğu kooperatif onkoloji grubu
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
KOM	: Kapsamlı Onkoloji Merkezleri
OTTM	: Onkolojik Tanı ve Tedavi Merkezleri
PB	: Palyatif Bakım
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Yaşamı İleri Derecede Kısıtlayan Hastalıklarla İlgili Genel Belirteçler (49)	15
Tablo 2.2. İhtiyaç temelli yönlendirme kriterleri (49).....	16
Tablo 2.3. Palyatif Bakım Eğitim İçeriği	20
Tablo 2.4. Palyatif Bakım Hizmeti Önündeki Engeller	24
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo 4.2. Palyatif Bakım Durumu ve Son Dönem Hastalığı Olan Yakın için Tercih Durumu	34
Tablo 4.3. Katılımcıların Yakınları İçin Yaşam Sonu Tercihleri	34
Tablo 4.4. Katılımcıların Kendileri İçin Yaşam Sonu Tercihleri.....	35
Tablo 4.5. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	36
Tablo 4.6. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	36
Tablo 4.7. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	37
Tablo 4.8. Palyatif Bakım Üzerine Çalışma.....	37
Tablo 4.9. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	38
Tablo 4.10. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	38

Tablo 4.11. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	39
Tablo 4.12. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	39
Tablo 4.13. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	40
Tablo 4.14. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	40
Tablo 4.15. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Çalışmak İsteyen Katılımcıların Tercihleri n (%)	41
Tablo 4.16. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Testte Palyatif Bakım Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	42
Tablo 4.17. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ön Test Doğru Sayılarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.18. Sosyodemografik Verilere Göre Ön Test Toplam Fikrim Yok Sayıları	51
Tablo 4.19. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Cevap sayıları.....	54
Tablo 4.20. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Palyatif Bakım Tutum, Davranış ve Özyeterlilik Anketine Cevapları.....	56

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. Palyatif Bakım Eğitim Durumu	32
Grafik 4.2. Katılımcıların Palyatif Bakım Eğitim Bilgi Kaynakları	33
Grafik 4.3. Katılımcıların Ön Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	45
Grafik 4.4. Katılımcıların Son Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	46
Grafik 4.5. Katılımcıların 2. Son Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	46

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINA YÖNELİK HAZIRLANAN PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİ VE PALYATİF BAKIMA YAKLAŞIMLARI

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek, bu konuda verilen bilgilendirme eğitiminin etkisi, palyatif bakıma yaklaşımları ile bu konudaki görüşlerini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde eğitim alan aile hekimliği asistanlarına yönelik, alanında uzman kişilere danışılarak ve güncel literatür taranarak oluşturulan materyal ile aile hekimliği asistanları için palyatif bakıma yönelik eğitim düzenlenmiş, eğitime ek olarak sosyodemografik bilgiler, palyatif bakım bilgi düzeyi, palyatif bakıma yaklaşımları içeren anket hazırlanmıştır. Sırasıyla ön test, eğitim, son test ve bir ay sonrasında ikinci son test uygulanmıştır. Çalışmamıza 167 katılımcı katılmış, 17 katılımcı çeşitli nedenlerle elendikten sonra 150 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların ortalama yaşı $31,53 \pm 6,87$ yıl olup, %68'inin (n=102) kadın, %61,3'ünün (n=92) meslek süresi 3 yıldan fazla ve %48,7'inin (n=73) asistanlık yılının 0-1 yıl arasında olduğu, %70,7'sinin aile hekimliği uzmanlığı asistanı (n=106) olduğu, %45,3'ünün (n=68) palyatif bakım hakkında eğitim aldıkları saptandı. Palyatif bakım eğitim kaynakları sorgulandığında %89,7 (n=61) ile asistanlık süreci en çok tercih edilen yanıt olmuştur. Toplam katılımcıların %8'i (n=12) tıp fakültesi eğitimi sırasında palyatif bakıma dair eğitim aldığını ifade etmiştir. Çalışmamızda bilgi sorularına gelen yanıtlar incelendiğinde eğitim sonrası toplam doğru cevap sayısında anlamlı yükselme tespit edildi ($p < 0.05$). Katılımcılara yöneltilen likert tipi ankette ise palyatif bakımla ilgili yaklaşımları belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu palyatif bakımın sağlık hizmetleri sistemine entegre edilmesine, palyatif bakım alanında uzmanlık eğitimi verilmesine, evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım verilmesi gerektiğine ve

palyatif bakım üzerine olan yönetmeliklerin birinci basamağı kapsayacak şekilde geliştirilmesine katıldığını ifade etmiştir. Yine katılımcıların çoğunluğu hastaların kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) hakkına sahip olması gerektiğini düşündüğünü ifade etmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda katılımcıların verdiği cevaplar incelendiğinde; eğitim sonrasında toplam doğru sayıları ile birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak isteyenlerin sayısında anlamlı artış olması eğitim eksikliğinin palyatif bakım hizmet sunumunda önemli bir engel teşkil ettiğini göstermektedir. Palyatif bakım eğitimi tıp fakültesi müfredatına eklenmeli ve hekimlik sürecinde eğitimlerle desteklenmeli ve yönetmelikler birinci basamağı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Aile hekimliği, Yaşam Sonu Bakım, Tıp Eğitimi

ABSTRACT

Introduction and Purpose: This study aims to assess the level of knowledge about palliative care among family medicine residents receiving training at Health Sciences University Ankara Bilkent City Hospital. Additionally, the study seeks to investigate the impact of informational training on palliative care, as well as the approaches and opinions of family medicine residents regarding palliative care.

Materials and Methods: Education on palliative care has been organized for family medicine residents at Ankara Bilkent City Hospital of Health Sciences University. The material, created by consulting with experts in the field and reviewing current literature, is aimed at family medicine residents. In addition to the training, a questionnaire covering sociodemographic information, knowledge level of palliative care, and approaches to palliative care has been prepared. Sequentially, pre-test, training, post-test, and one month later a second post-test were conducted. A total of 167 participants joined our study, and after the exclusion of 17 participants for various reasons, the study was completed with 150 participants.

Findings: In our study, the average age of the participants was 31.53 ± 6.87 years, with 68% (n=102) being female. It was found that 61.3% (n=92) had a professional experience of more than 3 years, 48.7% (n=73) had 0-1 years of residency, 70.7% (n=106) were family medicine specialist residents, and 45.3% (n=68) had received training in palliative care. When questioned about sources of palliative care education, 89.7% (n=61) indicated that the residency period was the most preferred response. Only 8% (n=12) of the total participants stated that they had received education on palliative care during their medical school training.

When examining the responses to knowledge questions in our study, a statistically significant increase in the total number of correct answers was observed after the training ($p < 0.05$).

A Likert-type survey was administered to the participants to determine their attitudes towards palliative care. The majority of participants expressed agreement with the integration of palliative care into the healthcare system, the provision of specialized training in palliative care, training for primary care physicians in palliative care, the necessity of providing palliative care in home health services, and

the development of regulations on palliative care to encompass primary care. Additionally, most participants believed that patients should have the right to do not resuscitate (DNR) in palliative care.

Results: Upon examining the responses provided by the participants in our study, it is evident that there is a significant increase in the total number of correct answers and the number of those expressing a desire to work in palliative care at the primary care level after the training. This indicates that the lack of education poses a significant obstacle to the delivery of palliative care services. Palliative care training should be incorporated into the medical school curriculum, supported by ongoing training throughout the medical profession, and regulations should be formulated to encompass primary care.

Keywords: Palliative Care, Primary Care, End-of-life Care, Medical Education

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam süresi uzadıkça, yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bunun önümüzdeki birkaç on yıl içerisinde 65 yaş üstü tüm insanların çeyreği oranında ikiye katlanması beklenmektedir. Tıp; maternal mortalite kaynaklı, enfeksiyon kaynaklı, kaza kaynaklı, kanser ve kardiyovasküler kaynaklı ölümleri azaltmış olsa da multimorbidite, demans, organ yetmezliği ve kanser gibi durumlarda ölüm oranları ve bakım ihtiyaçları oldukça yüksektir. Bu durumlar palyatif bakıma duyulan ihtiyacı arttırmıştır (1).

Palyatif bakım (PB); yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi ile yaşam kalitelerini arttıran bir yaklaşımdır.

Palyatif bakım hizmeti, önceki yıllarda hastalığı ile ilgili tedavi şansı tükenen, yapılacak tedavi yöntemi kalmayan terminal dönemdeki özellikle kanser hastaları için uygulanan bir bakım hizmeti iken; artık yaşamı tehdit eden veya sınırlayan hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanması gereken bir hizmet şeklini almıştır.

Bu süreçte aile hekimleri 1. basamak sağlık hizmetlerinin gerekliliği olarak hasta ve hasta yakınları ile ilk teması kuran ve müdahaleyi yapan sağlık çalışanları oldukları için palyatif bakım hizmetlerinin kapsamalarını bilmelidirler (2). Buna ek olarak; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 yılında palyatif bakımı; sağlık hizmetleri sürekliliğinin temel bir unsuru olarak diğer sağlık hizmetleri ile entegre etmek gerektiğini ve evde bakım hizmetleri ile palyatif bakım hizmetlerinin entegrasyonunu sağlamak amacıyla; “Evde sağlık ekibinin ve birinci basamak hekimlerinin palyatif bakım eğitimi almasının gerekliliğini” vurgulamıştır (3). Ayrıca yapılan çalışmalarda palyatif bakım eğitiminin tıp fakültelerinde verilse bile yeterli düzeyde verilmediğinden ve eğitimin standart olmayan bir yaklaşımla verildiğinden dolayı endişeler duyulduğu belirtilmektedir (4).

Ülkemizde başlatılan Palya-Türk projesi ile palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu proje kapsamında birinci basamak palyatif bakım hizmetleri ön planda olup aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri tarafından yürütülmesi ve temel palyatif bakım ihtiyaçlarının büyük kısmının hastaneye başvurmaya gerek kalmadan çözülmesi planlanmaktadır.

Çalışmamızın amacı Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan aile hekimliği asistanlarının palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek, yaklaşımları ile görüşlerini araştırmak; bu konuda düzenlenen bilgilendirme eğitiminin etkisi ile uzun vadede ilgili yönetmeliklerin eksikliklerini araştırmaktır. Çalışmaya yönelik güncel eğitim faaliyeti planlanmış olup, eğitim öncesi ve sonrası ile eğitimden 1 ay sonraki veriler ışığında aile hekimlerinin palyatif bakıma dair bilgilerinin ölçülmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif kelimesi Latince ‘de “örtmek” anlamına gelen “palliare” kelimesinden köken alır (5). Palyatif bakım; hayatı tehdit eden hastalıklarla alakalı zorluk yaşayan hastaların (erişkin ve çocuk) ve ailelerinin hayat kalitesini arttıran bir yaklaşım olmakla beraber yaşam kısıtlayıcı sağlık sorunları olan erişkin veya çocukların karşılaştığı herhangi bir -fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi- sıkıntının önlenmesi ve giderilmesidir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ye göre palyatif bakım; sağlık çalışanları ve sağlık sistemleri için gerek ağrı giderme gerek fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesi açısından etik sorumluluktur (7).

Palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımla hasta, aile ve toplumu kapsayarak gerek evde gerek hastanede bakım verilen hastanın ihtiyaçlarını karşılar. Hastalığın herhangi bir döneminde, gerekirse hastalık modifiye edici tedavilerle birlikte sunulabilir (8). Hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarına yönelik mümkün olduğu kadar erken zamanda, hayat kalitesini, saygınlığı ve konforu gözetilerek; hasta ve aile merkezli, sadece hastalık döneminde değil yas sürecinde de hasta ve ailesini yoksulluğun açabileceği finansal zorluklardan da koruyarak, sağlık sistemin her basamağında ve toplumsal katılım teşvik edilerek sunulmalıdır (9). Palyatif bakım yaşamı ve ölümü hayatın normal bir gidişatı olarak karşılar. Ölümü hızlandırmaz ve geciktirmez. Ölüme kadar mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamaya çalışır (10,11) .

2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

Modern anlamda palyatif bakımın temelleri, 1967 yılında Cicely Saunders tarafından İngiltere’de terminal dönem hastalar için St. Christopher’s Hospis ’in kurulmasıyla atılmıştır (12). 1970li yıllara gelindiğinde ise Kanada’da Dr. Balfour Mount palyatif bakım terimini ortaya atmış ve takiben Kanada ile Almanya’da ilk palyatif bakım merkezleri kurulmuştur (13,14) .

1986 yılında DSÖ tarafından tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama olarak tanımlanan palyatif bakımın, 2002 yılına gelindiğinde hastalığın erken döneminde başlamasının önemi anlaşılmış; 2009 yılından itibaren ise yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlar ile ortaya koyulması gerektiği vurgulanmıştır (15).

Ülkemizde ise 1993 yılında Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan “Kanser Bakımevi” ile hastalara modern anlamda palyatif bakım verilebilecek ilk tesis açılmış; takiben 2010 yılında Türkiye Kanser Kontrol Programı altında, değişen ülke demografilerine paralel olarak artan ihtiyaca yönelik; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ortak çalışmasıyla Palya-Türk projesi başlatılmıştır (16).

Palya-Türk projesinin esas amacı birinci basamak sağlık hizmetlerine dayanmakta olup ana ekipler aile hekimleri ile evde sağlık hizmetleri (ESH) olarak saptanmıştır. Toplum Temelli palyatif bakım modeli öncelikli olup; aile hekimlerinin eğitim ve entegrasyon çalışmalarının tamamlanması da hedeflenmektedir (17).

2.3. PALYATİF BAKIMIN AMACI VE FELSEFESİ

İnsanoğlu daha önce herhangi bir dönemde yaşlı nüfus oranının bu kadar yüksek olduğu bir dönem geçirmemiştir. Önümüzdeki yıllarda bu nüfusun iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (1). Birleşmiş Milletler (BM) ’nin 2022 yılında yayımladığı “Dünya Nüfusu Beklentileri 2022” (World Population Prospects 2022) raporuna göre 2022 yılında 771 milyon kişi olan 65 yaş üstü nüfusun 2050 yılına gelindiğinde 1,6 milyar kişiye ulaşması beklenmektedir (18).

Türkiye’de ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında yayımlanan rapora göre 2016 yılında yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve yaş üstü nüfus 6 milyon 651 bin 503 kişi iken; yaşlı nüfus 2021 yılında %24 artış göstererek 8 milyon 245 bin 124 kişi olmuştur (19).

Yaşlı nüfus oranı arttıkça; toplumun demografik yapısı da değişerek bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların prevalansının artma riski gelişir. Palyatif bakım bu kronik hastalıkların ilk tanısından itibaren, hasta ve ailesini merkeze alarak olabilecek en üst yaşam kalitesini sağlamayı amaçlar (6). Ölümü doğal bir süreç

olarak algılayan palyatif bakım; hasta bakımının psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini fiziksel bakıma bütünleştirerek hastaların son ana kadar aktif bir yaşam sürmesini desteklemeye çalışır. Uluslararası yaklaşımlar farklılık gösterse de; palyatif bakım felsefesinde aşağıdaki ilkeler temel değerlerdir (10):

- Otonomi
- Saygınlık
- Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasındaki ilişki
- Yaşam kalitesi
- Yaşam ile ölüm arasındaki pozisyon
- İletişim
- Halk eğitimi
- Multidisipliner yaklaşım
- Yas Dönemi

Otonomi:

Palyatif bakımda; her birey teklifi, özel olması ile diğer bireylerden ayrılır. Bu duruma ve kişinin özel olmasına saygı duyulur. Bakım yalnızca aile ve yakınları kabul etmeye hazır olduklarında verilir. İdeal olarak hasta kendi karar verebilme gücünü korumalı, kendi karar verme gücü ile koruyucu bakım arasında denge kurulabilmelidir. Birçok ülkede bu durum kültürel faktörlerden etkilenmektedir (10).

Saygınlık:

Palyatif bakım; hasta ve bakım verenlerin kişisel, kültürel ve dini değerleri gözetilerek; yasalara uygun şekilde saygılı, açık ve hassas bir şekilde gerçekleştirilmelidir (10,20).

Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasındaki ilişki:

Palyatif bakım personeli bakım ve hastalıkla başa çıkmada önemli yardımcıları olan hasta ve ailesi ile işbirlikçi bir ilişki sağlamalıdır. Palyatif bakım, hastalığa ve yol açtığı güçlüklerle değil; sağlığı ve iyi oluşu destekleyen faktörler ile hastaların yetkinliklerine odaklanır (20).

Yaşam Kalitesi:

Palyatif bakımın ana hedefi; olabilecek en üst yaşam kalitesine ulaşmak, desteklemek ve sağlamaktır. Palyatif bakımda genelgeçer bir tedavi olmadığı bilinmeli ve tedavi ile bakım hedeflerinin bireyselliği unutulmamalıdır. Hastaya ve ailesine biyopsikososyal ve spiritüel olarak bütüncül bir açıdan yaklaşılmalıdır (20).

Yaşam ile Ölüm arasındaki pozisyon:

Palyatif bakım, ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder. Ölümü erteleme amacı gütmeyen, yaşam kalitesini olabilecek en üst düzeyde tutarak beklentiler ile güncel performans durumu arasındaki farkı gözeterek hastanın bireysel bakımını gerçekleştirir (10). Ötenazi ve desteklenmiş intihar palyatif bakımda söz konusu olmamalıdır (21).

İletişim:

Kaliteli palyatif bakımda iyi iletişim yeteneği vazgeçilmezdir. Bu noktada; iletişim yalnızca hasta ile palyatif bakımı arasındaki iletişim değil, hasta yakınlarının hasta ile ve diğer yakınları ile palyatif bakımın tüm elemanları arasındaki iletişimi kapsar.

Memnuniyetsizlikler ve şikayetlerinin genellikle etkisiz iletişim nedeniyle olduğu göz ardı edilmemeli, etkili iletişimin hasta bakımını geliştirdiği unutulmamalıdır (22).

Halk Eğitimi:

Palyatif bakımda halka yönelik eğitimler düzenlenerek; toplum bilincinin artırılarak koruyucu sağlık hizmetlerinin pekiştirilmesi ve ölüm ile, karşılaşılacak yas ve kayıp sürecine katlanmak kolaylaştırılabilir (10).

Multiprofesyonel ve İnterdisipliner Yaklaşım:

Ekip yaklaşımı palyatif bakımın merkezinde yer alır. Palyatif bakım belirli bir meslek veya alandan belirli bir kişi tarafından yönetile bile; özelleşmiş palyatif bakım söz konusu olduğunda multidisipliner bir yaklaşımla sunulmalıdır (10,20). Söz konusu yaklaşım; gerek hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını daha iyi saptamak gerek

ise akut dönemde sağlık giderlerini ve harcanan vakti azaltarak hem sağlık sistemine hem de hasta ve yakınlarına avantaj sağlar (23).

Yas Dönemi ve Kayıp:

Palyatif bakım hasta yakınları ve bakım verenlerini hastalık ve bakım sürecinde destekleyerek; kayba hazırlar ve kayıp döneminde de onlara destek olur (10). Yas sürecinde destek palyatif bakımın en önemli komponentlerindendir (22).

2.4. PALYATİF BAKIMIN KAPSAMI

Dünya sağlık örgütüne göre dünya çapında ölümlerin %74'ü bulaşıcı olmayan hastalıklardan meydana gelirken; Türkiye'de ise ölümlerin %90'ı bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı olmaktadır. Dünya çapında ve Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların yol açtığı ölümlerin önde gelen sebepleri ise kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ile diyabettir (24).

Palyatif bakım; önceden belirlenmiş kısıtlı medikal tanılara değil, yaşamı kısıtlayan veya tehdit eden herhangi bir hastalıkta sunulabilmelidir (25). Bu hastalıklara örnek olarak kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, son dönem böbrek yetmezliği, son dönem karaciğer hastalığı, nörolojik hastalıklar (serebrovasküler olay), motor nöron hastalıkları (multiple sklerozis, amniyotrofik lateral sklerozis), geriatric sendromlar (demans, Parkinson hastalığı), travma sonrası durum, immün yetmezlik sendromları gibi birçok hastalık örnek verilebilir.

Palyatif bakımda hastaların fiziksel, psikolojik, duygusal ve manevi bakım ihtiyaçları mevcuttur.

Fiziksel bakım ihtiyaçları:

- Ağrı
- Solunum problemleri
- Gastrointestinal yakınmalar
- Deliryum
- Yara, ülser, deri döküntüleri ve lezyonları
- Yorgunluk

- Anoreksiya
- Anemi
- Uyku Bozuklukları

Olarak sınıflandırılabilir.

Psikolojik, duygusal ve manevi bakım ihtiyaçları ise:

- Psikolojik sıkıntılar (Umutsuzluk, başkasına yük olma, özsaygı kaybı, ölme isteği)
- Anksiyete
- Ailenin ruhsal ihtiyaçları ve varoluşsal sıkıntılar
- Aile/bakım verenler için yas desteği

Olarak sınıflandırılabilir (26).

Palyatif bakım temel olarak bu ihtiyaçları ele alarak fiziksel semptomları ve diğer ihtiyaçları gidermeye çalışır.

2014 yılında geliştirilen papyon modeli ile palyatif bakıma geleneksel modellerden farklı olarak sadece ölüm değil hayatta kalma olasılığı ve rehabilitasyon süreci de eklenmiş; böylelikle kronik hastalık tanısı alan hastaların palyatif bakım sürecini kabullenmesi kolaylaştırdığı düşünülmektedir (27).

2.5. Palyatif Bakım Hizmet Modelleri

Palyatif bakım hizmet modelleri dünya çapında farklı uygulamalara sahiptir. Ülkelerin sahip olduğu çeşitli faktörler nedeniyle (sosyodemografik, siyasi yapı, sağlık sistemi, ekonomik parametreler gibi) ortak standartlar oluşturulamamışsa da 2010 ve 2016 yıllarında Avrupa Palyatif Bakım Birliği (EAPC) ve DSÖ tarafından yayımlanan palyatif bakım planlama ve uygulama rehberleri yol gösterici konumdadır (6,10).

Yayımlanan bu rehberlere göre; palyatif bakım hizmetleri temel olarak:

- Ev temelli
- Toplum Temelli
- Hastane Temelli

- Destekevi (Hospis)

Şeklinde 4 ana başlıkta incelenebilir (6).

2.5.1. Ev Temelli Palyatif Bakım Hizmetleri

Ev temelli palyatif bakım hizmetleri kronik, hayatı tehdit edici ve kısıtlayıcı hastalığı olan hastalara yaşadıkları yerde bakım sağlar (6).Yapılan çalışmalarda ev temelli palyatif bakım hizmetinin hastaların memnuniyetini arttırdığı, sağlık giderlerini azaltarak 30 gün içerisinde hastaneye yeniden başvuruyu azalttığı tespit edilmiştir (10).Buna ek olarak ev temelli palyatif bakım hizmetlerinde ailenin bakıma entegrasyonu sağlanarak, bakıma ulaşım kolaylaştırılır. Ayrıca topluma palyatif bakım hakkında farkındalık kazandırılabilir (28).

Dünya Sağlık Örgütü rehberine göre ev temelli palyatif bakım ekibi, en az bir tam zamanlı hemşire ve bir yarı zamanlı doktor içermelidir (6). Bu personellere uygun eğitimin verilmesi, kaliteli palyatif bakım açısından şarttır. Eğitim sadece personeller ile kısıtlı kalmayıp; hastaya bakım veren kişilere de eğitim verilmesi hastanın bakımını kolaylaştıracaktır.

Ev temelli palyatif bakım hizmetlerinde genellikle kademeli yaklaşım hizmeti sunulur (10).Palyatif bakım ekibi hastanın yaşayabileceği çeşitli sorunlara yönelik tavsiye ve mentorluk hizmeti verir. Pratisyen hekimler ve aile hekimleri ile koopere şekilde direkt bakım hizmeti sağlamakla beraber bazı kompleks vakalarda hasta bakımını direkt olarak üstlenebilir (28).

Ev temelli palyatif bakım hizmetlerine ek olarak; gezici palyatif bakım hizmetleri de hastaların evde palyatif bakıma ulaşabilmesinde kolaylık sağlar (6). Gezici palyatif bakım hizmetleri diğer modellere göre daha yeni bir model olup gün geçtikçe gelişmektedir (10). Yapılan bir çalışmaya göre akciğer kanseri hastalarında taburculuk sonrası palyatif bakım hizmetlerinin hastane başvurularında azalma, yaşam kalitesinde artma ve uzamış sağkalım ile ilgili olduğu görülmüştür (28). Ek olarak gezici palyatif bakım hizmetleri aileler ve sağlık çalışanları için hastaneye nakil, uzun süreler hastanede bekleme, hasta takibinin daha kolay olması ve bakımın daha iyi verilmesi gibi çeşitli durumlardan dolayı caziptir (29).

Ev temelli palyatif bakım hizmetlerinin kendine has dezavantajları da bulunmaktadır. Bunların başında palyatif bakımın gerektirdiği multidisipliner yaklaşıma ulaşmakta zorluk, güvenlik problemleri, hastaları ziyaret esnasında kullanılacak araç ve tıbbi ile sarf malzemelerinin temininde zorluk gelir (10).

2.5.2. Toplum Temelli Palyatif Bakım Hizmeti

Toplum temelli palyatif bakım hizmeti; toplum sağlığı merkezlerinde veya toplumsal katılım gösterilen sağlık merkezleri tarafından sunulur (6). Toplumsal katılım ihtiyaçların değerlendirilmesini, planlamasını, hizmetin uygulanmasını, kaynakların teminini ve yönetim ile sunulan hizmetin değerlendirilmesini kapsar (30).

Toplum temelli palyatif bakım hizmetleri tipik olarak hem sağlık çalışanı profesyonelleri hem de toplum sağlığı çalışanları veya gönüllüleri ile sağlanır (6). Ekipte çalışan doktor ve hemşireler toplum sağlığı merkezlerinde çalışıp, ihtiyaç duyulduğunda hasta ziyaretlerinde bulunarak veya hasta ve bakım verenler ile telefon aracılığıyla iletişim kurabilir. Basit bakımlar gönüllüler ve toplum sağlığı çalışanları tarafından sağlanabilir (30).

Toplum temelli palyatif bakım hizmetleri sunulurken, ekibin toplum sağlığı merkezi çalışanlarına aşırı yük yüklemeyecek şekilde; toplumsal dayanışmanın yüksek olduğu bölgelerde yine toplum gönüllülerinin de desteği ile sunulması gerekir (6). Yapılan bir çalışmada toplum temelli palyatif bakımın eğitimli hemşire ile uygulanmasının, hastaneye yatış oranını azalttığı, dört aylık sağ kalım oranını yükselttiği ancak hayat kalitesi ve semptom yönetimi açısından bir fark yaratmadığı tespit edilmiştir (31). Dezavantajları arasında yine multidisipliner takıma ulaşmada zorluk başta gelmektedir (6,32).

2.5.3. Hastane Temelli Palyatif Bakım Hizmeti:

Hastane temelli palyatif bakım hizmeti genel olarak:

- Yataklı palyatif bakım üniteleri
- Palyatif bakım ünitesi konsültasyon ekipleri
- Palyatif bakım poliklinikleri

- Günübirlik palyatif bakım üniteleri

Olmak üzere 4 ana başlıkta incelenebilir (6,10).

Yataklı palyatif bakım üniteleri, kompleks ihtiyaca sahip olan hastaların palyatif bakım ihtiyacını karşılamak üzere özelleşmiş ve eğitilmiş personel tarafından palyatif bakımın sunulduğu birimlerdir (10). Bazı ülkelerde hastane temelli palyatif bakım üniteleri kompleks semptom ve problemleri olan hastalara yönelikken bazı ülkelerde ise yaşam sonu bakım verilen üniteler şeklindedir (10).

Palyatif bakım ünitesi konsültasyon ekipleri, hastane içerisinde bulunan ve palyatif bakım ihtiyacı olan palyatif bakım ünitesi dışındaki yatan hastalara hizmet verir (6).Gerektiğinde bakım verenlere ve diğer kliniklerde çalışan profesyonellere de eğitim vererek palyatif bakım hizmetinin devamlılığını sağlarlar. Yapılan bir çalışmada, palyatif bakım konsültasyonlarının ailelerin bakım algısı üzerinde pozitif etkisi olduğu saptanmıştır (33).

Palyatif bakım poliklinikleri kaynakların kısıtlı olduğu ülkelerde hasta konsültasyonu avantajı ile düşük maliyetli palyatif bakım sağlar (28). Buna ek olarak hasta takiplerinin hızlıca yapılmasını, hastanın artan veya değişen bakım ihtiyaçları saptayarak gereksiz hastaneye yatış oranında düşme sağlarlar (34). Ancak hastaların mobil olması şarttır (10).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre günübirlik palyatif bakım üniteleri semptomların tedavisi, parasentez, yara bakımı gibi uzun sürebilecek uygulamalar ile bakım verenlerin eğitimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için palyatif bakım polikliniklerine eklenebilir (6). Ancak çoğu ülkede yalnız fiziksel bakım değil; çeşitli aktiviteler aracılığıyla sosyal ve psikolojik bakım da verilir. Örneğin Belçika'da bulunan merkezlerde aromaterapi, manikür, masaj gibi fiziksel bakımlar ile boyama, heykel yapımı gibi yaratıcı aktiviteler veya bahçivanlık, sinema gibi dış mekân aktiviteleri de bulunur (35).

2.5.4. Destekevi (Hospis)

Destekevi ya da hospis, hayatlarının son döneminde ancak hastanede tedavisi gerekli olmayan ve evde veya bakımevinde bakımı mümkün olmayan hastaların bakımının verildiği yerdir (10). Hastalar destekevinde yatılı olarak konaklayabilir

veya kendi evlerinde de kalabilir ancak muayene, bakım, rehabilitasyon ve çeşitli sosyal aktiviteler için gün içinde desteğine gelir (6). Semptom yönetimi ile duygusal ve manevi bakım desteği bakımının temel yaklaşımlarından olup ve hastanın yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkilidir (36).

2.6. PALYATİF BAKIM İŞLEYİŞİ

Palyatif bakım hizmeti etkin iş birliğiyle birlikte; iletişim, koordinasyon, semptom yönetimi, bakımın sürekliliği, sosyal aktiviteler, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakım ile yürütülen bir hizmettir (37). Palyatif bakım, farklı seviyelerde sunulabilse de en azından 2 seviye; genel palyatif bakım yaklaşımı ve özelleşmiş palyatif bakım hizmeti olarak sunulabilmesi gerekir (10). Aradaki temel fark özel yetişmiş eleman ve multidisipliner palyatif bakım ekibidir (38).

2.6.1. Palyatif Bakım Yaklaşımı

Palyatif bakım yaklaşımı palyatif bakım metotlarının ve uygulamalarının palyatif bakım hizmetleri dışı sistemlere entegrasyonudur. Bu yaklaşımla palyatif bakım prensipleri ve felsefesine uygun olarak sadece semptom kontrolü değil, bakım verenlerle ve hasta ile iletişim, karar verme gibi konularda hastaya yardımcı olmak amaçlanır (10).

Palyatif bakım yaklaşımına ek olarak genel palyatif bakım; esas olarak birinci basamak sağlık çalışanları, onkologlar ve geriatri uzmanları gibi temel işi palyatif bakım olmayan ancak palyatif bakımda sıklıkla görev alan kişiler tarafından sunulur (22).

2.6.2. Özelleşmiş Palyatif Bakım

Hayatı kısıtlayıcı veya tehdit edici hastalıklara sahip ve karmaşık sorunları olan hastalar özelleşmiş palyatif bakıma ihtiyaç duyar (10). Bu yüzden özelleşmiş palyatif bakım eğitim ile kazanılan iletişim, etik, danışma ve tıbbi konularda spesifik bilgi, yetenek ve tutum gerektirir (20).

İlerleyici ve tedavi edilemez hastalığa sahip hastalar, hastalıklarıyla ilgili semptomlar ve bu semptomların aileleri ile bakım verenlerin üzerindeki etkilerini saptayabilecek özelleşmiş palyatif bakım hizmetine erişebilmelidir (10).

Özelleşmiş palyatif bakım, multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç duyar. Ekip yaklaşımında liderlik, iş birliği, koordinasyon ve farklı disiplinler ve servislerin etkili entegrasyonu gereklidir (39).

2.6.3. Palyatif Bakım Ekibi

Özellikle hastane temelli olmayan, özelleşmemiş palyatif bakım hizmet modellerinde, mevcut sağlık personeli ile basit bakımlar ile genel palyatif bakım yaklaşımı uygulanabilir. Ancak özelleşmiş hastane temelli palyatif bakım hizmet modelinin başarılı bir şekilde sunulabilmesi için, multidisipliner bir ekip ile sunulması şarttır (10). Özelleşmiş, hastane temelli palyatif bakım hizmetinde:

- Doktor
- Hemşire
- Fizyoterapist
- Psikolog/Psikiyatrist
- Manevi Bakım Görevlisi
- Lenfödem uzmanı
- Diyetisyenler
- Eczacı
- Sosyal hizmetler uzmanı
- Gönüllüler

Gibi birçok kişi bulunmalıdır (22).

Özelleşmiş, hastane temelli palyatif bakım hizmet modelinde çekirdek ekipte özel eğitim almış doktorlar ve hemşireler esas olmakla beraber en azından psikologlar, sosyal hizmetler uzmanları ve fizyoterapistler bulunmalıdır (10). Ekibin diğer üyelerinden gerektiği zaman konsültasyon hizmeti alınabilir.

2.6.4. Palyatif Bakıma Yönlendirme Kriterleri

Palyatif bakım hizmetlerinin erken sunulması, acil servise başvuru sayısını azaltıp hastaneye yatış oranlarını düşürmektedir (40,41). Bunun yanında hastanın hayat kalitesinde artmaya yol açarak depresyonu azaltmakta ve sağkalımı uzatmaktadır (42). Aynı zamanda sağlık giderlerinin düşürülmesinde de etkili rol oynamaktadır (43).

Genel olarak palyatif bakıma yönlendirme kriterleri hastalık veya prognoz temelli, ihtiyaç temelli olmak üzere iki ana gruba ayrılır (44).

Prognoz temelli yönlendirme; 2000li yıllarda palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara yönelik, “Bu hastanın önümüzdeki on iki ay içerisinde hayatını kaybetmesi beni şaşırtır mı?” sorusunun hekimler tarafından yanıtlanmasıyla başlamıştır (45). Ancak bu soru özellikle yaşam beklentisi 6-18 ay arasında olan hastaların değerlendirilmesinde zayıf kalmıştır (46,47). Bu soruya ek olarak “Bu hastanın önümüzdeki on iki ay içerisinde sağ kalması beni şaşırtır mı?” sorusu bu seçim sürecinde de faydalıdır (48). Ancak yine de palyatif bakıma yönlendirmek için temel olarak tek bir soru yeterli değildir. Hayatı ileri derecede kısıtlayan veya son dönem hastalık genellikle hastanın altı ile on iki aylık sağkalım tahminine göre tanımlanır (44). Bu tahmine ek olarak yukarıdaki sorularla birlikte hastanın genel durumu, tekrarlayan hastane başvuruları, hipoalbüminemi gibi hayatı ileri derecede kısıtlayan hastalıklarla ilgili çeşitli genel (herhangi bir hastalığa spesifik olmayan) belirteçler de kullanılarak hasta palyatif bakıma yönlendirilebilir (48). Yaşamı ileri derecede kısıtlayan hastalıklarla ilgili genel belirteçler Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Yaşamı İleri Derecede Kısıtlayan Hastalıklarla İlgili Genel Belirteçler (49)

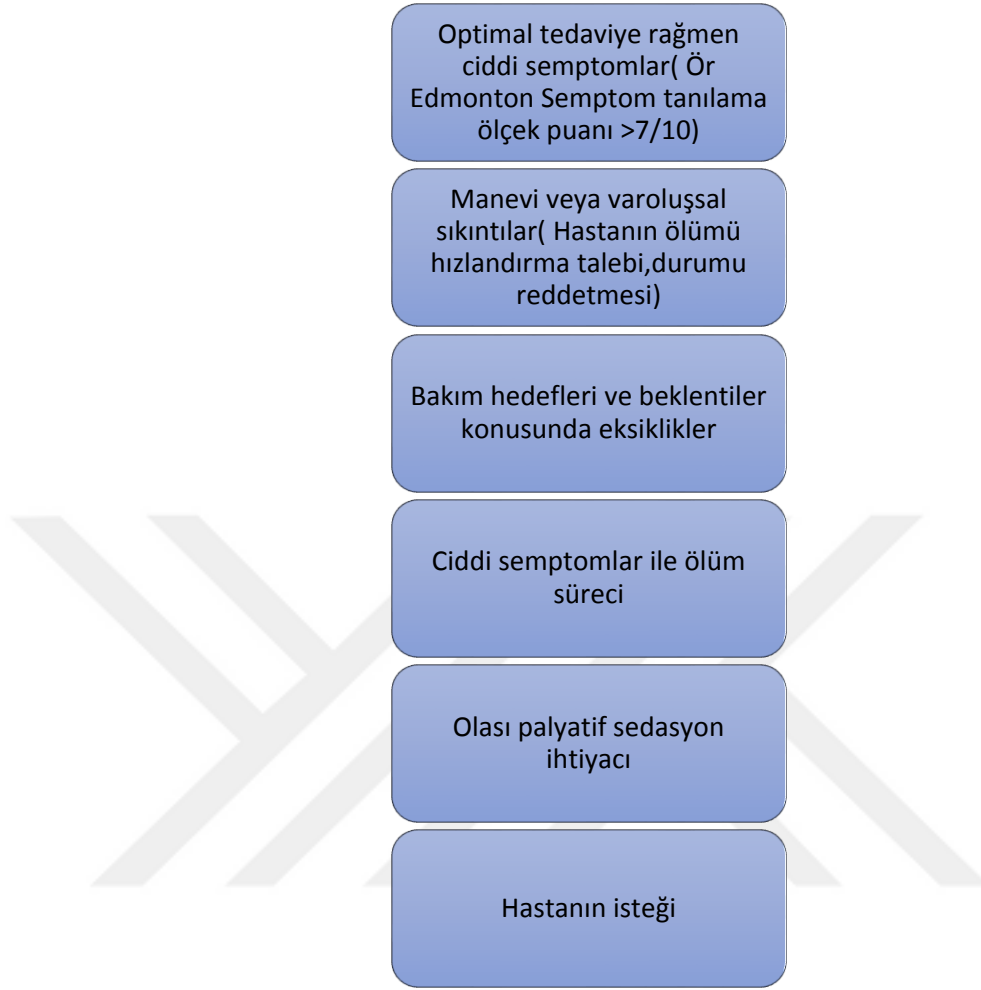
Bu hastanın önümüzdeki on iki ay içerisinde hayatını kaybetmesi beni şaşırtır mı?
Bu hastanın önümüzdeki on iki ay içerisinde sağ kalması beni şaşırtır mı?
Son 3-6 ayda fonksiyonel durumda bozulma
Son 6 ay içerisinde aynı sebepten dolayı >1 hastane başvurusu
Son 6 ay içerisinde >%10 istemsiz kilo kaybı/ Albumin <2.5 g/dl
Ani ve ciddi beyin hasarı (örneğin kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası global iskemi)
Yoğun bakım ünitesine yatış endikasyonu olmayan çoklu organ yetmezliği
Cerrahi yoğun bakım ünitesinde gerçekleşen kardiyak arrest
10 gün ve daha uzun süre hastane yatışı sonrası yoğun bakıma yatırılma

Literatürde, palyatif bakım ölümün birincil sebeplerine kısıtlı değil, kronik hastalıklardan kaynaklanan tüm majör ölüm sebeplerine yöneliktir (30,44,50). Örneğin ileri kalp yetmezliğinde palyatif bakıma yönlendirme kriterleri optimal kardiyovasküler terapiye rağmen dinlenme anında tipik semptomların görülmesidir (51,52). İleri solunum yetmezliğinde palyatif bakıma yönlendirme zamanı oksijen tedavisine rağmen dinlenme anında dispne olmasıdır (53-55). İleri demans ve nörodejeneratif hastalıklarda görülen beslenme bozukluğu, rekürren enfeksiyonlar ve ileri düzeyde basınç ülserleridir (56,57) .

İhtiyaç temelli yönlendirme dendiğinde hayatı tehdit eden hastalıklarla alakalı zorluk yaşayan hastalara, hastalığın herhangi bir döneminde gerektiğinde hastalık modifiye edici tedavilerle birlikte palyatif bakım verilmesi anlaşılmalıdır (8). Hastanın karşılaştığı fiziksel, sosyal, duygusal veya manevi kökenli kompleks ve yoğun semptomlar ve bunların yol açtığı ihtiyaçlar söz konusu olabilir (58,59). Bu ihtiyaçları saptamak ve ihtiyaç temelli yönlendirme kriterlerinin belirlenmesi üzerine farklı skalalar geliştirilmiştir (60).

İhtiyaç temelli yönlendirme kriterleri Tablo 2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 2.2. İhtiyaç temelli yönlendirme kriterleri (49)



Bu kriterlere ek olarak palyatif bakıma; yeni tanı koyulmuş yaşamı kısıtlayıcı hastalıkların semptom kontrolü ve hasta/aile desteği, kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) uygulamasının yasal olduğu ülkelerde DNR kararı ile ilgili aile ve hasta arasındaki çatışmalar, Karnofsky performans skalasının <50 veya ECOG skalasının >3 olması, Folstein mini mental skorunun <20 olması gibi hastalığa ve duruma özgü yönlendirme kriterleri uygulanabilir (61).

2.7. Palyatif Bakımın Ülkemizdeki Yasal Durumu

Ülkemizde geleneksel kalabalık, ataerkil aile yapısı ve insan kaynaklarındaki eksiklikler nedeniyle palyatif bakım ihtiyacının uzun süre gündeme gelmediği düşünülmektedir. 2010 yılında Palya-Türk isimli projenin hazırlanmasıyla ülkemize uygun palyatif bakım modeli geliştirilmeye başlanmış olup; taslak yönerge ilgili

bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarına iletilmiştir (17). Ancak Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayımlanmıştır (62). Yönergenin amacı palyatif bakım merkezlerinin kurularak, işleyişinin, fiziki şartlarının, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standartlarını belirleyerek kişilerin yaşam kalitesini geliştirmektir.

Ulusal kanser kontrol planına göre dört basamaktan oluşan palyatif bakım hizmet modeli ülkemiz için planlanmıştır. Birinci basamak merkezlerde, aile hekimleri ve ESH hekim ve hemşireleri sivil toplum örgütleri, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları ile bütünleşmiş bir hizmet sunulması planlanmıştır (17). Nitekim 2015 yılında yayımlanan yönergeye göre, palyatif bakım hizmetlerinin yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve ESH tarafından yürütülmesi uygun görülmüştür (62).

İkinci ve üçüncü basamak merkezlerde kapsamlı onkoloji merkezleri (KOM) ve onkolojik tanı ve tedavi merkezleri (OTTM) kurulması planlanarak 15-20 yataklı, ev atmosferi sağlanan merkezlerde multidisipliner bir yaklaşımla palyatif bakım hizmetinin sunulması planlanmıştır (17). Yine 2015 yılında yayımlanan yönergeye göre palyatif bakım merkezlerinin sahip olması gereken fiziki şartlar ve asgari donanımlar şu şekildedir:

- Girişim ve muayene odası
- Ekip odası
- Çok amaçlı salon/alan
- Meşguliyet odası
- Yeterli sayıda lavabo, banyo
- Her hasta için ayrı medikal gaz ve vakum içeren hasta başı paneli
- Temel monitörizasyon ekipmanları ile acil durum müdahalelerinin sağlanabileceği şartlar

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergeye göre palyatif bakım hizmetinin kapsamı; muayene, tetkik, tıbbi bakım, rehabilitasyon, psikososyal destek ve değerlendirme, ağrı yönetimi, beslenme

desteği, tıbbi cihaz ve malzemelere ilişkin raporların düzenlenmesi ve aile hekimi ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması şeklindedir (62).

Yönergeye göre, palyatif bakım hizmetlerine başvuru hastaların kendisi, aile bireyleri, aile hekimleri veya hastanın takip ve tedavisini yapan hekim tarafından gerçekleştirilebilir. Sağlık tesislerine gelemeyecek durumdaki hastalar ise buldukları ortamda ESH tarafından ziyaret edilebilir olup, palyatif bakım merkezinde görevlendirilen personel görev sorumlulukları, bilgi ve uyum amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulacaktır (62).

Ulusal kanser kontrol planında dördüncü basamak olarak düzenlenmesi planlanan hospis (destekevi, şefkatevi, umutevi, sevgievi) merkezler ise sağlık bakanlığı ve üniversiteler tarafından medikal tedaviye yanıt vermeyen, son dönem hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev atmosferine sahip merkezler olarak öngörölmüştür (17). Ancak Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede bu merkezler ile ilgili madde yoktur (62).

2.8. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM EĞİTİMİ

Palyatif bakım alanında eğitim (yaşam sonu bakım, hospis bakımı, palyatif tıp, destek servisleri gibi) özellikle sosyoekonomik düzeyi yüksek ölkelerde 1970'li ve 1980'li yıllarda başlamıştır (63). Günümüze kadar olan yaklaşık 20 yıllık süreçte palyatif bakım eğitim programları gerek toplumsal gerek sağlık profesyonelleri açısından geliştirilmiş olsa da palyatif bakım alanında eğitimli personel ihtiyacı, giderek artan kronik hastalık prevalansı nedeniyle her geçen gün artmaktadır (11,64). Bununla birlikte DSÖ ve Amerikan Klinik Onkoloji Derneği gibi kuruluşlar erken palyatif bakım entegrasyonunu önermektedir (11,65). Bu durum da artan kronik hastalıkların yanında palyatif bakım alanında olan eğitimli personel ihtiyacını arttırmaktadır (66).

Uygun eğitim hastaların ve ailelerinin palyatif bakımı ilgilendiren, özel ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gerekli olan tıbbi bilgi ve yetenekler ile davranışları kazanmak açısından gereklidir (67). DSÖ palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonu ile halk sağlığı yaklaşımına öncülük etmiştir (68). Bu yaklaşım başlangıçta üç temel ölçüt ile kanser ağrısının halk sağlığı değerlerine

uygun olarak giderilmesine odaklı olup bunlar; halk ve profesyoneller için eğitim, ilaçların bulunabilirliğini arttıracak ve bu iki ölçütü desteklemek için politika üretilmesidir (69).

Palyatif bakım hizmetlerine ulaşımında olan çeşitli engeller arasında hasta ve ailesinin korkuları, hizmet hakkındaki yanlış ve eksik bilgileri de önemli bir yer tutmakta olup; bu sebepten dolayı palyatif bakım hizmetlerinden tam olarak yararlanılamamaktadır. Sağlık okuryazarlığının palyatif bakım hizmetleri açısından da geliştirilmesi, bu durumun aşılmasında faydalı olacaktır (70). Nitekim Kozlov vd. (2018) yaptığı çalışmada palyatif bakım hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmak ile ilgili hizmetten faydalanma arasında pozitif korelasyon olduğu tespit etmişlerdir. (71)

Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakım hizmetlerinde çalışacak sağlık profesyonellerinin primer (genel palyatif bakım yaklaşımı), sekonder ve tersiyer (palyatif bakım uzmanlığı seviyesinde) olmak üzere üç aşamalı eğitimi önermektedir (72). Bununla birlikte Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'ne göre ülkeler sadece palyatif bakım hizmetlerine ulaşım ile sorumlu değil aynı zamanda sağlık çalışanlarının uygun eğitimi almasından da sorumludur (73). DSÖ aynı zamanda üye ülkelerin sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatında palyatif bakım hizmetlerine yer verilmesinin önemini vurgulamaktadır (63). DSÖ'nün önerilerine ek olarak, tıp ve hemşirelik öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada palyatif bakım eğitiminin standart tıp eğitimine erken ve devamlı olarak eklenmesinin iş alakalı memnuniyeti arttırarak palyatif bakım hizmetlerini olumlu yönde etkilediği ve öğrenciler tarafından gerek kişisel gerek ise mesleki gelişim için eğitim müfredatında yer alması gerektiği düşünülmektedir (72). Bütün bu nedenlerle gerek DSÖ gerek ise palyatif bakım ile ilgili çeşitli kuruluşlar palyatif bakım hizmetlerine yönelik eğitim için çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bu önerilerin temelinde; palyatif bakım hizmetleri prensiplerinin belirlenmesi, kısa, orta ve uzun vadeli hedefler, ihtiyaçların tespiti, palyatif bakım hizmetlerinin seviyelendirilmesi, eğitim için hedeflerin belirlenmesi, eğitimin elemanları (akademiler, liderler, klinisyenler, politikacılar), eğitim materyalleri, eğitim müfredatları ve içerikleri, maddi destek ve toplumsal katılım bulunmaktadır (63).

Genel olarak DSÖ tarafından önerilen palyatif bakım hizmetlerine yönelik eğitimler kısa (0-2 yıl), orta (2-5 yıl) ve uzun (>5 yıl) vadeli olarak planlanmalıdır. Kısa vadede öncelik ulusal planın oluşturulması, palyatif bakım hakkında farkındalık oluşturulması, servislerin planlanması için toplantılar düzenlenmesi, basit ve kısa süreli kurslar ile palyatif bakım hizmetlerinin tanıtılmasıdır. Bu süreçte hedef politikacıların, klinik liderlerin (palyatif bakım hizmetleri konusunda tecrübeli ve farklı alanlardan- onkoloji, birinci basamak, geriatri, anesteziyoloji gibi-), süreci yönetecek yöneticilerin saptanmasını ve eğitimini kapsayarak; palyatif bakım hizmetleri politikasını geliştirmektir. Orta ve uzun vade planlar ise; ara palyatif bakım hizmetlerine yönelik eğitimlerin düzenlenmesini, palyatif bakım konusunda akademik kadro oluşturarak tüm profesyonellerin gerek mezuniyet öncesi gerek mezuniyet sonrası eğitimlerinin düzenlenerek akademik araştırmalar ile palyatif bakım hizmetlerinin tüm seviyelerinin kapsamını içerir (63). DSÖ'ye ek olarak 2000 yılında tıp fakültesi öğrencileri için geliştirilen “Palyatif Bakım Eğitim Değerlendirme Ölçeği” palyatif bakıma dair tıp fakültesi müfredatında yer alması gerekli konulara ışık tutarak tıp fakültesi müfredatlarının geliştirilmesi hedefini gütmektedir. Palyatif bakım eğitim değerlendirme ölçeğine göre palyatif bakım eğitim içeriği 7 ana başlığa ayrılır (74).

Palyatif bakım eğitim içeriği Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Palyatif Bakım Eğitim İçeriği

I-Palyatif Bakım

II-Ağrı

III-Nöropsikolojik Semptomlar

IV-Diğer Semptomlar

V-Etik Değerler ve Yasalar

VI- Hasta/Aile/Bakım verenlerin yaşam sonu bakış açıları

VII-Klinik İletişim Yetenekleri

2.8.1. Dünyada Palyatif Bakım Eğitimi Örnekleri

Doktor ve hemşireler palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda ana rolleri oynar (75). Bu sebepten doktor ve hemşirelerin gerek kişisel gerek ise profesyonel anlamda eğitilmiş olmaları gerekmektedir (76-78).

Palyatif bakım eğitimi uygulamaları dünyada farklılıklar göstermektedir. Ancak bunun yanında palyatif bakım ilkeleri, semptom yönetimi gibi önemli konularda ortak noktalar da bulunmaktadır.

Birleşik Krallık'ta tıp fakültesi eğitiminin üçüncü yılında 8 haftalık palyatif bakım eğitimi modülü bulunmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri 3 farklı hospiste ev temelli palyatif bakım hizmetleri de dahil olmak üzere palyatif bakım hizmetleri hakkında gerek yatak başı eğitimler gerek ise teorik eğitimler alır. Bu eğitimlere ek olarak palyatif bakım hizmetlerinin multidisipliner yapısıyla uyumlu bir şekilde; palyatif bakım hizmetlerinde uzmanlaşmış doktor, hemşire, fizyoterapist, yas danışmanı ile çalışma şansını yakalar (79). Mezuniyet sonrasında ise en az 6 yıllık bir eğitimden geçerek, palyatif bakım alanında uzmanlaşma imkânı mevcuttur (80).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise tıp fakültesi eğitiminin 3. Yılında 6 haftalık aile hekimliği rotasyonunda öğrenciler ev temelli palyatif bakım hizmeti de dahil olmak üzere; multidisipliner palyatif bakım hizmeti sağlayan profesyonel ekibin bir parçası olarak hastalara bakım sunar ve özellikle iletişim yetenekleri başta olmak üzere çeşitli teorik ve pratik eğitimler alırlar (79). Mezuniyet sonrası ise; anesteziyoloji, aile hekimliği, iç hastalıkları, pediatri ve bir çok branşta alınan uzmanlık eğitiminden sonra en az 1 yıllık palyatif bakım yan dal eğitim programı sonrası palyatif bakım alanında uzmanlaşma imkanı mevcuttur (81).

Almanya'da ülkedeki artan palyatif bakım ihtiyacı gözetilerek 2013 yılında palyatif bakım tıp fakültesi müfredatında yerini almış ve genellikle tıp fakültesinin son yılı olan pratik yılında gerek hasta başında gerek ise teorik eğitimlerle desteklenmiş bir palyatif bakım eğitimi bulunmaktadır (82).

Ermenistan'da ise bağımsız bir mezuniyet öncesi ve sonrası palyatif bakım eğitimi olmamakla beraber; palyatif bakıma daha çok ilgili alanlarda -onkoloji, etik gibi- yer verilmektedir. Palyatif bakım ile ilgili eğitimler daha çok kötü haber verme, hastalıklarla ilgili konular ve ağrı yönetimi ile sınırlıdır. Bu zorluklara ek olarak; sağlık okuryazarlığının palyatif bakım hakkında düşük olması, yaygın opiofobi, ve opioid kullanımının kısıtlı olması gibi sıkıntılar yaşanmaktadır (83).

Hindistan'da dünya üzerinde yaşayan palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların toplamda 1/6'sı yaşamakta ve bunların sadece %1'i palyatif bakım

hizmetlerine ulaşabilmesine rağmen; palyatif bakım hizmetleri mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatında yer almamakta ve onkolog, pratisyen hekim veya anesteziyoloji gibi palyatif bakımla ilgili alanların da palyatif bakım hizmetlerine yönelik eğitimine yönelik herhangi bir teşvik yoktur. Ülkede bulunan az sayıda palyatif bakım profesyoneli, “Pallium India” isimli kuruluş veya diğer afiliye merkezlerden, Hindistan Palyatif Bakım Derneği’nden veya uzaktan eğitim ile farklı üniversitelerden eğitim almıştır (84).

2.8.2. Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi

Türkiye’de 2009 yılında ulusal kanser kontrol planı devreye girmesine rağmen, palyatif bakıma yönelik mezuniyet öncesi herhangi bir eğitim düzenlenmemektedir (85). 2019 yılı itibariyle Türkiye’de toplam 98 tıp fakültesinden 1’inde palyatif bakım eğitimi verilmekte, 138 hemşirelik okulunun ise hiçbirinde palyatif bakım eğitimi müfredatta yer almamaktadır (86). Mezuniyet sonrası palyatif bakım alanında uzmanlık eğitimi de mevcut değildir (87). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından ve palyatif bakım ünitelerine sahip üniversiteler tarafından ilgili birimlerde palyatif bakım hizmetlerine yönelik hizmet içi eğitim mevcut olup içeriği bilinmemektedir. 2014 yılında hemşirelere yönelik “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı” başlatılmış olup gerek teorik gerek pratik konularda standardize eğitim verilmesi amaçlanmıştır (88).

2.9. AİLE HEKİMLİĞİ VE PALYATİF BAKIM

Sahip olunan hastalık -ister tedavi edilebilir ister tedavi edilemez- nedeniyle duyulan herhangi bir ağrının veya semptomun -gerek fiziksel gerek manevi-giderilmeye çalışılması sağlık çalışanlarının ve sağlık sisteminin etik sorumluluğudur (7). Dünya çapında yaklaşık 40 milyon kişinin terminal dönem hastalık sahibi olduğu tahmin edilmekte ve milyonlarca kronik hastalık sahibi kişinin palyatif bakım ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Ancak özellikle düşük orta gelirli ülkelerde palyatif bakıma ulaşım konusunda büyük sıkıntılar yaşanmaktadır. Düşük orta gelirli ülkelerde yaşayan ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların erişkinlerde %86 oranında, çocuklarda ise %98 oranında palyatif bakım hizmetine ulaşamadığı tespit edilmiştir (89). Hayatı kısıtlayan veya tehdit edici hastalıkların çoğu temel palyatif

bakım eğitimi almış birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından sağlanabilecek pahalı olmayan, güvenilir ve etkili ilaçlar ile giderilebilir (90).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile palyatif bakım genel ilkelerine bakıldığında birbiriyle sıkı ilişkiye sahiptir (3). DSÖ'ye göre eşitlik, dayanışma, sosyal adalet, sağlık hizmetlerine ulaşım, sorumluluğun çeşitli disiplinler arasında paylaşılması ve toplumsal katılım gibi prensipler hem palyatif bakımın hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortak prensiplerindedir (91).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığı eğitimine bakıldığında bu eğitim ile, tüm yaşam boyunca, hasta ve hastalık ayırt etmeksizin, koordinasyonu gözeterek, kolay ulaşılabilme amacı güdüldüğü gözlemlenebilir. Tıpta Uzmanlık Kurumu (TUK) tarafından oluşturulan müfredatta da müfredatın amaçları arasında sağlık sistemi basamakları arasında koordinasyonu sağlayarak bireyin olabilecek tüm bakım ihtiyaçlarının giderilmesi amacı gibi birçok amaç palyatif bakımı da kapsamaktadır. Aynı müfredatta yeterlilikler kısmı incelendiğinde palyatif bakımda da karşılaşılabilecek semptomlar, kötü haber verebilme, psikiyatrik değerlendirme, bireyin sağlık kararlarına katılımını sağlama, ölmekte olan hasta ve ailesiyle iletişim ile sağlık danışmanlığı konularında aile hekimliği uzmanının yeterlilik taşıması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu noktada aile hekimliği ile palyatif bakım arasındaki ortak noktalar çoğunluktadır. Müfredatta yer alan rotasyon hedeflerine bakıldığında ise, 4 ay İç Hastalıkları, 4 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1 ay Acil Tıp, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay Deri ve Zührevi Hastalıkları, 1 ay Kardiyoloji, 1 ay Genel Cerrahi, Nöroloji veya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniklerinde rotasyon hedefleri olduğu izlenmektedir. Bu klinikler arasında palyatif bakım hizmeti sunan klinikler olabilmekle beraber, genel olarak bu durum hastaneden hastaneye değişmektedir. Sonuç olarak; Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı müfredatında yer alan rotasyonlar arasında palyatif bakım servisine yapılan herhangi bir vurgu yoktur (92).

Hastanemiz Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nin erişkin palyatif bakım servisi bulunmaktadır. Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nde görev yapmakta olan AHU eğitim programındaki asistanlar ESH'de 3 ay süre ile görevlendirme yoluyla hizmet verdiği dönemde bu

serviste de rotasyon ile çalışmaktadır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi bu rotasyon eğitim müfredatında yer almamakla beraber, hastanemizde eğitim alan AHU asistanların genel palyatif bakıma yaklaşımı öğrendiği yerdir.

Palyatif bakım hizmetlerinin önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Bu engeller palyatif bakım hizmetinin yanlış anlaşılmasıyla birlikte çeşitli yasal bariyerleri de içerebilir. Toplumsal yapıya bağlı olabilir. Yaygın bazı engeller Tablo 2.4'te verilmiştir (90).

Tablo 2.4. Palyatif Bakım Hizmeti Önündeki Engeller

Palyatif Bakım Hizmeti Önündeki Engeller
<ul style="list-style-type: none">• Palyatif bakım hizmetinin sadece ölmekte olan hastaya yönelik olduğunun düşünülmesi• Ağrıya, diğer fiziksel ve psikolojik, sosyal, manevi semptomların hastada açtığı sıkıntıların giderilebilir olduğunun bilinmemesi• Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politikalarda eksiklik• Palyatif bakım eğitiminde yaşanan eksiklikler• Opioid kullanımı hakkında aşırı korku• Türkiye gibi toplumlarda aile büyüklerine bakım verme geleneği, toplumsal baskılar

Palyatif bakım hizmetlerinin önündeki bu engeller, birinci basamak sağlık hizmetlerinin palyatif bakım ile entegrasyonu ile aşılabılır. Yapılan çeşitli çalışmalarda çoğu insanın hayatlarının son döneminde evlerinde bulunmayı tercih edeceği tespit edilmiştir (93,94). Giderek artan palyatif bakım ihtiyacı, yeterli sayıda uzman ve tesis bulunmaması gibi faktörler de göz önüne alınacak olursa birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu yapan sağlık personeli palyatif bakım hizmetleri eğitimi, güvenilir, etkili ve pahalı olmayan ilaçlar ile çoğu hastanın palyatif bakım hizmet ihtiyacını karşılayabilir, gerekli durumlarda özelleşmiş palyatif bakım ünitelerine etkili bir şekilde yönlendirmeyi sağlayabilir (90). Bu entegrasyon

ile hastaların hastaneye yatış oranları azalabilir, hasta ve yakınlarının sağlık hizmetleri sunumundan memnun kalma oranları artabilir (41).

Yaşlanan dünya nüfusu ve giderek artan kronik hastalıklar düşünüldüğünde, palyatif bakım ihtiyacının giderek artacağı öngörülebilir. Özelleşmiş palyatif bakım hizmetlerinin sunumu; artan kronik hastalıklar, eğitilmiş personel eksikliği gibi nedenlerle eşgüdümlü şekilde eksik kalabileceğinden; palyatif bakım hizmetinin uygulanabilirliği için aile hekimlerinin önemi giderek artacaktır (95) Bunlara ek olarak, aile hekimleri kronik hastalıkların tanısından itibaren hasta ve ailesiyle temasta olup, değişen ve artan ihtiyaçları saptayabilme, hastayı gereksiz ve rahatsız edici tetkik ile tedaviden koruyabilme gücüne sahiptir (96). Bu süreçte de hastaların ihtiyaçlarını değerlendirip palyatif bakım hizmetinden erken dönemde yararlanmalarını sağlayarak hastaların ve ailelerin yaşam kalitesinin artmasında oldukça önemli bir rol oynarlar.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin palyatif bakım hizmetine entegrasyonunda önemli bir araç da evde sağlık hizmetleridir. DSÖ tarafından “bakıma muhtaç bireylere evlerinde sunulan sağlık ve sosyal destek hizmeti” olarak tanımlanabilir. Evde sağlık hizmetleri ülkemiz tarihinde 15.yy’dan beri uygulanmakta olup; 1961 yılında yasal olarak modern anlamda ilk adım atılarak yıllar içerisinde geliştirilerek 2015 ve 2023 yılında Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır (97). Bu yönetmelikte, palyatif bakım hizmetlerine paralel olarak multidisipliner bir ekip ile, gerektiğinde farklı branşlardan uzman hekimlerin konsültasyon hizmeti ile hizmet sunulması düzenlenmiştir. Bunların yanında; hizmet içi eğitim, aile bireylerinin bilgilendirilmesi ve gerçekleştirilen hizmetlerin aile hekimine bildirilmesi gibi görevler belirlenmiştir (98). Bu görev tanımlamalarının palyatif bakım hizmetini de kolaylaştıracağı açıktır.

Evde bakım hizmetleri ile özelleşmiş mobil palyatif bakım hizmetlerinin sunumunun hastaların ve bakım verenlerin bakım tatminini, bakımın kalitesini arttırdığını gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (99). Evde bakım hizmetlerinin bütün bunlara ek olarak maliyet etkin bir çözüm olduğu unutulmamalıdır (100).

Palyatif bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyonunda göz ardı edilmemesi gereken bir gerçek de yetersiz personel nedeniyle gerek hekim gerek ise diğer sağlık profesyonellerinin iş yükünün artmasıdır. Unutulmamalıdır ki; entegrasyon süreciyle elde edilen yüksek memnuniyet düzeyi ile azalmış hospitalizasyon oranları sağlık sisteminde giderlerin azalmasına yol açacaktır (41). Bu yüzden ilave sağlık profesyonellerinin istihdamı sağlık giderlerinin azalmasına yol açabilir (89).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Çalışmaya, 26.04.2023 tarihli Ankara Şehir Hastanesi 1 no'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı E1-23-353 nolu (Ek-2) onayı sonrası başlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Çalışmamız; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde eğitim almakta olan tam zamanlı aile hekimliği asistanları ile sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanlarının palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyini düzenlenen eğitimin öncesinde, hemen sonrasında ve bir ay sonrasında değerlendirilmesi, bununla beraber tutum ve davranışlarının saptanması ile eğitimin etkililiğinin tespit edilmesi ve uzun vadede ilgili yönetmeliklerde eksiklik olup olmadığının araştırılması amacıyla planlanmış; müdahaleli ve prospektif bir araştırmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde Aile Hekimliği Kliniği'nde asistanlık eğitimi alan ve palyatif bakım eğitimine katılım gösteren asistan hekimlere Haziran 2023 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında sırasıyla ön test, eğitim, son test ve eğitim tarihinden bir ay sonra yapılan ikinci son test şeklinde; ön test, eğitim ve son test yüz yüze şekilde anket formu şeklinde; ikinci son test kendi kendine doldurulan ve çevrimiçi bir bağlantı ile ulaştırılan anket formu (Ek-1) şeklinde elde edildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreni; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde asistan olarak görev yapmakta olan hekimlerdir. Çalışmamıza ise toplamda 167 katılımcı katılmış olup, 17 katılımcı çeşitli nedenlerle elenmiştir. Toplam 150 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

3.5. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ

Verilerimiz, palyatif bakım hakkında eğitimden önce, sonra ve 1 ay sonra olmak üzere anket yolu ile elde edilmiştir. Teorik eğitim materyali ve anketimiz hastanemiz Anestezi ve Reanimasyon Kliniği'nde görev yapan ve palyatif bakım servis sorumlusu Prof. Dr. Kadriye Kahveci'nin ve Aile Hekimliği Kliniği'nde görev yapmakta olan Doç.Dr. İsmail Kasım'ın desteği ile güncel literatürden ve uluslararası palyatif bakım dernek ve cemiyetleri ile DSÖ yayınlarından yararlanılarak sunum şeklinde hazırlanmıştır. Eğitim materyali teorik eğitime yönelik olup; palyatif bakımın tarihçesini, temel ilkelerini, felsefesini, işleyişini, birinci basamak sağlık hizmetleri perspektifinden palyatif bakımı, palyatif bakım modellerini ve ülkemizdeki yasal durumunu içermektedir. Eğitim materyaline istek halinde yazardan e-posta ile (emretopcu50@gmail.com) ulaşılabilir.

Anketimiz ise 3 kısımdan oluşmakta olup; ilk kısımda sosyodemografik özellikleri, ikinci kısımda palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri, üçüncü kısım ise palyatif bakım hakkında görüş ifadeleri, tutumları ve davranışları içeren likert tipte anket sorularını barındırmaktadır. Çalışmamızda kullanılan anket formlarında, yalnızca ön testte sosyodemografik bilgiler sorulmuş olup; son test ve ikinci son testte bilgi soruları ve likert tipte anket soruları yer almıştır. Üç testte de aynı bilgi soruları ve likert tipte anket soruları kullanılmıştır. Ön test ve son test gözetim altında anket şeklinde yapılmış olup; ikinci son test ise aynı katılımcılara çevrimiçi bir bağlantı ile ulaştırılan ve kendi kendine doldurulan bir anket formu şeklinde ilk uygulamadan 1 ay sonra uygulanmıştır.

Sırasıyla ön test, eğitim, son test ve 2. son test yapılmış olup; gönüllü katılımcılar ile düzenlenen eğitim programında hazırlanan teorik eğitim materyali katılımcılara 40 dakikalık sunum şeklinde uygulanmıştır. Çalışmaya katılan katılımcı sayısı 167 olup, bu katılımcılardan 17'si çeşitli nedenlerden dolayı (kullandığı takma ismi hatırlamama/farklı takma isim kullanma, çevrimiçi anket formuna yanıt vermeme, ön test veya son testi eksik doldurma) ikinci son teste katılmamış veya katılmamış sayıldığından dolayı elenmiştir. Çalışma toplamda 150 kişi ile tamamlanmıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değerlendirmelerde IBM SPSS version 20 (Chicago, IL, USA) programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile bilgi puanlarının grup sayısı 2 olan bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, grup sayısı ikiden fazla olan değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelendi. Katılımcıların ön test, son test ve ikinci son test doğru, yanlış ve fikrim yok puanları arasındaki farklılıklar Friedman Test ile incelendi. Farklılığın hangi zamanlardaki ölçümlerden kaynaklandığı Friedman Çoklu karşılaştırma testi ile incelendi. Katılımcıların verdikleri yanıtların testler arası incelenmesinde McNemar Testi kullanıldı. Likert tipi ankette ise verilen yanıtlarda 1 ve 2 seçeneğini işaretleyenler “Katılmıyorum.” olarak, 3 seçeneğini işaretleyenler “Kararsızım.” olarak, 4 ve 5 seçeneğini işaretleyenler ise “Katılıyorum.” olarak değerlendirilmiş ve her maddenin oranları yüzde şeklinde, işaretleyen kişi sayısı ise sayısal şekilde belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza yaş ortalaması $31,53 \pm 6,87$ yıl olup minimum yaş 25 maksimum yaş 57 olmak üzere 150 hekim katıldı. Yaş ortalaması sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanlarında $39,37 \pm 8,22$ yıl, aile hekimliği asistanlarında ise $28,48 \pm 2,40$ yıl olarak saptandı. Katılımcıların %68'i (n=102) kadın, %32'si (n=48) erkek olup %61,3'ünün (n=92) meslek süresi 3 yıldan fazla ve %48,7'inin (n=73) asistanlık yılı 0-1 yıl arasında idi. Kadınların asistanlık yılı incelendiğinde %53,9'unun (n=102) 0-1 yıldan fazla olduğu erkeklerde ise bu oranın %45,8 (n=48) olduğu saptandı. Katılımcıların %20'sinde (n=30) kronik hastalık bulgusu saptandı. Katılımcıların %34,0'ünün (n=51) aile sağlığı merkezi, %66'sının (n=99) hastanede çalıştığı ve %70,7'sinin aile hekimliği uzmanlığı asistanı (n=106), %29,3'ünün (n=44) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanı olarak çalıştığı belirlendi. Hekimlerin sosyodemografik ve çalışma kapsamında verdiği cevaplar Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Katılımcılar (n=150)
Yaş (yıl)	31.53±6.87
Ort. ± SS Ortanca (Min-Max)	29 (25-57)
AHU	28,48±2,40
SAHU	39,37±8,22
Cinsiyet n (%)	
Kadın	102(% 68,0)
Erkek	48 (%48,0)
Meslek yılı	
0-1 yıl	21 (%14,0)
1-3 yıl	37 (%24,7)
>3 yıl	92 (%61,3)
Asistanlık yılı	
0-1 yıl	73 (%48,7)
1-3 yıl	38 (%25,3)
>3 yıl	39 (%26,0)
Kronik hastalık	
Var	30 (%20,0)
Yok	120 (%80,0)
Kurum	
ASM	51 (%34,0)
Hastane	99 (%66,0)
AHU/SAHU	
AHU*	106 (%70,7)
SAHU**	44 (%29,3)

*: Aile Hekimliği Uzmanlığı

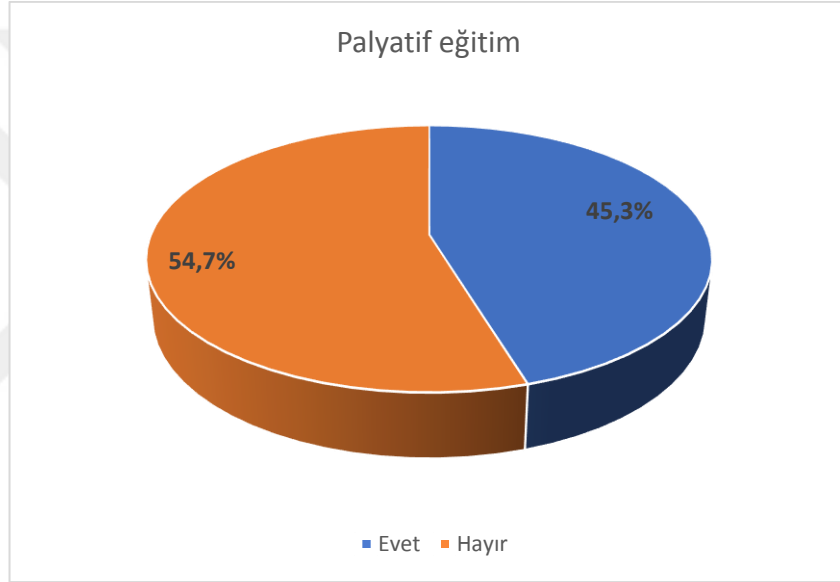
** : Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

Tüm katılımcıların %45,3'sinin (n=68) palyatif bakım hakkında eğitim aldıkları saptandı. Cinsiyetlere göre palyatif bakım eğitimi durumu incelendiğinde ise eğitim alan katılımcıların %69,1'i (n=47) kadın, %31,9'u (n=21) ise erkek cinsiyetteydi. Palyatif bakım hakkında eğitim aldığını ifade eden 68 kişinin palyatif bakım eğitim kaynakları sorgulandığında; %17,6'sı (n=12) tıp fakültesinde, %7,3'ü (n=5) zorunlu hizmet sürecinde, %89,7'si (n=61) asistan hekimlik sürecinde, %4,4'ü

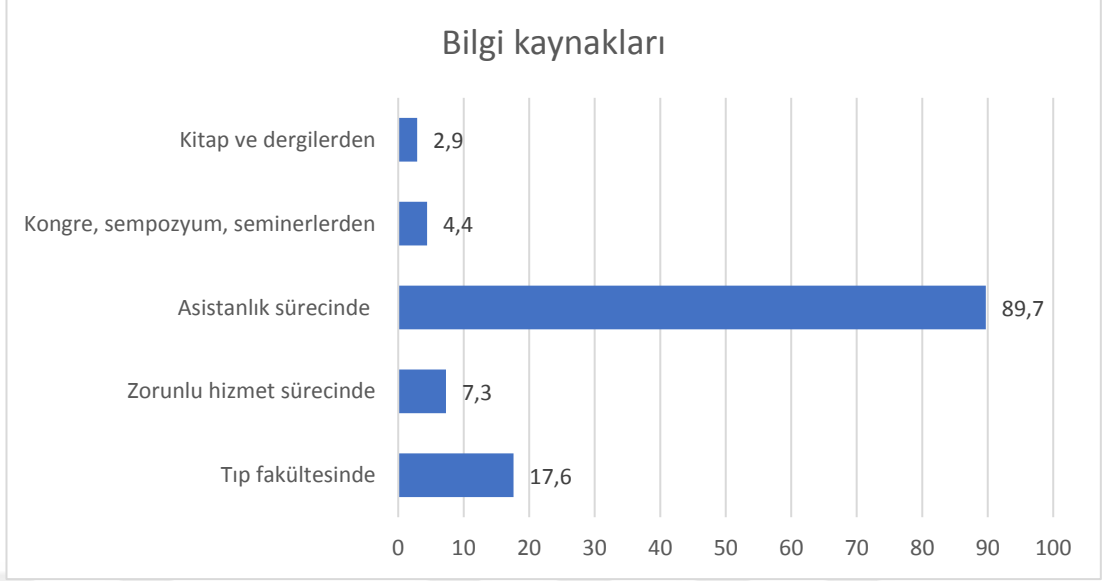
(n=3) kongre, sempozyum ve seminerlerden, %2,9'u (n=2) ise kitap ve dergilerden eğitim aldığını ifade etmiştir.

Yöneltelen bu soruda birden fazla şık işaretleme seçeneği olduğundan dolayı; veriler detaylı şekilde incelendiğinde 1 kişinin tüm kaynaklardan, 4 kişinin tıp fakültesi ve asistanlık sürecinde, 1 kişinin asistanlık sürecinde ve kongre, sempozyum ve seminerlerden, 1 kişinin asistanlık sürecinde, kongre, sempozyum ve seminerlerden, kitap ve dergilerden ve 1 kişinin zorunlu hizmet ve asistanlık sürecinde palyatif bakım eğitimi aldığını ifade ettiği saptanmıştır.

Palyatif bakım eğitim durumu Grafik 4.1 ve Grafik 4.2'de özetlenmiştir.



Grafik 4.1. Palyatif Bakım Eğitim Durumu



Grafik 4.2. Katılımcıların Palyatif Bakım Eğitim Bilgi Kaynakları

Katılımcılara çalışma kapsamında evlerinde palyatif bakım hizmeti alıp almadığı, birinci derece akrabalarının daha önce palyatif bakım hizmeti alıp almadığı, son dönem hastalığı olan yakınlarının hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını isteyip istemeyecekleri, yaşam sonu desteğe ihtiyaç duymaları halinde yakınlarının ve kendilerinin nerede olmak isteyecekleri ile palyatif bakım merkezinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak isteyip istemeyecekleri soruldu.

Katılımcıların %12'si (n=18) evde palyatif bakım alan olduğu, %14,7'si (n=22) birinci derece akrabalarında palyatif bakım ihtiyacı olduğunu ifade etti. Katılımcıların %64'ü (n=96) son dönem hastalığı olan yakınının hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını istediğini belirtti. Katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar Tablo 4.2'de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Palyatif Bakım Durumu ve Son Dönem Hastalığı Olan Yakın için Tercih Durumu

	Evet	Hayır
Evde palyatif bakım alan oldu mu?	18 (12,0)	132 (88,0)
Birinci derece akrabalarda palyatif bakım ihtiyacı olan oldu mu?	22 (14,7)	128 (85,3)
Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?	94 (62,6)	54 (36,0)

Ön testte, katılımcıların %56,7'si (n=85) yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakını olsa evde, %6'sı (n=9) hastanede, %34,7'si (n=52), %2,7'si (n=4) bakım merkezinde olmasını isteyeceğini belirtmiştir. Son testte ise, katılımcıların %51,3'ü (n=77) yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakını olsa evde, %2'si (n=3) hastanede, %43,3'ü (n=65), %3,4'ü (n=5) bakım merkezinde olmasını isteyeceğini belirtirken, ikinci son test yanıtları incelendiğinde ise, katılımcıların %50,6'sı (n=76) yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakını olsa evde, %4,7'si (n=7) hastanede, %42,7'si (n=65), %2'si (n=3) bakım merkezinde olmasını isteyeceğini ifade ederken ön test, son test ve ikinci son testte hiçbir katılımcı yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan yakınının yoğun bakım ünitesinde olmasını istemediğini belirtmiştir. Tablo 4.3'te cevaplar detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Yakınları İçin Yaşam Sonu Tercihleri

Yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakınınız olsa nerede olmasını isterdiniz?	Evde	Hastanede	Palyatif Bakım Merkezinde	Yoğun bakım ünitesinde	Bakım merkezinde
Ön Test	85 (56,7)	9 (6,0)	52 (34,7)	0	4 (2,7)
Son Test	77 (51,3)	3 (2,0)	65 (43,3)	0	5 (3,4)
2. Son Test	76 (50,6)	7 (4,7)	64 (42,7)	0	3 (2,0)

Ön testte, katılımcıların kendileri yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyması halinde katılımcıların %72'si (n=108) evde, %3,3'ü (n=5) hastanede, %20,7'si (n=31) palyatif bakım merkezinde, %1,3'ü (n=2) yoğun bakım ünitesinde, %2,7'si (n=4) ise bakım merkezinde olmayı isteyeceğini belirtmiştir. Son testte katılımcıların kendileri yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyması halinde katılımcıların %64,7'si (n=97) evde, %2'si (n=3) hastanede, %27,3'ü (n=41) palyatif bakım merkezinde, %0,7'si (n=1) yoğun bakım ünitesinde, %5,3'ü (n=8) ise bakım merkezinde olmayı isteyeceğini belirtirken ikinci son testte ise cevaplar incelendiğinde, katılımcıların kendileri yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyması halinde katılımcıların %64'ü (n=96) evde, %3,3'ü (n=5) hastanede, %28,0'i (n=42) palyatif bakım merkezinde, %0,7'si (n=1) yoğun bakım ünitesinde, %4,0'ü (n=6) ise bakım merkezinde olmayı isteyeceğini belirtmiştir. Tablo 4.4'te cevaplar detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Kendileri İçin Yaşam Sonu Tercihleri

Kendiniz yaşam sonu desteğe ihtiyaç duysanız nerede olmak isterdiniz?	Evde	Hastanede	Palyatif Bakım Merkezinde	Yoğun bakım ünitesinde	Bakım merkezinde
Ön Test	108(72,0)	5 (3,3)	31 (20,7)	2 (1,3)	4 (2,7)
Son Test	97 (64,7)	3 (2,0)	41 (27,3)	1 (0,7)	8 (5,3)
2. Son Test	96 (64,0)	5 (3,3)	42 (28,0)	1 (0,7)	6 (4,0)

Ön testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” sorusuna cevap vermeyen iki katılımcı elenip testler arasında karşılaştırıldığında:

Katılımcıların %11,5 'i (n=17) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %6,1'i (n=9) ise ön test sonucunda evet yanıtını verirken son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test ve son test “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Katılımcıların %12,8 'i (n=19) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken 2. son test sonucunda evet yanıtını vermiş olup, %5,4'ü (n=8) ise ön test sonucunda evet yanıtını verirken 2. son testte sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test ve 2. son testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Katılımcıların %4 'ü (n=6) son test sonucunda hayır yanıtını verirken 2. son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %2'si (n=3) ise son test sonucunda evet yanıtını verirken 2. son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların son test ve 2. son test “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı (p>0.05).

Katılımcıların cevaplarındaki değişim Tablo 4.5, tablo 4.6 ve tablo 4.7’de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

	Son test		p	
	Evet	Hayır		
Ön test	Evet	85 (57,4)	9 (6,1)	0.169
	Hayır	17 (11,5)	37 (25,0)	

McNemar test

Tablo 4.6. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

	2. Son test		p	
	Evet	Hayır		
Ön test	Evet	86 (58,1)	8 (5,4)	0.052
	Hayır	19 (12,8)	35 (23,6)	

McNemar test

Tablo 4.7. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Son test	2. Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	101 (67,3)	3 (2,0)	0.508
Hayır	6 (4,0)	40 (26,7)	

McNemar test

Ön testte katılımcıların %22,7’si (n=34) palyatif bakım merkezinde çalışmak istediğini belirtirken, %23,3’ü (n=35) ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak istediğini belirtti. Katılımcıların %19,3’ü (n=29) ise her iki soruya da evet cevabını vermiştir. Böylece toplamda katılımcıların %26,6’sı (n=40) palyatif bakımda rol almak istediğini belirtmiştir. Katılımcıların palyatif bakım hakkında çalışmaya dair düşünceleri Tablo 4.8’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Palyatif Bakım Üzerine Çalışma

	Evet	Hayır
Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?	34 (22,7)	116 (77,3)
Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?	35 (23,3)	115 (76,7)

Katılımcıların testler arası “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister misiniz?” sorularına yanıtları karşılaştırıldığında:

%9,3 ‘ü (n=14) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %3,3’ü (n=5) ise ön test sonucunda evet yanıtını verirken son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test ve son test “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı (p>0.05).

%10 ‘u (n=15) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken 2.son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %4’ü ise (n=6) ön test sonucunda evet yanıtını verirken 2.son

test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test ve 2. son test “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

%2,7 ‘si ($n=4$) son test sonucunda hayır yanıtını verirken 2. son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %2,7’si ($n=4$) ise son test sonucunda evet yanıtını verirken 2. son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların son test ve 2. son test “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcıların cevaplarındaki değişim Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11’de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Ön test	Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	29 (19,3)	5 (3,3)	0.064
Hayır	14 (9,3)	102 (68,0)	

McNemar Test

Tablo 4.10. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Ön test	2. Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	28 (18,7)	6 (4,0)	0.078
Hayır	15 (10,0)	101 (67,3)	

McNemar Test

Tablo 4.11. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Son test	2. Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	39 (26,0)	4 (2,7)	1.000
Hayır	4 (2,7)	103 (68,7)	

McNemar Test

Katılımcıların testler arası “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” sorusuna yanıtları karşılaştırıldığında:

Katılımcıların %12 ‘si (n=18) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %3,3’ü (n=5) ise ön test sonucunda evet yanıtını verirken son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test ve son test “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark saptandı (p<0.05). Ön test sonucunda hayır diyen katılımcılarda evet yanıtını verme oranı daha yüksek bulundu.

Katılımcıların cevaplarındaki değişim Tablo 4.12’de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Ön Test ile Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Ön test	Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	30 (20,0)	5 (3,3)	0.011
Hayır	18 (12,0)	97 (64,7)	

McNemar test

Katılımcıların %14,7 ‘si (n=22) ön test sonucunda hayır yanıtını verirken 2. son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %4,7’si ise (n=7) ön test sonucunda evet yanıtını verirken 2.son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların ön test

ve 2. son test “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark saptandı ($p < 0.05$). Ön test sonucunda hayır diyen katılımcılarda evet yanıtını verme oranı daha yüksek bulundu. Katılımcıların ön test ile 2. son testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların karşılaştırılması Tablo 4.13’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Ön Test ile 2. Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Ön test	2. Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	28 (18,7)	7 (4,7)	0.008
Hayır	22 (14,7)	93 (62,0)	

McNemar test

Katılımcıların %4’ü ($n=6$) son test sonucunda hayır yanıtını verirken 2. son test sonucunda evet yanıtını verdiler, %2,7’si ($n=4$) ise son test sonucunda evet yanıtını verirken 2. son test sonucunda hayır yanıtını verdiler. Katılımcıların son test ve 2. son test “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmadı ($p > 0.05$)

Tablo 4.14’te cevapların detaylı değişimi verilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Son Test ile 2. Son Testte “Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Son test	2.Son test		p
	Evet	Hayır	
Evet	44 (29,3)	4 (2,7)	0.754
Hayır	6 (4,0)	96 (64,0)	

McNemar test

Ön testte palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen katılımcılara, hangi pozisyonda çalışmak istedikleri soruldu. 11 kişi palyatif bakım merkezinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak istemediklerini belirtmelerine rağmen çalışmak isteyecekleri pozisyonları işaretlemiş, 1 kişi de palyatif bakım merkezinde çalışmak istediğini ancak birinci basamak sağlık hizmetinde palyatif bakım üzerine çalışmak istemediğini belirtip hangi pozisyonda çalışmak istediğini belirtmemiş olup bu katılımcılar elendikten sonra palyatif bakım merkezinde veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak istediğini ifade eden toplam 40 kişiden:

%45'i (n=18) sadece tedavi ve bakımdan sorumlu hekim olarak, %20'si (n=8) sadece koordinatör hekim olarak, %2,5'i (n=1) sadece kurum sorumlu hekimi olarak çalışmak istediğini belirtmiştir. %5'i (n=2) tedavi ve bakımdan sorumlu hekim veya koordinatör hekim olarak, %2,5'i (n=1) koordinatör hekim veya kurum sorumlu hekimi olarak, %25'i (n=10) ise her üç pozisyonda da çalışmak istediğini ifade etmiştir.

Palyatif bakım hizmetlerinde çalışmak isteyen katılımcıların tercihleri toplam olarak Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Çalışmak İsteyen Katılımcıların Tercihleri
n (%)

Tedavi ve bakımdan sorumlu hekim olarak (n=40)

Hayır	10 (25,0)
Evet	30 (75,0)

Koordinatör hekim olarak (n=40)

Hayır	19 (47,5)
Evet	21 (52,5)

Kurum sorumlu hekimi olarak (n=40)

Hayır	28 (70,0)
Evet	12 (30,0)

Diğer (n=40)

Hayır	40 (100,0)
-------	------------

Çalışmamızda katılımcılara ön test, son test ve 2. son testte palyatif bakımın genel ilkelerini ve ülkemizde palyatif bakım üzerine “Evet” “Hayır” ve “Fikrim yok” seçenekleri ile cevaplandırabilecekleri bilgi testi uyguladık.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte palyatif bakım bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.16’da verilmiştir. Doğru cevaplar ve doğru cevaplayan kişi sayıları yıldız ve kalın yazı karakteri ile belirtilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Testte Palyatif Bakım Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Ön test	1. Son test	2. Son test
S1-Palyatif bakım sadece terminal dönem kanser hastaları için sunulur			
Evet	5 (3,3)	3 (2,0)	3 (2,0)
Hayır (*)	139 (92,7)	146 (97,3)	146 (97,3)
Fikrim yok	6 (4,0)	1 (0,7)	1 (0,7)
S2-Palyatif bakım hastanede olmalıdır.			
Evet	26 (17,3)	13 (8,7)	15 (10,0)
Hayır (*)	112 (74,7)	135 (90,0)	133 (88,7)
Fikrim yok	12 (8,0)	2 (1,3)	2 (1,3)
S3-Ev temelli palyatif bakımın birinci basamakta uygulanması hastanın yaşam kalitesini arttırabilir			
Evet (*)	124 (82,7)	141 (94,0)	140 (93,3)
Hayır	12 (8,0)	7 (4,7)	7 (4,7)
Fikrim yok	14 (9,3)	2 (1,3)	3 (2,0)
S4-Palyatif bakımda hastayla birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişiler de tedavi planına dahil edilmelidir			
Evet (*)	145 (96,7)	148 (98,6)	148 (98,6)
Hayır	2 (1,3)	1 (0,7)	1 (0,7)
Fikrim yok	3 (2,0)	1 (0,7)	1 (0,7)
S5-Palyatif bakım multidisipliner bir ekiple yürütülmelidir			
Evet (*)	143 (95,3)	149 (99,3)	149 (99,3)
Hayır	3 (2,0)	0	0
Fikrim yok	4 (2,7)	1 (0,7)	1 (0,7)

Tablo 4.16. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Testte Palyatif Bakım Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı (devam)

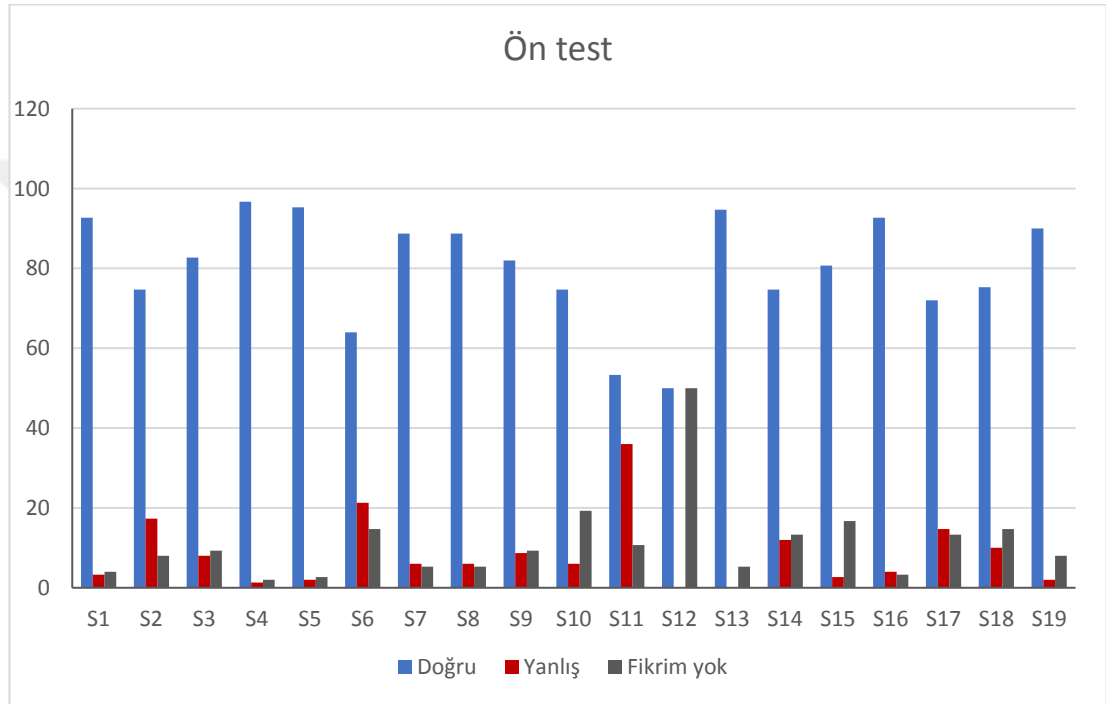
S6-Hasta ve bakım verenler palyatif bakım profesyonellerine 7 gün 24 saat ulaşabilmelidirler			
Evet (*)	96 (64,0)	114 (76,0)	108 (72,0)
Hayır	32 (21,3)	26 (17,3)	34 (22,7)
Fikrim yok	22 (14,7)	10 (6,7)	8 (5,3)
S7- Ölüm palyatif bakım hizmetinde olağan bir süreç olarak görülür			
Evet (*)	133 (88,7)	145 (96,7)	145 (96,7)
Hayır	9 (6,0)	3 (2,0)	4 (2,6)
Fikrim yok	8 (5,3)	2 (1,3)	1 (0,7)
S8- Ölümün geciktirilmesi veya hızlandırılması söz konusu olmamakla birlikte amaç yaşamdan ölüme geçiş sürecini kolaylaştırmaktır			
Evet (*)	133 (88,7)	139 (92,6)	141 (94,0)
Hayır	9 (6,0)	7 (4,7)	6 (4,0)
Fikrim yok	8 (5,3)	4 (2,7)	3 (2,0)
S9- Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanmalıdır			
Evet (*)	123 (82,0)	143 (96,4)	136 (90,7)
Hayır	13 (8,7)	5 (3,3)	11 (7,3)
Fikrim yok	14 (9,3)	2 (1,3)	3 (2,0)
S10- Palyatif bakımda ötenazi ve desteklenmiş intiharın yeri yoktur			
Evet (*)	112 (74,7)	140 (93,4)	135 (90,0)
Hayır	9 (6,0)	5 (3,3)	8 (5,3)
Fikrim yok	29 (19,3)	5 (3,3)	7 (4,7)
S11- Palyatif bakımın ana hedefi; yaşamı süresini uzatarak hasta ve yakınlarının birlikteliğini uzatmaktır.			
Evet	54 (36,0)	45 (30,0)	43 (28,7)
Hayır (*)	80 (53,3)	100 (66,7)	101 (67,3)
Fikrim yok	16 (10,7)	5 (3,3)	6 (4,0)
S12- Palya-Türk projesi öncelikli olarak toplum temelli palyatif bakım hizmetini gözetmektedir			
Evet (*)	75 (50,0)	133 (88,7)	121 (80,7)
Hayır	-	-	-
Fikrim yok	75 (50,0)	17 (11,3)	29 (19,3)

Tablo 4.16. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Testte Palyatif Bakım Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı (devam)

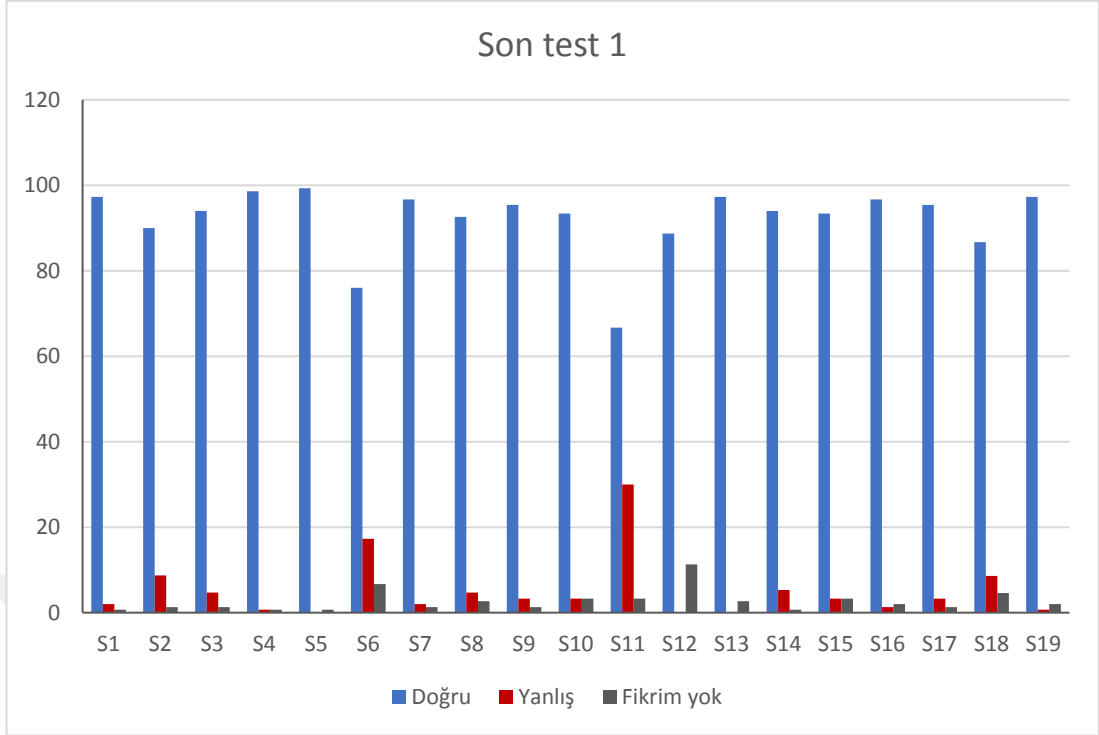
S13- Palyatif bakım ekibinde; doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog/psikiyatrist, eczacı, manevi bakım görevlisi ve rehabilitasyondan sorumlu kişi bulunmalıdır			
Evet (*)	142 (94,7)	146 (97,3)	148 (98,7)
Hayır	-	-	-
Fikrim yok	8 (5,3)	4 (2,7)	2 (1,3)
S14- Aile hekimleri; ev temelli ve toplum temelli palyatif bakımın temelinde yer alır			
Evet (*)	112 (74,7)	141 (94,0)	138 (92,0)
Hayır	18 (12,0)	8 (5,3)	10 (6,7)
Fikrim yok	20 (13,3)	1 (0,7)	2 (1,3)
S15- Hastanın 12 ay içerisinde ölümünün şaşırtıcı olmaması, benzer sebeplerden dolayı tekrarlayan başvurular gibi durumlarda hasta palyatif bakım ünitesine yönlendirilmelidir			
Evet (*)	121 (80,7)	140 (93,4)	135 (90,0)
Hayır	4 (2,7)	5 (3,3)	5 (3,3)
Fikrim yok	25 (16,7)	5 (3,3)	10 (6,7)
S16- Palyatif bakımın ana hedefi; olabilecek en üst yaşam kalitesine ulaşmak, desteklemek ve sağlamaktır			
Evet (*)	139 (92,7)	145 (96,7)	141 (94,0)
Hayır	6 (4,0)	2 (1,3)	6 (4,0)
Fikrim yok	5 (3,3)	3 (2,0)	3 (2,0)
S17- Palyatif bakım yas sürecinde de hastanın ailesi ve yakınlarına destek sunmalıdır			
Evet (*)	108 (72,0)	143 (95,4)	138 (92,0)
Hayır	22 (14,7)	5 (3,3)	8 (5,3)
Fikrim yok	20 (13,3)	2 (1,3)	4 (2,7)
S18- Palyatif bakım yaşamı tehdit eden ve sınırlayıcı herhangi bir hastalıkta sunulmalıdır			
Evet (*)	113 (75,3)	130 (86,7)	128 (85,3)
Hayır	15 (10,0)	13 (8,6)	10 (6,7)
Fikrim yok	22 (14,7)	7 (4,7)	12 (8,0)
S19- Aile hekimleri, hastalarıyla daha önceden ilişki içerisinde bulunarak erken dönem palyatif bakım stratejilerini belirleme avantajına sahiptir			
Evet (*)	135 (90,0)	146 (97,3)	145 (96,7)
Hayır	3 (2,0)	1 (1,7)	2 (1,3)
Fikrim yok	12 (8,0)	3 (2,0)	3 (2,0)

Tablo 4.16 incelendiğinde en çok doğru cevaplanan sorunun 96,7% (145 kişi) oranıyla “Palyatif bakımda hastayla birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişiler de tedavi planına dahil edilmelidir.” olduğu; en az doğru cevaplanan sorunun ise 53,3% (80 kişi) oranıyla “Palyatif bakımın ana hedefi; yaşamı süresini uzatarak hasta ve yakınlarının birlikteliğini uzatmaktır.” olduğu tespit edilmiştir.

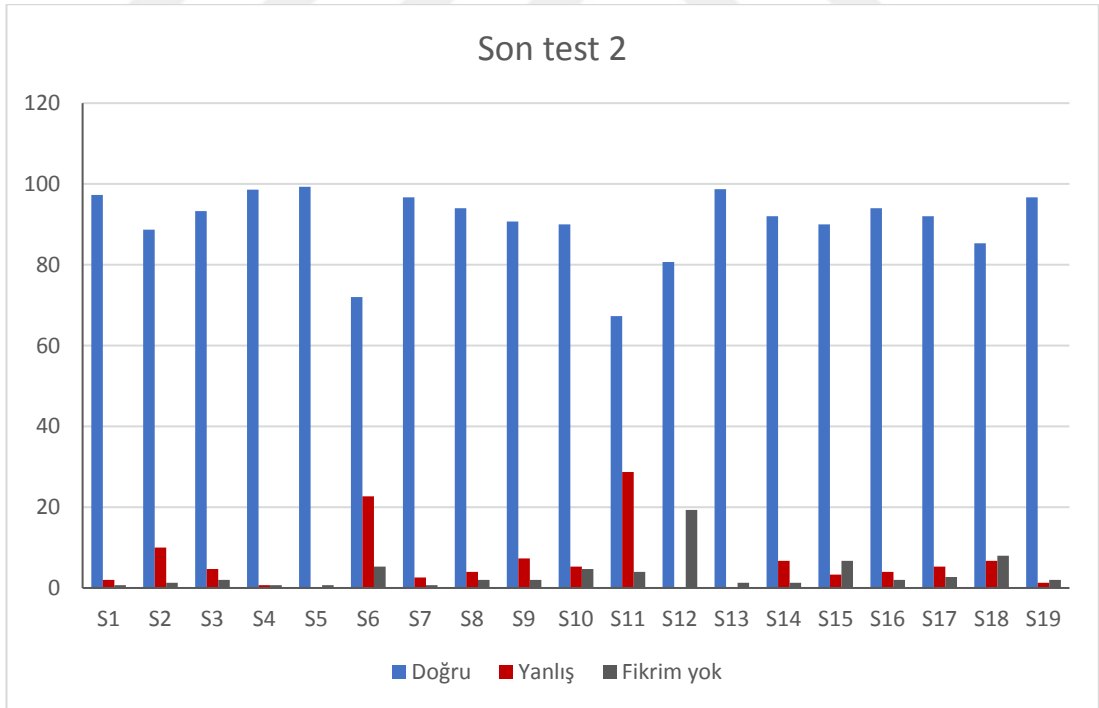
Grafik 4.3, Grafik 4.4 ve Grafik 4.5’te ise her teste verilen doğru, yanlış ve fikrim yok cevapları gösterilmiştir.



Grafik 4.3. Katılımcıların Ön Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı



Grafik 4.4. Katılımcıların Son Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı



Grafik 4.5. Katılımcıların 2. Son Test Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ön test doğru sayılarının karşılaştırılması detaylı olarak Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ön Test Doğru Sayılarının Karşılaştırılması

		Ön test Toplam doğru sayıları			p
		Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	102	15.78±2.66	17 (3-19)	U=1636.0	0.001
Erkek	48	14.06±3.73	15 (0-19)		
Meslek yılı					
0-1 yıl	21	14.86±3.61	15 (2-18)	KW=2.957	0.228
1-3 yıl	37	15.97±2.45	17 (9-19)		
>3 yıl	92	15.02±3.26	16 (0-19)		
Asistanlık yılı					
0-1 yıl	73	14.21±3.60	15 (0-18)	KW=18.742	<0.001
1-3 yıl	38	16.61±1.99	17 (10-19)		
>3 yıl	39	15.82±2.45	17 (7-19)		
Kronik hastalık					
Var	30	15.83±2.23	16 (11-19)	U=1621.5	0.396
Yok	120	15.08±3.32	16 (0-19)		
Kurum					
ASM	51	13.94±4.02	15 (0-18)	U=1736.0	0.002
Hastane	99	15.90±2.33	17 (7-19)		
AHU/SAHU					
AHU	106	15.83±2.33	16.5 (7-19)	U=1637.0	0.004
SAHU	44	13.80±4.23	15 (0-18)		
Palyatif Bakım eğitimi alanlar					
Evet	68	16.07±2.45	17 (3-19)	U=1987.5	0.002
Hayır	82	14.54±3.47	15 (0-19)		
Palyatif Eğitim kaynakları					
Tıp fakültesinde					
Hayır	57	16.26±1.86	17 (10-19)	U=328.0	0.821
Evet	12	15.33±4.31	16 (3-19)		
Zorunlu hizmet sürecinde					
Hayır	64	16.09±2.49	17 (3-19)	U=156.5	0.937
Evet	5	16.20±1.92	17 (13-18)		

Tablo 4.17. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ön Test Doğru Sayılarının Karşılaştırılması(devam)

Asistanlık sürecinde					
Hayır	8	14.38±4.92	16 (3-18)	U=190.5	0.307
Evet	61	16.33±1.87	17 (10-19)		
Kongre, sempozyum, seminerlerden					
Hayır	66	16.06±2.49	17 (3-19)	U=79.0	0.585
Evet	3	17.00±1.00	17 (16-18)		
Kitap ve dergilerden					
Hayır	67	16.09±2.48	17 (3-19)	U=65.0	0.957
Evet	2	16.50±0.70	16.5 (16-17)		
Evde Palyatif bakım alan					
Evet	18	15.94±2.15	17 (12-18)	U=1031.5	0.360
Hayır	132	15.14±3.25	16 (0-19)		
Birinci derece akrabalarda Palyatif bakım ihtiyacı					
Evet	22	16.64±1.59	17 (13-19)	U=980.5	0.022
Hayır	128	14.99±3.28	16 (0-19)		
Son dönem hastalığı olan yakının hastalığının gidişatından haberi olması					
Evet	94	15.32±2.61	16 (7-19)	U=2401.0	0.581
Hayır	54	15.26±3.57	16.5 (0-19)		
Palyatif bakım merkezinde çalışmayı istemek					
Evet	34	16.97±1.46	17 (13-19)	U=1075.5	<0.001
Hayır	116	14.72±3.32	15 (0-19)		
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmayı istemek					
Evet	35	16.49±1.78	17 (12-19)	U=1417.5	0.008
Hayır	115	14.85±3.36	15 (0-19)		

U: Mann Whitney U test

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Katılımcılar arasında sosyodemografik özelliklere göre ön test toplam doğru sayıları incelendiğinde:

Kadınlarla erkeklerin ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Kadınların ön test toplam doğru sayıları erkeklere göre daha yüksek bulundu. Toplam doğru sayıları meslek yılı açısından incelendiğinde; ön test toplam doğru sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Asistanlık yılı 0-1 yıl, 1-3 yıl ve 3 yıldan fazla olanların ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Farklılığın hangi asistanlık yıllarından kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu karşılaştırma testi ile incelendiğinde asistanlık yılı 0-1 yıl arasında olan katılımcıların ön test toplam doğru sayıları hem asistanlık yılı 1-3 yıl arasında olanlara hem de >3 yıl olanlara göre daha düşük bulundu. Asistanlık yılı 1-3 yıl olanlarla >3 yıl olanların ön test Toplam doğru sayıları arasında ise fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olanlarla olmayanların Ön test Toplam doğru sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Aile sağlığı merkezinde çalışanlarla hastanede çalışanların ön test Toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Hastanede çalışan katılımcıların ön test toplam doğru sayıları aile sağlığı merkezinde çalışanlara göre daha yüksek bulundu. Bu verilere paralel olarak aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan asistanları ile sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan katılımcıların ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan asistanların ön test toplam doğru sayıları sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan katılımcılara göre daha yüksek bulundu.

Palyatif bakım eğitimi alan katılımcılarla olmayan katılımcıların ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Palyatif bakım eğitimi alan katılımcıların ön test toplam doğru sayıları eğitim olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Bununla birlikte; palyatif bakım eğitimi alan katılımcıların eğitim aldığı kaynaklara göre doğru sayıları kıyaslandığında fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Evde palyatif bakım alan yakını olanlarla olmayanların ön test toplam doğru sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Ancak birinci derece akrabalarda palyatif bakım ihtiyacı olanlarla olmayanların ön test toplam doğru sayıları arasında fark

saptandı ($p<0.05$). Birinci derece akrabalarda palyatif bakım ihtiyacı olan katılımcıların ön test Toplam doğru sayıları olmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Katılımcılar arasında son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını isteyenler ile istemeyenlerin ön test toplam doğru sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Palyatif bakım merkezinde çalışmak isteyen ve istemeyen katılımcılar arasında ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Palyatif bakım merkezinde çalışmak isteyen katılımcıların ön test toplam doğru sayıları çalışmayanlara göre daha yüksek bulundu. Buna paralel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım sunumunda çalışmak isteyen katılımcılar ile istemeyenlerin ön test toplam doğru sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım sunumunda çalışmak isteyen katılımcıların ön test toplam doğru sayıları çalışmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ön test toplam fikrim yok sayılarının karşılaştırılması detaylı olarak Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Sosyodemografik Verilere Göre Ön Test Toplam Fikrim Yok Sayıları

	Ön test Toplam fikrim yok sayıları			p	
	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)			
Cinsiyet					
Kadın	102	1.87±2.27	1 (0-15)	U=2095.0	0.145
Erkek	48	2.75±3.58	2 (0-18)		
Meslek yılı					
0-1 yıl	21	2.61±3.12	2 (0-14)	KW=1.986	0.382
1-3 yıl	37	1.48±1.53	1 (0-6)		
>3 yıl	92	2.32±3.05	1 (0-18)		
Asistanlık yılı					
0-1 yıl	73	2.91±3.36	2 (0-18)	KW=13.369	0.001
1-3 yıl	38	1.13±1.43	1 (0-6)		
>3 yıl	39	1.69±2.16	1 (0-12)		
Kronik hastalık					
Var	30	1.90±1.82	1.5 (0-7)	U=1789.5	0.960
Yok	120	2.21±2.97	1 (0-18)		
Kurum					
ASM	51	3.13±3.78	2 (0-18)	U=1918.0	0.014
Hastane	99	1.64±1.91	1 (0-12)		
AHU/SAHU					
AHU	106	1.66±1.90	1 (0-12)	U=1761.0	0.016
SAHU	44	3.31±3.99	2.5 (0-18)		
Palyatif Eğitim					
Evet	68	1.44±2.09	1 (0-15)	U=2019.0	0.003
Hayır	82	2.74±3.13	2 (0-18)		
Palyatif Eğitim kaynakları					
Tıp fakültesinde					
Hayır	57	1.22±1.30	1 (0-5)	U=310.5	0.602
Evet	12	2.33±4.14	1 (0-15)		

Tablo 4.18. Sosyodemografik Verilere Göre Ön Test Toplam Fikrim Yok Sayıları (devam)

Zorunlu hizmet sürecinde						
Hayır	64	1.43±2.15	1 (0-15)	U=155.5	0.920	
Evet	5	1.20±1.09	1 (0-3)			
Asistanlık sürecinde						
Hayır	8	3.12±4.94	1 (0-15)	U=185.0	0.284	
Evet	61	1.19±1.28	1 (0-5)			
Kongre, sempozyum, seminerlerden						
Hayır	66	1.46±2.12	1 (0-15)	U=53.5	0.191	
Evet	3	0.33±0.57	0 (0-1)			
Kitap ve dergilerden						
Hayır	67	1.44±2.11	1 (0-15)	U=44.5	0.451	
Evet	2	0.50±0.70	0.5 (0-1)			
Evde Palyatif bakım alan						
Evet	18	1.22±1.39	1 (0-5)	U=934.0	0.133	
Hayır	132	2.28±2.89	1 (0-18)			
Birinci derece akrabalarda Palyatif bakım ihtiyacı						
Evet	22	0.90±1.19	0.5 (0-4)	U=900.5	0.006	
Hayır	128	2.36±2.91	1.5 (0-18)			
Son dönem hastalığı olan yakının hastalığının gidişatından haberi olması						
Evet	94	1.98±2.06	1.5 (0-12)	U=2410.5	0.603	
Hayır	54	2.24±3.31	1 (0-18)			
Palyatif bakım merkezinde çalışma						
Evet	34	0.88±1.34	0.5 (0-6)	U=1121.0	<0.001	
Hayır	116	2.52±2.97	2 (0-18)			
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışma						
Evet	35	1.25±1.68	1 (0-6)	U=1437.0	0.009	
Hayır	115	2.42±2.98	2(0-18)			

Katılımcılar arasında sosyodemografik verilere göre ön test toplam fikrim yok sayıları karşılaştırıldığında ise:

Kadın ve erkek katılımcılar arasında fikrim yok sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı. ($p>0.05$) Meslek yılları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p>0.05$) Asistanlık yılı 0-1, 1-3, >3 yıl olanlar arasında anlamlı fark bulundu. ($p<0.05$) Farklılığın hangi asistanlık yıllarından kaynaklandığını tespit etmek için Kruskal-Wallis Çoklu Karşılaştırma Testi uygulandığında asistanlık yılı 0-1 yıl arasında olan katılımcıların ön testte 1-3 yıl arasında olan katılımcılara göre toplam fikrim yok sayıları anlamlı şekilde farklı bulundu ($p<0.05$).

Kronik hastalığa sahip katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasında toplam fikrim yok sayısı arasında fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan katılımcılar ile hastanede çalışmakta olan katılımcılar arasında toplam fikrim yok sayısı arasında fark bulundu ($p< 0.05$). Hastanede çalışan katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayısı aile sağlığı merkezinde çalışan katılımcılara göre daha düşük bulundu ($p< 0.05$). AHU asistanı katılımcılar ile SAHU asistanı katılımcılar arasında ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). AHU asistanı katılımcılar SAHU asistanlarından daha düşük toplam fikrim yok sayısına sahiptir.

Palyatif bakım eğitimi alan katılımcılarla almayan katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Palyatif bakım eğitimi almış olan katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayıları eğitim almayanlara göre daha düşük bulundu ($p<0.05$). Ancak palyatif bakım eğitimi aldığını ifade eden katılımcıların eğitim kaynağına göre ön test toplam fikrim yok sayılarında fark tespit edilmemiştir ($p> 0.05$).

Evde palyatif bakım alan yakını olanlarla olmayanların ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Birinci derece akrabalarında palyatif bakım ihtiyacı olanlarla olmayanların ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Birinci derece akrabalarda palyatif bakım ihtiyacı olan katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayıları olmayanlara göre daha düşük bulundu.

Son dönem hastalığı olan yakınının hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını isteyenler ile istemeyenler arasında ön test toplam fikrim yok sayıları açısından fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Palyatif bakım merkezinde çalışmak isteyenler ile çalışmak istemeyenlerin ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p < 0.001$). Palyatif bakım merkezinde çalışan katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayıları çalışmayanlara göre daha düşük bulundu. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak isteyenler ile çalışmak istemeyenlerin ön test toplam fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p < 0.01$). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen katılımcıların ön test toplam fikrim yok sayıları çalışmayanlara göre daha düşük bulundu.

Tablo 4.19. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Cevap sayıları

	Ön test	1.son test	2.son test		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Test	p
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	istatistiği	
	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)		
Doğru sayısı	15.23±3.14 16 (0-19)	17.51±1.96 18 (5-19)	17.27±2.01 18 (3-19)	117.49 *	<0.001
Yanlış sayısı	1.6±1.48 1 (0-8)	0.99±1.15 1 (0-5)	1.14±1.22 1 (0-5)	32.359 *	<0.001
Fikrim yok sayısı	2.15±2.77 1 (0-18)	0.55±1.90 0 (0-19)	0.67±1.72 0 (0-14)	98.827 *	<0.001

Katılımcıların ön test, son test, 2.son test bilgi sorularına verdikleri toplam doğru, yanlış ve fikrim yok sayıları Tablo 4.19’da verilmiştir. Veriler kendi aralarında incelendiğinde:

Doğru, yanlış ve fikrim yok sayıları arasında fark saptandı ($p < 0.001$). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığı Friedman Çoklu Karşılaştırma testi ile

incelendiğinde doğru, yanlış ve fikrim yok sayılarının; 2. son test ve son testte ön teste göre anlamlı şekilde değiştiği izlendi. ($p < 0.001$)

Tablo 4.19 incelendiğinde, doğru sayıları ön teste göre diğer testlerde anlamlı şekilde yükselirken; yanlış ve fikrim yok sayıları ise anlamlı şekilde düşmüştür.

Friedman Çoklu Karşılaştırma Testi ile incelendiğinde ise doğru, yanlış ve fikrim yok sayılarında son test ile 2. son test arasında anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. ($p > 0.05$)

Çalışmamızda katılımcılara palyatif bakım ve yaşam sonu bakım ile ilgili likert tipinde anket düzenlenmiş olup “1- kesinlikle katılmıyorum 2- katılmıyorum 3- kararsızım 4 -katılıyorum 5- kesinlikle katılıyorum” şeklinde 1’den 5’e kadar puanlamalı 21 soru yöneltilmiştir. Cevaplar değerlendirilirken 1 ve 2 seçeneğini işaretleyenlerin önermeye katılmadığı, 3 seçeneğini işaretleyenlerin kararsız olduğu, 4 ve 5 seçeneğini işaretleyenlerin önermeye katıldığı düşünülerek değerlendirilmiştir.

Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Palyatif bakım tutum, davranış ve özyeterlilik anketine cevapları Tablo 4.24’te detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Palyatif Bakım Tutum, Davranış ve Özyeterlilik Anketine Cevapları

	Ön test	Son test	2. Son test
S1- Palyatif bakım programları mevcut sağlık hizmetleri sistemlerine dahil edilmelidir.			
Katılmıyorum.	6 (4,0)	6 (4,0)	6 (4,0)
Kararsızım.	9 (6,0)	4 (2,7)	4 (2,7)
Katılıyorum.	135 (90,0)	140(93,3)	140 (93,3)
S2- Palyatif bakımda Hasta için Kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) hakkı yasallaşması gerektiğini düşünüyorum			
Katılmıyorum.	22 (14,7)	18 (12,0)	20 (13,4)
Kararsızım.	33 (22,0)	33 (22,0)	36 (24,0)
Katılıyorum.	95 (63,3)	99 (66,0)	94 (62,6)
S3- Türkiye’de palyatif bakım uzmanlık eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyorum.			
Katılmıyorum.	11 (7,4)	5 (3,3)	6 (4,0)
Kararsızım.	17 (11,3)	16 (10,7)	14 (9,3)
Katılıyorum.	122 (81,3)	129 (86,0)	130 (86,7)
S4- Palyatif bakımda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaların daha fazla yer alması gerektiğini düşünüyorum.			
Katılmıyorum.	16 (10,6)	14 (9,4)	15 (10,0)
Kararsızım.	33 (22,0)	21 (14,0)	30 (20,0)
Katılıyorum.	101 (67,4)	115 (76,6)	105 (70,0)
S5- Birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğunu düşünüyorum			
Katılmıyorum.	12 (8,0)	5 (3,3)	6(4,0)
Kararsızım.	19 (12,7)	16 (10,7)	20 (13,3)
Katılıyorum.	119 (79,3)	129 (86,0)	124 (82,7)
S6- Evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetinin de verilmesi gerektiğini düşünüyorum.			
Katılmıyorum.	15 (10,0)	13 (8,7)	10 (6,6)
Kararsızım.	18 (12,0)	12 (8,0)	13 (8,7)
Katılıyorum.	117 (78,0)	125 (83,3)	127 (84,7)
S7- Palyatif bakım hakkındaki yönetmeliklerin; birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım konusunu kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum			
Katılmıyorum.	16 (13,7)	10 (6,7)	8 (5,4)
Kararsızım.	27 (18,0)	13 (8,7)	15 (10,0)
Katılıyorum.	107 (68,3)	127 (84,6)	127 (84,6)

Tablo 4.20. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Palyatif Bakım Tutum, Davranış ve Özyeterlilik Anketine Cevapları(devam)

S8- Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yaşı tedavi yönetimindeki kararlarını etkilemez.			
Katılmıyorum.	62 (41,3)	41 (27,3)	54 (36,0)
Kararsızım.	37 (24,7)	45 (30,1)	41 (27,3)
Katılıyorum.	51 (34,0)	64 (42,6)	56 (36,7)
S9- Hastaların bakım ve yaşam sonu isteklerini bilmek benim için önemlidir.			
Katılmıyorum.	10 (6,7)	2 (1,4)	1 (0,7)
Kararsızım.	22 (14,7)	19 (12,7)	18 (12,0)
Katılıyorum.	118 (78,6)	129 (85,9)	131 (87,3)
S10- Palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğime kolaylıkla karar verebilirim.			
Katılmıyorum.	25 (16,7)	9 (6,0)	10 (6,7)
Kararsızım.	53 (35,3)	31 (20,7)	38 (25,3)
Katılıyorum.	72 (48,0)	110 (73,3)	112 (68,0)
S11- Hastalar ve hasta yakınları ile ölüm ve ölüm süreci hakkında rahatlıkla konuşabilirim.			
Katılmıyorum.	30(20,0)	18 (12,0)	21 (14,0)
Kararsızım.	63 (42,0)	48 (32,0)	53 (35,3)
Katılıyorum.	57 (38,0)	84 (56,0)	76 (50,7)
S12- Hastalarımaya verdiğim tedavilerde hastanın kültürel ve dini görüşlerini de önemserim			
Katılmıyorum.	8 (5,3)	5 (3,3)	7 (4,7)
Kararsızım.	24 (16,0)	21 (14,1)	18 (12,0)
Katılıyorum.	118 (78,7)	124 (82,6)	125 (83,3)
S13- Günlük pratiğimde hastalarımaya; hastalıklarını ve hastalıklarına yönelik soruları cevaplayacağım kadar vakit ayırmaya önem gösteririm			
Katılmıyorum.	4 (2,7)	1 (0,7)	3 (2,0)
Kararsızım.	18 (12,0)	7 (4,6)	7 (4,7)
Katılıyorum.	138 (85,3)	132 (94,7)	140 (93,3)
S14- Günlük pratiğimde hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olmaya önem gösteririm			
Katılmıyorum.	3 (2,0)	2 (1,3)	3 (2,0)
Kararsızım.	14 (9,3)	5 (3,3)	7 (4,7)
Katılıyorum.	133 (88,7)	143 (95,4)	140 (93,3)
S15- Günlük pratiğimde hastaları biyopsikososyal olarak bir bütün halinde ele almaya önem gösteririm			
Katılmıyorum.	2 (1,3)	1 (0,7)	2 (1,3)
Kararsızım.	13 (8,7)	3 (2,0)	4 (2,7)
Katılıyorum.	135 (90,0)	146 (97,7)	144 (95,0)

Tablo 4.20. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 2. Son Test Palyatif Bakım Tutum, Davranış ve Özyeterlilik Anketine Cevapları(devam)

S16- Günlük pratiğimde son dönem hastalığa sahip kişiler için rahatsız edici tetkik ve tedavilerden kaçınırım

Katılmıyorum.	5 (3,4)	4 (2,6)	5 (3,4)
Kararsızım.	29 (19,3)	20 (13,4)	21 (14,0)
Katılıyorum.	116 (77,3)	126 (84,0)	124 (82,6)

S17- Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda gelişebilecek yaygın semptomları değerlendirebilir, basit semptomları yönetebilirim.

Katılmıyorum.	15 (10,0)	3 (2,0)	5 (3,3)
Kararsızım.	34 (22,7)	28 (18,7)	30 (20,0)
Katılıyorum.	101 (67,3)	119 (79,3)	115 (76,7)

S18- Palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını manevi açıdan değerlendirebilip uygun yönlendirmeyi yapabilirim.

Katılmıyorum.	18 (12,0)	5 (3,4)	7 (4,7)
Kararsızım.	44 (29,3)	27 (18,0)	23 (15,3)
Katılıyorum.	88 (58,7)	118 (78,6)	120 (80,0)

S19- Hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğunu düşünüyorum.

Katılmıyorum.	8 (5,4)	3 (2,0)	5 (3,4)
Kararsızım.	14 (9,3)	15 (10,0)	6 (4,0)
Katılıyorum.	128 (85,3)	132 (88,0)	139 (92,6)

S20- Hasta ve yakınlarına verilecek manevi desteğin yas sürecini olumlu etkileyeceğini düşünüyorum.

Katılmıyorum.	5 (3,4)	2 (1,4)	3 (2,0)
Kararsızım.	18 (12,0)	11 (7,2)	8 (5,4)
Katılıyorum.	127 (84,6)	137 (91,4)	139 (92,6)

S21- Manevî desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceğini düşünüyorum

Katılmıyorum.	6 (4,0)	3 (2,0)	3 (2,0)
Kararsızım.	17 (11,3)	9 (6,0)	11 (7,3)
Katılıyorum.	127 (84,7)	138 (92,0)	136 (90,7)

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %90,0'ı (n=135), geri kalan iki test için %93,3'ü (n=140) palyatif bakım programlarının mevcut sağlık hizmetleri sistemlerine dahil edilmesi önermesine katılırken, yine sırasıyla %6,0'sı (n=9), diğer iki test için %2,7'si (n=4) kararsız olduğunu ifade etmiş; her üç test için de %4'ü (n=6) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %63,4'ü (n=95), %66'sı (n=99), %62,6'sı (n=94) palyatif bakımda hasta için kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) hakkının yasallaşmasına katılırken, yine sırasıyla %22'si (n=33), %22'si (n=33), %24'ü (n=36) kararsız olduğunu ifade etmiş; %14,7'si (n=22), %12'si (n=18), %13,4'ü (n=20) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %81,4'ü (n=122), %86'sı (n=129), %86,7'si (n=130) Türkiye'de palyatif bakım uzmanlık eğitimi verilmesine katılıyorken; yine sırasıyla %11,2'si (n=17), %10,7'si (n=16), %9,3'ü (n=14) kararsız olduğunu, %7,4'ü (n=11), %3,3'ü (n=3), %4,3'ü (n=6) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %67,4'ü (n=101), %76,6'sı (n=115), %70'i (n=130) palyatif bakımda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaların daha fazla yer alması gerektiğine katılıyorken; yine sırasıyla %10,6'sı (n=16), %10,7'si (n=16), %9,3'ü (n=14) kararsız olduğunu, %10,6'ü (n=16), %9,4'ü (n=14), %10'u (n=15) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %79,3'ü (n=119), %86'sı (n=129), %82,7'si (n=124) birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğuna katılıyorken; yine sırasıyla %12,7'si (n=19), %10,7'si (n=16), %13,3'ü (n=20) kararsız olduğunu, %8'i (n=12), %3,3'ü (n=5), %4'ü (n=6) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %78'i (n=117), %83,3'ü (n=127), %84,7'si (n=127) evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetinin de verilmesi gerektiği fikrine katılıyorken; yine sırasıyla %12'si (n=18), %8,7'si (n=13), %10'u (n=15) kararsız olduğunu, %13,7'si (n=16), %6,6'sı (n=10), %5,3'ü (n=8) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %71,3'ü (n=107), %84,7'si (n=127), 84,7'si % (n=127) palyatif bakım hakkındaki yönetmeliklerin; birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım konusunu kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini düşüncesine katılıyorken; yine sırasıyla %18'i (n=27),

%8,7'si (n=13), %10'u (n=15) kararsız olduğunu, %13,7'si (n=16), %6,6'sı (n=10), %5,3'ü (n=8) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %34'ü (n=51), %42,6'sı (n=64), %36,7'si (n=55) palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yaşının tedavi yönetimindeki kararlarını etkilemeyeceği fikrine katılıyorken; yine sırasıyla %24,7'si (n=37), %30,1'i (n=45), %27,3'ü (n=41) kararsız olduğunu, %41,3'ü (n=52), %27,3'ü (n=41), %36'sı (n=54) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %78,7'si (n=118), %85,9'u (n=129), %87,4'ü (n=131) hastaların bakım ve yaşam sonu isteklerini bilmenin kendisi için önemli olduğuna katılıyorken; yine sırasıyla %14,6'sı (n=22), %12,7'si (n=19), %12'si (n=18) kararsız olduğunu, %7,7'si (n=10), %1,4'ü (n=2), %0,7'si (n=1) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %48'i (n=82), %73,3'ü (n=110), %68'i (n=102) palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğine kolaylıkla karar verebileceği düşüncesine katılıyorken; yine sırasıyla %35,3'ü (n=53), %20,7'si (n=31), %25,3'ü (n=38) kararsız olduğunu, %16,7'si (n=25), %6'sı (n=9), %6,7'si (n=10) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %38'i (n=57), %56'sı (n=84), %50,7'si (n=76) hastalar ve hasta yakınları ile ölüm ve ölüm süreci hakkında rahatlıkla konuşabileceği fikrine katılıyorken; yine sırasıyla %42'si (n=63), %32'si (n=48), %35,3'ü (n=53) kararsız olduğunu, %20'si (n=30), %12'si (n=18), %14'ü (n=21) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %78,7'si (n=118), %82,6'sı (n=124), %83,3'ü (n=125) hastalarına verdiği tedavilerde hastanın kültürel ve dini görüşlerini de önemseyeceği fikrine katılıyorken; yine sırasıyla %16'sı (n=24), %14,1'i (n=21), %12'si (n=18) kararsız olduğunu, %5,3'ü (n=8), %3,3'ü (n=5), %4,7'si (n=7) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %85,3'ü (n=133), %94,7'si (n=142), %93,3'ü (n=140) günlük pratiğinde hastalarına; hastalıklarını ve hastalıklarına yönelik soruları cevaplayacağı kadar vakit ayırmaya önem gösterdiğine

katılıyorken; yine sırasıyla %12'si (n=14), %4,6'sı (n=5), %4,7'si (n=7) kararsız olduğunu, %2,7'si (n=4), %0,7'si (n=1), %2'si (n=3) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %88,7'si (n=133), %95,4'ü (n=143), %93,3'ü (n=140) günlük pratiğinde hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olmaya önem gösterdiğine katılıyorken; yine sırasıyla %9,4'ü (n=14), %3,3'ü (n=5), %4,7'si (n=7) kararsız olduğunu, %2'si (n=3), %1,3'ü (n=2), %2'si (n=3) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %90'ı (n=135), %97,3'ü (n=146), %96'sı (n=144) günlük pratiğinde hastaları biyopsikososyal olarak bir bütün halinde ele almaya önem gösterdiğine katılıyorken; yine sırasıyla %8,7'si (n=13), %2'si (n=3), %2,7'si (n=4) kararsız olduğunu, %1,3'ü (n=2), %0,7'si (n=1), %1,3'ü (n=2) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %77,3'ü (n=116), %84'ü (n=126) %82,7'si (n=124) günlük pratiğinde son dönem hastalığa sahip kişiler için rahatsız edici tetkik ve tedavilerden kaçındığına katılıyorken; yine sırasıyla %19,3'ü (n=29), %13,4'ü (n=20), %14'ü (n=21) kararsız olduğunu, %3,4'ü (n=5), %2,6'sı (n=4), %3,3'ü (n=5) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %67,3'ü (n=101), %79,3'ü (n=119), %76,7'si (n=115) palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda gelişebilecek yaygın semptomları değerlendirebilir, basit semptomları yönetebileceğine katılırken; yine sırasıyla %22,7'si (n=34), %18,7'si (n=28), %20'si (n=30) kararsız olduğunu, %10'u (n=15), %2'si (n=3), %3,3'ü (n=5) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %58,7'si (n=88), %78,6'sı (n=118), %80'i (n=120) palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını manevi açıdan değerlendirebilip uygun yönlendirmeyi yapabileceğine katılıyorken; yine sırasıyla %29,3'ü (n=44), %18'si (n=27), %20'si (n=30) kararsız olduğunu, %12'si (n=18), %2'si (n=3), %3,3'ü (n=5) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %85,3'ü (n=128), %88'i (n=132), %92,6'sı (n=139) hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğunu düşüncesine katılıyorken; yine sırasıyla %9,3'ü (n=14),

%10'u (n=15), %4'ü (n=6) kararsız olduğunu, %5,4'ü (n=8), %2'si (n=3), %3,4'ü (n=5) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %84,6'sı (n=127), %91,4'ü (n=137), %92,6'sı (n=139) hasta ve yakınlarına verilecek manevi desteğin yas sürecini olumlu etkileyeceği düşüncesine katılırken; yine sırasıyla %12'si (n=18), %7,2'si (n=11), %5,4'ü (n=8) kararsız olduğunu, %3,4'ü (n=5), %1,4'ü (n=2), %2'si (n=3) ise katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %84,7'si (n=127), %92'si (n=138), %90,7'si (n=136) manevî desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği düşüncesine katılırken; yine sırasıyla %11,3'ü (n=17), %6'sı (n=9), %7,3'ü (n=11) kararsız olduğunu, %4'ü (n=6), %2'si (n=3), %2'si (n=3) ise katılmadığını ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada artan yaşlı nüfus ile bulaşıcı olmayan hastalıklarda yaşanan artış oranı, palyatif bakım hizmetine duyulan ihtiyacı arttıracaktır. Artan palyatif bakım hizmet sunumu ihtiyacı, yalnızca palyatif bakım alanında özelleşmiş hekimler ve sağlık profesyonelleri ile karşılanamayacak ve bu durumda palyatif bakım dışı tüm sağlık profesyonellerinin genel palyatif bakım yaklaşımı konusunda bilgi sahibi olması artan ihtiyacın karşılanabilmesi için önemlidir (101).

Palyatif bakım hastaya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşır; hastaların kendileri ve aileleriyle etkili bir iletişimle birlikte, etkili semptom kontrolü yapılmasına olanak sağlar (102). Semptom kontrolünün yanı sıra duygusal ve spiritüel destek sağlayarak gerek fiziksel gerek manevi acıların hafifletilmesi amacını güder. Bunların yanında hastanın olabildiğince aktif bir yaşam sürmesi ile hasta yakınlarına hastalık ve yas sürecinde destek sağlamak da palyatif bakımın temel amaçlarındandır (103)

Johnston vd. 1998 yılında yaptığı çalışma; hastaların çoğunluğunun, yaşam sonu bakımında hekimlerin bilgi sağlama, öneride bulunma, karar verme aşamasında yardımcı olma gibi alanlarda daha aktif bir rol almasını tercih edeceğini ortaya koymuştur (104). Birinci basamak sağlık hizmetleri de sağlık sistemiyle ilk temas noktası olması, tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmesi, bireylere sunulan bakımın koordinasyonunu sağlaması, bireye, ailesine ve toplumuna yönelmiş kişi merkezli yaklaşım ve sağlık bakımının hasta gereksinimleri göz önünde bulundurularak sürekliliğini sağlaması gibi sahip olduğu birçok ilkeyle hastaların bu alanlardaki ihtiyaçlarını karşılayabilir (105). DSÖ'ye göre insan hakları temelinde bulunan yaşam sonu tercihleri ile palyatif bakımın uygulanabilirliği açısından yaklaşıldığında da birinci basamak sağlık hizmetlerinin genel palyatif bakım hizmet sunumu açısından önemi ortadadır (106).

Bütün bu veriler ele alındığında; birinci basamak sağlık hizmetlerinin palyatif bakım hizmet sunumunda önemli bir role sahip olduğu gerçeği yadsınamaz bir gerçektir. Bu gerçeği göz önünde bulundurarak; aile hekimliği uzmanlığı asistanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanlarına palyatif bakım eğitimi

düzenlenmiş ve öncesinde, sonrasında ve 1 ay süre sonrasında palyatif bakım bilgi, tutum ve davranışlarını ve verilen eğitimin etkililiğini belirlemek amacıyla çalışmamız düzenlenmiştir. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda yaş ortalaması 31,53 olup minimum yaş 25 maksimum yaş 57 olmak üzere 150 hekim katıldı. Yaş ortalamasına bakıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanlarında ise $39,37 \pm 8,22$ yıl, aile hekimliği asistanlarında ise $28,48 \pm 2,40$ yıl idi. Katılımcıların çoğunluğu (n=102) kadın, büyük oranının (n=92) meslek süresi 3 yıldan fazla ve katılımcıların çoğunluğunun (n=73) asistanlık yılı 0-1 yıl arasında idi. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (n=99) hastanede çalıştığı ve yaklaşık üçte birinin (n=44) sahada aile hekimliği uzmanlığı asistanı olarak çalıştığı belirlendi.

Çalışmamızda katılımcıların %45,3'ünün (n=68) palyatif bakım hakkında eğitim aldıkları saptandı. Palyatif bakım hakkında eğitim aldığını ifade eden 68 kişinin palyatif bakım eğitim kaynakları sorgulandığında; büyük çoğunluğunun asistanlık sürecinde %89,7 (n=61) eğitim aldığı saptanmış olup bu durum ilgi çekicidir. Bunun sebebi hastanemizde görev yapmakta olan AHU eğitim programındaki asistanlarının ESH'ye görevlendirilmesi ve bu süreçte yine hastanemiz palyatif bakım servisinde çalışılması ile palyatif bakım hizmetleri hakkında eğitim alınması olabilir. Tsao vd. (2019) tarafından yapılan Vietnam'da çalışan 392 hekim arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %69,5'i tıp fakültesi eğitimi sırasında palyatif bakım üzerine hiç eğitim almadığını ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcıların toplamda %65'i tıp fakültesi mezuniyeti sonrası palyatif bakım üzerine eğitim aldığını ifade etmiştir (107). Hagedorn ve arkadaşlarının 2022 yılında yayımlanan çalışmasına göre katılımcıların büyük çoğunluğu tıp fakültesi mezuniyeti öncesi veya sonrası eğitim almadıklarını ifade etmiştir (83). Yine Meksika'da pediatri hekimlerine yapılan ve 2019 yılında yayımlanan bir çalışmada katılımcıların %92,6'sı palyatif bakım üzerine eğitim almadığını ifade etmiştir (108). Çin'de onkoloji hekimleri ile yapılan ve 2016 yılında yayımlanan bir çalışmaya göre, katılımcıların (n=138) %68,8'i palyatif bakım üzerine eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (109). 2021 yılında 561 katılımcıyla yapılan bir çalışmada ise mezuniyet öncesi eğitim oranı hemşirelerde %44,2 iken

hekimlerde %19,2 oranında tespit edilmiş ve hekim ile hemşirelerin çoğunluğunun (%59,1 ve %82,3) mezuniyet sonrası palyatif bakım eğitimi almadığı saptanmıştır (110). Demirgil tarafından 2019 yılında acil servis çalışanlarında yapılan bir çalışmaya göre ise katılımcıların %63'ü palyatif bakım hakkında bilgi almadıkları saptanmıştır (111). Mengeş'in 2021 yılında palyatif bakım birimlerinde çalışanlara yaptığı çalışmada ise katılımcıların %61,7'si palyatif bakım hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını söylemişlerdir. Eğitim alanların oranları hemşirelerde %34'ü, asistan doktorlarda %21,4'ü, uzman doktorlarda ise %71,4'ü palyatif bakım hakkında bilgilendirici eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (112). Şanlıurfa'da aile hekimleri arasında Sağlık tarafından yapılan ve 2021 yılında yayımlanan çalışmada ise katılımcıların arasında eğitim alanların oranı %50,9 saptanmıştır. Eğitim alanların çoğunluğu ise %37,2 oranında tıp eğitimi sırasında aldığını ifade etmiştir (113). 2020 yılında Erarslan Ayaşlı tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada ise aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %67,6'sı palyatif bakım ve hospis hakkında bilgi almadıklarını ifade etmiştir. Bilgi alanların çoğunluğu ise %35 oranıyla çalıştığı kurumda eğitim aldıklarını ifade etmiştir (114). Bizim çalışmamızda da çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de mezuniyet öncesi palyatif bakım eğitimi kısıtlı olup çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular bunu desteklemektedir. Ülkemizdeki tıp fakültesi müfredatları incelendiğinde palyatif bakım genellikle müfredatta yer almayıp; bazı tıp fakültelerinde seçmeli ders olarak konulmuştur. 2019 yılı itibariyle 1 tıp fakültesinde palyatif bakım eğitimi müfredatta yer almaktadır (86). Gün geçtikçe palyatif bakım eğitimi iyileşme gösterse de büyük eksiklikler olduğu kabul edilip tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi müfredatta daha fazla yer alması gerektiği açıktır.

Çalışmamızda ön testte katılımcıların (n=150) %56,7 (n=85) yakınlarının yaşam sonu desteğe ihtiyacı olması durumunda evde olmasını tercih etmiş, her üç testte de en çok seçilen yanıt evde olarak seçilmiştir. Katılımcıların kendilerinin yaşam sonu desteğe ihtiyaç duymaları halinde olmak isteyeceği yere ise ön test, son test ve ikinci son testte sırasıyla %72 (n=108), %64,7 (n=97) ve %64 (n=96) oranlarıyla yine en çok seçilen yanıt olan evde cevabını vermişlerdir. Literatüre bakıldığında Albayrak tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,3'ü hayatının son döneminde hayatının son döneminde veya ölmek üzereyken kendi

evinde olmak isteyeceğini ifade etmiştir (115). 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre genel olarak hayatını kaybeden hekimlerin diğer popülasyona göre hastanede ölme oranı daha düşük olarak saptanmıştır (116). Ancak Wunsch ve arkadaşları tarafından Kanada'da yapılan ve 2019 yılında yayımlanan bir çalışmaya göre ise hekimler ve diğer popülasyon arasında ölüm yeri açısından bir fark saptanmamış; ancak hekimlerin palyatif bakım ve yaşam sonu desteğe ulaşım oranı hekim olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (117). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Sağlık tarafından aile hekimlerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %59,3'ü yaşam sonu desteğe ihtiyacı olan yakınlarının evde olmasını tercih edeceğini ifade etmiştir (113). Yine aile hekimlerine Erarslan Ayaşlı tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada ise katılımcıların yaşam sonu bakım yeri tercihi %64,0 oranında evde, birinci derece akrabalarından ölümcül hastalık sürecini takiben vefat etme durumu olan 42 katılımcının yaşam sonu bakım yeri tercihleri incelendiğinde de katılımcılar %64,0 oranında evde olmasını isteyeceğini belirtmiştir (114). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer bulgular saptanmıştır. Bu durum Türkiye'de evde büyüklerine bakım kültürü olması, yaşam sonu yakınıyla birlikte zaman geçirmek gibi multifaktöriyel sebeplerden ileri geliyor olabilir. İkinci en çok işaretlenen seçenek ise ön testte %34,7 (n=52), ön test sonrası yapılan palyatif bakım eğitimi sonrasındaki son testte ise %43,3'e (n=65) oranlarıyla palyatif bakım olmuştur. Çalışmamızda palyatif bakım eğitimi sonrasında ihtiyacı olması halinde yaşam sonu destek durumunda palyatif bakım merkezinde olmak isteyenlerin sayısı artmıştır. Bunun sebebi palyatif bakım hakkında eksik bilgilendirme, palyatif bakımın ve yaşam sonu tercihlerinin öneminin daha iyi anlaşılması olabilir. Katılımcıların yakınları için yaşam sonu tercihlerine cevapları incelendiğinde ön test, son test ve 2. son testte hiç kimsenin yoğun bakım ünitesinde olmasını tercih etmediğini ifade etmesi ise ilgi çekicidir. Bunun nedeni hastanın yoğun bakıma transferinin yol açabileceği anksiyeteler, ölüm korkusu gibi sebepler ile yoğun bakım ünitelerinde olan hastaların ve hasta yakınlarının gerek fiziksel gerek duygusal ihtiyaçlarının karşılanmayacağı inancı olabilir. Bunun yanında yaşam sonu dönemdeki yakınlarıyla daha fazla vakit geçirmek istemeleri de yaşam sonu destek konusunda katılımcıların yoğun bakım ünitesini tercih etmemelerinin sebebi olabilir.

İleri araştırmalar ile yoğun bakım konusunda gerek sağlık çalışanlarının gerek sağlık çalışanı olmayan kişilerin bu konudaki görüşlerinin incelenmesi uygun olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara palyatif bakım merkezinde veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak isteyip istemediklerini sorusunu yönelttiğimizde; katılımcıların %22,7'si (n=34) n testte palyatif bakım merkezinde, %23,3 ' ise (n=35) birinci basamakta palyatif bakım üzerine, %19,3' ise (n=29) her iki seçeneği de işaretledi. Yapılan eğitim sonrasında uygulan son test ve ondan 1 ay sonra uygulanan ikinci son testte ise palyatif bakım merkezinde çalışmak isteyen katılımcıların sayısında anlamlı bir fark saptanmazken, birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen kişi sayısında anlamlı artış olmuştur ($p<0.05$). Bunun sebebi aile hekimlerinin yapılan ders sonrasında palyatif bakım hakkındaki düşüncelerinin değişmesi ve palyatif bakım ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortak temel ilkelere sahip olduğunu fark etmeleri olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, bakımın devamlılığı ve koordinasyonunu sağlayabilmesi gibi sebeplerden dolayı aile hekimleri hastaların yaşam sonu bakımında ve palyatif bakımda önemli bir rol oynayabilir (118). Yapılan alışmalar incelendiğinde, palyatif bakımda aile hekimlerinin palyatif bakım sağlık hizmetlerine sıklıkla katıldığı görülmektedir. Örneğin İngiltere'de Burt ve arkadaşları tarafından aile hekimlerine yapılan ve 2006 yılında yayımlanan bir çalışmada katılımcıların (n=352) %65'i aktif olarak hastalarına palyatif bakım sağladığını ifade etmiştir. Ek olarak bu çalışmada katılımcıların %72'sinin palyatif bakımın ana görevlerinden biri olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir (119). Avustralya'da yapılan ve 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise katılımcıların yalnızca %25,2'si palyatif bakım hizmetlerinde yer almadığını ifade etmiştir (120). 2017 yılında yine Avustralya'da yapılmış bir çalışmada ise katılımcıların %82'si son 1 yıl içerisinde en az bir kere palyatif bakım hizmetinde rol aldığını ifade etmiştir (121).lkemizde Yıldırım tarafından aile hekimlerine yapılan bir çalışmada ise palyatif bakımda aktif görev almak isteyen katılımcı oranı %21 olarak tespit edilmiştir (122). Bizim alışmamızda bulgularımız ulusal çalışmalara benzer ancak uluslararası çalışmalara göre daha düşük saptanmıştır. Bunun sebebi palyatif bakım önündeki çeşitli bariyerler olabilir. Bunların başlıcaları zaman ve imkn yetersizlikleri, palyatif bakım üzerine eğitim ve tecrübe eksikliği, yasal işleyişteki aksaklıklar, kırsal bölgede çalışma, sağlık

profesyonellerinin arasındaki iletişim eksiklikleri olarak özetlenebilir. Bu engellerin aşılması ülkemizde ve dünyada palyatif bakım ve yaşam sonu bakımın geliştirilmesi açısından oldukça önemli olup aile hekimlerinin palyatif bakım hizmetlerine katılımını kolaylaştıracağı ve sağlık sistemine faydalı olacağı açıktır. Nitekim yapılan çeşitli çalışmalarda da aile hekimlerinin palyatif bakım hizmetlerine katılımının; tanı tutarlılığını, kanıta dayalı tedavilerin uygulanabilirliğini geliştirdiği ve bununla birlikte bakımın ulaştırılmasındaki güçlükleri tanımlayarak terminal dönem hastaların ölüm yeri gibi yaşam sonu bakım tercihlerinin uygulanmasını kolaylaştırdığı saptanmıştır (123,124).

Çalışmamızda katılımcılara ön test, son test ve 2. son testte palyatif bakımın genel ilkelerini ve ülkemizde palyatif bakım üzerine “Evet” “Hayır” ve “Fikrim yok” seçeneklerinden biri ile cevaplandırabilecekleri literatür taraması ve uzman görüşleriyle oluşturulan 19 soruluk bir bilgi testi uyguladık.

Ön test aşamasında katılımcıların en çok doğru cevapladığı soru %96,7 (n=145) oranı ile “Palyatif bakımda hastayla birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişiler de tedavi planına dahil edilmelidir.” oldu. En az doğru cevaplanan soru ise %53,3 (n=80) oranıyla “Palyatif bakımın ana hedefi; yaşamı süresini uzatarak hasta ve yakınlarının birlikteliğini uzatmaktır.” sorusu oldu. Palyatif bakımın amacı hastanın yaşamını uzatmak değil hastanın kalan yaşamı boyunca olabilecek en üst yaşam kalitesi sağlanarak yaşamını sürdürmesini sağlamaktır. Katılımcılarımızın bu soruda daha düşük doğru cevap vermesinin sebebi; kendi yakınlarının yaşam sonu bakım durumunu düşünüp empati yapmaları olabilir.

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklere göre doğru yanıt sayısı karşılaştırıldığında kadınlarda doğru cevap sayısının anlamlı olarak daha yüksek çıktığı izlenmektedir. Yıldırım tarafından aile hekimlerine yapılan çalışmada palyatif bakım hakkındaki bilgi seviyelerine bakıldığında kadın katılımcıların puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiş ancak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (122). Acaralp tarafından hemşirelere yapılan bir çalışmada da yine kadın katılımcıların puan ortalaması erkek katılımcılara göre daha yüksek saptanmış ancak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (125). Bu bulgunun nedeni bizim çalışmamıza katılmış olan kadın katılımcıların %53,9’unun (n=55) asistanlık yılının 0-1 yıldan

fazla olması, eğitim aldığını ifade eden katılımcıların %69,1'ini (n=47) oluşturmasından dolayı olabilir.

Çalışmamızda evinde palyatif bakım ihtiyacı olan hastası olan katılımcılar ve diğerleri arasında ön test toplam doğru sayısı arasında anlamlı fark saptanmamış olmakla birlikte; birinci derece yakınlarında palyatif bakım hizmeti ihtiyacı olan katılımcıların (n=22) olmayan katılımcılara göre ön test toplam doğru cevap sayısının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlam tarafından aile hekimlerine üzerine yapılan bir çalışmada da yine benzer şekilde evinde palyatif bakım hizmeti almış veya alan yakını olan katılımcıların palyatif bakım farkındalık puanı yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (113). Damak tarafından hemşirelerle yapılan ve 2020 yılında yayımlanan bir çalışmada ise evde bakım vermekle sorumlu olunan hastaları olan katılımcıların puan ortalaması diğer katılımcılara göre daha düşük çıkmıştır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (126). Bu bulgular özellikle birinci derece akrabalarında palyatif bakım ihtiyacı olan hekimlerin palyatif bakım hakkında daha fazla bilgisi olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcılarımızın %20'si (n=30) kronik bir hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir ancak ekstra bilgi alınmamıştır. Palyatif bakım hizmetlerinin yaşamı tehdit eden ve sınırlayan hastalıklarda sunulabilmesi gerektiği ortadadır. Sağlam tarafından aile hekimlerine yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalamalarının kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (113). Bizim çalışmamızda iki katılımcı grubu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kronik hastalığa sahip hekimlerin yaşamı kısıtlayıcı hastalığa sahip olan bireyler olarak palyatif bakım hizmetleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaları beklenirdi.

Çalışmamızda katılımcılar arasında meslek yılı ve toplam doğru cevap arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak asistanlık yılı ile toplam doğru sayısı karşılaştırıldığında asistanlık yılı 0-1 yıl olanların diğerlerine göre (1-3 yıl, >3 yıl) doğru cevap sayısı anlamlı olarak düşük saptandı. Erarslan Ayaşlı tarafından yapılan çalışmada meslekte geçen süre ile palyatif bakım ve hospis hakkında bilgi alma

konusunda anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir (114). Sağlam tarafından Şanlıurfa'da aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise; meslek yılı açısından 11-15 yıl seçeneğini işaretleyen katılımcıların puan ortalaması daha yüksek olsa da meslek yılı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (113). Yıldırım tarafından aile hekimlerine yapılan çalışmada ise meslek yılı 3-6 yıl olan katılımcıların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olsa da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (122). Acaralp tarafından yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine yönelik yapılan çalışmada ise mesleki yılı 0-1 yıl arasında olan katılımcıların puan ortalaması 2 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (125). Çalışmamızda meslek yılının ile bilgi puanları arasında fark tespit edilmemesinin sebebi meslek yılının yüksek olan asistanların çoğunlukla SAHU olması ve SAHU eğitiminde sadece mecburi rotasyonların yapılıp diğer asistanların isteğe bağlı olarak yaptıkları Palyatif Bakım Servisi rotasyonunu yapmıyor olmaları olabilir. Asistanlık yılı ile fark olmasının ve 1. Yılda sonraki asistanların daha yüksek seviyede bilgi sahibi olmaları da yine aynı sebebe bağlanabilir.

Katılımcılarımız arasında hastanede çalıştığını belirten katılımcılarımızın, aile sağlığı merkezinde çalıştığını ifade eden katılımcılara göre bilgi testinde anlamlı olarak daha yüksek cevap verdiği saptandı. Buna paralel olarak da AHU katılımcılarla SAHU katılımcılar arasında ön test toplam doğru sayılarında anlamlı fark saptandı. Bunların sebebi yukarıda açıklandığı gibi hastanede çalışan katılımcıların; palyatif bakım servis rotasyonu yapması, palyatif bakım eğitimi alması ek olarak farklı dahili ve cerrahi bölümlerde rotasyon yaparak yaşam sonu bakım ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarla daha sık karşılaşması, aile sağlığı merkezinde çalışan katılımcıların hizmet içi eğitim eksikliği olabilir.

Çalışmamızda palyatif bakım eğitimi aldığını ifade eden katılımcılar ve palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen katılımcıların toplam doğru cevap sayıları diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$). Acaralp tarafından yapılan çalışmada; palyatif bakım ile ilgili bakım alan katılımcıların puan ortalamaları almayanlardan anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (125). Şanlıurfa'da Sağlam tarafından yapılan bir çalışmada ise palyatif bakım hakkında bilgi alanların puan ortalamaları almayanlara göre yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (113). Çalışmamızda saptadığımız bulgulardan eğitim

alanların doğru cevap sayısının yüksek çıkması şaşırtıcı bir bulgu olmamıştır. Palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen katılımcıların daha yüksek doğru cevap sayısına sahip olmasının sebebi de palyatif bakım hakkında zaten eğitim almış olması, kendi çabalarıyla çalışmak istedikleri alanda kişisel gelişimlerine yönelmeleri olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara ön test, eğitim, son test ve 1 ay sonra demografik soruları içermeyen ancak aynı sorulardan oluşan 2. son testi uygulandı. Son test ve ikinci son testte ön teste göre anlamlı şekilde toplam doğru sayısının yükseldiği, yanlış ve fikrim yok cevap sayısının ise yine anlamlı şekilde düştüğü tespit edildi ($p<0.001$). Bunun sebebi yalnızca katılımcıların %45,3'ünün ($n=68$) palyatif bakım üzerine herhangi bir eğitim almış olması olabilir. Literatür incelendiğinde palyatif bakım üzerine olan engellerden en sık karşılaşılanı eğitim ve tecrübe eksikliğidir. Biz de çalışmamızda yaptığımız eğitim ile birinci basamak hekimlerinde palyatif bakım farkındalığını, felsefesini, temel ilkelerini, birinci basamakla kesişen noktalarını ve genel palyatif bakım bilgilerini arttırmayı amaçladık. Ön test, son test ve 2. son test arasında ön teste göre toplam doğru cevap sayısının anlamlı şekilde artışı eğitimimizin amacına ulaştığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcılara palyatif bakım, ülkemizdeki durumu, palyatif bakımda kişisel yeterlilikler ve yaşam sonu bakım ile ilgili 21 sorudan oluşan, 1'den (hiç katılmıyorum) 5'e (tamamen katılıyorum) puanlamalı likert tipi anket uyguladık. 1 ile 2 seçeneğini işaretleyen katılımcıları önermeye "katılmıyorum" olarak, 3 seçeneğini işaretleyen katılımcıları "kararsızım" olarak, 4 veya 5 seçeneğini işaretleyen katılımcıları ise "katılıyorum" olarak değerlendirdik.

Palyatif bakım, gerek birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gerekse genel sağlık sistemi içerisinde bütünleşmiş şekilde bulunmalıdır. Bizim çalışmamızda katılımcıların tüm testlerde en çok katıldıklarını ifade ettikleri sorulardan biri %90 ($n=135$), %93,3 ($n=140$) oranlarıyla "Palyatif bakım programları mevcut sağlık hizmetleri sistemlerine dahil edilmelidir." sorusu olmuştur. Mengeş tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %27,2'si Türkiye'de palyatif bakım entegrasyonunun olmadığını ifade etmiştir (112). Nitekim yapılan çalışmalarda ülkelerdeki sağlık sistemi ile palyatif bakım entegrasyonunun incelenmesiyle; ülkemizde palyatif bakım

çalışmalarının genellikle ağrı palyasyonu sağlanması ve kanser hastalarına yönelik saptanmıştır (127). Ancak palyatif bakım sadece ağrının giderilmesini değil, oluşabilecek maddi ve manevi semptomlara bütüncül yaklaşımı ve hastanın yaşam kalitesinin olabilecek en yüksek seviyeye çıkarılması amacını güder.

Yaş söz konusu olduğunda; erişkin palyatif bakımda yapılan bazı çalışmalarda, yaşlı hastaların genç hastalara göre palyatif bakıma daha az katıldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcılara palyatif bakımda hastanın yaşının tedavi yönetimindeki kararlarını etkileyip etkilemeyeceğini yönelttiğimizde üç testte de katılmadıklarını ifade ettiler. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada genç hastaların aktif başa çıkma stratejilerini daha iyi kullanabildiğini saptanmıştır. Bu da ileri yaş hasta grubunun palyatif bakımda karşılaştığı güçlüklerden biri olan palyatif bakıma katılım oranının düşüklüğünün yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Harputluoğlu ve arkadaşlarının pediatri hekimlerine yönelik yaptığı bir çalışmada katılımcıların çocuk palyatif bakım hakkında bilgisi olduğu ancak yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, sedasyon ve analjezi kullanımı sorgulandığında daha az gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (128). Yıldırım tarafından yapılan bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun palyatif bakımın her yaşa uygulanabilir olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır (122).

Otonomi, genel tıp pratiğinde ve palyatif bakımda ana etik prensiplerden biridir. Hastaların otonomi hakkı 1914 yılında tartışılmaya başlanmış, bilgilendirilmiş onam terimi ise 1957 yılında ortaya çıkmıştır. Özyönetim ve bireysel özellik durumunu yansıtan otonomiye göre hekim hastanın ölümüne yol açabilecek olsa dahi tedaviyle ilgili görüşlerini göz önünde bulundurmalı ve gerektiğinde kabul etmek zorundadır (129). Kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) durumu, ehlileştirilmiş ölümün hasta ve hasta yakınları tarafından kabulü anlamına gelir. Ehlileştirilmiş ölüm ise, yüzyıllar boyunca devam etmiş olan ölüm geleneği düşünüldüğünde özellikle terminal dönemdeki hastanın ve yakınlarının isteyeceği ölüm tarzı olabilir. Ancak DNR, Türkiye Cumhuriyeti yasalarında yer almamaktadır. Nitekim, palyatif bakımda hastanın saygın ve kaliteli şekilde ölmesi temel ilkelerdendir. Bunun da yanında hekim tedavisinde hastanın aydınlatılmış rızası olduğu sürece, dikkat ve objektif özen yükümlülüğünü yerine getirdiği sürece özgürdür (130). Çalışmamızda katılımcılarımıza DNR hakkının yasallaşması

hakkındaki düşüncülerini sorduğumuzda; katılımcılarımız üç testte sırasıyla %63,4 (n=95), %66 (n=99), %62,6 (n=94) oranlarında katıldığını ifade etmiştir. Mengeş tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %58'i DNR'yi hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlar olarak nitelendirilmiştir (112). Erarslan Ayaşlı tarafından yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %78,6'sı hasta için DNR hakkı olmasına ve DNR için yasal düzenlemeler yapılmasına katıldığını ifade etmiştir (114). Yıldırım tarafından yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %65'i hastaların DNR hakkı olması gerektiğini düşündüğünü ifade etmiştir (122). Sonuç olarak DNR sadece tıp ve hukuk dünyasını ilgilendiren bir konu değil, felsefe ve teolojinin de ilgi alanına girmekte ve çözümünde bütün bu alanların birlikte çalışması şarttır.

Birçok ülkede palyatif bakım uzmanlık dalı olarak geçmektedir. Dünya sağlık örgütüne göre Avrupa'da 29 ülkede palyatif bakım için hekimlere yönelik akreditasyon süreci mevcuttur (131). Özelleşmiş palyatif bakıma ulaşım, sadece hastalar açısından değil gerek birinci basamakta gerek diğer basamaklarda temel palyatif yaklaşımı sunabilecek hekimler için de önemlidir. Bizim çalışmamızda katılımcıların 3 testte sırasıyla; %81,4'ü (n=122), %86'sı (n=129), %86,7'si (n=130) Türkiye'de palyatif bakım uzmanlık eğitimi verilmesine katıldığını ifade etmiştir. Demirgil tarafından 2019 yılında ülkemizde acil serviste çalışan hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık dalı olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır (111). Erarslan Ayaşlı tarafından aile hekimlerine yönelik yapılan çalışmada ise katılımcıların %94,2'si palyatif bakım ve hospisin ayrı bir uzmanlık dalı olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır (114). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise aile hekimlerinden oluşan bir katılımcı grubunda katılımcıların %94'ünün palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gerektiğine katıldığı tespit edilmiştir (122). Literatüre uygun olarak bizim çalışmamızda da katılımcılar palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık dalı olması gerektiğini düşünmektedir.

Alternatif ve tamamlayıcı tıp, standart tıp pratiği içerisinde yer almayan uygulamaların tıbbi tedavi yerine veya tıbbi tedaviyle birlikte kullanımınıdır. Çoğu zaman iç içe geçerler. Fitoterapiden akupunktura kadar geniş bir skalaya sahiptir. Alternatif ve tamamlayıcı tıp modalitelerinin birçoğu palyatif bakım ve hospis

bakımında tavsiye edilmektedir. Çeşitli ülkelerde, çeşitli alternatif ve tamamlayıcı tıp modaliteleri çeşitli hastalara önerilebilmektedir. Örneğin İngiltere’de Parkinson hastalığı için Alexander tekniği (vücut üstündeki stresi azaltarak daha rahat ve konforlu hareket etme tekniği), sabah bulantıları için zencefil ve akubasinç uygulamaları, alt bel ağrısı için manuel terapi önerilmektedir (132). Çalışmamızda, katılımcılara palyatif bakımda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaların daha fazla yer alması konusundaki fikirlerini sorguladığımızda katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %67,4’ü (n=101), %76,6’sı (n=115), %70’i (n=130) oranlarında daha fazla yer alması gerektiğine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları üzerine Çakmak ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, P6 akubasinç yönteminin ameliyat öncesi uygulanmasının erken dönem bulantı ve kusma kontrolünde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (133). Nitekim alternatif tıp geleneksel tedavilere eklenerek hastaların yaşam kalitesini arttırabilir. Bu konuda daha detaylı araştırmaların yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Palyatif bakım, multidisipliner bir yaklaşımla sunulması gereken bir hizmettir (25). Tüm dünyada, yaşlı nüfustaki artma ile korele olarak palyatif bakım hizmet sunumunda bu alanda özelleşmiş sağlık çalışanlarıyla birlikte temel palyatif bakım yaklaşımını uygulayabilecek sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun temel çözümlerinden birisi ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin palyatif bakım hizmetlerine entegrasyonudur (90). Çalışmamızda katılımcılara birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğuna katılıp katılmadıklarını sorduğumuzda, literatür ile uyumlu şekilde ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %79,3’ü (n=119), %86’sı (n=129), %82,7’si (n=124) birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğuna katıldığını ifade etmiştir. Nitekim, ülkemizde Mengeş tarafından yapılmış bir çalışmada katılımcılara palyatif bakım ünitelerinde sorumlu hekimin kim olması gerektiği sorusu yöneltilmiş, katılımcıların %51,9’u aile hekimlerinin cevabını vermiştir (112).

Evde sağlık hizmetleri DSÖ tarafından “bakıma muhtaç bireylere kendi evlerinde sunulan bir dizi sağlık ve sosyal destek hizmeti” olarak tanımlanmıştır (134). Tiernan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bir hospis evde bakım ekibine

yönlendirilen hastaların %80'inden fazlası evde ölmek isteyeceğini belirtmiştir. Yine bu çalışmada önemli bir oranda katılımcı daha fazla destek olunması durumunda evde bakımı tercih edeceğini belirtmiştir (100). Evde bakım hizmetleri palyatif bakım ve birinci basamakla bütünleşmiş bir şekilde çalışarak bu bakımı karşılayabilir. Nitekim, kaliteli evde bakım hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve sivil toplum kuruluşlarının güçlü ilişkiler kurmasıyla gerçekleşir (134). Biz de çalışmamızda katılımcılara evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetinin de verilmesi gerektiği konusundaki düşünceleri sorduğumuzda, katılımcılar ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %78 (n=117), %83,3 (n=127), %84,7 (n=127) oranında verilmesine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Hastanemizde erişkin evde sağlık hizmetlerinde de görev almakta olan asistan hekimlerden oluşan katılımcıların, büyük çoğunluğunun evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetlerinin de verilmesi gerektiğini düşünmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Ülkemizde palyatif bakım üzerine olan “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları” yönergesi 2015 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu yönergede sorumlu tabibin görevleri, çalışma esasları, kayıtların tutulması ve istatistik gibi palyatif bakıma yönelik esaslar belirlenmiştir (62). Ancak yönergede palyatif bakım ilke ve esaslarına yönelik çok az yer verilmiş, etik açıdan ise herhangi bir düzenleme sunulmamıştır. Hüküm bulunmayan hallerde ise “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” gibi diğer yönetmeliklerin hükümlerinin uygulanacağı ifade edilmiş ancak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde palyatif bakıma dair herhangi bir hüküm bulunmadığı göz ardı edilmiştir (135). Çalışmamızda katılımcılara palyatif bakım hakkındaki yönetmeliklerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım konusunu kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiği düşüncesine katılıp katılmadıklarını sorduk. Katılımcılar ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %71,3 (n=107), %84,7 (n=127), 84,7 % (n=127) katıldığını ifade etmiştir. Nitekim Yıldırım tarafından aile hekimlerine yönelik yapılan çalışmada katılımcılara palyatif bakım hakkında yeterli yasal düzenleme bulunduğu sorusu yöneltildiğinde katılımcıların %64,8’i kararsız olduğunu ifade etmiştir (122). Genel palyatif bakım sunumu için önemli ve kritik olan birinci basamak sağlık

hizmetlerinde bulunan yasal boşlukların giderilmesinin önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Son 30 yıldır mezuniyet öncesi palyatif bakım eğitiminin tıp fakültelerinin müfredatlarına eklenmesi gerektiği düşüncesi giderek güçlenmiştir. Eğitim daha önceleri ölüm üzerine yoğunlaşmışken, eğitimciler öğrencileri giderek artan bir şekilde terminal dönemde kompleks tıbbi durumlar ve psikososyal ihtiyaçlar açısından eğitmeye odaklanmıştır. Sonuç olarak, palyatif bakım mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatına giderek artan bir şekilde girmeyi başarmıştır. Örneğin 1975'te Amerika Birleşik Devletleri' (ABD) ndeki tıp fakültelerinin %80'i yaşam sonu bakım konusunda eğitim verirken bu oran 2000 yılında %100'e ulaşmıştır (136). Çeşitli ülkelerdeki tıp fakültelerinde palyatif bakıma yönelik müfredatlar benzerlikler ve farklılıklar içermektedir. Örneğin ABD, Birleşik Krallık ve Kanada'da ağrı, analjezi ve iletişim yetenekleri eğitimde en yaygın konular olarak saptanmıştır (137-139). Pereira ve arkadaşlarının İsviçre'de yaptığı bir çalışmada ise en yaygın konu etik konular olarak saptanmıştır (140). Avrupa Palyatif Bakım Birliği tarafından mezuniyet öncesi eğitim konusunda müfredatta yer alması gereken 6 konu palyatif bakımın temelleri, ağrı ve semptom yönetimi, psikososyal ve manevi açılar, etik ve yasal durumlar, iletişim, ekip çalışması ve kendini yansıtma şeklinde özetlenmiştir (141). Biz de katılımcılarımıza bu eğitimlerin olası sonuçlarını; hastaların yaşam sonu isteklerini bilmenin önemli olup olmadığını, palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğine kolaylıkla karar verip veremeyeceğini, hasta ve yakınları ile ölüm sürecini rahatlıkla konuşup konuşamayacaklarını, palyatif bakımda gelişebilecek yaygın semptomları yönetebilip yönetemeyecekleri konusundaki düşüncelerini sorduk. Katılımcılarımız; ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla %78,7 (n=118), %85 (n=129), %87 (n=131) oranında hastaların bakım ve yaşam sonu isteklerini bilmenin kendisi için önemli olduğuna katılıyorken; %48'i (n=82), %73,3'ü (n=110), %68'i (n=102) palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğine kolaylıkla karar verebileceği düşüncesine katıldığını ifade etmiştir. Eğitim sonrasında özellikle hangi hastaları yönlendireceğine kolaylıkla karar verebileceğini düşünen katılımcıların sayısındaki artış bu durumun eğitim eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılarımıza iletişim konusundaki yeterliliklerini "Hastalar ve hasta yakınları ile ölüm ve ölüm süreci hakkında rahatlıkla

konusabilirim.” Sorusuyla yönelttiğimiz zaman katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %38’i (n=57), %56’sı (n=84), %50,7’si (n=76) bu fikre katıldığını ifade etmiştir. Eğitim sonrası son testte ve 2. son testte olan bu yükseliş, ülkemizdeki palyatif bakım eğitim eksikliğini ortaya açık bir şekilde koymaktadır. Katılımcılarımıza palyatif bakım konusundaki bilgi durumlarını yönelttiğimiz yaygın semptomları yönetebilme sorusu ile sorduğumuzda; katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %67,3’ü (n=101), %79,3’ü (n=119), %76,7’si (n=115) palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda gelişebilecek yaygın semptomları değerlendirebilir, basit semptomları yönetebileceğini düşündüğünü ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun bu semptomları yönetebileceğine olan inancı palyatif bakım rotasyonu almış olmalarından dolayı olabilir. Bu sorulara ek olarak katılımcılarımıza son dönem hastalığa sahip hastalarda, rahatsız edici tetkik ve tedavi tercihlerini yönelttiğimizde; ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %77,3’ü (n=116), %84’ü (n=126) %82,7’si (n=124) günlük pratiğinde son dönem hastalığa sahip kişiler için rahatsız edici tetkik ve tedavilerden kaçındığını ifade etmiştir. Eğitim sonrası ön teste göre artış olması da eğitimin önemini yine göstermektedir. Literatür incelendiğinde Yıldırım tarafından aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada; bilgi düzeyindeki değişikliği açıklayan bilgi kaynaklarındaki ağırlıkta lisans eğitimi en önde tespit edilmiştir (122). Bu da mezuniyet öncesi müfredatta palyatif bakım içeriğinin artırılması gerektiğini desteklemektedir. Bununla birlikte Kozlov ve arkadaşlarının hastalara yönelik yaptığı bir çalışmada palyatif bakıma yönelik bilgilerin eğitimsel müdahaleler ile iyileştirebileceği ve bunun da katılımcıların palyatif bakıma dair bilgilerine olan güveni arttırdığı saptanmıştır (142).

Katılımcılarımıza ek olarak günlük uygulamalarında karşılaştıkları hastanın kültürel ve dini görüşlerinin tedavide aldığı rol, hastalarına hastalıklarını ve hastalıklarına yönelik soruları cevaplayacağı kadar vakit ayırmaya gösterilen önem, hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olma, hastalara biyopsikososyal olarak bir bütün halinde yaklaşma olmak üzere palyatif bakım ile de ilgili olan bazı faktörleri sorduk. Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %78,7’si (n=118), %82,6’sı (n=124), %83,3’ü (n=125) hastalarına verdiği tedavilerde hastanın kültürel ve dini görüşlerini de önemseydiği fikrine katılıyorken, %85,3’ü (n=133), %94,7’si (n=142), %93,3’ü (n=140) günlük pratiğinde hastalarına; hastalıklarını ve hastalıklarına

yönelik soruları cevaplayacağı kadar vakit ayırmaya önem gösterdiğine katıldığını ifade etmiştir. Yine katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %88,7'si (n=133), %95,4'ü (n=143), %93,3'ü (n=140) günlük pratiğinde hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olmaya önem gösterdiğini düşünüyorken; %90'ı (n=135), %97,3'ü (n=146), %96'sı (n=144) günlük pratiğinde hastaları biyopsikososyal olarak bir bütün halinde ele almaya önem gösterdiğine katıldığını belirtmiştir. Yaptığımız literatür taramasında doğrudan bu şekilde soruların yer aldığı bir çalışmaya rastlamadık. Ancak aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinde de yer alan bu konularda asistanlarımızın bu kadar yüksek oranda olumlu cevap vermesi ilkelerimizin ne kadar içselleştirildiğini de göstermesi açısından önemlidir.

Palyatif bakımda gerek hastalık gerek yas sürecinde manevi destek oldukça önemlidir. İnsanoğlu, yüzyıllardan beri alışlagelmiş veya alışlagelmemiş ölümlerin sonucunda maneviyata yönelmiştir. Biz de çalışmamızda katılımcılara manevi destek açısından çeşitli sorular sorduk. Katılımcılar ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %58,7 (n=88), %78,6 (n=118), %80' (n=120) palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını manevi açıdan değerlendirebilip uygun yönlendirmeyi yapabileceğine katıldığını ifade etmiştir. Son test ve 2. son testte katılımcıların eğitim sonrası manevi açıdan değerlendirmeyi ve uygun yönlendirmeyi yapabileceğine daha fazla katıldıkları tespit edildi. Bu durum eğitim eksikliğinin palyatif bakım temel ilkelerinde dahi olduğunu göstermektedir. Ancak umut verici bir şekilde eğitim sonrasındaki olumlu cevaplarda artış, palyatif bakım hakkında eğitim ile durumun hızlıca çözülebileceğini bize düşündürmüştür. Yine çalışmamızda katılımcılara hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olup olmadığı konusundaki düşünceleri sorduk. Katılımcıların ön test, son test ve 2. son testte sırasıyla; %85,3'ü (n=128), %88'i (n=132), %92,6'sı (n=139) düşüncesine katıldığını ifade etti. Bununla birlikte katılımcılara hasta ve yakınlarına verilecek manevi desteğin yas sürecini olumlu etkileyip etkilemeyeceğini ve hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyip desteklemeyeceği konusundaki düşüncelerini sorduğumuzda katılımcıların büyük çoğunluğu yas sürecini olumlu etkileyip, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği fikrine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde Karakaya tarafından yapılan ve 2020 yılında yayımlanan bir çalışmaya göre hasta yakınlarının %54'ü bakım verdikleri süreçte psikososyal

desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (143). Erarslan Ayaşlı tarafından aile hekimlerine yönelik yapılan çok merkezli bir araştırmada palyatif bakım ve hospis için bilgi aldığını ifade eden katılımcılardan 111'i hasta yakınlarına destek olma konusunda yaptıkları değerlendirmede %50 oranında aldığı eğitimi yeterli olarak değerlendirmiştir (114). Bununla birlikte Kızıltuğ tarafından yapılan bir çalışmada yapılan mülakatlarda hekim ve hemşireler manevi bakım hizmetlerini “tedavi ve iyileşme sürecinde olumlu katkılar yapmakta”, “kabullenme aşamasında yaşanan sıkıntılarda önemli bir destek”, “hastalar kadar kendimiz için de gerekli” olarak nitelendirmiştir (144). Ankara ilinde Pul tarafından aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğu palyatif bakımda manevi destek verilmesi gerektiğini ifade etmiştir (145). Bulgularımız bu konuda literatür ile uyumlu saptanmıştır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın örnekleme Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde eğitim görmekte olan AHU ve SAHU asistanlarından çalışmaya katılmayı kabul etmiş, eğitime katılmış bununla birlikte üç teste katılmış olan asistanlardan oluşmakta olduğundan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki aile hekimleri uzmanlık öğrencilerinin kendi bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

6. SONUÇLAR

Palyatif bakım tüm dünyada artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar düşünüldüğünde önümüzdeki yıllarda ihtiyacın artacağı bir disiplindir. Gelişen teknoloji ile uzayan insan ömrünün, yaşam sonunda kaliteli bakım ihtiyacı göz ardı edilmemelidir. Aile hekimlerine yönelik yaptığımız müdahaleli prospektif olarak yapılan bu çalışmada:

- Çalışmamızda eğitim sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım üzerine çalışmak isteyen kişi sayısında anlamlı artış olması; palyatif bakım hizmetinin sunulmasında eğitim eksikliğinin önemli bir engel olduğunu vurgulamaktadır. Önerimiz öncelikli olarak palyatif bakım eğitiminin tıp fakültesi müfredatında yer alması, daha sonrasında asistanlık sürecinde ve sonrasında hizmet içi eğitimlerle pekiştirilerek desteklenmesidir.
- Ön test, eğitim, son test ve bir ay sonra ikinci son testin sonuçlarından oluşan çalışmamızda, ön testte saptadığımız toplam doğru cevap sayısı ile pozitif ilişkili değişkenler arasında AHU eğitim programında olmanın önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumun nedeninin hastanemizde AHU eğitim programındaki asistanların ESH görevlendirmesi sırasında palyatif bakım ve geriatri servislerinde görev yapmasının ve eğitim almasının olduğunu düşünmekteyiz. Bu süreçte elde edilen tecrübe ve bilgilerin önem gösterdiğini ve aile hekimliği çekirdek yeterlilik müfredatında yer almayan bu eğitimin müfredata eklenmesinin palyatif bakım hizmet sunumunda önemli bir destek olabileceğini düşünmekteyiz. Yine bu bulgularla birlikte, eğitim sonrasında toplam doğru sayıları karşılaştırıldığında ön teste göre her iki son testte toplam doğru sayıları anlamlı şekilde yüksektir. Bu da palyatif bakım hizmet sunumunda eğitimin aldığı rolü göstermesi açısından önemlidir.
- Çalışmamızda katılımcılarımızın cevapları incelendiğinde palyatif bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, DNR hakkının yasallaşması, palyatif bakım hizmetleri eğitimlerinin birinci basamak için düzenlenmesi, palyatif bakıma dair yasal düzenlemelerin yeniden

düzenlenmesi gibi birçok konuda yüksek olumlu katılım gösterdiği anlaşılmıştır. Bu bulgulara ek olarak katılımcıların palyatif bakım hakkında özyeterliliklerini sorguladığımızda olumlu katılım oranlarının eğitim sonrasında yükseldiği tespit edilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak aile hekimliği asistanlarının palyatif bakım hakkındaki görüşleri eğer sağlıklı ve kaliteli palyatif bakım hizmeti sunulacaksa göz önünde bulundurulmalıdır. Mevzuatlardaki, eğitimlerdeki eksiklikler ivedilikle giderilerek; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak olan sağlık profesyonellerinin palyatif bakıma katılımı artırılmalı ve çeşitli şekillerde özendirilmelidir.

Toplumsal dinamikleri giderek değişmekte olan ülkemizde, önümüzdeki yıllarda palyatif bakım hizmet ihtiyacının giderek artması kaçınılmazdır. Bu ihtiyacın yalnızca özelleşmiş palyatif bakım merkezlerince karşılanamayacağı ise elimizdeki gerçektir. Sağlık giderlerini azaltmak ve hastalara yeterli bakımı sağlayabilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin palyatif bakım açısından güçlendirilmesi gerektiği açıktır.

7. KAYNAKLAR

1. Mitchell G, Murray SA. Supportive and palliative care in the age of deferred death: primary care's central role. *BMJ Support Palliat Care*. 2021 Dec;11(4):398-400.
2. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Pall Supp Care*. 2011 Mar;9(1):1-2.
3. World Health Organization. (2018). Why palliative care is an essential function of primary health care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328101>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulenzas N, Chiu L, et al. Inadequacy of Palliative Training in the Medical School Curriculum. *J Canc Educ*. 2015 Dec;30(4):749-53.
5. Twycross, R. *Introducing palliative care*. 4th ed. Oxon:Radcliffe Medical Press ve 2003.
6. World Health Organization, et al. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. 2016.
7. World Health Assembly Resolution (WHA 67.19). *Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
8. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020 Oct;60(4):754-64.
9. Gwyther L, Krakauer EL. *WPCA Policy statement on defining palliative care*. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2011. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 14 08 2023.] <http://www.thewhpc.org/resources/item/defining-palliative-care>.
10. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16(6): 278–289
11. Alliance, Worldwide Palliative Care. *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*. 2020. s. 13. 978-0-9928277-2-4.
12. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*. 2007 May;8(5):430-8.

13. Balfour Mount [İnternet]. [a.yer : 19 Temmuz 2023]. Erişim Adresi:<https://www.mcgill.ca/palliativecare/about-us/portraits/balfour-mount>.
14. Billings JA (1998) What is palliative care? J Palliat Med 1(1):73–81
15. Palyatif Serviste Yatan Hasta ve Hasta Yakınlarında Manevi Bakım. KAYA, Mervegül. Ankara : Türkiye Klinikleri, 2022, Cilt Aile Hekimliğinde Yaşam Sonu Umutlar 1.baskı.
16. Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. HSP 2017; 4(2): 132-5. 10.17681/hsp-dergisi.316894.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı.
18. World Population Prospects. basım yeri bilinmiyor : UN Department of Economic and Social Affairs,Population Division, 2022.
19. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021 [İnternet]. [a.yer : 17 Temmuz 2023]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>.
20. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliat Med. 2008 Apr;22(3):222-32.
21. Materstvedt LJ, Clark D, Eilershaw J, Førde R, Gravgaard AB, Müller-Busch HC, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med. 2003 Mar;17(2):97-101.
22. Europe, Council of. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 17 07 2023.] [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).
23. Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. Palliat Med. 2007 Jun;21(4):347-54.
24. World Health Organization NCD Data Portal [İnternet]. [a. yer: 17 Temmuz 2023]. Erişim Adresi: <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/TUR>.
25. Kadriye Kahveci, Derya Gökçınar. Palyatif Bakım. basım yeri bilinmiyor : Nobel Tıp Kitapevi, 2014. s. 1-10. ISBN: 9786053350545.
26. Tataryn D, Max Chochinov H. Predicting the Trajectory of Will to Live in Terminally Ill Patients. Psychosomatics. 2002 Sep;43(5):370-7.

27. Hawley PH. The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014 Jan;47(1):e2-e5. s. 2-5.
28. Clareen Wienczek, Patrick Coyne,. *Palliative Care Delivery Models*., *Seminars in Oncology Nursing*. basım yeri bilinmiyor : Elsevier, 2014, s. 227-233.
29. Hasson F, Nicholson E, Muldrew D, Bamidele O, Payne S, McIlfratrick S. International palliative care research priorities: A systematic review. *BMC Palliat Care*. 2020 Dec;19(1):.
30. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *JCO*. 2020 Mar 20;38(9):852-65.
31. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA A Cancer J Clinicians*. 2018 Sep ve 68(5):356-76.
32. Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. Harasym P, Brisbin S, Afzaal M, Sinnarajah A, Venturato L, Quail P, et al. *BMJ Open*. 2020 Aug;10(8):e037466.
33. Casarett D, Pickard A, Bailey FA, Ritchie C, Furman C, Rosenfeld K, et al. Do Palliative Consultations Improve Patient Outcomes?. *J American Geriatrics Society*. 2008 Apr;56(4):593-9.
34. Meier DE, Beresford L. Outpatient Clinics Are a New Frontier for Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*. 2008 Jul;11(6):823-8.
35. Vandaele B, Chambaere K, Devisch I. The Strengths and Challenges of Palliative Day-Care Centers. *J Palliat Care*. 2017 Apr;32(2):55-60.
36. Parast L, Tolpadi AA, Teno JM, Elliott MN, Price RA. Hospice Care Experiences Among Cancer Patients and Their Caregivers. *J Gen Intern Med*. 2021 Apr;36(4):961-9.
37. Akççek F, Akbulut G, Fadiloğlu Ç. Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu. *Ege Geriatri Derneği Yayınları İzmir: Meta Basım*. 2013.
38. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Executive Summary. *Journal of Palliative Medicine*. 2004 Oct;7(5):611-27. s. 611-627.

39. AAHPM and the Specialty of Hospice and Palliative Medicine [Internet]. [a. yer: 23 Temmuz 2023]. Erişim Adresi: <https://aahpm.org/about/about>.
40. McNamara BA, Rosenwax LK, Murray K, Currow DC. Early Admission to Community-Based Palliative Care Reduces Use of Emergency Departments in the Ninety Days before Death. *Journal of Palliative Medicine*. 2013 Jul;16(7):774-9.
41. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *J American Geriatrics Society*. 2007 Jul;55(7):993-1000.
42. Sullivan DR, Chan B, Lapidus JA, Ganzini L, Hansen L, Carney PA, et al. Association of Early Palliative Care Use With Survival and Place of Death Among Patients With Advanced Lung Cancer Receiving Care in the Veterans Health Administration. *JAMA Oncol*. 2019 Dec 1;5(12):1702-9.
43. Cheung MC, Earle CC, Rangrej J, Ho TH, Liu N, Barbera L, et al. Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer*. 2015 Sep 15;121(18):3307-15.
44. Gemmell R, Yousaf N, Dronev J. "Triggers" for early palliative care referral in patients with cancer: a review of urgent unplanned admissions and outcomes. *Support Care Cancer*. 2020 Jul;28(7):3441-9.
45. Pattison M, Romer AL. Improving Care Through the End of Life: Launching a Primary Care Clinic-Based Program. *Journal of Palliative Medicine*. 2001 Jun;4(2):249-54.
46. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2017 Apr 3;189(13):E484-E493.
47. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017 Dec;15(1).
48. Ermers DJ, Kuip EJ, Veldhoven C, Schers HJ, Perry M, Bronkhorst EM, et al. Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliat Med*. 2021 Mar;35(3):592-602.
49. Grądalski T. Medical referral criteria for palliative care in adults: a scoping review. *Pol Arch Intern Med*. 2022 Mar 30;132(3):16223.

50. Peng J, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019 Jan;33(1):24-36.
51. Arenas Ochoa LF, González-Jaramillo V, Saldarriaga C, Lemos M, Krikorian A, Vargas JJ, et al. Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC Palliat Care.* 2021 Dec 2;20(1):184.
52. Bierle RS, Vuckovic KM, Ryan CJ. Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. *Crit Care Nurse.* 2021 Jun 1;41(3):e9-e18.
53. Philip J, Collins A, Smallwood N, Chang YK, Mo L, Yang IA, et al. Referral criteria to palliative care for patients with respiratory disease: a systematic review. *Eur Respir J.* 2021 Oct ve 58(4):2004307.
54. Kim JW, Atkins C, Wilson AM. Barriers to specialist palliative care in interstitial lung disease: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Jun;9(2):130-8.
55. Sharp C, Lamb H, Jordan N, Edwards A, Gunary R, Meek P, et al. Development of tools to facilitate palliative and supportive care referral for patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *BMJ Support Palliat Care.* 2018 Sep;8(3):340-6.
56. Chang RS, Poon WS. "Triggers" for referral to neurology palliative care service. *Ann Palliat Med.* 2018 Jul;7(3):289-95.
57. Akbar U, McQueen RB, Bemski J, Carter J, Goy ER, Kutner J, et al. Prognostic predictors relevant to end-of-life palliative care in Parkinson's disease and related disorders: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2021 Jun;92(6):629-36.
58. Glare PA, Chow K. Validation of a Simple Screening Tool for Identifying Unmet Palliative Care Needs in Patients With Cancer. *J Oncol Pract.* 2015 Jan;11(1):e81-6.
59. Glare PA, Semple D, Stabler SM, Saltz LB. Palliative care in the outpatient oncology setting: evaluation of a practical set of referral criteria. *J Oncol Pract.* 2011 Nov;7(6):366-70.
60. Leppert W, Majkowicz M, Ahmedzai SH. The adaptation of the Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC) to the Polish clinical setting for needs assessment of advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Dec;44(6):916-22.
61. Palliative Care Referral Criteria [Internet]. [a. yer: 29 Temmuz 2023]. Erişim Adresi: <https://www.capc.org/documents/download/286/>.

62. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [İnternet]. [a. yer: 29 Temmuz 2023]. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817/0/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf>.
63. Gomez-Batiste X, Connor S: Building Integrated Palliative Care Programs and Services. *Liberduplex*, Barcelona, 2017. s. 149-173. 978-84-9766-602-2.
64. Salins N, Ramanjulu R, Patra L, Deodhar J, Muckaden MA. Integration of Early Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of Evidence. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(3):252-7.
65. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012 Mar 10;30(8):880-7.
66. Ohlmeier L, Scherg A, Ilse B, Elsner F. [Status of palliative care education in Germany : A survey of medical faculties in 2018]. *Schmerz*. 2021 Aug;35(4):229-36.
67. Krumm N, Schmidlin E, Schulz C, Elsner F. Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. *Palliativmedizin*. 2015 Jul 16;16(04):152-67.
68. Stjernswärd J. Palliative care: the public health strategy. *J Public Health Policy*. 2007;28(1):42-55.
69. Whitelaw S, Clark D. Palliative care and public health: an asymmetrical relationship. *Palliat Care*. 2019;12:1178224218819745.
70. Grossman M, Kaestner R. The social benefits of education. In: Behrman JR, Stacey N, editors. *Effects of education on health*. Anne Arbor, MI: University of Michigan Press; 1997. s. 69-123.
71. Kozlov E, McDarby M, Reid MC, Carpenter BD. Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Apr;35(4):647-51.
72. Centeno C, Sitte T, de Lima L, Alsirafy S, Bruera E, Callaway M, et al. White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE Expert Advisory Group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City. *J Palliat Med*. 2018 Oct;21(10). s. 1389-97.
73. Gwyther L, Brennan F, Harding R. Advancing palliative care as a human right. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Nov;38(5):767-74.

74. Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. *Acad Med.* 2000 Oct;75(10):986-92.
75. Mills J, Wand T, Fraser JA. Self-Care in Palliative Care Nursing and Medical Professionals: A Cross-Sectional Survey. *J Palliat Med.* 2017 Jun;20(6):625-30.
76. Connolly M, Ryan K, Charnley K. Developing a palliative care competence framework for health and social care professionals: the experience in the Republic of Ireland. *BMJ Support Palliat Care.* 2016 Jun;6(2):237-42.
77. Sibandze BT, Scafide KN. Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2018 Mar;65(1):65-77.
78. Ferrell B, Malloy P, Mazanec P, Virani R. CARES: AACN's New Competencies and Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students to Improve Palliative Care. *J Prof Nurs.* 2016;32(5):327-33.
79. Gadoud A, Lu WH, Strano-Paul L, Lane S, Boland JW. A pilot study of interprofessional palliative care education of medical students in the UK and USA. *BMJ Support Palliat Care.* 2018 Mar;8(1):67-72.
80. Palliative Medicine [İnternet]. [Alıntı Tarihi: 07 Ağustos 2023]. Erişim Adresi: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/medicine/palliative-medicine/palliative-medicine>.
81. Clinical Training: Hospice and Palliative Medicine Fellowship Training [İnternet]. [a. yer: 07 Ağustos 2023.] Erişim Adresi: <https://aahpm.org/career/clinical-training>.
82. Gerlach C, Mai SS, Schmidtman I, Weber M. Palliative care in undergraduate medical education - consolidation of the learning contents of palliative care in the final academic year. *GMS J Med Educ.* 2021;38(6):Doc103.
83. Hagedorn C, Tadevosyan A, Mason S, Elsner F. Palliative Care education in Armenia: perspectives of first-year Armenian physician residents. *BMC Palliat Care.* 2022 Apr 20;21(1):53.
84. Kiss-Lane T, Spruijt O, Day T, Lam V, Ramchandran KJ, Chan S, et al. Palliative care clinicians and online education in India: a survey. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Dec;9(4):e35.
85. Ozgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for Cancer Pain. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology.* 2011 Apr;33(Supplement 1):S29-S32.

86. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Consult or download at: <http://hdl.handle.net/10171/56787>. ISBN: 9789463883443.
87. Tıpta Uzmanlık Kurulu Karar Tutanağı [İnternet]. [a.yer: 07 Ağustos 2023]. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/43690/0/tuk-karar-1087---egitim-sureleri-05072022pdf.pdf>.
88. Uslu Şahan, Fatma & Terzioğlu, Füsün. (2015). DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi Palliative Care Education and Organization in the World and Turkey. Cumhuriyet Nursing Journal. 4. 81-89. .
89. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet. 2018 Apr;391(10128):1391-454.
90. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
91. Resolution WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening. In: Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 22 May 2009. Geneva: World Health Organization; 2009:12.
92. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [İnternet]. [a. yer. 03 Aralık 2023]. Erişim Tarihi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>.
93. WHO Regional Office for Europe. Palliative care: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2004.
94. Higginson I, Sen-Gupta G. Place of Care in Advanced Cancer: A Qualitative Systematic Literature Review of Patient Preferences. Journal of Palliative Medicine. 2000 Sep;3(3):287-300.
95. Gott M, Seymour J, Ingleton C, Gardiner C, Bellamy G. 'That's part of everybody's job': the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care. Palliat Med. 2012 Apr;26(3):232-41.
96. Freeman, Thomas R. McWhinney'in Aile Hekimliği. [dü.] Doç. Dr. Tolga Günvar, Prof.Dr. Okay Başak Prof. Dr. A. Dilek Gürdal. 4. Adana : Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2017. s. 77. 9786056624988.

97. Yavuz E. Yaşam sonu bakımına bir birinci basamak yaklaşımı olarak evde sağlık hizmetleri. Enginyurt Ö, editör. Aile HekimliğindeYaşam Sonu Umutlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri ve p.56-62, 2022.
98. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik [İnternet]. 2023. [Alıntı Tarihi: 10 Ağustos 2023.] Erişim Adresi: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm> 2023 CUMA (resmigazete.gov.tr).
99. Groh G, Vyhnaek B, Feddersen B, Führer M, Borasio GD. Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. *J Palliat Med.* 2013 Aug;16(8):848-56.
100. Tiernan E, O'Connor M, O'Siorain L, Kearney M. A prospective study of preferred versus actual place of death among patients referred to a palliative care home-care service. *Ir Med J.* 2002 Sep;95(8):232-5.
101. Paulsen K, Wu DS, Mehta AK. Primary Palliative Care Education for Trainees in U.S. Medical Residencies and Fellowships: A Scoping Review. *J Palliat Med.* 2021 Mar;24(3):354-75.
102. O'Neill B, Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. *BMJ.* 1997 Sep 27;315(7111):801-4.
103. Mudigonda T, Mudigonda P. Palliative cancer care ethics: principles and challenges in the Indian setting. *Indian J Palliat Care.* 2010 Sep;16(3):107-10.
104. Johnston SC, Pfeifer MP. Patient and physician roles in end-of-life decision making. End-of-Life Study Group. *J Gen Intern Med.* 1998 Jan;13(1):43-5.
105. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, . 2011.
106. Rhee JJ, Grant M, Senior H, Monterosso L, McVey P, Johnson C, et al. Facilitators and barriers to general practitioner and general practice nurse participation in end-of-life care: systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2020 Jun 19;2019-002109.
107. Tsao L, Slater SE, Doyle KP, Cuong DD, Khanh QT, Maurer R, et al. Palliative Care-Related Knowledge, Attitudes, and Self-Assessment Among Physicians in Vietnam. *J Pain Symptom Manage.* 2019 Dec;58(6):1015-1022.e10.
108. Zuniga-Villanueva G, Ramirez-GarciaLuna JL, Weingarten K. Factors Associated With Knowledge and Comfort Providing Palliative Care: A Survey of Pediatricians in Mexico. *J Palliat Care.* 2019 Apr;34(2):132-8.

109. Gu X, Cheng W. Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues. *BMC Med Educ.* 2016 May 18;16:149.
110. Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-Las-Heras S, Rubio L, et al. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 10;18(9):5031.
111. Demirgil M, Başol N. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. [Tokat]: T.C. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2019.
112. Mengeş, E. Palyatif Bakım Birimlerinde Çalışanların Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri Konulu Anket Çalışması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi. [dü.] (Danışman: Prof. Dr. Yücel KARAMAN) 2021.
113. Sağlam A. Şanlıurfa'da çalışan aile hekimlerinin palyatif bakım konusundaki farkındalıklarının değerlendirilmesi, Harran Üniversitesi ,Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman:Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI) 2021.
114. Erarslan Ayaşlı H. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Palyatif Bakım ve Hospis'e İlişkin Bilgi ve Görüşleri: Çok Merkezli Bir Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. (Danışman Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR),2020.
115. T., Albayrak. Kişilerinin, kendilerinde ve birinci derece akrabalarında, olası gelişebilecek hayatı tehdit eden bir hastalıkta, yoğun bakım ve ileri yaşam desteği kararları ile bu kararları etkileyen faktörler: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman. Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN), 2013.
116. Weissman JS, Cooper Z, Hyder JA, Lipsitz S, Jiang W, Zinner MJ, et al. End-of-Life Care Intensity for Physicians, Lawyers, and the General Population. *JAMA.* 2016 Jan 19;315(3):303-5.
117. Wunsch H, Scales D, Gershengorn HB, Hua M, Hill AD, Fu L, et al. End-of-Life Care Received by Physicians Compared With Nonphysicians. *JAMA Netw Open.* 2019 Jul 3;2(7):e197650.
118. Beccaro M, Lora Aprile P, Scaccabarozzi G, Cancian M, Costantini M. Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Sep;46(3):335-44.

119. Burt J, Shipman C, White P, Addington-Hall J. Roles, service knowledge and priorities in the provision of palliative care: a postal survey of London GPs. *Palliat Med.* 2006 Jul;20(5):487-92.
120. Rhee JJ, Zwar N, Vagholkar S, Dennis S, Broadbent AM, Mitchell G. Attitudes and barriers to involvement in palliative care by Australian urban general practitioners. *J Palliat Med.* 2008 Sep;11(7):980-5.
121. Le B, Eastman P, Vij S, McCormack F, Duong C, Philip J. Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. *Aust Fam Physician.* 2017;46(1):51-5.
122. Yıldırım B. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Aile Hekimliği Asistan Doktorlarının Palyatif Bakıma Dair Bilgi Ve Tutumları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultangazi Haseki Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Reşat Dabak) 2021;.
123. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med.* 2002 Nov;16(6):457-64.
124. Sanderson C, Tieman J. CareSearch - online palliative care information for GPs. *Aust Fam Physician.* 2010 May;39(5):341-3.
125. Acaralp M, Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yenidoğan palyatif bakım ilişkin uygulama ve tutum düzeylerinin belirlenmesi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Gülzade. UYSAL) 2019.
126. Damak, N. Hemşirelerin iyi ölüme yönelik algıları ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR) 2020.
127. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler İle Karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi* 2020;2(4):715-30.
128. Harputluoğlu N, Alkan Özdemir S, Çelik T. The Knowledge of Pediatricians About Pediatric Palliative Care. *cayd.* 2020 Dec 18;7(3):112-6.
129. Layon AJ, Dirk L. Resuscitation and DNR: ethical aspects for anaesthetists. *Can J Anaesth.* 1995 Feb;42(2):134-40.

130. Ümit, C. (2017). “Hekimlerin Mesleklerinin Uygulanmasından Doğan Ceza Sorumluluğu”. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi , (32) , 197-246 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/taad/issue/52657/693966>.
131. Palliative Care [İnternet].[a. yer: 10 Kasım 2023.] Erişim Adresi: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>.
132. Complementary and Alternative Medicine [İnternet]. [a. yer: 10 Kasım 2023]. Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/conditions/complementary-and-alternative-medicine/>.
133. Çakmak G., Sutaş Bozkurt P., Çakmak M. Effect of the Timing of Acupressure Application to P6 on Postoperative Nausea and Vomiting in Laparoscopic Cholecystectomy. Kocaeli Med J. 2022 ve 238-246, 11(3):.
134. Yazıcıoğlu B. Evde bakım ve palyatif bakım entegrasyonu. Çayır Y, Çubukçu M, editörler. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri ve p.47-50., 2022.
135. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [İnternet]. [Alıntı Tarihi: 11 Kasım 2023]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
136. Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative Care in Undergraduate Medical Education-How Far Have We Come. Am J Hosp Palliat Care. 2017 Sep;34(8):762-73.
137. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. Palliat Med. 2010 Apr;24(3):299-305.
138. Oneschuk D, Moloughney B, Jones-McLean E, Challis A. The status of undergraduate palliative medicine education in Canada: a 2001 survey. J Palliat Care. 2004;20(1):32-7.
139. Shaheen AW, Denton GD, Stratton TD, Hoellein AR, Chretien KC. End-of-life and palliative care curricula in internal medicine clerkships: a report on the presence, value, and design of curricula as rated by clerkship directors. Acad Med. 2014 Aug;89(8):116. s. 1168-1173.
140. Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, et al. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. Palliat Med. 2008 Sep;22(6):730-5.
141. Elsner F, Centeno C, Cetto G, De Conno, F, Ellershaw J, Eychmuller S, Filbet M, Larkin P, Mason S. “Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the

Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools”. 2013.

142. Kozlov E, Reid MC, Carpenter BD. Improving patient knowledge of palliative care: A randomized controlled intervention study. Patient Educ Couns. 2017 May;100(5):1007-11.
143. Karakaya C. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği. 2020, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal BilimlerEnstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 145 sayfa, (Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN).
144. Kızıltuğ, H. Sağlık çalışanlarının palyatif bakım tecrübesinin manevi destek açısından değerlendirilmesi (Konya Eğitim Araştırma Hastanesi örneği) [Yüksek Lisans Tezi]. Konya, 2019. (DANIŞMAN:Prof. Dr. Mustafa TAVUKÇUOĞLU).
145. Pul, G. Ankara İlinde Bulunan Aile Hekimliği Asistanlarının Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri Hakkında Bilgi ve Yaklaşımları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023. (DANIŞMAN: Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz)

8. ÖZGEÇMİŞ

1-Bireysel Bilgiler

Adı- Soyadı : Emre Can TOPÇU
Doğum Yeri ve Tarihi :
Uyruğu :
Medeni Durum :
İletişim Adresi ve Telefonu :
E-posta :
Yabancı dili :

2- Eğitimi

Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yüksek Lisans 2019

3- Ünvanları

Tıp Doktoru

4- Mesleki Deneyim

2019-2020 Balıkesir Merkez 1 Numaralı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
2020-2022 İzmir Sbü Tepecik Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
2022- Halen Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

9. EKLER

EK-1. ANKET FORMLARI

ÖN TEST ANKET FORMU

Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları ÖN TEST

Sayın Meslektaşım;

Bu çalışma bir tıpta uzmanlık tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı Ankara Şehir Hastanesi'nde görev yapan Aile Hekimliği Asistanları ile eğitim almakta olan sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı yapan hekimlerin Palyatif Bakım hakkındaki Bilgi ve Yaklaşımları hakkındaki bilgi ve görüşlerini belirlemektir. Böylece birinci basamakta önem arz eden palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların tespiti, palyatif bakıma yönelik bilgi birikiminin saptanması hedeflenmektedir.

Araştırma ile doğru sonuca ulaşabilmek için sorulara gerçekçi yanıt vermeniz çok önemlidir. Ön test sonrası palyatif bakım hakkında bilgilendirme için eğitim yapılacak olup eğitim materyali verilecektir. Eğitim sonrası son test yapılacak olup 1 ay sonra son test yeniden yapılacağından isim soy isim veya unutmayacağınız bir takma ad kullanılması gerçekçi verilere ulaşılması açısından önemlidir. Anket toplam 57 sorudan oluşmakta olup katılımcılara ait bilgiler çalışma dışında asla kullanılmayacaktır. Paylaşılan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Çalışmamıza sağladığınız katkılar için teşekkür ederiz.

Ad-Soyadı/Takma Ad:

Yaşınız:

1) Cinsiyetiniz:

Kadın	
Erkek	

2) Meslekteki yılınız:

0-1 yıl	
1-3 yıl	
>3 yıl	

3) Asistanlıktaki yılınız:

0-1 yıl	
1-3 yıl	
>3 yıl	

4) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

Evet	
Hayır	

5) Çalışmakta olduğunuz kurum? (ASM, Hastane):

Aile Sağlığı Merkezi	
Hastane	

6) Eğitim Programınız (SAHU-Tam zamanlı aile hekimliği asistanlığı):

AHU	
SAHU	

7) Tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası palyatif bakım eğitimi aldınız mı?

Evet	
Hayır	

8) Yukardaki soruya cevabınız evet ise nereden aldınız?

Tıp fakültesinde	
Zorunlu hizmet sürecinde	
Asistanlık sürecinde	
Kongre, sempozyum, seminerlerden	
Kitap ve dergilerden	
Diğer (.....)	

9) Evinizde daha önce palyatif bakım hizmeti almış olan oldu mu?

Evet	
Hayır	

10) Birinci derece akrabalarınızda palyatif bakım ihtiyacı oldu mu?

Evet	
Hayır	

11) Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

12) Yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakınınız olsa nerede olmasını isterdiniz?

Evde	
Hastanede	
Palyatif bakımda	
Yoğun bakım ünitesinde	
Bakım merkezinde	

13) Kendiniz yaşam sonu desteğe ihtiyaç duysaydınız nerede olmak isterdiniz?

Evde	
Hastanede	
Palyatif bakımda	
Yoğun bakım ünitesinde	
Bakım merkezinde	

14) Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

15) Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

16) Palyatif bakım merkezinde veya ev temelli palyatif bakımda hangi görevde çalışmak isterdiniz? (Önceki son 2 sorudan herhangi biri evet ise cevap veriniz. Birden çok şık seçilebilir.)

Tedavi ve bakımdan sorumlu hekim olarak	
Koordinatör hekim olarak	
Kurum sorumlu hekimi olarak	
Diğer (Lütfen belirtiniz.):	

Aşağıdaki ifadeleri ‘‘Evet-Hayır-Fikrim yok’’ seçeneklerinden birini seçerek yanıtlayınız.

1) Palyatif bakım sadece terminal dönem kanser hastaları için sunulur.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

2) Palyatif bakım hastanede olmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

3) Ev temelli palyatif bakımın birinci basamakta uygulanması hastanın yaşam kalitesini artırabilir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

4) Palyatif bakımda hastayla birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişiler de tedavi planına dahil edilmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

5) Palyatif bakım multidisipliner bir ekiple yürütülmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

6) Hasta ve bakım verenler palyatif bakım profesyonellerine 7 gün 24 saat ulaşabilmelidirler.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

7) Ölüm palyatif bakım hizmetinde olağan bir süreç olarak görülür.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

8) Ölümün geciktirilmesi veya hızlandırılması söz konusu olmamakla birlikte amaç yaşamdan ölüme geçiş sürecini kolaylaştırmaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

9) Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

10)Palyatif bakımda ötenazi ve desteklenmiş intiharın yeri yoktur.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

11)Palyatif bakımın ana hedefi; yaşamı süresini uzatarak hasta ve yakınlarının birlikteliğini uzatmaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

12)Palya-Türk projesi öncelikli olarak toplum temelli palyatif bakım hizmetini gözetmektedir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

13)Palyatif bakım ekibinde; doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog/psikiyatrist, eczacı, manevi bakım görevlisi ve rehabilitasyondan sorumlu kişi bulunmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

14)Aile hekimleri; ev temelli ve toplum temelli palyatif bakımın temelinde yer alır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

15)Hastanın 12 ay içerisinde ölümünün şaşırtıcı olmaması, benzer sebeplerden dolayı tekrarlayan başvurular gibi durumlarda hasta palyatif bakım ünitesine yönlendirilmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

16)Palyatif bakımın ana hedefi; olabilecek en üst yaşam kalitesine ulaşmak, desteklemek ve sağlamaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

17)Palyatif bakım yas sürecinde de hastanın ailesi ve yakınlarına destek sunmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

18)Palyatif bakım yaşamı tehdit eden ve sınırlayıcı herhangi bir hastalıkta sunulmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

19)Aile hekimleri, hastalarıyla daha önceden ilişki içerisinde bulunarak erken dönem palyatif bakım stratejilerini belirleme avantajına sahiptir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

Aşağıdaki ifadelere 5 kesinlikle katılıyorum, 1 kesinlikle katılmıyorum olmak üzere 1 ila 5 arasında puan vererek cevaplayınız.

		1	2	3	4	5
1)	Palyatif bakım programları mevcut sağlık hizmetleri sistemlerine dahil edilmelidir.					
2)	Palyatif bakımda Hasta için Kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) hakkı yasallaşması gerektiğini düşünüyorum.					
3)	Türkiye’de palyatif bakım uzmanlık eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
4)	Palyatif bakımda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaların daha fazla yer alması gerektiğini düşünüyorum.					
5)	Birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğunu düşünüyorum.					
6)	Evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetinde verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
7)	Palyatif bakım hakkındaki yönetmeliklerin; birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım konusunu kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
8)	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yaşı tedavi yönetimindeki kararlarımı etkilemez.					
9)	Hastaların bakım ve yaşam sonu isteklerini bilmek benim için önemlidir.					
10)	Palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğime kolaylıkla karar verebilirim.					
11)	Hastalar ve hasta yakınları ile ölüm ve ölüm süreci hakkında rahatlıkla konuşabilirim.					
12)	Hastalarımın verdiğim tedavilerde hastanın kültürel ve dini görüşlerini de önemserim.					
13)	Günlük pratiğimde hastalarımın; hastalıklarını ve hastalıklarına yönelik soruları cevaplayacağım kadar vakit ayırmaya önem gösteririm.					
14)	Günlük pratiğimde hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olmaya önem gösteririm.					
15)	Günlük pratiğimde hastaları biyopsikososyal olarak bir bütün halinde ele almaya önem gösteririm.					

16)	Günlük pratiğimde son dönem hastalığa sahip kişiler için rahatsız edici tetkik ve tedavilerden kaçınıyorum.							
17)	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda gelişebilecek yaygın semptomları değerlendirebilir, basit semptomları yönetebilirim.							
18)	Palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını manevî açıdan değerlendirebilip uygun yönlendirmeyi yapabilirim.							
19)	Hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğunu düşünüyorum.							
20)	Hasta ve yakınlarına verilecek manevî desteğin yas sürecini olumlu etkileyeceğini düşünüyorum.							
21)	Manevî desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceğini düşünüyorum.							

SON TEST VE 2. SON TEST ANKET FORMU

Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkinliği ve palyatif bakıma yaklaşımları SON TEST

Sayın Meslektaşım;

Bu çalışma bir tıpta uzmanlık tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı Ankara Şehir Hastanesi'nde görev yapan Aile Hekimliği Asistanları ile eğitim almakta olan sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı yapan hekimlerin Palyatif Bakım hakkındaki Bilgi ve Yaklaşımları hakkındaki bilgi ve görüşlerini belirlemektir. Böylece birinci basamakta önem arz eden palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların tespiti, palyatif bakıma yönelik bilgi birikiminin saptanması hedeflenmektedir.

Araştırma ile doğru sonuca ulaşabilmek için sorulara gerçekçi yanıt vermeniz çok önemlidir. Ön test sonrası palyatif bakım hakkında bilgilendirme için eğitim yapılacak olup eğitim materyali verilecektir. Eğitim sonrası son test yapılacak olup 1 ay sonra son test yeniden yapılacağından isim soy isim veya unutmayacağınız bir takma ad kullanılması gerçekçi verilere ulaşılması açısından önemlidir. Anket toplam 59 sorudan oluşmakta olup katılımcılara ait bilgiler çalışma dışında asla kullanılmayacaktır. Paylaşılan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Çalışmamıza sağladığınız katkılar için teşekkür ederiz.

Ad-Soyadı/Takma Ad:

1) Son dönem hastalığı olan yakınınızın hastalığından ve hastalığının gidişatından haberi olmasını ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

2) Yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir yakınınız olsa nerede olmasını isterdiniz?

Evde	
Hastanede	
Palyatif bakımda	
Yoğun bakım ünitesinde	
Bakım merkezinde	

3) Kendiniz yaşam sonu desteğe ihtiyaç duysaydınız nerede olmak isterdiniz?

Evde	
Hastanede	
Palyatif bakımda	
Yoğun bakım ünitesinde	
Bakım merkezinde	

4) Palyatif bakım merkezinde çalışmak ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

5) Birinci basamakta palyatif bakım üzerine çalışmak ister miydiniz?

Evet	
Hayır	

6) Palyatif bakım merkezinde veya ev temelli palyatif bakımda hangi görevde çalışmak isterdiniz? (Önceki son 2 sorudan herhangi biri evet ise cevap veriniz. Birden çok şık seçilebilir.)

Tedavi ve bakımdan sorumlu hekim olarak	
Koordinatör hekim olarak	
Kurum sorumlu hekimi olarak	
Diğer (Lütfen belirtiniz):	

Aşağıdaki ifadeleri ‘Evet-Hayır-Fikrim yok’ seçeneklerinden birini seçerek yanıtlayınız.

1) Palyatif bakım sadece terminal dönem kanser hastaları için sunulur.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

2) Palyatif bakım hastanede olmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

3) Ev temelli palyatif bakımın birinci basamakta uygulanması hastanın yaşam kalitesini arttırabilir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

- 4) Palyatif bakımda hastayla birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişiler de tedavi planına dahil edilmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

- 5) Palyatif bakım multidisipliner bir ekiple yürütülmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

- 6) Hasta ve bakım verenler palyatif bakım profesyonellerine 7 gün 24 saat ulaşabilmelidirler.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

- 7) Ölüm palyatif bakım hizmetinde olağan bir süreç olarak görülür.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

- 8) Ölümün geciktirilmesi veya hızlandırılması söz konusu olmamakla birlikte amaç yaşamdan ölüme geçiş sürecini kolaylaştırmaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

9) Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

10) Palyatif bakımda ötenazi ve desteklenmiş intiharın yeri yoktur.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

11) Palyatif bakımın ana hedefi; yaşamı süresini uzatarak hasta ve yakınlarının birlikteliğini uzatmaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

12) Palya-Türk projesi öncelikli olarak toplum temelli palyatif bakım hizmetini gözetmektedir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

13) Palyatif bakım ekibinde; doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog/psikiyatrist, eczacı, manevi bakım görevlisi ve rehabilitasyondan sorumlu kişi bulunmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

14) Aile hekimleri; hastane dışı palyatif bakım ve toplum temelli palyatif bakımın temelinde yer alır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

15) Hastanın 12 ay içerisinde ölümünün şaşırtıcı olmaması, benzer sebeplerden dolayı tekrarlayan başvurular gibi durumlarda hasta palyatif bakım ünitesine yönlendirilmelidir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

16) Palyatif bakımın ana hedefi; olabilecek en üst yaşam kalitesine ulaşmak, desteklemek ve sağlamaktır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

17) Palyatif bakım yas sürecinde de hastanın ailesi ve yakınlarına destek sunulmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

18) Palyatif bakımın önceden belirlenmiş medikal tanılara kısıtlı değil, yaşamı tehdit eden ve sınırlayıcı herhangi bir hastalıkta sunulmalıdır.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

19) Aile hekimleri, hastalarıyla daha önceden ilişki içerisinde bulunarak erken dönem palyatif bakım stratejilerini belirleme avantajına sahiptir.

Evet	
Hayır	
Fikrim yok	

Aşağıdaki ifadelere 5 kesinlikle katılıyorum, 1 kesinlikle katılmıyorum olmak üzere 1 ile 5 arasında puan vererek cevaplayınız.

		1	2	3	4	5
1)	Palyatif bakım programları mevcut sağlık hizmetleri sistemlerine dahil edilmelidir.					
2)	Palyatif bakımda Hasta için Kardiyopulmoner canlandırma uygulanmaması (DNR) hakkı yasallaşması gerektiğini düşünüyorum.					
3)	Türkiye’de palyatif bakım uzmanlık eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
4)	Palyatif bakımda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaların daha fazla yer alması gerektiğini düşünüyorum.					
5)	Birinci basamakta çalışan hekimlerin palyatif bakım eğitimi almasının gerekli olduğunu düşünüyorum.					

6)	Evde sağlık hizmetlerinde palyatif bakım hizmetinde verilmesi gerektiğini düşünüyorum.						
7)	Palyatif bakım hakkındaki yönetmeliklerin; birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakım konusunu kapsayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.						
8)	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yaşı tedavi yönetimindeki kararlarımı etkilemez.						
9)	Hastaların bakım ve yaşam sonu isteklerini bilmek benim için önemlidir.						
10)	Palyatif bakım ünitesine hangi hastaları yönlendireceğime kolaylıkla karar verebilirim.						
11)	Hastalar ve hasta yakınları ile ölüm ve ölüm süreci hakkında rahatlıkla konuşabilirim.						
12)	Hastalarımaya verdiğim tedavilerde hastanın kültürel ve dini görüşlerini de önemserim.						
13)	Günlük pratiğimde hastalarımaya; hastalıklarını ve hastalıklarına yönelik soruları cevaplayacağım kadar vakit ayırmaya önem gösteririm.						
14)	Günlük pratiğimde hasta ve yakınları ile iş birliği içinde olmaya önem gösteririm.						
15)	Günlük pratiğimde hastaları biyopsikososyal olarak bir bütün halinde ele almaya önem gösteririm.						
16)	Günlük pratiğimde son dönem hastalığa sahip kişiler için rahatsız edici tetkik ve tedavilerden kaçınırım.						
17)	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda gelişebilecek yaygın semptomları değerlendirebilir, basit semptomları yönetebilirim.						
18)	Palyatif bakım ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını manevi açıdan değerlendirebilip uygun yönlendirmeyi yapabilirim.						
19)	Hastaların manevî desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğunu düşünüyorum.						
20)	Hasta ve yakınlarına verilecek manevi desteğin yas sürecini olumlu etkileyeceğini düşünüyorum.						
21)	Manevî desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceğini düşünüyorum.						

EK-2. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-23-3530

3530-no'lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması planlanan "Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

26/04/2023

Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-				
ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu				
AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara				
TELEFON	0312 552 66 00				
FAKS	0312 552 99 82				
E-POSTA	ankarash.etikkurul@sağlık.gov.tr				
BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail Kasım			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması (Dr.Emre Can Topçu'nun tezi olan)				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürcem BODUR
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/3530/2023	Tarih: 26/04.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları				
Araştırmamanın Protokol Kodu		-				
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
Etik Kurulun Çalışma Esası		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
Başkanın Unvanı / Adı / Soyadı:		Prof. Dr. Hürrem BODUR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast. ve Kl. Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Define KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrak GÜMÜŞKAYA ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hayrettin Levent MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alp ŞENER	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:

EK-3. TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3)

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Emre Can Topçu
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Ankara Şehir Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	8.01.2020
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	08.01.2024
Program Yöneticisinin Adı Soyadı:	Adem Özkara
Tez Danışmanının Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	İsmail Kasım

<p>*Araştırma/Tez Konusu (Study Title)</p> <p>Aile hekimliği asistanlarına yönelik hazırlanan palyatif bakım eğitiminin etkililiği ve palyatif bakıma yaklaşımları</p>
<p>1-Araştırma Sorusu (Research problem)</p> <p>Aile Hekimliği Asistanlarının birinci basamakta palyatif bakıma dair bilgi düzeyleri ne durumdadır, palyatif bakıma dair düşünceleri nelerdir? Yapılacak olan eğitim ne kadar etkili olmuştur?</p>
<p>2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)</p> <p>Yaşam süresi uzadıkça, yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bunun önümüzdeki birkaç on yıl içerisinde 65 yaş üstü tüm insanların çeyreği oranında ikiye katlanması beklenmektedir. (1)</p> <p>Tıp; maternal mortalite kaynaklı, enfeksiyon kaynaklı, kaza kaynaklı, kanser ve kardiyovasküler kaynaklı ölümleri azaltmış olsa da multimorbidite, demans, organ</p>

yetmezliği ve kanser gibi durumlarda ölüm oranları ve bakım ihtiyaçları oldukça yüksektir. Bu durumlar palyatif bakıma duyulan ihtiyacı arttırmıştır. (1)

Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi ile yaşam kalitelerini arttıran bir yaklaşımdır. (2)

Bu süreçte aile hekimleri 1. basamak sağlık hizmetlerinin gerekliliği olarak hasta ve hasta yakınları ile ilk teması kuran ve müdahaleyi yapan sağlık çalışanları oldukları için palyatif bakım hizmetlerinin kapsamlarını bilmelidirler.(3) Buna ek olarak; Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılında palyatif bakımı; sağlık hizmetleri sürekliliğinin temel bir unsuru olarak diğer sağlık hizmetleri ile entegre etmek gerektiğini ve evde bakım hizmetleri ile palyatif bakım hizmetlerinin entegrasyonunu sağlamak amacıyla; ‘‘Evde sağlık ekibinin ve birinci basamak hekimlerinin palyatif bakım eğitimi almasının gerekliliğini’’ vurgulamıştır. (4) Ayrıca yapılan çalışmalarda palyatif bakım eğitiminin tıp fakültelerinde verilse bile yeterli düzeyde verilmediğinden ve eğitimin standart olmayan bir yaklaşımla verildiğinden dolayı endişeler duyulduğu belirtilmektedir. (5)

1-Mitchell G, Murray SA. BMJ Supportive & Palliative Care Epub ahead of print: [15.03.2023]. doi:10.1136/ bmjpcare-2020-002616

2-WHPCA-WHO Global Atlas of Palliative Care at the End Of Life 2nd Edition; 2020. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> , Erişim tarihi: 12.03.2023

3- Borasio, Gian Domenico. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliative & supportive care. 2011; 9.1: 1-2

4- WHO-Why Palliative Care Is An Essential Function Of Primary Health Care- <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf> ,Erişim Tarihi:10.03.2023

5- Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulenzas N, Chiu L, et al. Inadequacy of palliative training in the medical school curriculum. J Canc Educ 2015; 30: 749-53.

<p>3-Araştırma amacı (Objectives)</p> <p>Çalışmamızın amacı Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan aile hekimliği asistanlarına palyatif bakım hakkında eğitim düzenleyerek eğitim öncesinde ve sonrasında palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek, yaklaşımları ile görüşlerini araştırıp; buna ek olarak ilgili yönetmeliklerin eksikliklerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde palyatif bakıma yönelik yönetmelik eksikliği olup olmadığını araştırmaktır.</p>
<p>4-Hipotez (Hypothesis)</p> <p>Aile Hekimliği asistanlarının palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyi düşüktür. Palyatif bakım uygulaması birinci basamakta da yer almalıdır. Aile hekimliği asistanlarına düzenlenecek eğitim palyatif bakım bilgi düzeyini arttıracaktır.</p>
<p>5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)</p> <p>Çalışmamız müdahaleli ön test son test uygulamalı non-randomize kontrol grubu olmayan bir çalışmadır.</p>
<p>6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location)</p> <p>Bu çalışma hastane tabanlı, tek merkezli bir araştırma olarak planlanmıştır. Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yürütülecektir.</p>
<p>7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population)</p> <p>Çalışma grubunu 2022-2023 akademik yılında Ankara Şehir Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine devam eden asistan hekimler oluşturacaktır. Katılımda gönüllülük esas alınacak olup katılımcılar cinsiyet ve kıdem yılı özellikleri bakımından çeşitlendirmeye çalışılacaktır.</p> <p>.Katılımcıların araştırmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri şu şekildedir:</p> <p>.Dahil edilme kriterleri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tıpta uzmanlık eğitimine devam ediyor olması2. Gönüllü olması <p>.</p> <p>.Dahil edilmeme kriterleri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gönüllü olmaması2.Araştırma sürecinde kişiye herhangi bir şekilde ulaşılamaması <p>.</p> <p>.Çekilme kriterleri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Veri toplama araçlarındaki soruların tamamen cevaplanmaması <p>2. Çalışmaya katılmaktan vazgeçilmesi</p>

8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome)

Birincil sonuç değişkenleri:

1. Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği tıpta uzmanlık öğrencilerinin palyatif bakıma yönelik yapılacak eğitim öncesi ve sonrası birinci basamak palyatif bakım hizmeti bilgi düzeyleri,
2. Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği tıpta uzmanlık öğrencilerinin palyatif bakıma yönelik yapılacak eğitim öncesi ve sonrası birinci basamak palyatif bakım hizmeti ile ilgili düşünceleri.

İkincil sonuç değişkenleri bulunmamaktadır.

9- Araştırma Süreçleri (Study procedures)

Çalışmamıza etik kuruldan izin alındıktan sonra başlanacak olup, 2 (iki) ay verilerin toplanması, 1 (bir) ay sonuçların değerlendirilmesi ve raporlanması olmak üzere toplam 3(dört) ay şeklindedir. Muhtemel tarih aralığı olarak 01.05.2023- 01.09.2023 olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubunu 2022-2023 akademik yılında Ankara Şehir Hastanesi'nde uzmanlık eğitimine devam eden aile hekimliği uzmanlık öğrencileri oluşturacaktır. Evren büyüklüğü 250 olup %95 güven seviyesi %5 kabul edilebilir hata payı ile hesaplanan minimum örneklem büyüklüğü ...'dur.Bu sayıya ulaşıldığında anket yapma çalışması tamamlanmış olacaktır. Gönüllü katılımcılara yardımcı araştırmacı tarafından hazırlanan ve sorumlu araştırmacı tarafından kontrol edilen eğitim sunumu yüz yüze yapılacak olup; eğitim öncesi ve sonrası ile eğitimden 1 ay sonrasında aynı anket formu ile erişim sağlanacaktır. Araştırmaya katılmak isteyen uzmanlık öğrencileri çalışma hakkında bilgilendirilecek, yazılı ve sözlü onamları alınacaktır

Kullanılacak olan anket, tıpta uzmanlık öğrencilerinin demografik verileri (yaş, cinsiyet,medeni durum) uzmanlık eğitimi yılı, daha önce palyatif bakım eğitimi alıp almadığı ve birinci basamak palyatif bakım hizmeti hakkında bilgi düzeyleri ve yaklaşımları ile ilgili başlıklar içerecektir

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uyan sayısal verilerde ortalama \pm standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca + çeyrekler arası genişlik ile ifade edilecektir. Çalışmamız verilerinin kategorik veya sayısal olup olmamasına, normal dağılımda olup olmamasına göre uygun istatistiksel veriler kullanılacaktır. Normal dağılıma uyan sayısal verilerde iki değişkenin kıyaslanması için Student-t testi kullanılacaktır. Daha fazla grubun karşılaştırılması için ise Anova testi kullanılacaktır. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılacaktır. Kategorik veriler ki-kare ile değerlendirilecektir. Tüm testlerde önem düzeyi 0.05 olarak alınacaktır.

<p>10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power)</p> <p>Evren büyüklüğü 214 kişidir.</p>
<p>11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)</p> <p>Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uyan sayısal verilerde ortalama \pm standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca + çeyrekler arası genişlik ile ifade edilecektir. Çalışmamız verilerinin kategorik veya sayısal olup olmasına, normal dağılımda olup olmamasına göre uygun istatistiksel veriler kullanılacaktır. Normal dağılıma uyan sayısal verilerde iki değişkenin kıyaslanması için Student-t testi kullanılacaktır. Daha fazla grubun karşılaştırılması için ise Anova testi kullanılacaktır. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılacaktır. Kategorik veriler ki-kare ile değerlendirilecektir. Tüm testlerde önem düzeyi 0.05 olarak alınacaktır.</p>
<p>12-Etik Öngörü (Ethical Considerations)</p> <p>Bu araştırma Helsinki deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur. Denek araştırma etik kuralları ile çalışmayacaktır.</p>
<p>13- Anahtar kelimeler (Key words)</p> <p>Birinci basamak palyatif bakım, Aile Hekimliği, Ankara Şehir Hastanesi</p>

Tez konusu onay formu açıklamalar:

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title): Araştırmayı yeterince tanımlayıcı olmalı. Yapılacak çalışmanın tanımlayıcı özellikleri yer almalıdır.

1-Araştırma sorusu (Research problem): Araştırmanın yapılmasına neden olacak soru cümlesi yazılmalıdır. Sorular “neden ve nasıl” içermelidir, hedefe odaklanmış ve özgün olmalıdır. Soru basit bir evet/hayır ile açıklanamamalıdır.

2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale): Araştırma sorusuna yönelik özet literatür bilgisi ve bu araştırmanın yapılmasını haklı kılacak gerekçe yazılmalıdır.

3-Araştırma amacı (Objectives): Spesifik amaçlar ve hedefler belirlenmelidir. Bunlar tanımlama, karşılaştırma, uyum/benzerlik kontrolü yapmak, ilişkileri açıklamak veya benzeri amaçlar olabilir. Amaçlar bu gibi kelimelerle bitirilmelidir.

4-Hipotez (Hypothesis): Araştırma sorusuna varsayım önermesidir. Araştırmada doğruluğu test edilecektir. Bir varsayım içermeli, probleme çözüm önermeli, deney ve gözlemlere sınanmaya açık olmalı, eldeki verilerle uyumlu ve bunları açıklayıcı olmalıdır. Yeni gerçeklerin ön görüşüne olanak sağlamalıdır.

5-Araştırma türü/tasarım (Study Design): Gözlemsel/deneysel, tanımlayıcı/analitik, vaka serisi/kohort/olgu-kontrol/kesitsel, kontrollü/kontrolsüz, randomize/randomize olmayan, prospektif/retrospektif vb. araştırma türü tanımlanmalıdır.

6- Çalışmanın yeri (Study Setting/ Location): Araştırmanın yapıldığı yer yazılmalıdır. Hastane tabanlı/toplum tabanlı, tek merkez/çok merkez, laboratuvar çalışması gibi.

7-Çalışmaya katılanlar/denekler (Study Population): Üzerinde araştırma yapılacak deney ve kontrol gruplarının özellikleri, nereden bulunacakları, nasıl seçilecekleri belirtilmelidir.Gruplar yapılacaksa grupların eşleştirilme ve seçim kriterlerini belirtiniz. Keza dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri yazılmalıdır.

8-Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome): Birincil sonuç değişkeni araştırma sorusuna cevap aranılacak, sonuç göstergesidir/ölçüttür. Bu aynı zamanda örnek/popülasyon büyüklüğü, güç hesabı ve hipotezi test etmede kullanılacaktır. Bir adet veya en fazla iki adet önceden belirlenmiş olmalıdır. Birincil sonuç değişkeni çeşitli şekillerde ölçülebilir. Örnek: iki seçenekli değişken (caesarean/no caesarean, blood loss \geq 500mL/blood loss $<$ 500mL); sürekli değişken (e.g. weight - kg, blood loss - mL); skor (pain - mild, moderate, severe); olayın ortaya çıkışı (survival), and sayılar (number of infections, number of events occurring). Daha sonra ikincil sonuç değişkenleri yazılmalıdır. İkincil sonuç değişkeni, birincil sonuç değişkenleri içinde gruplanmış unsurlardan biri olabilir ya da tamamlayıcı bilgi sağlayabilecek bir başka değişken olabilir.

9-Araştırma Süreçleri (Study procedures): Araştırmanın nasıl olacağı, aşama aşama belirtilmelidir. Katılımcıların çalışmaya alınma yöntemi, grupların oluşturulması, randomizasyon yapıp yapılmayacağı, randomizasyon yapılacak ise detaylı açıklaması yazılmalıdır. Katılımcılara/deneklere hangi müdahalelerin, incelemelerin ve testlerin yapılacağı, tam anlaşılır detayda belirtilmelidir. Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenlerini ölçmek için hangi araçların (anket formları, tıbbi cihazlar, göstergeler, skalalar, vb.) kullanılacağı açık bir şekilde belirtmeli ve bu araçların geçerliliği (validity) hakkında bilgi verilmelidir.

10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power): Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmalıdır. Örnek büyüklüğü, kabul edilen bir istatistiksel güçte, hipotezin test edilmesi için gerekli asgari sayıdır.

11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods): Araştırma sorusu cevaplandırılmalı, hipotez test edilmeli ve değerlendirmeler için kullanılacak istatistiksel yöntemler belirtilmelidir.

12-Etik Öngörü (Ethical Considerations): Araştırmanın Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygunluğu ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmeyeceği belirtilmelidir.

13- Anahtar kelimeler (Key words): MesH (Medical Subject Heading) uyumlu olmalıdır. En az 3, en fazla 5 kelimedenden oluşmalıdır.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail Kasım

Klinik Eğitim Sorumlusu

Prof. Dr. Adem Özkara