

## Palyatif Bakım Hastaları ve Hemşirelerinin Gözünden İtibarlı Bakım

### Looking at Dignified Care with The Eye of Palliative Care Patients and Nurses

Yasemin Eskigölek<sup>1</sup>, Sultan KAV<sup>2</sup>

#### Öz

**Amaç:** İnsan onurunun korunması, sağlık hizmetinin gerekliliklerinden biridir. Bu çalışma palyatif bakım hastalarının ve bu alanda çalışan hemşirelerin itibarlı bakım hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve Yöntem:** Nitel tipteki bu çalışma Haziran-Temmuz 2018 tarihleri arasında, Ankara’da iki üniversite hastanesinde palyatif bakım alan 10 hasta ve bu kliniklerde çalışan 10 hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Veriler hasta ve hemşireler için farklı hazırlanmış demografik veri formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmış ve ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Veriler deşifre edildikten sonra tema analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerle yapılan görüşmelerin analizinde saygınlığın sürdürülmesi, engeller ve çözüm önerileri, bakımın yararları; hasta görüşmelerinin analizinde ise saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık olmak üzere 3 tema elde edilmiştir.

**Sonuç:** İtibarlı bakımın hastanın saygınlığını koruyan, kendini değerli ve güvende hissetmesine, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bakım almasına olanak sağlayan bir süreç olduğu; itibarlı bakımı yaygınlaştırmak için bireysel eğitimin yanı sıra kurumsal politikalar oluşturulmasının önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, itibar, itibarlı bakım, palyatif bakım, tema analizi

#### Abstract

**Aim:** Preserving human dignity is one of the necessities of health care. This study was carried out to explore views of palliative care patients and nurses working in this field about dignified care.

**Material and Methods:** This qualitative study was conducted between June-July 2018 with ten patients receiving palliative care and ten nurses caring those patients in inpatient clinics of two university hospitals in Ankara. The data was collected with demographic form and semi-structured interview form prepared separately for patients and nurses. The interviews were conducted through face-to-face in-depth interviews and taped on the audio recorder. Thereafter the data was transcribed verbatim, thematic analysis was performed.

**Results:** Three themes were derived for each group. Themes derived from data of nurses were maintaining respectability, barriers and facilitators, benefits of care for nurses. Themes derived from patients were respectability, caring practices, and usefulness.

**Conclusion:** The results of the study showed that dignified care is a process preserving patient's dignity, allows one to feel valued and safe, and receive holistic and individualized care. It has been concluded that it is important to establish institutional policies as well as individual education to promote dignified care.

**Key words:** Dignified care, dignity, nursing, palliative care, theme analysis.

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Gazi Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Ankara/Türkiye, E-posta: [yaseminuslu12@gmail.com](mailto:yaseminuslu12@gmail.com)

<sup>2</sup>Profesör Doktor, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye

## GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya gelmiş hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir yaklaşımdır.<sup>1</sup> Palyatif bakımın temeli 1950’li yıllarda Cicely Saunders tarafından atılmış olup terminal dönemdeki hastaların huzurlu bir ölüm sürecinin yanı sıra semptom kontrolü ve destek sağlanması yoluyla ölüm anına kadar konforlu biçimde yaşayabilmelerini hedefler.<sup>2,3</sup> Palyatif bakım hizmeti, bireyin tanı aldığı andan başlayarak ev, hastane, bakım evleri gibi bireylerin bulunduğu her ortamda, bireyin gereksinimine göre sunulmaktadır.<sup>4,5</sup> Palyatif bakım, tanıdan itibaren başlanan ve hastalığın progresyonu ile birlikte yoğunluğu artarak devam eden, yaşam sonu dönemde semptom kontrolü ve bireyin konforunu sağlamaya odaklanan, ölüm sürecinde ve sonrasında aileye yas desteği sağlanmasını içeren bir süreçtir.<sup>4,5</sup>

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu gibi çeşitli kronik hastalıklara sahip olan bireylerin palyatif bakım gereksinimi bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre dünyada her yıl yaklaşık 40 milyon birey palyatif bakıma gereksinim duymaktadır.<sup>6</sup> Palyatif bakım hastalarının en sık yaşadığı semptomlar ağrı, bulantı ve kusma, dispne, yorgunluk, iştahsızlık, konstipasyon, uyku sorunları gibi fiziksel semptomlar; depresyon, anksiyete, içselleştirilmiş stigma ve sosyal izolasyon gibi spiritüel ve psikososyal semptomlardır.<sup>7-10</sup> Palyatif bakım hastaları toplum ve sağlık bakım politikaları tarafından şekillendirilen ileri bakım direktifleriyle ilgili legal ve kültürel sorunlar da yaşayabilmektedir.<sup>11</sup> Tüm bu sorunlar, palyatif bakım hastasının yaşamını kısıtlayarak yaşamının hastalık tarafından kontrol edildiği duygusuna, kontrol duygusunun kaybına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur.<sup>12</sup> Palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesinin önemli bileşenleri bilişsel, emosyonel, fiziksel, sosyal ve spiritüel yönlerin yanı sıra sağlık hizmetine erişim ve duruma hazır olmaktır.<sup>13</sup> Palyatif bakımdaki uygulamaların amacı bireyin yaşamının sonuna kadar yaşam kalitesinin mümkün olduğunca korunması ve ölüm sürecinin huzurlu olmasıdır. Bireyin otonomisi azaldıkça itibar duygusu da azaldığı için palyatif bakımın temelini bireyin itibarının korunması oluşturmaktadır.<sup>14-16</sup>

İtibar, della Mirandola’ya göre insanların Tanrı’nın yarattığı mükemmel varlıklar olmasından dolayı; Kant’a göre ise kendi kararlarını özgürce alabilen “rasyonel ajanlar” olmasından ve yerine bir başkasının konulamayacağından dolayı doğal olarak hak ettikleri bir değerdir.<sup>17-19</sup> Bakımda itibarı tanımlamak için yapılan bir kavram analizinde, insan itibarının ‘bireysel insan itibarı’ ve ‘sosyal itibar’ olmak üzere iki tanımlayıcı özelliği olduğu

saptanmış; hasta itibarı yerine “bakımda itibar” veya “itibarlı bakım” kavramlarının kullanılabileceği belirtilmiştir.<sup>20</sup>

İtibarlı bakım bireyin mahremiyetinin korunduğu, karar verme sürecine katıldığı, iletişim ve saygının sürdürüldüğü, bireye özgü biçimde sunulan, güvene dayalı bakım olarak tanımlanmıştır.<sup>21,22</sup> İtibarlı bakım, bireyin güvende ve değerli hissetmesine olanak sağlayan davranış ve tutumla sunulur. Bu davranış ve tutumların temelini empati, nezaket, şefkat ve iletişim oluşturmaktadır. İtibarlı bakım davranışları vücut dilini etkin kullanma, iletişim için zaman ayırma, bireyin kıyafetlerini giydirirken veya diğer bakım uygulamalarını yerine getirirken izin isteyerek otonomisini koruma, temiz ve sakin bir bakım ortam sunma gibi kapsamlı detaylardan oluşmaktadır.<sup>23</sup> Bunlara özen gösterilmemesi, bakım verilen bireyin spiritüel sancı yaşamasına ve kendini değersiz hissetmesine neden olur.<sup>24</sup>

İtibarlı bakım; empati ve saygı çerçevesindeki etkileşimlerle bireylerin gereksinimlerine yönelik verilen hemşirelik bakımının temel taşlarından biridir.<sup>25</sup> Sağlık hizmetleri, Uluslararası Hemşirelik Konseyinin Hemşirelik Etik Kodlarında<sup>26</sup> ve Avrupa Hasta Haklarının İyileştirilmesi Bildirgesinde<sup>27</sup> de belirtildiği üzere insan itibarına uygun sunulmalıdır. Temel bir insan hakkı olan itibarlı bakım Danimarka, Birleşik Krallık, Kanada ve Avustralya’da sağlık politikası haline gelmiştir.<sup>28-31</sup> Bu politikalar kapsamında suiistimalin önlenmesi, mahremiyetin korunması ve bireyselleştirilmiş bakıma odaklanmış on ilke belirlenmiştir.<sup>29-31</sup> Ayrıca Birleşik Krallık’ta düzenlenen “itibar savunuculuğu (dignity champion)” kampanyasına ve her yıl 1 Şubat’ta düzenlenen “itibar hareketine (dignity action day)” hem sağlık profesyonelleri hem de halktan gönüllülerin katılımı desteklenerek itibarlı bakımın yaygınlaştırılması sağlanmaktadır.<sup>32</sup> Uluslararası literatürde yayınlanan çalışmalarda itibarlı bakımı etkileyen faktörlere, hastaların ve sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin görüşlerine ve itibarlı bakım modellerine odaklanılmıştır.<sup>33-37</sup> Ülkemizde ise konuya ilişkin çalışmalar incelendiğinde yalnızca bir araştırmaya ulaşılmıştır. Akın Korhan ve arkadaşları tarafından palyatif bakım alanında çalışan hemşire ve hekimlerin insan itibarına ilişkin yaklaşımlarının incelendiği çalışmada palyatif bakım profesyonellerinin insan itibarını zedeleyen yaklaşımlarda bulunabildikleri saptanmıştır.<sup>38</sup> Bu çalışma palyatif bakım gereksinimi olan hastaların ve bu alanda bakım veren hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Nitel tipteki bu araştırma 4 Haziran- 30 Temmuz 2018 tarihleri arasında, Ankara’da iki üniversite hastanesinin erişkin onkoloji hastalarına hizmet veren yataklı kliniklerinde yürütülmüştür.

## **Örneklem Özellikleri**

Çalışma örneklemini palyatif bakım hastalarına bakım verilen kliniklerde çalışan 10 hemşire ve bu kliniklerde yatarak tedavi gören 10 ileri evre kanser hastası oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş; verilerin doygunluğu<sup>39</sup> dikkate alınmıştır. Örneklem hemşire grubuna lisans mezunu, en az 1 yıldır palyatif bakım hastalarının bulunduğu kliniklerde çalışan, bilgilendirilmiş olur formunu onaylayan hemşireler dahil edilmiştir. Araştırmanın hasta grubuna Palyatif Performans Skalası<sup>40</sup> (PPS) skoru en az %40 olan, bilişsel bozukluğu bulunmayan; bilgilendirilmiş olur formunu onaylayabilecek durumda olan, Türkçe okuma-yazma bilen, iletişim kurmaya engel bir durumu olmayan, 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilmiştir.

## **Veri Toplama Araçları**

Veriler palyatif bakım hastaları ve hemşireler için oluşturulan demografik veri formları, Palyatif Performans Skalası<sup>40</sup>, hasta ve hemşireler için oluşturulmuş olan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır.

## **Palyatif Bakım Hastaları İçin Demografik Veri Formu**

Bu form, araştırmaya katılan hastaların PPS skoru, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algıladıkları sosyo-ekonomik düzeyleri, birlikte yaşadıkları bireyler, çalışma durumları, tanı ve hastalık evresine ilişkin bilgileri toplamak için oluşturulmuştur.

## **Hemşireler İçin Demografik Veri Formu**

Bu form, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışmakta oldukları klinik, palyatif bakım hastalarıyla çalıştıkları toplam süre, toplam deneyim süreleri, palyatif bakıma ilişkin eğitim alıp almadıkları ve itibarlı bakım konusunda herhangi bir bilgiye sahip olup olmadıklarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

## **Palyatif Performans Skalası**

Palyatif Performans Skalası (PPS) hastanın hareket durumu, faaliyet ve hastalık bulgusu, öz bakım, beslenme ve bilinç düzeyi yönlerinden değerlendirilmesi amacıyla sağlık personelinin kullanımı için geliştirilmiş bir tarama aracıdır.<sup>40</sup> Derecelendirme düzeyi %0'dan başlayıp %10'luk artışlarla %100'e ulaşmaktadır. Değerlendirmede en solda bulunan hareket durumundan başlanıp hastaya en uygun yüzdeler dilim bulunduktan sonra diğer sütunlardaki performans alanları da değerlendirilerek hastaya en uygun yüzdeler PPS skoru atanır<sup>40</sup>. Çalışmamıza dahil edilecek hastaların PPS skoru alt limiti, bireylerin görüşme sırasında yorulmamaları ve bilinç düzeylerine bağlı etkilenmelerin olmaması için en az %40 olarak belirlenmiştir.

**Palyatif Bakım Hastaları İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları**

Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla dört soru oluşturulmuştur:

1. Size göre itibar nedir?
2. Size göre hastanede itibarlı bakım nedir?
3. Size göre itibarlı bakım uygulamaları neler olabilir?
4. Sizce “itibarlı bakımın” sağlığınıza üzerine etkisi nasıl olur?

**Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hemşireler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları**

Hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerini alabilmek için altı soru oluşturulmuştur:

1. İtibar kavramını tanımlar mısınız?
2. Size göre itibarlı bakım nedir?
3. Size göre itibarlı bakımda hangi uygulamalar bulunmalıdır?
4. Sizce itibarlı bakım hasta ve ailesini nasıl etkiler?
5. Sizce itibarlı bakım vermeyi engelleyen faktörler nelerdir?
6. İtibarlı bakımı geliştirmek için önerileriniz nelerdir?

**Verilerin Toplanması**

Veriler birinci yazar tarafından yüz yüze, yarı yapılandırılmış sorularla, derinlemesine görüşme yoluyla toplanmıştır. Birinci yazar, bu görüşmeleri yapabilmek için nitel araştırma konusunda eğitim almıştır. Bu eğitim, Ankara’da bir üniversitenin hemşirelik doktora programında, 2017-2018 eğitim yılının güz döneminde, haftada 3 saat alınmış olup 10 hafta sürmüştür. Hasta ve hemşirelerle yapılan görüşmeler ortalama 10 dakika sürmüş olup ses kayıt cihazına kaydedilmiştir.

Hasta görüşmeleri hastanın odasında yapılmış olup mahremiyetin korunmasına özen gösterilmiştir. Hasta ile yapılan görüşmelerde refakatçilerin odada bulunmaması rica edilmiştir, ancak çalışmaya katılan iki hastaya refakatçileri eşlik etmiştir. Bu refakatçilerin hastalara destek olmak amacıyla verdikleri yanıtlar değerlendirmeye alınmamıştır. Hemşire görüşmeleri hemşire odasında yapılmıştır.

Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin görüşlerine ait ses kayıtları birebir deşifre edildikten sonra elde edilen verilerden tema analizi yapılmıştır. Temaları oluşturmak için ses kayıtları birinci yazar tarafından çözümlenmiş ve ifadeler yorum eklenmeksizin tüm katılımcılar için birer çözümlenme dosyası oluşturulmuştur. Elde edilen kodlar ve olası temalar birinci yazar tarafından oluşturulduktan sonra ikinci yazar tarafından tekrar değerlendirilmiş; bu aşamadan sonra hemşirelik alanında öğretim üyesi bir uzmanın görüşü alınmıştır. İkinci yazar tarafından temalara son şekli verilmiştir.

## **Verilerin Analizi**

Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin demografik verilerinin analizinde yüzde ve ortalama değerler hesaplanmıştır. Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesinde Braun & Clarke'nin altı basamaklı tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.<sup>41</sup> Bu basamaklar; verilerin detaylı incelemesi, ilk kodların oluşturulması, temaların aranması, temaların gözden geçirilmesi, temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi ve nihai raporun oluşturulmasıdır.<sup>41</sup> Verilerin sunumunda katılımcıların ifadelerine doğrudan alıntılarla yer verilmiştir.

## **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (etik kurul onay tarihi ve numarası: 01.11.2017/KA17/280). Çalışmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Katılımcıların onamları, görüşmeye başlamadan önce alınmıştır.

## **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın Ankara'da palyatif bakım kliniği bulunan hastanelerde yapılması planlanmış, ancak kurum izinleri alınamadığı için iki üniversite hastanesinde erişkin onkoloji hastalarına bakım verilen 8 farklı klinikte yürütülmüştür.

## **BULGULAR**

Bulgular, hasta ve hemşire görüşmelerinden elde edilen veriler doğrultusunda dört başlık altında açıklanmıştır.

### **Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Demografik Özellikleri**

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya iki üniversite hastanesinde çalışan toplam 10 hemşire katılmış olup hemşirelerin yaş ortalaması 29.3 yıldır (min-max: 24-37 yıl). Hemşirelerin toplam deneyim süresi ortalama 5.6 yıl (min-max:1-11 yıl) olup palyatif bakım hastalarına bakım verme süresi ortalama 5.2 yıldır (min-max: 1-10 yıl). Hemşirelerin yalnızca biri, itibarlı bakım konusunda "*hastaya herhangi bir etiket vermeden, nesneleştirmeden, insanca bakım almasına yardımcı olmak*" şeklinde bir bilgiye sahip olduğunu, bu bilgiyi de bir arkadaşından edindiğini açıklamıştır.

### **Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri**

Hemşirelerle yapılan görüşmelerin içerik analizinde üç ana tema elde edilmiştir. Bu temalar saygınlığın sürdürülmesi, engeller ve öneriler, bakımın yararları şeklinde isimlendirilmiştir. Engeller ve öneriler teması, bireysel ve kurumsal olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır. Bakımın yararları ise hasta açısından, hemşire açısından ve hasta ve hemşire açısından olmak üzere üç grupta açıklanmıştır. Temalar Şekil 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri**

Katılımcı	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Çalışma süresi (yıl)	İtibarlı bakım konusunda bilgisi
H1	35	Kadın	Lisans	11	Yok
H2	32	Kadın	Lisans	7	Yok
H3	30	Kadın	Lisans	8	Yok
H4	34	Kadın	Lisans	11	Yok
H5	37	Kadın	Lisans	10	Var
H6	24	Kadın	Lisans	1	Yok
H7	25	Kadın	Yüksek lisans	2	Yok
H8	27	Kadın	Lisans	3	Yok
H9	24	Kadın	Lisans	2	Yok
H10	25	Kadın	Lisans	1	Yok

İtibar kavramı hemşireler tarafından yaşamını ahlaki değerlere uygun olarak sürdürmek, bireyin kişiliğine saygı duymak, saygınlık ve onur şeklinde tanımlanmıştır. İtibarlı bakımın tanımında bireyin sosyal statüsünden bağımsız olarak mahremiyetin korunması, bireyin etiketlenmemesi ve kişiliğine bütüncül yaklaşılması vurgulanmış; bakımın doğasında kendiliğinden bulunduğu belirtilmiştir.

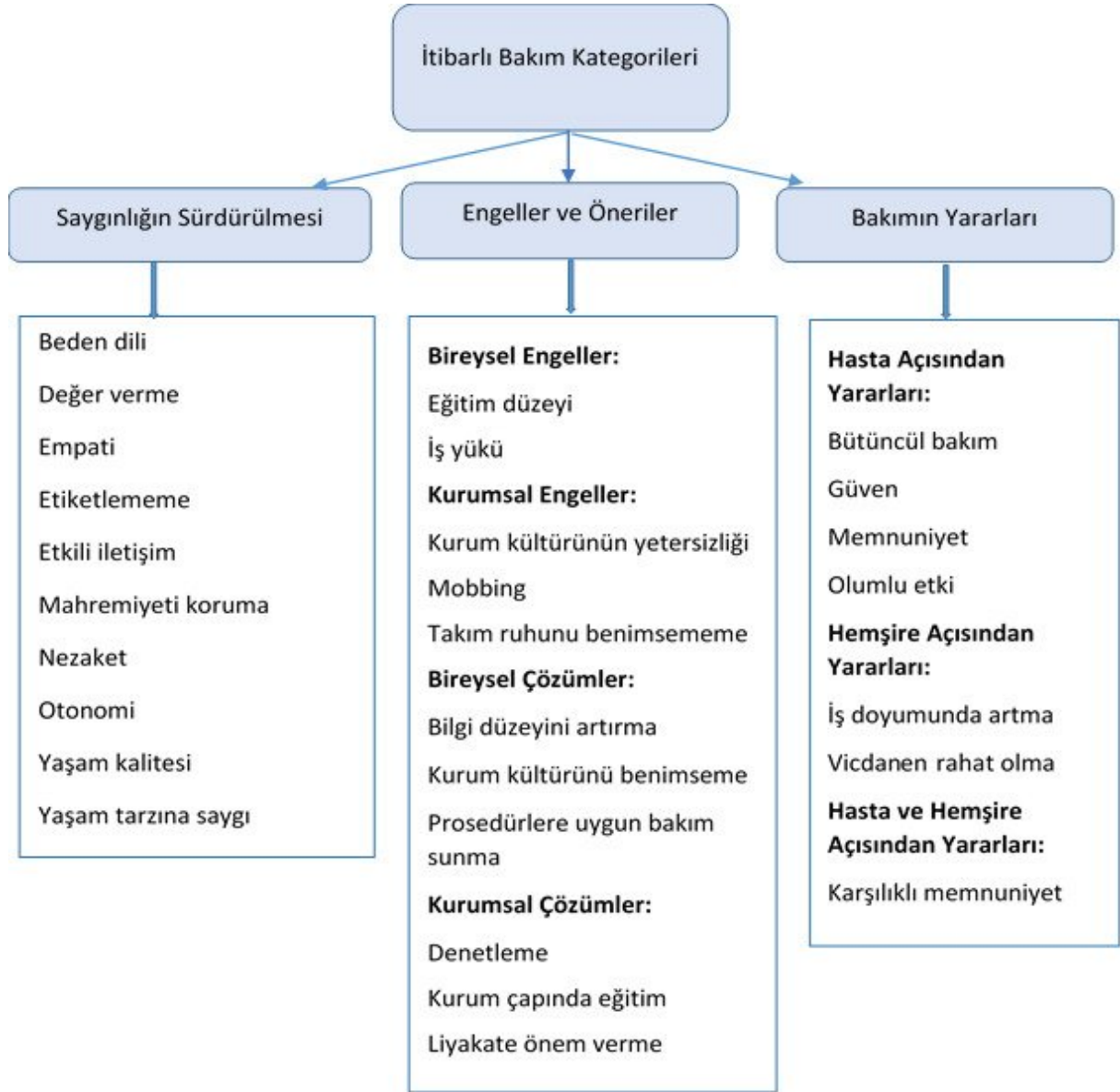
*“İtibarlı bakım da kişinin kendisine herhangi bir şekilde saygınlığını kaybetmeyecek, mahremiyetine engel olmayacak şekilde verilen bakımdır. Böyle tanımlayabilirim.” (H7)*

Hemşireler bireyin mahremiyetinin ve gizliliğinin korunması, onamının alınması, tedavi sürecine katılımının sağlanması, iletişim kurarken bireyin anlayabileceği ifadelerin kullanılması, bireye ve yakınına nezaketle yaklaşarak psikolojik destek sağlanmasının da itibarlı bakım uygulamalarında olması ve bu yaklaşımın tüm ekip üyeleri tarafından benimsenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

*“Yani mahremiyeti korumak, hastanın bilgilerini herkesin önünde açıklamamak, hastalık durumunu herkesin önünde söylememek, hastayla tabi ki paylaşmak ama hastanın bilebileceği ölçüde paylaşmak... Bunlar hastanın mahremiyetini korumak için yapılabilecek şeyler.” (H6)*

*“İtibarlı bakımda... İstenilen tedavi, hastanın bilmediği ilaçları yapmamak; ilaçları nasıl yaptığımızı anlatmak, tedavisinin ne yönde olduğunu anlatmak, biz mesela böyle şeyleri yapıyoruz burada da başka... İtibarlı tedavide... Başka bir şey gelmedi aklıma.” (H6)*

*“İlk önce kişinin de tedavi sürecine katılması, primer kendi hastalığı hakkında, kendisine uygulanan tedaviler hakkında bilgi sahibi olması; onamlarının alınması, mahremiyetinin korunması... Onun dışında hastanın izni olmadan ona bir şey yapılmaması, onun dışında tüm tedavilerinin uygun prosedürlerle yapılması denilebilir.” (H3)*



Şekil 1: Hemşirelerin itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar

“Hastanın mahremiyetini mesela koruyabiliriz, daha nazik davranarak ona zarar vermeden, onu koruyarak bakım verebiliriz. Başka yok.” (H1)

“Hastanın mahremiyetini mesela koruyabiliriz, daha nazik davranarak ona zarar vermeden, onu koruyarak bakım verebiliriz. Başka yok.” (H1)

Hemşireler itibarlı bakımın bireyin iyileşme sürecinde hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda olumlu etkiye sahip olması nedeniyle hastanede yatış süresinin kısalmasına yol açacak rahatlatıcı bir bakım olduğunu bildirmişlerdir. İki hemşire, itibarlı bakımın mesleki doyumunu artırıp vicdanen rahat olmalarını sağlayacak etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcı hemşirelerden birisi itibarlı bakımın ne olduğunu tam bilemediğini; ancak çalıştığı klinikte çok iyi bakım verdiklerine inandığını belirtmiştir.



*“Bizi mi? Tabii ki meslek olarak doyum elde ederiz. Hastaların daha çabuk hastalığı yenmesinde, tedaviye daha çabuk yanıt verdiğinde, hastanın emosyonel durumu iyi olduğunda biz de mesleğimizden doyum alırız.” (H10)*

*“Yani olumlu yönde etkiler, hastanede kalış süresini kısa tutar, hastanın daha çabuk iyileşmesini teşvik eder.” (H10)*

*“Vicdanımı rahatlatıyor.” (H9)*

*“Tabii ki olumlu yönde etkiler. Memnun edici bir durum çünkü. İtibar zaten iyi bir şey; itibarlı bakım daha iyi olabilir diye düşünüyorum. Biz zaten servisimizde de itibarlı bakımın tam anlamını bilmiyorum ama çok iyi bakım verdiğimizizi düşünüyorum.” (H4)*

İtibarlı bakımı uygulama konusundaki engeller “iş yükü fazlalığı, iletişim sorunları, konuyla ilgili bilgi ve bilgi edinebilecek kaynak eksikliği, çalışanların eğitim ve kültür düzeylerinin bu bakımı vermeye uygun olmaması, mobbing ve tükenmişlik” şeklinde bildirilmiştir. Bu görüşlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

*“Dediğim gibi hiç yayıнымız yok, internette bile araştırdığımızda hiçbir şey bulamıyoruz. Türkçe kaynağımız yok bizim. O yönden çok zayıfız. İnşallah olur. Yani yok, kitabımız yok, yayıнымız yok, bu konuda çok eksikiz.” (H5)*

*“Yani tıpta bir şey var... Yetersizlik, iş yükü var. Hani doktorlarda da öyle. İletişimsizlik var. Onların belki iletişimin daha iyi hale getirilmesi, eleman eksikliğinin, tükenmişliğin önüne geçmek adına bir şeyler yapılmalı yani. Onu söyleyebilirim. Şey de yok bizim hastalarımızda da süregelen doktora çok fazla sormama, bir şeylerden çekinme... Belki eğitime, öğrencilerin muayene etmesine izin vermeyecek ama o an veriyor ister istemez. Çekince, korku vesaire. O şekilde yani. Hastalara da bu cesareti verdirmek gerekiyor.” (H3)*

Katılımcı hemşireler itibarlı bakımın sunulmasındaki engellerin kaldırılması kurumsal ve bireysel çözümler önermiştir. Kurumsal çözüm önerileri arasında itibarlı bakıma yönelik politikalar oluşturulması, çalışanlara eğitim verilmesi, denetleme yapılması ve insan kaynaklarının verimli kullanılarak tükenmişliğin önlenip iyiliklerin önüne çıkarılması bulunmaktadır. Bireysel çözümler ise çalışanların takım çalışmasını benimsemesi, bilgi eksikliklerini gidermek için bilgiye ulaşma fırsatlarını kullanmaları, hastalara empatik ve bütüncül yaklaşımları şeklinde ifade edilmiştir.

*“İşte... Hemşire iş yükününün, yani onların tükenmişliğinin azaltılması; yine personel, destek ekibinin artırılması olabilir. Eğitimler olabilir. Hasta ile iletişim bazında işte... Mahreminin korunması açısından ekstra eğitimler olabilir. Bu eksiklerin de belirlenip kişilerin de yapamama durumlarında bu alanlardan çekilmesi, yeteneklerinin ölçülmesi, uzun sürede tükenmişlik yaşamadan hani dönüşüm, çözülmesi iyi olur diye düşünüyorum.” (H3)*

“Şu anda itibarlı bakımda... Bireysel eğitimler verilebilir, denetlemeler sıklaştırılabilir. Yani eğitim, denetlemeler sonucunda kişinin hastaya karşı yaklaşımı, tutumu... Hastayla irtibat kurulabilir, hastalardan bilgi alınabilir. Memnuniyeti değerlendirilebilir. İtibar kriterleri, neler olması gerekiyor... Bir de bakım veren hemşirenin itibar konusundaki yaklaşımı çok önemli. Hastaya nasıl yaklaşacak? Kendisi itibar kavramını biliyor mu? Hani hastayla iletişim kurmasında olabilir, bakımında olabilir. Yani itibar hastayla iletişimde de itibarlı olmak gerekiyor aslında, sadece bakım vermede değil. Çünkü sözel olarak da mimikler bile hastanın psikolojisini olumsuz etkileyip onu nasıl diyeyim itibarsızlaştırabilir kendi içinde yani.” (H1)

### Palyatif Bakım Hastalarının Demografik Özellikleri

Görüşleri alınan toplam 10 palyatif bakım hastasının demografik bilgileri Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54.8 yıl olup, aralığı 28-71 yıldır. Araştırmaya katılan hastaların 6’sı kadın, 4’ü erkek olup 5’i evli, 3’ü boşanmış/dul ve 2’si bekârdır. Katılımcıların 4’ü ilkokul; 1’i ortaokul; 4’ü lise ve 1’i üniversite mezunudur. Katılımcıların 6’sı evre 3 ve 4’ü evre 4 kanser hastası olup, en düşük PPS skoru %60’tır.

Tablo 2. Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri

Katılımcı	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Kanser Tipi	Evre	PPS %
P1	71	Kadın	Dul/boşanmış	İlkokul	Endometrium	3	90
P2	28	Erkek	Bekâr	Lise	Kolon	4	80
P3	48	Kadın	Dul/boşanmış	Ortaokul	Meme	4	90
P4	40	Kadın	Evli	Üniversite	Vulva	3	70
P5	68	Erkek	Dul/boşanmış	Lise	Pankreas	4	70
P6	62	Erkek	Evli	Lise	Hepatosellüler	3	90
P7	53	Kadın	Evli	Lise	Lenfoma	3	80
P8	55	Kadın	Bekâr	İlkokul	Over	4	60
P9	62	Erkek	Evli	İlkokul	Mide	3	80
P10	61	Kadın	Evli	İlkokul	Hepatosellüler	3	70

PPS: Palyatif Performans Skoru

### Palyatif Bakım Hastalarının İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri

Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşlerinden elde edilen verilerin analizi sonucu saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık şeklinde 3 ana tema elde edilmiştir. Bu temalar Şekil 2’de gösterilmiştir.

İtibar kavramının alt temalarından biri olan saygınlık teması, hastalar tarafından “değer vermek, çirkin görmemek, güvenmek, sevgi ve şefkat göstermek” biçiminde ifade edilmiştir.

“İtibar saygı, sevgi, böyle yani insanlara iyilik yapmak yani, çirkin görmemek, onları üzmemek. Bence itibar odur yani.” (P5)

“İtibar güvenmektir. Başta karşıdaki insana güvenmektir.” (P10)

Saygınlık teması birey ile sağlık profesyoneli arasında sağlıklı iletişim kurulmasını ve hasta bireye değer verilmesini kapsamaktadır.

İtibarlı bakım uygulamaları teması ise genel anlamıyla güler yüzlü ve güven verici hizmet sunma, samimi ve saygılı davranma ifadelerini içermektedir. Bir katılımcı itibarlı bakımın “hastanede doğal olarak olması gereken bir bakım” olduğunu belirtmiştir.



**Şekil 2: Hastaların itibarlı bakıma ilişkin görüşleri: temalar ve kodlar**

*“Değer verilerek hizmet edildiğini, edilmesi diye düşünüyorum yani. Öncelikle sağlık konusunda titiz davranılması, yani itibar olarak demeyeyim de hastanenin zaten yapması gereken şey... Hastanın sağlığının ön planda, titiz davranılması... Hani böyle oluversincilik değil de her konuda daha titiz, sağlık olduğu için konu daha hassas davranılması gerektiğini düşünüyorum.” (P7)*

*“Ne anlıyorum... Hastane çalışanlarının hastalara saygılı davranması; güven vermeleri... Ne bileyim, başka bir şey gelmiyor aklıma.” (P3)*

Çalışmaya katılan hastaların ifade ettiği itibarlı bakım uygulamaları temasında sorunlara yönelik yapıcı çözümler sunulması, hasta ve sağlık çalışanının karşılıklı iyi niyetli, iletişime açık ve samimi olması, yemeklerin daha lezzetli hale getirilmesi ve maliyetlerin azaltılması bulunmaktadır.

*“Yemeklerden memnun değilim. Çorba tam bir çorba yani. Yani aşçının eline ne geçtiyse atmak yerine koymuş yani. Tek şikâyetim yemek. Yoksa hizmet değil, hizmetten memnunum. Bakımdan memnunum, tedavi şeklinden memnunum.” (P8)*

*Güven verecek böyle, samimi olacak; ne bileyim ben böyle psikolojik olarak destek olacak. Olumlu olur yani, olumlu etkiler. (P3)*

Yararlılık teması ise itibarlı bakımın hastanın moralini yükselterek hastalık sürecinde olumlu etki sağlayacağını, bu nedenle sağlık profesyoneline duyulan güvenin artacağını, tüm bunların hem hastanın hem de sağlık profesyonellerinin memnuniyetini artıracığını ve sağlık çalışanına kariyerinde ilerleme fırsatı vereceğini belirtmektedir.

*“Yani onları sen de bilmiyorsun o da seni bilmiyor. Bir sürü insan geliyor, onlara da hak veriyorum. Tabii ki kaç kişiyle karşılaşıyor ama o doktor olduğu için sen hasta olduğun için daha hürmetli, daha güler yüzlü olarak hitap ederlerse daha iyi olur yani. Onlarca da iyi olur, sence de iyi olur. Sen hoşnut olmuş olursun, onlar da kendi mesleklerinde daha kariyer yapmaları düzenli olur. Yani ben böyle biliyorum.” (P1)*

*“Yani tabii ki sağlığınıza bir faydası olur. Memnun kalırsınız, en azından moraliniz iyi olur. Aldığınız ilgiden, tedavi şekillerinden işte ne bileyim tek taraflı olacak diye bir şey yok yani. Sen huzursuz olduktan sonra karşı tarafın hoşgörülü olmasını bekleyemezsin yani, herkesin bir sabrı var. Bunun gibi şeyler ya.” (P2)*

## **TARTIŞMA**

Herhangi bir hastalık nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmak, insanların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ve kaygı uyandıran bir durumdur. Özellikle palyatif bakım gerektiren kronik hastalıklarda deneyimlenen stres, anksiyete ve belirsizlik, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve değersizlik duygusu yaşamalarına neden olmaktadır. İtibarlı bakım, sağlık hizmeti alan bireylerin insan onurunu koruyan bakım alabileceklerini garanti ederek değersizlik duygusunu azaltan bir sağlık hizmetidir.<sup>33-37</sup>

Bu çalışmada palyatif bakım hastaları ve hemşirelerinin bakış açısıyla itibarlı bakım kavramı değerlendirilmiştir. İtibarlı bakım palyatif bakım hastaları tarafından “sağlıklı bir iletişimle sunulan güler yüzlü ve kalifiye hizmet” şeklinde tanımlanmıştır. Hasta görüşlerinin analizi sonucunda saygınlık, bakım uygulamaları ve yararlılık olmak üzere üç ana tema elde edilmiştir. İtibarlı bakım hemşireler tarafından “hastayı etiketlemeden ve sosyal statüsünden bağımsız olarak saygınlığını korumak ve bakım gereksinimlerini belirlemek” olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmaya katılan hemşireler itibarlı bakım uygulamalarının bireyin mahremiyetinin ve otonomisinin korunmasını, tedavi sürecine katılımını sağlayan ve iletişimde sade bir dilin kullanıldığı uygulamalar olduğunu; bu uygulamaların kurum

kültürünün bir parçası olması gerektiğini belirtmişlerdir. Palyatif bakım hemşirelerinin görüşlerinin analizi sonucunda itibarlı bakıma ilişkin “saygınlığı sürdürme; engeller ve öneriler ve bakımın yararları” olmak üzere üç ana tema elde edilmiştir.

Hastanın nesneleştirilmesi, sağlık hizmeti kaynaklı acı çekmesine neden olmaktadır.<sup>41</sup> Nesneleştirme, bireyin tedavi ve bakımını şekillendirirken belirli algoritmalar kullanılması, fakat üzerinden planlamalar yapılan bireyin insan olduğunun unutulmasıdır. Bu durum bireyin otonomisini kıran, iç dünyasında parçalanmalara yol açan ve güçsüz hissetmesine neden olan olumsuz bir süreçtir.<sup>42</sup> Çalışmamıza katılan ve konu hakkında daha önceden biraz bilgi sahibi olduğunu belirten bir hemşire de “bireyi nesneleştirmemek” kavramını vurgulamıştır. Nesneleştirmek bireyi bir hastalık, bir yatak veya oda numarası ile ifade etmekten<sup>43</sup> tüketmesi gereken beslenme solüsyonunu “mama” olarak isimlendirmeye, tedavi ve bakım sürecinde bireysel faktörleri göz ardı etmeye kadar farklılık gösterebilir.

Kinnear ve ark. (2014) çalışmasında yaşlı bireylere bakım veren sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleri, itibarlı bakımın güvende hissettiren, ince detaylardan oluşan ve bakımın bel kemiğini oluşturan bir hizmet olduğunu belirtmişlerdir.<sup>22</sup> Bizim çalışmamızda ise güven duygusu hasta grubu tarafından vurgulanmıştır. Kinnear ve ark. (2015) yaşlı bireylere itibarlı bakım verilmesini kolaylaştıran faktörleri saptamak için sağlık profesyonelleriyle yaptıkları bir diğer çalışmada bu faktörlerin kurumsal düzeyde, yataklı servis düzeyinde ve bireysel düzeyde olmak üzere 3 grupta toplanabileceği saptanmıştır.<sup>44</sup> Bu çalışmada engeller ve öneriler teması, bireysel ve kurumsal olmak üzere iki ana grupta toplanmıştır.

Walsh ve Kowanko'nun (2002) hasta itibarı konusunda hasta ve hemşirelerin görüşlerinin karşılaştırıldığı çalışmasında her iki grupta da benzer temalar saptanmış olup saygı, mahremiyet ve kontrol kavramlarının hasta itibarının önemli bileşenleri olduğu ifade edilmiştir.<sup>34</sup> Çalışmamızdaki katılımcılar, Walsh ve Kowanko'nun (2002) çalışmasına benzer şekilde, itibarlı bakımın temelini mahremiyetin korunması ve saygının oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışmamızın hem hasta hem de hemşire grubunda “saygınlığı sürdürme” ve “bakımın yararları” olmak üzere iki temanın benzer olduğu saptanmıştır.

Baillie'nin (2009) bir cerrahi kliniğinde 24 hasta yaptığı çalışmada hasta itibarını etkileyen faktörlerin bakım ortamı, personel davranışları ve hastadan kaynaklanan durumlar olduğu saptanmış, mahremiyetin korunmasının hasta itibarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>33</sup> Benzer şekilde, bu çalışmada da katılımcılar sağlık personelinin iletişim şeklinin, mahremiyete özen gösterilmesinin ve ortamın temiz olmasının hasta itibarının korunmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir. Henderson ve ark. (2009) çalışmasında hastanede yatan hastalarda itibarlı bakımı sürdürmede fiziksel çevrenin devamlılığı ve hemşirenin iletişim

kurma tarzının önemli olduğu belirtilmiştir.<sup>35</sup> Bizim çalışmamızda da hasta ve hemşire grubu tarafından iletişim tarzının önemli olduğu ifade edilmiştir. Matiti'nin (2008) 102 hasta ile yaptığı çalışmada hasta itibarının sürdürülmesinde altı ana tema saptanmış olup bunlar saygı ve nezaket; hitap şekli; mahremiyet; gizlilik; iletişim ve bilgi gereksinimi; seçenek, kontrol ve bakıma katılmadır.<sup>36</sup> Enes'in (2003) palyatif bakım hastaları ve aileleriyle yaptığı fenomenolojik çalışmada itibarın insan olma, kontrol sahibi olma, ilişki ve aidiyet, kendi özünü sürdürebilme boyutlarından oluşan kompleks bir fenomen olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>45</sup>

Williams ve ark. (2016) sağlık profesyonelleri ve yöneticilerinin itibarlı bakım perspektiflerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada iki ana tema belirlenmiş olup bunlar; hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için önemli olan "küçük" detaylara odaklanmak ve bakım kalitesini artırarak örtük halden "görünür" hale getirmektir.<sup>46</sup> Örtük bakım hastaya değil hastanın ihtiyacına özel bakım verilmesidir.<sup>47</sup> Hastaya vücut bakımı verirken, çarşaflarını değiştirirken hastanın değil yapılan işin farkında olunmasıdır. Bir başka ifadeyle günlük uygulamaların ve bakım ortamındaki fiziksel çevrenin rutinleşmesi nedeniyle hastanın ve verilen bakımın görünmez hale gelmesi, sıradanlaşmasıdır.<sup>47</sup> Küçük detaylar ise sağlık profesyonelinin kendini tanıtmaktan yemek tepsilerinin çeşitli renklere boyanmasına kadar sıralanabilecek bir uygulamalar dizisidir. Bireyin hoşuna gidecek küçük değişiklikler, bireyin anda yaşamasına ve hastalık sürecindeki belirsizliklerle daha kolay baş etmesine yardımcı olmaktadır.<sup>47</sup> Bizim çalışmamızda bir hastanın yemeklerin lezzetli hale getirilmesi isteği de küçük detaylara bir örnek olabilir.

Hasta, hasta yakını, hemşire ve hekimlerin palyatif bakımda itibarın korunmasını sağlayacak uygulamaları belirlemek için Chochinov ve ark. itibar modelini temel alarak yapılan bir çalışmada itibar koruyucu bakımın yalnızca hasta için yapılanlar olmadığı, aynı zamanda hastanın nasıl bir gözle görüldüğünü de kapsadığı belirtilmiştir.<sup>48,49</sup> Palyatif bakım hastalarında itibarlı yaşamın kapsamının incelendiği bir başka çalışmada "ben hasta olabilirim, fakat hala insanım" ana teması saptanmış; bireyin itibarının sürdürülmesinde toplum desteğinin önemi vurgulanmıştır.<sup>50</sup> Bizim çalışmamızın hemşire grubu itibarın, bireyin sosyal statüsünden bağımsız ve etiketlenmeksizin yapılan uygulamalarla sürdürülebileceğini vurgulamıştır. Karma yöntemli bir sistematik derlemede ise itibarlı bakımın bireyi dinleyerek, empati kurarak, bireyin bakıma katılımını sağlayarak ve iletişimle gerçekleştirilebildiği sentezine ulaşılmıştır.<sup>51</sup> Benzer şekilde bizim çalışmamızda da itibarlı bakımda etkili iletişim, empati ve bireyin bakıma katılımının önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye'de

yapılan bir başka çalışmada ise hastalar itibarlı bakımda “haklarının korunmasının”, hemşireler ise “bireyin mahremiyetinin korunmasının” önemli olduğunu belirtmişlerdir.<sup>52</sup>

Bu araştırmaların büyük çoğunluğu farklı ülkelerde, farklı hasta ve sağlık profesyoneli gruplarıyla yapılmıştır. Bizim çalışmamız da dahil olmak üzere literatürdeki çalışmaların örneklem grupları eğitim, sosyokültürel ve ekonomik faktörler bakımından birbirinden farklıdır. Bu farklılıklara rağmen “itibar” ve “itibarlı bakım” konusunda benzer sonuçlar elde edilmesi, itibarın en temel insan hakkı olduğunu doğrular niteliktedir. İtibarlı bakımla ilgili hiçbir fikri olmayan bir birey ile bu konuda bilgi sahibi olan bir bireyin benzer düşünceler ortaya koyması, itibarlı bakımın, birbirlerinden habersiz bireylerin farkında olmaksızın oluşturduğu gizli bir dil ve ortak bir insanlık mirası olduğunu düşündürmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

İtibarlı bakım hastanın saygınlığını koruyan, sağlık çalışanları ile hasta arasında sağlıklı iletişim kurulmasına, bireyin kendini değerli ve güvende hissetmesine, hastanın bütüncül ve birey odaklı bakım almasına olanak sağlayan bir süreçtir. Bir diğer ifadeyle ufak detaylarla örülen bakımın, hasta birey üzerinde pozitif etkili yankılara dönüştüğü bir hizmettir. Bireylerin yaşam kalitesini ve saygınlığını artırmak için sağlık hizmeti veren kurumların itibarlı bakımı kurum kültürü haline getirmesi ve bu konunun, sağlık eğitimi verilen eğitim kurumlarının müfredatına eklenmesi önerilmektedir.

## **Çıkar Çatışması**

Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## **Kaynaklar**

1. World Health Organization [Internet]. Definition of palliative care. 2002 [Erişim Tarihi: 06 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*. 2007; 8(5):430-438.
3. Saunders C. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*. 2000; 41(1):7-13.
4. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: palyatif bakım. *Yoğun bakım dergisi*, 2013;11(2):56-70.
5. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC (eds). Global atlas of palliative care at the end of life, Worldwide Palliative Care Alliance [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi: 06 Haziran 2020]. Erişim adresi: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
6. Palliative care fact sheets. World Health Organization [Internet] 2018. [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. Çevik B, Kav S, Karaaslan Eşer A, Uğurlu Z, Erten B. Stigma perception among women with ovarian cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2019;27(1):199-200.
8. Albert RH. End of life care: managing common symptoms. *Am Fam Physician*. 2017;95(6):356-361.

9. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*. 2015;27(2):104-110.
10. Onyeka TC. Psychosocial issues in palliative care: a review of five cases. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(3):123-128.
11. Steinberg MS. Cultural and religious aspects of palliative care. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2011;2(1):154-156.
12. Ek K, Sahlberg-Blom E, Andershed B. Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*. 2011;67(7):1480-1490.
13. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe C, Currow, D. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? a systematic review of qualitative research. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(2):318-328.
14. van Gennip I, Pasman H, Oosterveld-Vlug M, Willems D, Onwuteaka-Philipsen B. How dementia affects personal dignity: a qualitative study on the perspective of individuals with mild to moderate dementia. *The J Gerontol B*. 2016; 71(3):491-501.
15. Madan, T. Dying with dignity. *Soc Sci Med*. 1992;35(4):425-432.
16. Chochinov HM. Dignity-Conserving Care—A new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*, 2002;287(17):2253-2260.
17. Della Mirandola G. Oration of dignity of man [Internet]. 1992 [Erişim Tarihi: 02 Temmuz 2018]. Erişim adresi: [https://ebooks.adelaide.edu.au/p/pico\\_della\\_mirandola/giovanni/dignity/](https://ebooks.adelaide.edu.au/p/pico_della_mirandola/giovanni/dignity/)
18. Rachels, J. Kantian theory: the idea of human dignity. the elements of moral philosophy. Random House Inc, 1986.
19. Meyer M. Kant's concept of dignity and modern political thought. *Hist Eur Ideas*. 1987;8(3):319-332.
20. Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med Ethics Hist Med*, 2018;11(4):1-12.
21. Coventry M. Care with dignity: a concept analysis. *J Gerontol Nurse*, 2006;32(5):42-48.
22. Kinnear D, Williams V, Victor C. The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC research notes*, 2014;7(854).
23. Chochinov H. Dignity and the essence of medicine: the a, b, c, and d of dignity conserving care. *BMJ*. 2007;335(7612):184-187.
24. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care*. 2003;1(1):15-21.
25. Burhans L, Alliegood M. Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of advanced nursing*, 2010;66(8):1689-1697.
26. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses, Geneva, 2012. ISBN: 978-92-95094-95-6.
27. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe, [Internet] 1994 [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: [https://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf)
28. Healthcare Denmark, New Danish initiative to strengthen elderly care [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.healthcaredenmark.dk/news/new-danish-initiative-to-strengthen-elderly-care.aspx>



29. National Dignity Council. Dignity in care, [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: [https://www.dignityincare.org.uk/About/National\\_Dignity\\_Council/](https://www.dignityincare.org.uk/About/National_Dignity_Council/)
30. Health Council of Canada. Empathy, dignity, and respect: creating cultural safety for Aboriginal people in urban healthcare, [Internet] 2012. [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: [https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal\\_Report\\_EN\\_web\\_final.pdf](https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal_Report_EN_web_final.pdf)
31. South Australia Health. Government of South Australia: Dignity in care, [Internet] 2011. [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/safety+and+wellbeing/dignity+in+care/dignity+in+care>
32. National Dignity Council, Dignityincare [Internet]. 2010. [Erişim Tarihi: 05 Haziran 2020.]. Erişim tarihi: <https://www.dignityincare.org.uk/Dignity-Champions/>
33. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(1):23-26.
34. Walsh K, Kowanko L. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract.* 2002;8(3):143-151.
35. Henderson A, Van Eps M, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. *Int J Nurs Pract.* 2009;15(4):227-230.
36. Matiti M, Trorey G. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs.* 2008;17(20):2709-2717.
37. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *Ca Cancer J Clin.* 2006;56(2):84-103.
38. Akin Korhan E, Üstün Ç, Uzelli Yılmaz D. Practices in Human Dignity in Palliative Care: A qualitative study. *Holist Nurs Pract.* 2018;32(2):71-80. doi:10.1097/HNP.0000000000000252
39. Türnüklü A. Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılacak nitel bir araştırma tekniği: görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi,* 2000;6(4):543-559.
40. Anderson F, Downing G, Hill J. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care.* 1996;12(1):5-11.
41. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
42. Berglund M, Westin L, Svanström R, Sundler, A. Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2012;7:1-9.
43. Tallo D. Patients are people with names, not a bed number or an ailment. *Nurs Stand.* 2015;29(41):33.
44. Kinnear D, Victor C, Williams V. What facilitates the delivery of dignified care to older people? A survey of health care professionals. *BMC Res Notes.* 2015;8(826):1-10.
45. Enes SPD. An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med.* 2003;17(3):263-269.
46. Williams V, Kinnear D, Victor C. 'It's the little things that count': healthcare professionals' views on delivering dignified care: a qualitative study. *J Adv Nurs.* 2016;72(4):782-790.
47. Dönmez ÇF, Johnston B. Living in the moment for people approaching the end of life: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;108(2020):1-15.
48. Chochinov H, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine,* 2002;54(3):433-443.

49. Östlund U, Blomberg K, Söderman A, Werkander Harstäde C. How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC Palliat Care*, 2019;18(10):1-12.
50. Bylund-Grenklo T, Werkander-Harstäde C, Sandgren A, Benzein E, Östlund U. Dignity in life and care: the perspectives of Swedish patients in a palliative care context. *Int J Palliat Nurs*. 2019;25(4):193-201.
51. Johnston B, Larkin P, Connolly M, Barry C, Narayanasamy M, Östlund U, McIlpatrick S. Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1743-1772.
52. Aydın Er R, İncedere A, Öztürk S. Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses? *J Med Ethics*. 2018;44(10):675-680. doi:10.1136/medethics-2017-104666.