T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLMEKTE OLAN HASTA BAKIMINA VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE İYİ ÖLÜME YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Pınar UZUNKAYA

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2016

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLMEKTE OLAN HASTA BAKIMINA VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE İYİ ÖLÜME YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Pınar UZUNKAYA

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof Dr Füsun TERZİOĞLU

ANKARA
2016

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı	:	**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği**
Program	:	**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans**
Tez Başlığı	:	**Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi**
Öğrencinin Adı-Soyadı	:	**Pınar UZUNKAYA**
Savunma Sınavı Tarihi	:	**02/09/2016**

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	**Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ** (Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu)
Tez Danışmanı:	**Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU** (İstinye Üniversitesi)
Üye:	**Doç. Dr. Ayşe KILIÇ** (Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu)
Üye:	**Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ** (Hacettepe Üniversitesi)
Üye:	**Yrd. Doç. Dr. Handan BOZTEPE** (Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Müdür

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve tez dönemim boyunca, bilgisi ve deneyimleriyle ışık tutan, bakış açısı ve pozitif enerjisiyle, tezime ve hayatıma yön veren, birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve gurur duyduğum, her koşulda akademik ve manevi desteklerini esirgemeyen danışmanım, hocam, Sayın Prof. Dr. Füsun Terzioğlu'na,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, çalışmamın şekillenmesine katkı sağlayan; bilgi, deneyim, yardım ve güler yüzleriyle her zaman yanımda olan değerli hocalarım, Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülten Koç ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Çiğdem Yücel'e,

Çalışmama katkı sağlayan, kısıtlı zamanlarını bana ayıran ve değerli deneyimlerini benimle paylaşan hastanede çalışan meslektaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Hayatı keşif yolculuğunda beni motive eden, bana güçlü olmayı öğreten, tüm huysuzluklarıma katlanan, çalışmamın her aşamasını heyecanla paylaştığım, dualarından güç aldığım başta annem Fatma Uzunkaya ile birlikte aileme,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA

ÖZET

Uzunkaya, P., Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları İle İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016. Bu çalışma, onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, 01 Mart- 30 Haziran 2016 tarihleri arasında Ankara il sınırları içerisinde yer alan onkoloji klinikleri bulunan iki üniversite hastanesi, bir eğitim araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, belirtilen hastanelerin onkoloji kliniklerinde çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 257 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; hemşireler için tanıtıcı özellikler bilgi formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği, Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; 'Bağımsız gruplarda t testi', ANOVA, 'Mann Whitney U testi', 'Kruskal Wallis H testi' ve ikili karşılaştırmalar için 'Benferroni düzeltmesi' kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; onkoloji alanında çalışan hemşirelerin önemli bir kısmı (%91,8), ölmekte olan hastaya bakım verdiğini belirtmiştir. Hemşireler, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin en önemli zorluğun hasta ve yakınlarıyla iletişim olduğunu ifade etmiştir. Hastalarla ölüm konusunda konuştuğunu belirten hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumlarının daha pozitif olduğu saptanmıştır (t=4,900; p=0,001). Hemşirelerden kadın olanların iyi ölüm puan ortancası, erkek hemşirelerin iyi ölüm puan ortancasından daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Z=-3,199; p=0,001). Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi ile hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algıları arasında negatif yönde zayıf düzeyde (r=-0,158; p=0,011); hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumları ile ölümün psikososyal-manevi ve (r=0,124; p=0,011) kişisel kontrol alt boyutları (r= 0,172; p=0,006) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın, onkoloji alanında çalışan ve ölmekte olan kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin saygın ve iyi bir ölüm ortamı sağlayabilmeleri için farkındalık oluşturarak ve rehberlik ederek katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin iyi ve saygın ölüme yönelik farkındalık geliştirme ve eğitim programıyla desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: onkoloji, hemşirelik, terminal bakım, saygın ölüm, iyi ölüm.

ABSTRACT

Uzunkaya, P., Determining Attitudes of Nurses Working in Oncology Clinics Towards Care of Dying Patient and Principles About Death With Dignity and Their Opinions Regarding Good Death, Hacettepe University Institute of Health Sciences Program of Gynecology and Obstetrics Nursing, Postgraduate Thesis, Ankara, 2016. This descriptive study was conducted in order to determine attitudes of nurses, working in oncology clinics, towards care of dying patient and principles about death with dignity and their opinions regarding good death. The study was conducted between 1 March and 30 June 2016 in two university hospitals, one training and research hospital, and a public hospital, which all had oncology clinics, located within provincial borders of Ankara. The sample of the study consisted of 257 nurses who were working in oncology clinics of the mentioned hospitals and were voluntary to participate in the study. In order to collect the data; nurse information form for descriptive characteristics, Assessment Scale of Attitudes Towards Principles About Die With Dignity, Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, and Good Death Scale were used. In order to assess data; 'Independent samples t test', ANOVA, 'Mann Whitney U test', 'Kruskal Wallis H test', and 'Benferroni correction' for paired comparisons were used. According to results of the study; a great part of nurses working in oncology department (91.8%) stated that they provided care to the dying patient. The nurses stated that the most important difficulty in giving care to the dying patient was communication with patients and their relatives. It was determined that attitudes of nurses, who stated that they were talking to the patients about death, towards giving care to the dying patient were more positive (t=4.900; p=0.001). It was found that good death score median of female nurses was higher than good death score median of male nurses and the difference between them was statistically significant (Z=-3.199; p=0.001). There was a negative weak correlation (r=-0,158; p=0,011) between nurses' level of adopting principles about death with dignity and their perceptions about good death; a positive weak correlation between attitudes of nurses for giving care to the dying patient and psychosocial- spiritual (r=0.124; p=0.011) and self-control subscales (r= 0.172; p=0.006) of death. This study was considered to make contributions by creating awareness and guiding for nurses working in oncology department and giving care to dying cancer patients to provide a prestigious and good death setting. In accordance with results of the study, it is recommended to support nurses, providing care to dying patient, with program of raising awareness and education for death with dignity and good death.

Keywords: oncology, nursing, terminal care, dignity of death, good death.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY SAYFASI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ŞEKİLLER xi
TABLOLAR xii
1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 5
1.3. Araştırma Soruları 5
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Ölüm ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımı 6
2.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları 8
2.2.1. Tutum Kavramı 8
2.2.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Olumlu ve Olumsuz Tutumları 9
2.3. Saygın Ölüm 11
2.2.1. Saygınlık Kavramı, Sağlık Bakımında Saygınlık ve Önemi 11
2.2.2. Ölmekte Olan Hastanın Saygınlığını Etkileyen Faktörler 13
2.4. İyi Ölüm 19
2.4.1. İyi Ölüm Kavramının Tanımı 19
2.4.2. İyi ölümün bileşenleri 21
2.5. Hemşirelerin Saygın Ölüm, İyi Ölüm Ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımında Rol Ve Sorumlulukları 27
3. BİREYLER VE YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 31

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 34
3.3.1. Araştırmanın Evreni 34
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi 34
3.4. Verilerin Toplanması 36
3.4.1.Veri Toplama Formunun Hazırlanması 36
3.4.2. Ön Uygulama 38
3.4.3.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 39
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu 39
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 40
4. BULGULAR 41
4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular 42
4. 2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 48
4.3. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular 49
4.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular 53
4.5. Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular 57
4.6. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular 63
5. TARTIŞMA 65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 74
6.1. Sonuçlar 74
6.1.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Sonuçlar 74
6.1.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar 74

6.1.3. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarına Yönelik Sonuçlar 75
6.1.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastan Bakımına İlişkin Tutumlarına Yönelik Sonuçlar 75
6.1.5. Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine İlişkin Sonuçlar 76
6.1.6. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuçlar 77
6.2. Öneriler 78
KAYNAKLAR 80
EKLER
Ek 1. Etik Kurul Onayı
Ek 2. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu
Ek 3. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği
Ek 4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği
Ek 5. İyi Ölüm Ölçeği
Ek 6. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu
Ek.7. İzin Formu
Ek.8. İzin Formu
Ek.9. İzin Formu
Ek.10. İzin Formu
Ek.11. İzin Formu
Ek.12. İzin Formu
Ek.13. İzin Formu
Ek.15. İzin Formu
Ek 16 İzin Formu
ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

FATCOD;	The Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği)
ICN;	International Council Of Nursing (Uluslararası Hemşireler Birliği)
JCI;	Joint Comission İnternational (Uluslararası Akreditasyon Komisyonu)
SPSS;	Statistical Package For Social Sciences
SD;	Standard Deviation (Standart Sapma)
TÜİK;	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO;	World Health Organization (DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Hastaneye Yatan Hastanın Saygınlığını Algılaması Ve Saygınlığının Sürdürülmesi Süreci	14
2.2.	Hastanın Saygınlığını Etkileyen Faktörler	16

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Olumlu ve Olumsuz Tutumları	10
3.1.	Araştırmanın Yapıldığı Hastanelere İlişkin Özellikler	32
3.2.	Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı	35
4.1.	Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	42
4.2.	Hemşirelerin Onkoloji Kliniklerinde Çalışmaya Devam Etme İsteğine ve Dini İnançlarının Ölüm Algısına Etkisine İlişkin İfadelerinin Dağılımı	43
4.3.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Eğitim Almaya ve Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetmeye İlişkin İfadelerinin Dağılımı	44
4.4.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Bazı İfadelerinin Dağılımı	46
4.5.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamaları	48
4.6.	Hemşirelerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı	49
4.7.	Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadelerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı	51
4.8.	Hemşirelerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı	53
4.9.	Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadelerine Göre Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Puan Ortancaları-Ortalamalarının Dağılımı	55
4.10.	Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortancalarının Dağılımı	57
4.11.	Hemşirelerin Bazı İfadelerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortancaları Dağılımı	59

4.12. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin İfadelerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları Dağılımı 61
4.13. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişki 63

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ölüm, insan hayatının kaçınılmaz bir parçasıdır. Kişinin yaşamının sonlandığı, yalnızca kendisine ait bir yola çıktığı bireysel bir yolculuktur. Kliniklerde yaşamı tehdit eden ciddi sorunlarla, bunun sonucu olarak da ölümle sıklıkla karşılaşılmaktadır (1). Kanser de bu ölümcül hastalıklar arasında yer almaktadır. Dünya'da her yıl, tüm kanser türleri göz önüne alındığında, ölümlerin %14'ü kanser nedeniyle olmakta ve her yıl 55 milyon onkoloji hastası hayatını kaybetmektedir (2). Ülkemizde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; kanserler, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada ölüm nedenidir ve 2015 yılı itibariyle ölümlerin %20' si kanser nedeniyle gerçekleşmiştir (3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine göre, 165 127 onkoloji hastası tedavi ve bakım almaktadır ve her yıl hastanede yatan hastaların %11. 5'i yaşamını yitirmektedir (4).

Kanser, önemli morbidite ve mortalite sebebi olmasının yanı sıra fiziksel ve psikososyal açıdan da kişiyi etkileyen bir durumdur (5, 6, 7). Kanser, ölümle yaşam arasındaki sınırı sembolize eder ve kronik olma özelliği taşır (8). Kanser hastalığı, uzun dönemler etkisi devam etmesi nedeniyle, bakıma en çok gereksinim duyulan, fonksiyonel, fiziksel, psikososyal ve spirütüel sorunlara odaklanmayı ve bütüncül bakım vermeyi gerektiren bir hastalıktır (7). Hastaların yaşadığı tüm bu sorunlarla baş edilmesinde, fiziksel semptomların yönetiminde ve komplikasyonların önlenmesinde, tedaviye uyumun sağlanmasında, bilgi eksikliğinin giderilmesinde, fiziksel olduğu kadar spiritüel ve sosyal iyilik halinin sağlanmasında da en önemli görev onlarla yirmi dört saat beraber olan hemşirelere düşmektedir (9, 10, 11).

Onkoloji kliniklerinde, kanser hastalarının bakımı interdisipliner bir yaklaşım gerektirse de ölmekte olan hastalarla doğrudan iletişim halinde olan ve bireyin en yakınında olup ihtiyaç duyduğu bakımı vermesi nedeniyle onkoloji kliniklerinde ölmekte olan hastaya bakım hizmeti sunan hemşireler, özel bir yere sahiptir (1). Bu nedenle, ölümün genellikle hastane koşullarında gerçekleşmesi nedeniyle ölmekte olan hastanın gereksinimlerine cevap vermek tüm sağlık ekibinin sorumluluğu olsa da, hasta bakımında daha önemli rolü olan, hastayla yakın ilişkide bulunan, ölüm riskiyle

en çok karşılaşılan onkoloji kliniklerinde de hemşireler, ölmekte olan hastaların bakımını sağlayan profesyonel meslek grubudur (12).

Ölümcül hastalıklarda, hasta, yaşamının son dönemine yaklaşırken, hastanın bir takım tıbbi ve gereksiz tedavilerle yorulmasından ziyade, yaşam kalitesinin sürdürülmesi için iyi bir bakım alması ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle, hastanın fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, semptom yönetimi, psikolojik, spiritüel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için holistik bir hemşirelik bakımı elzemdir (13). Terminal dönemde onkoloji hastalarına verilen bakımın amaçları; hastanın korkularını ve anksiyetesini tanımlayıp empati ile yaklaşılması, hastanın bireyselliğinin, ailesinin bütünlüğünün korunması, hastanın fiziksel bakımının yanında duygusal açıdan da güçlenmesinin sağlanması, hastalık semptomlarının yönetilmesi, ailenin kayıp ve yas sürecine hazırlanması, hastanın kendi ilke ve değerlerine uygun saygın bir ölüme hazırlanması ve bunların planlamasının yapılmasıdır (6, 14, 15). Bunu başarmak için hemşireler, terminal dönemde, onkoloji hastalarının bakımında; yaşam sonu bakımda semptom yönetimi, ağrı ve acının azaltılması, iletişimin sürdürülmesi, hastanın kontrol kaybını önleme ve bağımsızlığını sürdürme, hastayı ve aile üyelerini destekleme, hastanın saygınlığını, onurunu sürdürme vb. hemşirelik girişimlerini uygulayarak son dönem hasta bakımının kalitesini artırmaya çalışmaktadırlar (1, 12, 14).

Onkoloji hastalarına ve onların ailelerine bakım veren hemşireler, hasta ve yakınlarının diledikleri gibi bir ölümün gerçekleşmesine yardım ederek, hasta ve ailesinin onurunun korunduğu iyi bir ölüm ortamının oluşmasını sağlarlar. Ancak, hemşireler, hastanın beklenen ölümünün, hemşirenin yaşamı koruma amacına ters düşmesi nedeniyle de ölmekte olan hastaya bakım verirken zorluklar yaşamaktadırlar (16). Khader ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı sistematik derlemede, hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını, ölmekte olan hasta bakmak istemediklerini, ölmekte olan hasta bakımı veren hemşirelerin de kaliteli bir bakım sağlayamadıkları belirtilmiştir (17). Ölmekte olan hastaya bakım vermek ve bakım verilen hastanın ölümüne şahit olmak hemşirelerde verdikleri bakımda kendilerini yetersiz hissettirmektedir (17, 18, 19). Yapılan çalışmalarda, bu hastalar ile çalışan hemşirelerin suçluluk, keder, öfke, başarısızlık, hasta ve ailelerinin bakımdan beklentilerini karşılayamama gibi olumsuz düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir (18, 19).

Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerle yapılan çalışmalar, hemşirelerin bu dönemde hastalarına bakım verirken pek çok zorluk yaşadığını göstermiştir (18, 19, 20, 21). Hemşirelerin hastalarını kaybetmeleri, bir kayıp duygusundan sonra yeni bir kayıp yaşamak için başka bir kanser hastasına bakım verme zorunluluğu yaşamaları nedeniyle tükenmişlik duygusu yaşamaları kaçınılmazdır. Hemşirelerin yaşadıkları en önemli sorunlardan birinin ölüm konusunda aile ve hastayla iletişim kuramamaları ve konuşmaktan kaçınmaları olarak belirtilmiştir (20, 21). Hemşireler öleceği kendisine söylenmiş hastaları 'zor hasta' olarak görmekte ve bu hastalara bakım verirken kendilerini yetersiz hissetmektedirler (22). Hastaların ölümünden acı ve üzüntü duymaktadırlar. Tüm bunların sonucunda hemşireler tükenmişlik, çaresizlik hissetmekte ve bakımlarından doyum alamamanın eksikliğini derinden hissetmektedirler (21, 23).

Hemşireler, sürekli ölmekte olan hastalara bakım verseler de, her bireyin ölümü eşsizdir, birbirine benzemez ve özeldir. Ölüm olgusu aynı olsa da her bir hastanın ölümü, bakımını üstlenen hemşire için zor bir durumdur (24). Hemşire, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olsa bile her ölüm ona keder ve acı verebilir (25). Hemşireler için yıpratıcı, anksiyete yaratan ve duygusal anlamda zorlayıcı bir durum olan ölüm olgusu ve ölmekte olan hasta bakımı, eğer hemşire kendisinin ölüme yüklediği anlamları ve ölmekte olan hastaya bakım verirken sergilediği tutumlarını tanımlayamazsa; hasta bakımından kaçma, isteksizlik gibi hastanın son dönem bakım kalitesini olumsuz etkileyecek davranışlar gösterir (18, 24, 25). Bu nedenle, hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin kendi tutum ve davranışlarını bilmesi, duygularını tanımlayabilmesi ve farkında olması gerekir. Bu doğrultuda hastanın ve ailesinin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilir, onlara bu süreçte yeterli desteği sağlayarak kaliteli bir bakım sunabilir. Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımında deneyim, bilgi ve farkındalığı arttıkça hemşireler profesyonel rollerini gerçekleştirebilecek ve hastaları için huzurlu bir ölümü sağlayabilmeleri mümkün olacaktır. (28).

Hemşirelerin yalnızca kendi ölmekte olan hasta bakımına yönelik kendi tutum ve davranışlarını bilmeleri de yeterli değildir. Hastalarının huzurlu, saygın ve iyi bir ölüme kavuşması için iyi ve saygın ölümün neyi ifade ettiğini, hemşirelik bakımı ve uygulamalarında bunu sağlamak için neler yapabileceğini de bilmeleri gerekmektedir.

Baillie'nin (2013), hastaların onurlu ve saygın bir ölüme yönelik görüşlerini değerlendirdiği çalışmasında, hastaların iyi ölüm algılarının; ölümün evde gerçekleşmesi, ağrı ve acılarının dindirilmiş olması, sağlık personelinin ölüm anına yönelik bilgisinin olması ve sağlık personelinin iyi bir ölümü sağlama konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalarından etkilendiğini belirtmiştir (26).

Ölmekte olan hasta bakımı planırken öncelikle hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve iyi ve saygın ölüme yönelik görüşleri değerlendirilmelidir. Bu araştırmanın bulguları, hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri ile iyi ölüme yönelik ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarına yönelik farkındalıklarının artırılması ve hemşirelerin bu konuda güçlendirilmesine yönelik eğitim ve uygulama programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda, terminal dönem hasta bakımında sağlık hizmetlerinin niteliği ve sunulan bakıma yönelik hastaların memnuniyeti artacaktır. Ayrıca, ölümlerle sıklıkla karşılaşılan onkoloji kliniklerinde hizmet sunan hemşirelerin, ölmekte olan hasta bakımına, saygın ve iyi ölüme yönelik iç görü kazanarak bakımlarını bu doğrultuda planlamalarına ve bu konuya ilişkin duyarlılıklarının artırılmasına katkı sağlaması ve rehberlik etmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, ölümün bir tabu olması, genelde bu durumla sıklıkla karşılaşan onkoloji hemşirelerinde olumsuz duygular uyandırması nedeniyle konuşulmaması yerine hayatın bir parçası olarak ele alınması ve hastaların da insan onuruna yakışır, saygın ve istedikleri gibi bir vedaya, hemşirelerin de tanıklık ederek gerçekleştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler nelerdir?
2. Hemşirelerin iyi ölüme yönelik görüşleri ve etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler nelerdir?
4. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşleri arasında bir ilişki var mıdır?
5. Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?
6. Hemşirelerin iyi ölüme yönelik görüşleri ile saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?
7. Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımı

Uzun yıllar üzerinde çalışılsa da ölüm kavramı, hep bir bilinmez olarak insan hayatında yer almıştır. Ölüm; din, felsefe, psikoloji, tıp, hukuk gibi pek çok dalın konu alanı olarak yaşamın içerisinde var olmuştur. Buna rağmen ölüm, hastalığın getirdiği bir durum olarak algılanmaktadır. Bu nedenle tıp, ölümün kaçınılmazlığını kabul etmemiş, tıbbın bir başarısızlığı olarak görmüş ve bu durum sağlık personelinin ölümü kabullenmesini engellemiştir (27, 28).

Ölümü ertelemek için tıbbi, teknolojik ve bilimsel ilerlemeler kaydedilerek ölüm geciktirilmeye çalışılmaktadır. Yaşamı sürdürmek ve ölümü geciktirmek umuduyla yapılan girişimler ve tedaviler hastalar için kimi zaman işkence halini alabilmektedir. Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedaviler ve bunların komplikasyonları hastaların yaşam kalitesini bozmakta ve acı çekmesine yol açmaktadır. Tedavi seçeneklerinin giderek azalması, ağrı, acı ve ızdırabın artması, fiziksel ve psikolojik semptomların kontrol edilememesi gibi durumlar hastanın bakım ihtiyaçlarını artırmaktadır. Ölmekte olan hastalar, gereksinimlerini karşılama ve sağlık sorunlarıyla başa çıkmada hemşirelerin yardımına ihtiyaç duymakta ve hemşirelik bakımına duyulan ihtiyaç tedavinin önüne geçmektedir. Bunun sonucu olarak da, yaşam sonu bakım, terminal dönem bakım ve ölmekte olan hasta bakımı konuları ölmekte olan hastaların yaşam kalitesini sürdürmede önem kazanmıştır (29-35).

Ölüm, bir hastalık ya da bir kayıp yaşanmadığı süre içerisinde hep göz ardı edilir, ölümün kişiyle hep birlikte olduğu gerçeği yadsınır. Bu sebeple, ölümcül hastalığa sahip olanlar, yok olma korkusu ve ölümle yüzleşme duygusunu en yoğun yaşayanlardandır. Ölümü inkâr ederek mücadele etme ve ölümden uzak kalma isteği, ölmekte olan hastaları hastanelere hapsetmiş ve ölümün duygusal yükünü, ölmekte olan hastanın bakımıyla primer ilgilenen ve onlarla en fazla zaman geçiren hemşirelere yüklemiştir. Bu durum, ölüm olgusuyla diğerleri gibi baş etmek durumunda kalan hemşirelerin de ölümle daha çok yüzleşmesine ve karşılaşmasına yol açmıştır (36, 37, 38).

Ölüm, bireysel bir deneyim olmakla birlikte, kişisel, sosyal, kültürel ve dini değerlerden etkilenir. Bunun doğal bir sonucu olarak, her bireyin ölüme bakışı ve ölüm

anı benzersiz olacaktır. Bu nedenle, hastaya verilecek hemşirelik bakımının çok yönlü olması ve aileyi de kapsaması gerekir. Hemşire ölmekte olan hastaya sunduğu bakımda, artık tedavi edilebilme şansı kalmamış ölümcül hastaların ölüm, ölüm sonrası ve yas döneminde hasta ve ailesinin holistik bakımını ele alır (28, 29).

Ölmekte olan hasta bakımında amaç; ölümü doğal bir süreç olarak ele almak ve hastanın ölüm anına kadar olabildiğince aktif yaşaması, ölüm sırasında ağrı ve acı çekmemesi, ölürken de yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve saygınlığının korunarak huzurlu bir ölüme kavuşmasını sağlamaktır. Ölümcül hastalık etiketiyle bilinen hastalıklardan biri olan kanserde de; özellikle tedavi seçeneklerinin sınırlı olduğu ileri evre kanserlerde; hasta ve ailesine sunulan sağlık hizmetinin temel odak noktası iyi bir hemşirelik bakımı olmalıdır. Onkoloji hastalarına verilen ölmekte olan hasta bakımının temel bileşenleri de; semptom ve ağrı kontrolü, hasta ve ailesinin psikososyal ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması ile iyi bir son dönem bakımı sunmak, hastanın ölüm anında ve ölümden sonraki süreçte ailesini de bakıma katmaktır (30, 32, 34, 39).

Duyarlı, bütüncül ve bireyselleşmiş bir bakım her hasta için gereklidir ancak ölmekte olan bir hasta için bu süreçte bu bakım daha değerlidir. Bu sebeple, terminal dönemdeki hastaların nitelikli bir bakım almaları sağlanmalıdır. Bu nitelikli bakımı sunabilmek için sağlık bakım ekibi üyelerinin profesyonel yaklaşım sergilemesi gerekmektedir. Bakım verdiği hasta ve ailesinin, ölüme hazırlanması, ölüm ve yas bakımı sırasında ihtiyaçlarının farkında olması, hastasının kaybıyla beraber kendi ölümüyle de yüzleşebilmesi, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin kendi duygularını, tutum ve davranışlarını anlama, bu süreçte hasta ve ailesini destekleme ve onlara empati yapabilme becerisi kazanmaları için hemşirelerin de bu sürece hazırlanmaya ihtiyacı vardır (24, 36, 37, 38).

Ölmekte olan hastaya bakım vermek, hem hasta hem bakım vericileri tarafından ölüme ilişkin duyguların en yoğun yaşandığı, hemşireye, hasta ve yakınlarına hem olumlu hem de olumsuz deneyimler kazandırabilecek zor bir süreçtir. Bu süreç içerisinde hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları, verdiği bakımın kalitesini etkilemektedir (39, 40, 41). Bu nedenle, ölmekte olan hasta bakımı konusunda hemşirelerin tutumlarının farkında olması önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları

2.2.1. Tutum Kavramı

Tutum; belli bir duruma, insanlara, kavramlara ya da nesnelere karşı olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimidir. Tutumlar öğrenilen, duygu, düşünce ve davranışların organize edildiği uzun süreli eğilimlerdir (42, 43). Bu tanımdan, tutumun kişilerin duygularını, düşünce ve davranışlarını etkilediği, eylemlerine yön verdiği çıkarımı yapılabilmektedir (43). Tutumların öğrenilebilme, eylemlerle şekillendirilme ve olumlu ya da olumsuz iki kutuplu olabilme özelliği vardır. Tutumların oluşumunda; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal ögeler rol oynar. Bilişsel öge, genel bilgiyi; duyuşsal öge, sevgi, nefret, hoşlanma, hoşlanmama vb. duyguları kapsar; davranışsal ögeyse nesneye belirli yollarla yaklaşma ya da ondan kaçınma, ona karşı davranışları ile yönelimidir. Tutumlar, kişisel ve profesyonel değerlerle şekillenip, davranışların ve inançların harmanlanmasıyla oluşur (42, 43, 44). Yaşamın diğer alanlarında olduğu gibi hemşirelerin de tutumları bakım verdiği hasta grubunda etkili olur. Bu nedenle ölmekte olan hastalarla çalışan hemşire grubunda da hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye ilişkin tutumları bakımının şekillendirir.

Ölüm gerçeği evrensel boyutta olmasına rağmen, ölüme ilişkin tutumlar bireyseldir. Kişinin zihninde barındırdığı ölüm kavramı, dinsel, ahlaki, felsefi ve hukuki boyutuyla ölüme yönelik tutum, davranış ve yaşam tarzı geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Ölüm, insan yaşamının en önemli anlarından biridir, ancak aşırılıklar ve bilişsel çarpıtmalarla şekillendirilmiş patolojik düzeyde zihinde barındırılan ölüm düşüncesi, ölümle karşılaşılan ve karşılaşma riski olan durumlarda insan psikolojisini ve ölüm ile ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları etkileyebilmektedir (45, 46, 47). Lange ve arkadaşları (2008), ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumların yaşla (en yüksek skor 50 yaş ve üzeri), çalışma yılının artmasıyla (en yüksek skor 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerde) ve ölmekte olan hasta ile çalışma deneyimi fazla olan hemşirelerde daha olumlu olduğunu göstermiştir (22).

Ölüme karşı olumsuz tutumlar geliştikçe, bireyler duygusal baş etme güçlüğü yaşamakta ve çevreye adaptasyonları ve gerçekçi düşünme düzeyleri azalmaktadır. O nedenle hemşire kendi duygu, tutum ve davranışlarını, tanıyıp, iç görü kazanırsa ölmekte olan hasta bakım sürecinde hastaya, ailesine kendine ve çalışma arkadaşlarına

yardım edebilecektir. Bunun için hemşirelerin önce kendi duygularını tanıması ve yüzleşmesi bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması kaliteli bir son dönem bakımı sunmada etkili olacaktır (27, 40, 45, 46, 47, 48).

Günümüz toplumlarında ölümlerin büyük çoğunluğu hastanede gerçekleşmektedir. Ölüm olgusu ve ölmekte olan hastalar toplumdan izole edilirken, ölümün duygusal yükü sağlık çalışanlarını etkilemektedir. Hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biri, ölmekte olan hastaya bakım vermek ve hastalarının ölümüne şahit olmaktır (24, 27, 45, 46, 48). Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler, bakımlarının sonuçlarını görmek istemekte, hastalarının kaybıyla kendilerini yetersiz hissetmekte ve bakımlarının hedeflerine ulaşamayıp başarısız olduğunu düşünebilmektedirler. Oysaki ölmekte olan hastaların bakımında amaç, hastanın yaşam süresini uzatmak ve hayata döndürmek olmamakla birlikte, yaşam kalitesini artırmak, acı çekmesini önlemek ve huzurlu bir ölüm sunmaktır (45). Hemşireler bakım verirken bu temel amaçlarından sapmamalıdırlar. Bu sayede hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları, ölmekte olan hastaların bakım kalitesini geliştirecek, hastalar ve yakınlarının istedikleri gibi bir ölüm sürecine sahip olmalarını sağlayacak, hemşire de sunmuş olduğu bakımdan doyum alacaktır (49). Ölüm sürecindeki hastaya bakım vermek; öfke, suçluluk, inkâr, korku, keder, depresyon, anksiyete ve ümitsizlik duygularını da yaşatabilmektedir. Ölüm sürecinde bakım verirken, hemşirenin ölüme ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin zihinsel şemaları, tutum ve davranışları bu duygularından etkilenebilecektir (24, 27, 48). Bu nedenle hemşirelerin öncelikle kendi duygu, düşünce ve tutumlarının farkında olmaları gerekmektedir. Bunun için de hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin korkuları, endişeleri değerlendirilmeli ve bilgi, beceri ve tutumları gözden geçirilerek tartışılmalıdır. Çünkü, hemşireler bu sahip oldukları değerleri hastalarına ve yakınlarına yansıtacaklardır.

2.2.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Olumlu ve Olumsuz Tutumları

Sağlık bakım hizmeti verirken hemşirelerin tutumları, davranışlarının öncüsü olur. Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin de geçmişten getirdikleri bilgileri, deneyimleri ve yaşantıları ile ölüme yükledikleri anlam, tutumlarını

şekillendirir. Böylece hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım verirken sergilediği davranışların sonucunda tutumları olumlu ya da olumsuz eğilim gösterir (22).

Aşağıdaki tabloda hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımı verirken sergilediği olumlu ve olumsuz tutumları yer almaktadır (18, 22, 23, 24, 27, 46-56);

Tablo 2.1. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Olumlu ve Olumsuz Tutumları

Olumlu Tutumlar	**Olumsuz Tutumlar**
➢ Ölmekte olan bireyin bakımının değerli bir deneyim olduğunu düşünme (46, 47, 50), ➢ Hastasını kaybeden ailelerinin bakımını yas dönemi boyunca sürdürme (22, 23, 50), ➢ Ailelerin, ölmekte olan bireyin davranış değişikliğini kabul edebilmesi için aileye ve hastaya duygusal destek verme (49, 50, 51), ➢ Ailenin ölmekte olan birey için kalan günlerini iyi geçirmesine yardımcı olma (50, 51, 52), ➢ Ölmekte olan bireyin duygularını paylaşma ve konuşabilme (50, 51, 52, 53), ➢ Bakıma ölmekte olan hastanın ailesini de katma (1, 22, 50, 53, 54), ➢ Ölmekte olan bireyin yakınları için ziyaret saatlarinin esnek olmasını destekleme (50, 51, 52), ➢ Ölmekte olan hastanın ağrısını dindirme (50, 52, 53,), ➢ Ölmekte olan bireylere durumlarıyla ilgili dürüst cevaplar verme (47, 50, 55), ➢ Hastanın ve ailesinin ölüme hazırlanmasını sağlama (22, 51).	➢ Ölmekte olan hastayla ölümle ilgili konuşmaktan kaçınma (18, 50, 56), ➢ Ölmekte olan hastaya bakım vermek istememe (50, 56), ➢ Aileyi bakıma katmak istememe (27, 55), ➢ Bakım verdiği hastanın ölürken yanında olmak istememe (24, 50, 55), ➢ Hastasının ölümü yaklaştıkça hasta ve ailesiyle etkileşimini azaltma (24, 55), ➢ Hasta ve ailesiyle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıp enerjisini iyileşecek hastalara yönlendirme (27, 56), ➢ Hastasının bakımıyla ilgili kararlara katılmasına izin vermeme (55), ➢ Hastasının ölümü yaklaştıkça inkâr aşamasında tedaviye önem verip bakımın diğer boyutlarını eksik bırakma (56), ➢ Ölmekte olan hastanın ailesinin yeterli destek vermediğini düşünerek ileye öfke duyma (24, 27, 50, 55), ➢ Hastasına bakım verirken ona bakmaktan, yakın ilişki ve iletişim kurmaktan, gelecekle ilgili konuşmaktan kaçınma (24, 27, 50, 55, 56).

İyi bir ölmekte olan hasta bakımında hemşireden beklenen, hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarını bilmesi, ölüme ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin sağlıklı tutum geliştirebilmesi, ölüme ilişkin tepkilerinin ve duygularının farkında olup ölümü kabul edebilmesidir. Hemşireler bunu başaramazlarsa ölmekte olan hasta bakımından

kaçacak, hastayla iletişimini sınırlandıracak, bakımından yeterli doyum alamayacaktır. Hemşireler bu nedenle ölmekte olan hasta bakımı verilen kliniklerde çalışmak istemeyecek, bu kliniklerde ölmekte olan hastalarla karşılaşırsa da kendi şiftinde ölmemesi gibi istekleri olacaktır. Bu korku ve istekler nedeniyle bakım verdikleri ölmekte olan hastalarla iletişim kurmaktan kaçınacak, sadece fiziksel ve görünen ihtiyaçlarını karşılayıp duygusal, sosyal, psikolojik, spiritüel ihtiyaçlarını gözden kaçırabileceklerdir (37, 45, 50, 57, 58). Hemşire ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum ve davranışlarına yönelik farkındalık kazanırsa, bunların olumsuz olanlarını kabul edilebilir olanlarla değiştirme fırsatı bulacaktır. Tutumlarının olumlu olması durumunda da bunları pekiştirmiş ve gelişimi için bir basamak daha ilerlemiş olacaktır. Bu da ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireye yönelik beklentilerin karşılanmasını sağlayacak ve profesyonel sağlık bakım hizmeti sunumunun önünü açacaktır.

2.3. Saygın Ölüm

2.2.1. Saygınlık Kavramı, Sağlık Bakımında Saygınlık ve Önemi

Sağlık bakım profesyonellerinin ve bakımda temel rolü olan hemşirelerin yaşam sonu dönem hasta bakımında, hastanın saygınlığını sürdürmesi, hemşirenin hem etik hem de profesyonel görevlerindendir. Saygınlık, sağlık bakım uygulamalarının en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık bakımında bu kadar önemli olmasına rağmen saygınlık kavramı, multifaktöriyel etki alanına sahip olması nedeniyle kesin olarak tanımlanamamış ve belirsiz kalmıştır (26).

Yaşamın her döneminde olduğu gibi hastalık durumlarında da saygınlığın sürdürülmesi önemlidir. Sağlık bakımında saygınlık ‘kişinin bireysel, tek ve o kişiye özgü olan tüm değerleri ile birlikte sosyal, spiritüel ve duygusal rahatlığının, fiziksel iyilik halinin sürdürülmesi durumu’ olarak tanımlanmıştır (59).

Baillie (2008), hastaların bakış açısıyla saygınlığı; ‘Çevresindeki diğer insanların davranışlarının ve çevresinde gelişen durumların kontrol edebileceği seviyede olması, fiziksel çevresinde ve psikolojik ortamında kendini rahat ve değerli hissetmesi’ olarak tanımlamıştır (60).

Matiti (2015) de hastanın saygınlığını; ‘Hastane çevresini de göz önünde bulundurarak, her hastanın algıladığı seviyedeki değerler dâhilinde hastaların beklentilerinin yerine getirilmesi’ şeklinde tanımlamıştır (59). Temelde saygınlık kavramı, kişinin kendi hayatından devredilemeyen evrensel ve ahlaki kalitedir (61). Bu tanımlar, saygınlığın bireysel olduğunu, hastaların beklentilerine göre şekillenip, kişinin sağlığının hastane ortamı ve dış çevreden de etkilendiğini göstermektedir.

Saygınlığın benzer ifadelerle tanımlanmasına rağmen belli sınırlar içine alınamaması, evrensel bir tanımının olmaması ve soyut bir kavram olarak literatürde farklı alanlarda ele alınmış olmasının yanında sağlık bakımında da önemli bir değer olarak karşımıza çıkmaktadır. Saygınlık, hukukun da konu alanı olarak ele alınmıştır ve sağlık bakımına yansımıştır. İnsanın onurunun, haysiyetinin koruması ve her bireyin saygınlığının sürdürülmesi tüm insanlığın önemsediği konulardan biridir. İnsan onuru ve saygınlığı; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde, Amsterdam Bildirgesinde herkesin saygı görme ve insan olması dolayısıyla sağlık bakımı alırken de onur ve saygınlığının korunması, yasalarla da desteklenen bir hak olarak ifade edilmiştir. (62). Ülkemizde sağlık bakımı alırken saygınlığın sürdürülmesi için ‘saygınlık görme ve rahatlık’ ifadesi hasta haklarında da yer almıştır (63).

Uluslararası ve ulusal metinlerde yer alması nedeniyle bireyler yaşamlarının başlangıcından itibaren olduğu gibi hastayken ve yaşamlarının sonunda da saygınlıklarını sürdürmeye ve saygınlığının korunması hakkına sahiptirler (64, 65, 66). Yaşamın son dönemlerinde saygınlığı korumaya yönelik, Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı Çalışma Grubunun (the Age Health and Care Study Group) , 1999 yılında belirlediği, Yaşlıların Sağlık ve Bakımlarının Geleceği (The Future of Health and Care of Older People) ‘nde yer alan 12 ilke temel alınmaktadır (67);

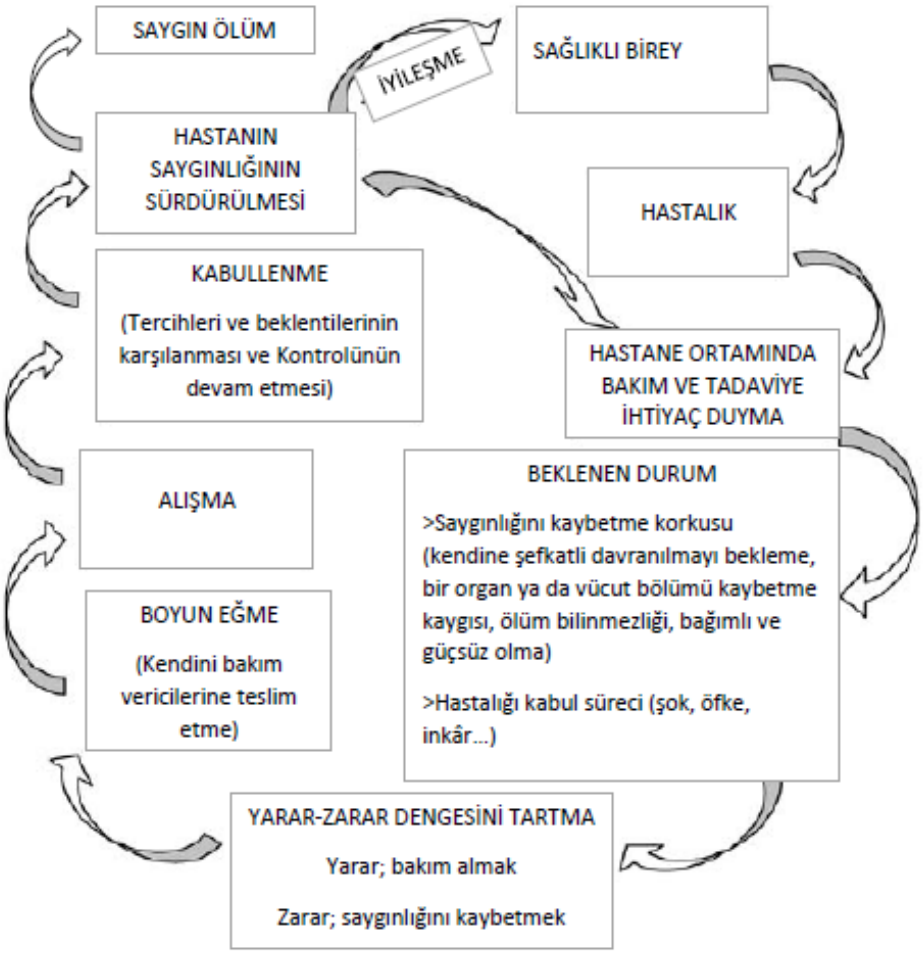
- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve bireyin kendisini neyin beklediğini anlaması
- Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmesi
- Saygınlığının ve mahremiyetinin korunması
- Ağrı ve diğer belirtilerin kontrol altında olması
- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmesi
- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmesi
- İstediği manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmesi

- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmesi
- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacağı kişileri belirleyebilmesi
- Yerine getirilmesini istediği isteklerini önceden bildirebilmesi
- Vedalaşma için zamana sahip olabilmesi ve zamanlamasını kontrol edebilmesi
- Gitme zamanı geldiğinde gidebilme ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamama isteklerinin gerçekleştirilmesi olarak belirlenmiştir.

Hem sağlık profesyonelleri hem de hasta ve yakınları ile yapılmış çalışmalar, yaşam sonu bakımda saygınlığı korumada en büyük rolün hemşirelere düştüğünü, saygınlığın korunması ile bakımdan memnuniyetin arttığını göstermişlerdir (26, 64). Özelikle yaşam sonu dönemde hasta saygınlığının korunmadığı durumlarda; hastalarda psikolojik sorunların daha fazla görüldüğü, semptomların daha ağırlaştığı, hastaların yaşama isteklerinin kaybolduğu ve son dönem yaşam kalitelerinin düştüğü yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (26, 64, 68, 69). Chochinov ve arkadaşlarının (2016) ölmekte olan hastaların saygınlığını değerlendikleri çalışmalarında, saygınlık düzeyi düşük olarak belirlenen hastalarda umutsuzluk, ölme isteği, yaşam doyumunda azalma görülmüş ve anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunların bu hastalarda yoğun yaşandığı belirtilmiştir. Ayrıca bu hastalarda konstipasyon, iştahta azalma, güçsüzlük ve yorgunluk gibi fiziksel belirtilerin de daha fazla görüldüğü ortaya koyulmuştur (69).

2.2.2. Ölmekte Olan Hastanın Saygınlığını Etkileyen Faktörler

Hastaların hastaneye kabul sürecinden, tedavi aşaması ve ölüm anına kadar devam eden süreçteki bakımında saygınlığı etkilenmektedir. Hastanede yatan hastanın saygınlığını, hastane çevresi, sağlık bakım ekibi, hastanın saygınlığına ilişkin kendi algısı ve anlamlandırma biçimi belirlemektedir. Aşağıdaki şekilde hastaların hastaneye kabul aşamasından ölüme kadar saygınlığının etkilenme ve sürdürülme süreci gösterilmiştir (70);



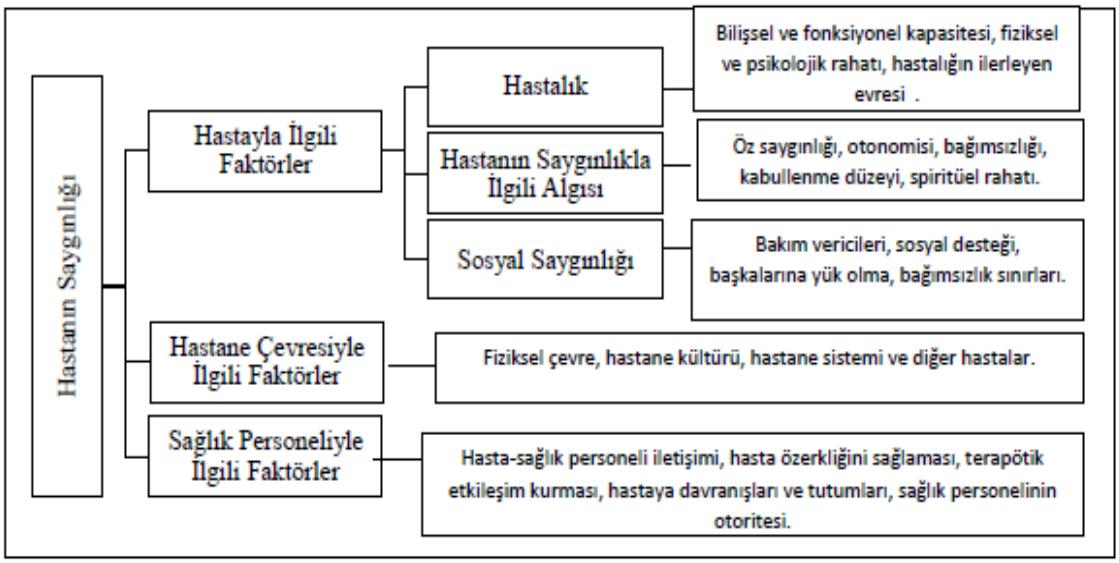
Kaynak: Matiti, M. R., Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(7), 735-744.

Şekil 2.1. Hastaneye Yatan Hastanın Saygınlığını Algılaması Ve Saygınlığının Sürdürülmesi Süreci

Yukarıdaki şekilde hastalıkla karşılaşan bireyin hastane ortamında tedavi ve bakım alırken saygınlığını sürdürmeye yönelik geçtiği basamaklar yer almaktadır. Bu basamaklar her birey için farklı zaman almaktadır. Bireyin deneyimlerine, bilgisine, durumun akut olup olmamasına, durumunu kabullenebilmesine, hastalığının türü ve evresine göre bu basamakların zamanlaması değişmektedir. Ancak her birey hastane ortamına geldiği zaman, hasta konumunda olması nedeniyle bağımlı, savunmasız ve güçsüzdür. Bu durum, kontrolünü kaybedeceği düşüncesi, bağımsızlığının engelleneceği endişesi, hastalığına verdiği (şok, öfke, inkâr, kızgınlık, kabullenme, depresyon gibi) tepkileri, hastane ortamına dair zihninde oluşturduğu şemaları ve

hastanede yatacak olmanın getirdiği stres, saygınlığını kaybedeceği düşüncesine neden olur. Buna rağmen tedavi ve bakım almak için de hastane ortamında kalır. Kendini bakım vericilerine teslim eder ve durumu kabullenir. Bakım aldığı çevrede, sağlık bakım ekibinin saygınlığını sürdürdüğü, hastanın saygınlığına yönelik algıladığı değerlerini koruduğu ortamda hasta iyileşecek ya da ölürken de saygınlığı devam edecektir (Şekil 1).

Ölmekte olan hastanın bakımında, gerek hasta bakım çevresi, gerekse hastalık ve hastalığın getirdiği olumsuzlardan kaynaklanan durumlar nedeniyle hastanın kendi iç ve dış dünyasında saygınlığı tehdit altındadır (61). Hastaların saygınlığını; gizlilik ve mahremiyetlerinin korunması, bilgi ihtiyaçlarının karşılanması, hastanın kendi tercihlerinin göz önünde bulundurulması, bakıma katılması, bağımsızlığının desteklenmesi, hastaya saygı duyulması, hastanın kontrolünün sürdürülmesi ve hemşire-hasta iletişimi doğrudan etkilemektedir (70). İran'da Manookian ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, hastaların saygın bir bakımdan beklentisi hastaların kişisel inanç ve karakteri, sağlık personelinin hastayla iletişimi ve personelin yeterli sayıda olması olarak belirtilmiştir (71). Diğer tarafta, Matiti (2002)'nin hastaların saygınlığının gizlilik, özerklik, güven, bilgi ihtiyacının karşılanması, seçebilme hakkı, bakım alma ve ilgilenilme, saygı görme, kendi kontrolünü sürdürebilme, hasta-hemşire iletişimi kategorilerinden oluştuğunu ileri sürüp, saygınlığın çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu belirtmiştir (72). Aşağıda yer alan şekilde hastanın saygınlığını etkileyen faktörler kategorize edilmiştir;



Kaynak: Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine*, *54*(3), 433-443. Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(7), 735-744.

Şekil 2.2. Hastanın Saygınlığını Etkileyen Faktörler

Yukarıdaki şekilde, terminal hastaların bakımında, hastaların saygınlığını korumayı öngören ve sağlık bakım profesyonellerine iç görü kazandıracak, hastanın saygınlığını etkileyen faktörler yer almaktadır. Şekilde, ölmekte olan hasta bakımı veren sağlık profesyonellerinin hastanın saygınlığını fiziksel, sosyal, spiritüel, çevresel, sosyal açıdan etkileyen etmenler yer almakta ve bunlar arasında sıkı bir ilişki olduğu görülmektedir. Rol ve fonksiyonları ile konumu gereği yukardaki tüm etmenlerle sıkı bir ilişki içerisinde olan hemşire, saygınlığın korunması ve sürdürülmesinde, saygınlığı etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması ya da pekiştirilmesinde odak noktada olduğu çıkarımı yapılabilir. Saygınlık çok boyutlu bir kavramdır ve etkilendiği pek çok etmen vardır. Şekilde de belirtildiği gibi, hastanede hastaların saygınlığını hasta, hastane çevresi ve sağlık personeliyle ilgili faktörler etkileyebilmektedir (Şekil 2).

Hastayla İlgili Faktörler

Hastanın hastalığı, hastanın saygınlığa ilişkin algısı ve sosyal saygınlığı kendisiyle ilgili temel faktörlerdendir. Birey hastalandığı zaman, bakıma muhtaç

olması onun bağımsızlığını etkilemekte ve saygınlığını zedelemektedir (68, 70, 72, 73, 74, 75, 76).

Hastanın saygınlığının koruması, öncelikle bakım verirken kişisel sınırlarının ve gizliliğinin korunarak sağlanmasıdır. Jacobson (2007) bunlara ek olarak; sosyal onurun göz ardı edilmemesi, özellikle hastanın sağlık personeli ve diğerleriyle sosyal etkileşiminin saygınlık ve onurunun ihlal edilmeden sürdürülmesi gerektiğini belirtmektedir (68).

Hasta bakım aldığı süreçte, dış kaynaklar nedeniyle de saygınlığını yitirme tehlikesiyle karşı karşıyadır. Hastanın sosyal sağlığı, hastayla yakınlarının etkileşimini azaltarak ya da artırarak sağlanır. Hastanın arkadaşları, ailesi gibi sosyal destek kaynakları ve sağlık bakım vericileriyle iletişiminin olmaması hastanın saygınlığını zedelemektedir. Ancak hastanın diğer kişilerle ilişkilerinin sınırı da önemlidir. Çünkü; hasta, çevresindekilerle ve yakınlarıyla etkileşime girdiği zaman diğerlerinin gösterdiği olumlu ve olumsuz tepkiler de hastanın sosyal saygınlığını etkiler. Başkalarına yük olma düşüncesi; kişisel bakımı ve kendi bakımının yönetimini başkalarının yapması ya da bunun için başkalarına ihtiyacının olması hastanın sosyal saygınlığını olumsuz etkileyecek durumlardandır. Yakınlarının geleceğe ilişkin kaygıları ve ilerleyen hastalık evresinin ve ölümün düşünülmesiyle hastanın geleceğe ilişkin kaygıları; yakınlarının ölümünden duyacağı üzüntü, endişe ve zorluklara yönelik kaygılarının olması da hastanın saygınlığını zedelemektedir (75).

Hastane Çevresiyle İlgili Faktörler

Hastanın saygınlığıyle ilişkili faktörlerden biri olan hastane çevresi, hastanın saygınlığını devam ettirmede hem olumlu hem de olumsuz etkiye sahiptir. Hastane çevresi hastanın özerkliğini ve mahremiyetini korumak için önemlidir. Kötü fiziksel çevre, temel ekipman ve malzemelerin eksikliği, kalitesiz gıda ve yiyeceklerin sunulması, beslenme yetersizliği, hastanın çok yataklı bir hasta odasında kalıyor olması ya da kadın-erkek karışık odalarda bakım almasının hasta saygınlığını tehdit ettiği vurgulanmaktadır (76, 77).

Nordenfelt (2003), özellikle hastaların hastanede bakım alırken giydiği kıyafetlerin de hastaların saygınlığını etkilediğini belirtmiştir. Hasta önlüklerinin erkek elbisesi gibi olması ya da diğer taraftan etek gibi uzun olması hastaların beden

algılarını etkilemektedir. Hasta kıyafetlerinin sosyal stigma özelliği taşıdığı düşünülmektedir (74).

Hastalar, hoş bir çevrede, saygın bir bakım ve yaklaşım karşısında kendilerini daha saygın hissetmektedirler. Ancak hastanelerde hastanın saygınlığını koruyucu ve yükseltici politika ve prosedür bulunmaması da olumsuz bakım koşullarının sürdürülmesine neden olmaktadır (73, 76).

Sağlık Personeliyle İlgili Faktörler

Jacobson (2007), saygınlığı kişinin öz saygınlığı ve ilişkilerinde saygınlığı olarak belirlemiştir. Sağlık bakım personeli, hastaların bağımsızlığını, otoritesini devam ettirme ve hasta ile kurduğu iletişimin kalitesiyle hastanın saygınlığını etkilemektedir (68).

Sağlık bakımında, hemşirelerin bakım verirken hastayla karşılıklı beklentilerin sağlanmasına özen göstermemesi, hastaya yetersiz bilgi verilmesi, ekip üyeleri arasında iletişimin olmaması, personel eksikliği ve hasta bakımında deneyimsiz ve bilgisiz personelin yer alması hasta saygınlığını azaltmaktadır (76).

Hemşirelerin hastanın adına karar vermesi de otoritesini zedelemekte ve saygınlığını azaltmaktadır. Bakım vericilerin eksik iletişim kurması, iletişim kurmaktan kaçınması, yalnızca bakımını verip hastaya bir objeymiş gibi davranması da saygınlıklarına oldukça zarar vermektedir. Örneğin; hastaya ‘Ağrı kesici ister misin?’ şeklinde soru sormak yerine ‘Ağrı kesicini buraya bırakıyorum, içebilirsin.’ gibi cümlelerin de hastaların saygınlığını azalttığı belirtilmiştir (26, 73). Bu nedenle hemşirelerin kullanmış olduğu dil, tutum ve davranışlarındaki nezaketi, hastanın bu konudaki beklenti ve istekleri hastanın saygınlığını etkilemektedir.

Hemşirenin hastasına iyi bir fiziksel bakım vermesi, rahatını sağlaması, ağrı kontrolünü sağlaması ve hastalık semptomlarını azaltması da hastaya kendisine saygı duyulduğunu ve saygınlığının korunduğunu hissettirecektir (61, 73, 75, 76, 78).

Fonksiyon kaybı ve bilişsel gerileme, ağır bakım gereksinimi nedeniyle hemşirelere bağımlı olma, yabancı bir çevrede bulunma hastanın saygınlığını tehdit eder. Saygınlık kavramının öznel doğası nedeniyle hastaların en mahreminde ve yakınında olan hemşireler, onların saygınlığa yüklediği anlamları ve beklentilerini fark edebilecek ve saygınlıklarını etkileyebilecek profesyonel bakım hizmetini

planlayabilecektir. Oosterveld-Vlug ve arkadaşları (2015), huzurevinde kalan bireylerin saygınlıklarını etkileyen bakım vericilerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, bireyler saygınlıklarını sırasıyla en fazla hemşirelerin, ardından hekim ve diğer sağlık bakım ekibi üyelerinin etkilediğini belirtmişlerdir (79).

Saygın bir birey olarak hastanın, önceden sahip olduğu rol ve fonksiyonlarını sürdürme yeteneğini kaybetme olasılığına karşı desteklenmesi gerekmektedir. Rol, fonksiyon ve bağımsızlığının azaldığı durumlarda hastalar, özsaygılarını da yitirebilmektedirler. Bunu önlemek için hasta otonomisi hastalığının her evresinde devam etmelidir. Hasta yaşamını ve ölüm anını kontrol edebilmeli ve değişen yaşam koşullarını içsel bir süreç olarak anlayabilmeli ve kabullenip uyum sağlayabilmelidir. Bu sayede hayatının kalıcı amacını ve yaşamın anlamını devam ettirmiş, kalıcı şeylerden ayrılabilme ve ölümü aşabilme becerisini kazanmış olacaktır (61, 75, 80).

2.4. İyi Ölüm

2.4.1. İyi Ölüm Kavramının Tanımı

Hayatın kaçınılmaz bir parçası olan ölüm, her canlı organizmanın deneyimleyeceği bir durumdur. Ölümlü bir canlı olması nedeniyle insan da hayatın geçiciliğinin farkındadır ve bunun için de iyi yaşama ve ölme sanatını başarma arzusu duyar. Çünkü ölümün anlamı, hayatın anlamıyla bütünleşiktir. İnsanlar ne kadar iyi ve kaliteli bir yaşam sürmek isterlerse aynı zamanda yaşarken ölümlerini de inşa ederler ve yaşamlarının bir parçası olan ölüm anında da kaliteli, uygun, güzel ve istedikleri gibi bir ölümle yaşamlarının sonlanmasını isterler (81).

İnsanların iyi bir ölümü isteme arzusu, onları ölüme yönelik araştırmalara, felsefi düşüncelerin ortaya çıkmasına, dini, kültürel farklılıkları da içeren çeşitli uygulamaları yapmaya yöneltmiştir. Literatüre bakıldığında çeşitli ülkelerde iyi ölüm kavramı tanımlanmış ve iyi ölümün bileşenleri sorgulanmıştır. İyi ölüm için net ve genel bir tanım yapılamamasına rağmen, iyi ölümle bağdaşık olduğu düşünülen ‘mutlu ölüm’, ‘huzurlu ölüm’, ‘doğal ölüm’ ‘uygun ölüm’ , ‘sakin ölüm’, ‘istendik ölüm’, ‘kaliteli ölüm’, ‘barışçıl ölüm’, ‘iyi yönetilen ölüm’ gibi farklı kavramlarla ifade edilmiştir (61, 82, 83, 84). Ancak bu kavramlar iyi ölümle eş değer değildir. Bu kavramlar sadece hastanın yakınları ve bakım vericileri tarafından gözlenebilir. İyi

ölüm o anı yaşayan birey tarafından deneyimlenir ve subjektiftir, diğerleri ise ölüm anında hastanın çevresi tarafından da gözlenebilir, değerlendirilebilir ve toplumsal değerlerden etkilenir. İyi ölüm daha bireysel olmakla birlikte kişinin istekleriyle şekillenir. O nedenle bu kavramlar iyi ölümü tamamen yansıtmamakta, ancak iyi ölüm bu kavramları içeriğinde barındırmaktadır (61, 84).

Costello (2006)'ya göre iyi ölüm; 'Hasta ve yakınlarının psikososyal destek ve yas bakımını da içeren ölmekte olan hastanın semptom kontrolünün sağlanması, ağrı ve acısının azaltılıp rahatlığının sağlanması için tüm önlemlerin alınması' olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle iyi ölümün gerçekleştirilmesinde ölmekte olan hastanın ihtiyaçları dışında yakınlarının hatta ölmekte olan hastaya bakım veren sağlık personelinin de desteklenmesi iyi bir ölüm ortamının sunulmasını etkilemiştir (82).

Bunların aksini iddia eden ve bunlardan yoksun olan kavram da kötü ölüm olarak nitelendirilmiştir. Kötü ölüm; hastanın ölümü ve bedeni üzerinde kontrol sahibi olmadığı, hastanın ölümünün sağlık bakım ekibi ve yakınları tarafından istendiği, hasta ve yakınlarının ölüme hazırlığının yapılmadığı, bakım ihtiyaçlarının karşılanmadığı, hasta ile iletişimin kurulmadığı ve yakınlarının hastayla iletişim kurmasının engellendiği, ani beklenmedik bir zamanda gerçekleşen ölüm olarak belirtilmiştir. Hastanın saygınlığındaki eksilme, travmatik, ağrılı, semptom kontrolünün yeterince sağlanmadığı ölüm deneyimi hastaların istemediği kötü ölümü tanımlayan ifadelerdendir. Kötü bir ölüm deneyimi hasta ve ailesinin ölümü kabul edemediği, yetersiz bakım ve destek eksikliğinden kaynaklanan bir süreçtir. Fiziksel semptomların kontrol edilmediği, manevi sıkıntıları ve çözülmemiş psikolojik sorunları olan hastaların kötü ölümü yaşadığı kabul edilmektedir (82, 85).

Hiç kimse istemediği bir ölüm deneyimini kabul etmek ve yaşamak, kötü bir ölüme sahip olmak istemez. İyi ölüm en geniş tanımıyla; kişinin ailesi, arkadaşları, bakım vericileri ve yakınları tarafından duygusal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel olarak desteklendiği, klinik ve etik standartlarla, kültürel uygulamalarla paralel, hasta ve ailesinin isteklerinin göz önüne alındığı, hasta ve ailesinin sıkıntısız geçirdiği bir süreç olarak belirtilmiştir (61). Literatürde iyi ölümün tek bir kabul görmüş tanımı olmasa da her birinin içeriğinde ortak kavramlar yer almaktadır:

- Yeterli ağrı ve semptom yönetimi (20, 61, 86, 87, 88, 89),
- Ölüm sürecinin kısa olması (86, 87, 88),

- Hasta, aile ve sağlık personelinin aldığı kararlarda açık bir iletişim kurulması (61, 87, 88),
- Hasta ve yakınlarının ölüme yeterince hazırlanması (86, 88, 90),
- Ailenin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması ve desteklenmesi (86, 87, 88),
- Hastanın duygularının kontrol edilmesi (61, 88),
- Duygusal ve spiritüel ihtiyaçların karşılanması (20, 61, 88),
- Hastanın benzersiz ve değerli bir kişi olarak bakımının sürdürülmesi (20, 61, 86, 88),
- Hastanın manevi, dini ve kültürel ihtiyaçlarının karşılanması (20, 87, 88, 91, 92),
- Bakımın sürekliliğinin sağlanması (20, 90, 92, 93),
- Hastanın sevdikleriyle ilişkilerinin güçlendirilmesi (62, 91, 88),
- Hastanın yalnız olmaması (90, 92, 88),
- Ölüm sonrası ailenin yas bakımı (20, 89, 90, 91, 88),
- Hasta ve ailesinin bakımında paternalist yaklaşımdan kaçınılması (61, 88, 91, 92).

2.4.2. İyi ölümün bileşenleri

İyi ölüm kavramının tanımı konusunda fikir birliği yoktur. Çünkü, her insanın ölüme yönelik düşünceleri aynı değildir ve iyi ölüm kavramı her birey için değişmektedir. Hemşirelerin de ölmekte olan hasta bakımı sunarken davranışları onların iyi ölüme yönelik algılarından etkilenir. Bununla birlikte hastaların iyi ölümü anlamlandırması, yakınlarının bakış açısı da dikkate alınmalıdır. Kaliteli bir son dönem bakımı sunmak ve ölürken de yaşam kalitesini devam ettirip iyi bir ölüm deneyimi sunmak için hastaların, sağlık bakım profesyonellerinin ve hasta yakınlarının bakış açılarını ele alan çalışmalara göre, iyi ölüm kavramının bileşenlerini dört farklı başlık altında toplamak mümkündür (61, 87, 88, 91, 92, 93):

- Fiziksel ve psikososyal rahatlık
- Bakım yeri ve ölümün gerçekleştiği yer
- Aile ve sağlık personeliyle ilişkiler
- Psikovaroluşsal konular

Fiziksel ve Psikososyal Rahatlık

Ölmekte olan hastalar; ağrı, nefes darlığı, konstipasyon, yorgunluk, beslenme, organ ve sistemlere ait sorunlar gibi fiziksel problemler yaşarken, yaklaşan ölümü nedeniyle anksiyete, sinirlilik, enerji ve uyku eksikliği, depresyon, kaygı, korku, panik bozukluklar gibi psikolojik sorunlar ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe ve başkalarına bağımlı olma, yük olma gibi sorunlar yaşamaktadırlar (61).

Eğer iyi bir ölüm ortamı sunulmak isteniyorsa hastaların son dönemlerinde de yaşam kalitelerinin sürdürülmesi için fiziksel semptomların kontrol altına alınması gerekir. Ölmekte olan hastalar, ölüme yaklaştıkça yorgunluk ve güçsüzlük hissederler ve bu nedenle hareket etmezler. Özellikle bu dönem hareketsizliğe bağlı gelişebilecek bası ülserlerine karşı önlem alınmalıdır. Her 1- 1.5 saatte hastaya pozisyon verilmeli, yastıkla çıkıntılı kısımlar desteklenmelidir. Ölmekte olan hastalarda iştah azalması buna bağlı olarak kilo kaybı görülür. Bu dönemde ölmekte olan hastanın ağız mukozasını temiz ve nemli tutmak, ağız bakımı vermek, oral kandidiyazisi önlemek için nemlendirici kullanmak önerilmektedir (27, 29, 41). Göz kapakları kapalı değilse yapay gözyaşı ile konjektivalar nemlendirilmelidir. Ölmekte olan hastalar son dönemlerinde iyi gözlenmeli, huzursuzluk, konfüzyon ve ajitasyon durumlarında terminal delirium açısından gözlenmelidir. Hasta, solunum fonksiyonları açısından değerlendirilmelidir. Ölüm zamanı yaklaştıkça solunumları sık ve yüzeysel olabilmektedir. Apne ve cheyne-stokes solunumu da gelişebilmektedir. Yaşam sonu dönemde, hasta sfinkter kontolünü de kaybedebilir. İdrar ve gayta inkontinansı nedeniyle gelişebilecek doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyona yönelik önlem alınmalıdır ve fiziksel semptomların en az düzeyde hastayı etkilemesi için hasta desteklenmelidir (1, 9, 10, 29, 41).

Hastalar, hasta yakınları ve multidisipliner sağlık bakım profesyonelleri ile yapılan çalışmalar, ölüm sırasında en çok korkulan durumun ağrılı ve acılı ölüm olması olarak belirtmişlerdir. Bu nedenle ölüme yaklaşan hastalar, ölüm sırasında ağrı ve acısının dindirilmiş olmasını istemektedirler (87). Yaşamın son dönemlerine yaklaşan kanser hastalarının da %75'i ağrı çekmektedir (27). Sağlık bakım ekibinin üyelerinin ölümü kendi başarısızlıkları olarak görüp mesleki yeterliliklerini sorgulamaları hastaya gereksiz tıbbi müdahalelerde bulunmalarına neden olmaktadır. Profesyonel bir

yaşam sonu bakımı yerine, ölüm sürecini gereksiz tedavilerle uzatmak hastanın anlamlı bir son dönem geçirmesine engel olmaktadır (20).

Kaliteli yaşam sonu bakımın çeşitli boyutları; genel yaşam kalitesi, fiziksel iyi oluş ve yaşamsal fonksiyonlarının sürdürülmesi, spiritüel iyi oluşun sağlanması, hastaların bakım algısı ve ailelerin iyi oluşunun ve fonksiyonelliğinin sürdürülmesi olarak ifade edilmektedir. Bu dönemde hasta, zorla yapılan tedavi ve girişimlerden uzak tutulmalı, hastayla ilgili verilen kararlarda hastanın ve yakınlarının fikirleri de alınmalıdır. Ölen kişinin yaşamının sonunda da, mümkün olduğunca kontrolünün ve bağımsızlığının sürdürülmesi, eşsiz ve tek bir birey olarak kabul edilmesi, hastanın umut ve beklentilerinin sürüdürülmesinin yanında, gerçekçi bir şekilde olayları ve durumları değerlendirmesinin sağlanması da iyi bir yaşam sonu bakımın ayrılmaz parçasıdır (86, 93).

Ölmekte olan hastalar, yaşamlarının son dönemlerinde fiziksel olarak bakım gereksinimi hissederken, bakım vericilerine ve yakınlarına yük olma, yaşamları için belirledikleri önemli hedeflerine ulaşamadan erken ölme, fiziksel ve zihinsel yeteneklerini kaybetme, ölüme ilişkin bilinmezlik ve ağrı beklentisi nedeniyle korku içerisinde olabilirler (20). Hastalar ve yakınları, ölümle yüzleşememe ve baş edememe davranışları sergileyebilirler. Hem hasta ve yakınları hem de sağlık profesyonelleri bu süreçte Elizabeth Kubler Ross'un ölümle karşı karşıya olan bireylerin geçtiği duygusal reaksiyon evrelerini, ölüm olgusuyla baş etmede şok, öfke, inkâr, kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabul etme basamaklarından geçildiğinin farkında olmalıdır. Hatta bireysel faklılıklarla birlikte bu aşamaların bazen hiç yaşanmadığı, bazen iki üç evrenin aynı anda yaşanabileceğinin de bilinmesi gerekmektedir. Bu sayede bireyler duygu ve davranışlarının farkında olacaklar ve sürecin olumsuzluklarından daha az etkilenip psikolojik olarak güçlenerek rahat ölümün gerçekleşmesine katkı sağlayabilecektir (27, 41).

Bakım Yeri ve Ölümün Gerçekleştiği Yer

Bakım alınan çevrenin ve ölümün gerçekleştiği yerin hastanın isteklerine göre olması, çevresel konforunun sağlanması da iyi ölümün bileşenlerindendir (88). Ölümün gerçekleştiği yerin iyi ölümün sağlanmasında ilk basamak olduğu belirtilmektedir (94, 95). Yaşam sonu dönemde, ölmek istedikleri yeri seçebilmek

hastaların haklarındandır ve hastalara yaşamlarını sonlandırmak istedikleri yeri seçebilme özgürlüğü tanınmalıdır (41).

Gu ve arkadaşları (2015), ölmekte olan kanser hastaları ve bakım vericileriyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında, katılımcıların %53.64'ünün evde, %39.08'nin ise hastanede ölmek istediklerini göstermişlerdir (94). Ölmekte olan hasta ve yakınları ile yapılan kaliteli ölümü etkileyen faktörlerden ölüm yeri tercihinin puanlandığı bir çalışmada, en yüksek skoru sırasıyla evde, palyatif bakım ünitesinde ve hastanede ölümün aldığı belirtilmiştir (95). Yapılan diğer çalışmalarda da, ölüm zamanı yaklaştığında, hastanın ölüm yeri tercihini, hastanelerle ilgili deneyimleri, yakınlarının ve kendisinin huzuru, sosyal ortamı, fiziksel ve psikolojik rahatlığı ve bakımdan memnuniyet durumu, sağlık bakım profesyonellerinin bilgi, deneyim ve tecrübesi, sağlık bakım maliyeti, sağlık politikaları, palyatif bakım ve evde bakım hizmetlerinin varlığı bireysel saygınlık, iletişim, bağımsızlık, bakım yerinin sevilmesi, bağımsızlık ve çevresel konforun etkilediği belirtilmiştir (41, 94, 95, 96).

Hâkanson ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada, tüm ölümlerin %42.12'sinin hastanelerde, %17.8'inin evde ve %38.1'inin bakımevinde gerçekleştiğini göstermişlerdir (96). Ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin yetersizliği ve palyatif bakım hizmetlerinin henüz gelişmemiş olması nedeniyle ölümlerin çoğunluğunun hastanede gerçekleşmesinin istendiği belirlenmiştir (41). Hastanede iyi ölüm ortamı sunmak için ölmekte olan hastanın bakım verildiği odanın sakin, ferah ve rahat bir oda olması; istediği birinin yanında kalabileceği bir ortamın oluşturulup hastanın sevdiği müzikleri dinleyebileceği, manevi ihtiyaçlarının karşılanabileceği bir ortamın sağlanması önerilmektedir. Hastanın yatağının da duş almak, yemek yemek gibi ihtiyaçlarını karşılayacak ve bakım almasını kolaylaştırıcak şekilde olması tavsiye edilmektedir (20).

Aile ve Sağlık Personeliyle İletişim

Sağlık personeli tarafından yeterli ve uygun tedavinin alınması, ölüm anında gereksiz işlem ve uygulamalardan kaçınılması, doğal bir ölüm sunulması ölmekte olan hasta bakımında, hasta ve ailesinin beklentilerindendir. Hasta ve ailesinin bu süreçte, sağlık personelinin empati yapabilme ve iyi bir iletişime sahip olma becerileri temel ihtiyaçları arasındadır (88). Hasta yakınları ve sağlık bakım profesyoneli kimi zaman

hasta ölürken yatağının başında hiçbir şey yapmıyor gibi hissedebilmektedir. Oysa ki; hastayı dinlemek, elini tutmak, son isteklerini gerçekleştirebilmek, ölürken kutsal mekânlar oluşturabilmek, şefkat ve cesaretle ölüm anına tanıklık etmek ve bu anı onunla paylaşmak iyi ölüm koşullarını hazırlamada etkili olacaktır (97). Ancak çoğu zaman hastanın yaklaşan ölümüyle ilgili konuşmak sağlık personeli ve yakınları tarafından tabu olarak görülmektedir. Bu durumda, hastayla onu üzeceği endişesiyle ölüm ve kötü prognozuyla ilgili konuşmaktan kaçınılmaktadır. Aksine bu süreçte, hastanın son dönemi ile ilgili kararlarını verirken desteklenmesi ve bilgilendirilmesi, onun durumu ve kısa yaşamı için beklentilerinin belirlenmesi gibi ölmekte olan hastanın güçlendirilmesi, önceliklerin içerisinde olmalıdır (83). Buna ek olarak, ölümcül hastalığı olan bireyin ailesiyle olan iletişiminin güçlendirilmesi için yaşam sonu dönemde iletişim kurulurken hastaya verilebilecek mesajlar da vardır. Ölmekte olan bireye sevdiğini söylemek, affetmek ve affedilmek, teşekkür etmek, vedalaşmak iyi bir ölüm sürecine atılan adımlardandır (97).

Ölmekte olan hasta bakımında ele alınan konulardan biri de, sağlık bakım profesyonelleri ve hasta yakınları arasında iletişimdir. Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımında hasta ve yakınlarına kısıtlı zamanlarının olması nedeniyle zaman ayıramaması ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri ve ölümü kabul edememeleri, sağlık bakım ekibi ve hasta yakınları arasında iletişim sorunlarına yol açmakta ve bütüncül bir kavram olan iyi ölümün hasta yakınları ve hemşirelerin bakış açısından zedelenmesine neden olmaktadır. Ayrıca, doktorlar ve hemşirelerin arasındaki iletişimin iyi olmasının bakım kalitesini artırıp iyi ölüm koşullarını sağlamada önemli olduğu vurgulanmaktadır (20, 86).

Psikovaroluşsal Konular

Yaşamın sonuna geldiğini ve yaşamın tamamlandığını kabul edebilme sürecinde umudunun korunması, bağımsızlığının sürdürülmesi ve desteklenmesi, başkalarına yük olmadığının hissettirilmesi, bir birey olarak saygı görmesi ve saygınlığının korunması, kişinin hayatının yaşamaya değer olduğunu hissedip kendini bekleyen durumları kontrol edebilir olması, ölümünü kabul edip ölüme hazırlıklı olması; hastalar, hasta yakınları ve sağlık personeli için öncelikli olarak iyi ölümün sağlanmasında önemsenmesi gereken durumlar arasında yer almaktadır (93).

Ölüme yaklaşan hastanın ölüme hazırlanması, kendi ölümünü kabul edebilmesi ölümü için hazırlık yapmasına yardımcı olur. Ölümü yaklaştıkça hasta ve ailesinin fiziksel ve psikososyal değişiklikler hakkında duyduğu bilgi açığını gidermek, yakınlarının paniklemesini önlemek için hasta ve ailesinin ölüme hazırlanması gerekir (87).

Hasta ve yakınları ölüme hazırlanırken, hastaların dini ve spiritüel konularda da isteklerinin önemsenmesi ve bakım ihtiyaçlarının bu istekler doğrultusunda karşılanması iyi ölüm deneyiminin bir parçasıdır (88). Hastanın değerleri, inancı, kültürü, örf adetleri ve kayıp yas sürecine göre ölüme verdiği tepkileri değişmektedir. Yaşamının son döneminde hastanın ve yakınlarının inançlarına ve kültürüne yönelik uygulamaların da farkında olunmalıdır. Hemşire, bakımını planlarken bu uygulamaları da gözönünde bulundurmalıdır.

İyi ölüm kavramı, iyi bir ölüm kesin bir şekle ve sınıra sahip olmasa da her birey özeldir ve dilediği gibi bir ölüme sahip olmayı hak eder ve bu süreçte iyi ölümün sağlanması sorumluluğu hemşirelik bakımının parçası olur (20). Yapılan çalışmalarda, iyi bir ölüme sahip olmak için hemşirelerin yapabileceği girişim ve uygulamalar; doğal ve kendiliğinden ölebilmek, fiziksel rahatının sağlanması, iletişiminin devam etmesi, ağrı ve rahatsızlığının azaltılması, ölümü için hazırlık yapılmış olması, maneviyatının ve hayat kalitesinin devam etmesi, ailesi ve yakınlarıyla etkileşiminin devam etmesi olarak belirlenmiştir. Hastalar özellikle ölüm sırasında kendilerine bakım veren hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı konusunda eğitim almış olmasını, bilgi ve deneyime sahip olmasını, ölüm anında iyi bir ölüme huzurlu bir şekilde sahip olmaları için fiziksel, sosyal, spiritüel bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmalarını beklemektedirler (20, 82, 86, 93, 97). Hastaların ölmek istedikleri yeri seçtiklerinde, aile ile ilişkileri devam ettirildiğinde, ağrı ve fiziksel semptomları kontrol altına alındığında iyi ölüme ilişkin beklentilerinin karşılandığı ileri sürülmektedir (98, 99).

Ancak hemşireler bakım hizmeti sunarken iyi ölümü gerçekleştirmek için bir takım engellerle de karşılaşabilmektedirler. İyi ölümün gerçekleştirilememesine neden olan engeller (20, 85, 86):

- Zaman sıkıntısı,
- Personel eksikliği,

- Hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri,
- Israrcı tedavi girişimleri
- Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim kopukluğu
- Farkındalık ve bilgi eksikliği
- Açık iletişim kuramama olarak belirlenmiştir.

2.5. Hemşirelerin Saygın Ölüm, İyi Ölüm Ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımında Rol Ve Sorumlulukları

Hemşirelerin ölmekte olan hastalar için planladığı bakım, ölmekte olan hastalara iyi bir ölüm sağlamayı, huzurlu ve saygın bir şekilde ölmelerine yardım etmeyi ve bakımlarında iyi ölümü gerçekleştirebilmeyi bakımın temel prensiplerinden biri olarak içeriğinde barındırır (35, 88, 100). Onkoloji kliniklerinde yatan ölmekte olan hastaların, hastalığın ve tedavisinin etkileriyle baş etmesine yardımcı olan, bakımında eksiklerini belirleyerek hasta ve ailesinin gereksinimlerine yönelik benzersiz bilgi sahibi olan hemşireler, ölmekte olan hastaya bakım veren ekibinin en etkin üyesidir. Bu nedenle onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin rol ve fonksiyonları arasında, hem iyi bir ölmekte olan hasta bakımı verme hem de hastasına saygın ve iyi bir ölüm deneyimi sunabilme yer almaktadır (39, 101).

Bakım alırken başka birine bağımlı olmak zordur. Hastaların kimi ihtiyaçlarının karşılanması hemşirelerin insiyatiflerinde kalmıştır. Bütüncül olarak ele alınan bakımda, bir birey olarak ele alınan hastanın fiziksel, görünen ihtiyaçları olduğu kadar, emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının da karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle sadece ölmekte olan hastaların genel bakım sorumluluğunu almak yerine öncelikle bir insan olarak, her bireyin değerli olduğunu bilerek bakımı şekillendirmek gerekir. Hemşirelerin, onkoloji kliniklerinde bireylerin saygınlığını koruyarak iyi bir ölüm deneyimlemesi için ölmekte olan hastasına bakım verirken göz önünde bulundurması gereken temel rol ve sorumlulukları aşağıda yer almaktadır;

- Bakımının etik değerlerinden biri olarak hastasının saygınlığını göz önünde bulundurması (102, 103, 104),
- Nitelikli bir ölmekte olan hasta bakımı vermek için gerekli bilgi, beceri ve duyarlılığa sahip olması (85, 91, 92),

- Ölmekte olan hasta bakımında hastanın yalnızca fiziksel değil psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamayı da mesleğinin profesyonel yönlerinden biri olarak dikkate alması (1, 9, 10, 11, 27, 29, 31, 41),
- Hastanın ve ailesinin isteklerini de bakımının bir parçası olarak değerlendirebilmesi (83, 88, 93),
- Hastalara ve ailelerine, hastasının ölümü yaklaştığında veda edebilmeleri için zaman tanıması (88),
- Hastaları sabırla dinlemesi, gerektiği zamanlarda açık, anlaşılır ve basit ifadelerle açıklamalar yapması (105, 106, 107, 108),
- Hastasının isteği halinde, hastalığı ve ölüm hakkında konuşabilmesi (105, 106, 107, 108),
- Hastaya ne olduğu konusunda dürüst ve doğru bilgiler vermesi (68, 71, 72),
- Her bireyin özel bakım ihtiyacı olduğunun ve özel olduğunun bilincinde olması (22) ,
- Yaptığı girişimlerde ve bakım verirken uygulamalarında, bilgi vermesi, açıklama yapması (24, 27, 47, 48),
- Hastaya seçme şansı sunması, bireysel tercihlerine saygı duyması ve bağımsızlığını desteklemesi (26, 68, 70),
- Hastayla duygularını tartışabilmesi, etkili iletişim becerilerine sahip olması ve empati yapabilmesi (105, 106, 107, 108),
- Hastalarına zihinleri, ruhları ve bedenleriyle barışık iyi bir ölüm ortamını sunması (24, 27, 48),
- Hastasının istekleri ve beklentileri doğrultusunda bir ortam hazırlayabilmesi ve bunun için hastasının savunuculuğunu yapabilmesi (94, 95, 97),
- Hastasının ağrısı ve diğer fiziksel semptomlarını kontrol altına alması (1, 9, 10, 11, 27, 29, 31, 41),
- Hastasını psikososyal, spiritüel, duygusal boyutuyla bütüncül olarak ele alıp, hasta yakınlarını da ölmekte olan hasta bakımının bir parçası olarak değerlendirmesi (7, 9, 10, 36),

- Hastasını kaybeden ailenin bakımını yas süreci boyunca devam ettirmesi (27),
- Hastasının istekleri doğrultusunda manevi ihtiyaçlarının karşılanması için duyarlı olması (37, 45, 57, 109),
- Hastasının saygınlığını sürdürmede ve iyi bir ölüm süreci sağlamada temel role sahip olduğunun farkında olması (70, 76) ve
- Uygun bakım çevresi oluşturarak hemşirenin görünürlüğünü ve gücünü artırması, hemşirenin temel rol ve sorumluluklarındandır (24, 50, 109).

Hemşirenin yapabileceklerinin ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin kendi tutumlarının farkında olması, bakımını bu doğrultuda şekillendirmesi, ölmekte olan hastaların saygınlığının korunduğu iyi bir ölüm deneyiminin sunulduğu ortamı hazırlamış olacaktır.

Ölmekte olan hastaların da yaşamlarının her döneminde olduğu gibi bu süreçte de yaşam kalitesinin korunmasına ve kaliteli bir bakım hizmeti almaya hakkı vardır. Bunun başarılabilmesi içinse iyi bir hemşirelik bakımının sunulması önemlidir. Literatürde yer alan çalışmalar (19, 51) ve gözlemlerimiz, onkoloji kliniklerinde ölümlerin sıklıkla görüldüğü, ölmekte olan hastaya bakım verilirken iyi ölüm ve saygın ölüm kavramlarının yeterince bilinmediği ve göz ardı edildiği ve buna yönelik ihtiyaçların yeterince karşılanmadığı doğrultusundadır. Çalışmamızda onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin saygın ölüm ile iyi ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarının saptanıp, elde edilen sonuçlarla saygınlığın korunduğu ve hastaların iyi bir ölüm deneyimi yaşadığı, hemşirelerin de meslekleri adına ölmekte olan hastaya bakım verirken pozitif tutumlar sergilediği bir bakım ortamı oluşturmak, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları belirlemek, saygın ölüm, iyi ölüm kavramlarına yönelik farkındalık yaratmak, ve bunun için yol gösterici olmak hedeflenmektedir.

Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin saygın ölüm, iyi ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını belirleyen uluslararası ve ulusal literatürde sınırlı sayıda çalışma vardır. Ölmekte olan hasta bakımı verilen kliniklerde saygın ölüm ve iyi ölüme yönelik bakım planlanırken herhangi bir politika ve prosedürün kullanılmamakta olduğu, mevcut bakım planları içerisinde buna yönelik özelleşmiş uygulamaların olmadığı bilinmektedir. Bu çalışmayla birlikte onkoloji kliniklerinde

ve ölmekte olan hasta bakımı verilen diğer kliniklerde de bakım protokollerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı ve literatüre bu konuya ilişkin bilgi kazandıracağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin terminal dönemde de devam etmesine yardımcı olacağı ön görülmektedir**.**

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, Ankara il sınırları içerisinde yer alan, onkoloji klinikleri olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ile Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması planlanmıştır. Ancak, Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmanın yapılmasına dair izin verilmemesi nedeniyle, Ankara il sınırları içerisinde yer alan, onkoloji hastalarına hizmet veren Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Bayezit Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesine izin yazıları yazılmış ve uygulama izninin alındığı Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesinde çalışma yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı hastanelere ilişkin yatak kapasiteleri, çalışma koşulları, hasta sayıları gibi özelikler aşağıdaki tabloda yer almaktadır;

Tablo 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelere İlişkin Özellikler

Hastane/ Bölüm Adı	Çalışma Düzeni	Yatak Kapasitesi	Ortalama Hasta Sayısı	Doktor Sayısı	Şiftlerdeki Hemşire Sayısı (Gündüz/Gece)	Bakım Protokolü
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi						
Bölüm 73	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	17	15	4	2/1	NANDA hemşirelik süreci, Joint Comission International (JCI) hastane bakım protokolü
Bölüm 75	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	29	27	6	2/2	
Bölüm 76	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	29	21	5	3/2	
Bölüm 83	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	30	28-30	5	3/2	
Bölüm 85	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	27	23	6	2/2	
Bölüm 86	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	32	16	5	2/2	
Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi						
Bölüm 95	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	15	15	4	2/1	NANDA hemşirelik süreci, Joint Comission International (JCI) hastane bakım protokolü
Bölüm 94	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	16	16	4	2/2	
Bölüm 94/ B	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	7	7	2	1/1	
Bölüm 93	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00 08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	32	30	3	4/3	
Bölüm 92	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	30	24	4	4/3	
Bölüm 92/B	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	7	7	3	2/2	
Bölüm 91	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	31	22	3	2/2	
Gündüz Tedavi	08: 00- 17: 00	-	80	7	9/-	

Tablo 3.1. (Devam) Araştırmanın Yapıldığı Hastanelere İlişkin Özellikler

Hastane/Bölüm Adı	Çalışma Düzeni	Yatak Kapasitesi	Ortalama Hasta Sayısı	Doktor Sayısı	Şiftlerdeki Hemşire Sayısı (Gündüz/Gece)	Bakım Protokolü
Aferez Ünitesi Prevantif Onkoloji	08: 00- 17: 00	-	50	1	7/-	
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
Hematoloji-Onkoloji	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	19	17	7	2/1	NANDA Hemşirelik Süreci, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bakım Planı Uygulama Prosedürü
Radyasyon Onkoloji	08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	16	15	3	3/1	
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Servisi Jinekoloji Bölümü	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00 08: 00-20: 00 20: 00-08: 00	26	10	3	3/2	
Jinekoloji Polikliniği	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	-	60	7	3/-	
Gündüz Tedavi	08: 00- 17: 00	30	70	2	9/-	
Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi						
Tıbbi Onkoloji	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	11	7	3	2/1	NANDA Hemşirelik Süreci ve Hastane Bakım Planı Uygulama Prosedürü
Gündüz Tedavi	08: 00- 17: 00	-	45	1	3/-	
Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi						
Cerrahi Onkoloji	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	17	10	3	2/1	
Medikal Onkoloji	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	20	12	3	4/2	
Ankara Ulus Devlet Hastanesi						
Palyatif Bakım1	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	11	11	2	3/2	NANDA Hemşirelik Süreci ve Hastane Bakım Planı Uygulama Prosedürü
Palyatif Bakım2	08: 00- 16: 00 16: 00- 08: 00	14	14	3	4/2	

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ankara il sınırları içerisinde yer alan ve onkoloji hastalarına hizmet veren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ile Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Bayezit Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesinde çalışan onkoloji hemşirelerinin tamamı oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın uygulaması için izin alınan aşağıda belirtilen hastanelerde görev yapan 325 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ancak doğum izni, raporlu olma, işten ayrılma, klinik dışı görevlendirmeler nedeniyle örneklemin %79,07'sine (257 hemşire) ulaşılmıştır.

Aşağıdaki tabloda evreni oluşturan ve örnekleme alınan hemşire sayısı yer almaktadır;

Tablo 3.2. Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı

Hastane Adı	Örneklem (N)	Ulaşılan Hemşire Sayısı (n)
Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi	147	117
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	63	44
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	41	33
Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi	34	25
Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi	13	11
Ulus Devlet Hastanesi	27	27
Toplam	**325**	**257**

Tablo 3.2'de hemşirelerin hastanelere göre dağılımı yer almaktadır. Hacettepe Üniversitesi onkoloji hastanesinin tüm kliniklerinde ulaşılması hedeflenen hemşire sayısı 147'dir. Onkoloji hastanesinde çalışan hemşirelerden 16'sı doğum sonu izninde, iki hemşire 45 günlük raporlu, altı hemşire ücretsiz izinde, iki hemşire yıllık izinde ve iki hemşirenin hastaneden ayrılması, iki hemşirenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle 117 hemşireye ulaşılmıştır.

Hacettepe Erişkin Hastanesi, jinekolojik onkoloji ve dâhiliye onkoloji kliniklerinde (Bölüm 83, 86, 85, 76, 75, 73) çalışan hemşire sayısı toplamda 63'tür. Hemşirelerden 12'sinin doğum izninde olması, beşinin yıllık izin kullanması, beşinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, birinin Hacettepe Hastanelerinde çalışmayı bırakması nedeniyle 44 hemşireye ulaşılmıştır.

Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; onkoloji-hematoloji, Kolej semt polikliniği gündüz tedavi ünitesi, radyasyon onkoloji ve jinekoloji onkoloji kliniklerinde 41 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşirelerden birinin doğum izninde, birinin geçici görevde olması, altısının çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle 33 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır.

Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve araştırma yapmaya izin verilen medikal onkoloji ve cerrahi onkoloji servislerinde toplamda 34 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşirelerden üçünün ücretsiz izinde, ikisinin

doğum sonu izninde olması, birinin klinik dışında bir serviste çalıştırılması, üçünün çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle 25 hemşire örnekleme dâhil edilmiştir.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesinde medikal onkoloji ve gündüz tedavi ünitesinde çalışan hemşire sayısı 13'tür. İki hemşirenin doğum izninde olması nedeniyle 11 hemşire araştırma kapsamında alınmıştır.

Ulus Devlet Hastanesi palyatif bakım ünitesinde çalışan 27 hemşirenin tamamı çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş ve hemşirelerin tamamına ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan hemşireler için tanıtıcı özellikler bilgi formu (Ek 2), Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği (Ek 3), Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 4) ve İyi Ölüm Ölçeği (Ek 5) kullanılmıştır.

Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek 2)

Hemşireler için tanıtıcı özellikler bilgi formu, konuyla ilişkili literatür taranarak hazırlanmıştır (6, 12, 18, 50, 55, 91). Bu form hemşirelere yönelik yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılı, cinsiyet, meslekte çalışma yılı, ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı, onkoloji hastası yakınını kaybetme durumu gibi bazı tanıtıcı ve onkoloji kliniğinde çalışmaya ve ölüm ile ölmekte olan hasta bakımına ilişkin bilgileri içeren 23 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların oluşturulmasında doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında çalışan üç uzmandan[1][2][3] görüş alınmıştır.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği (Ek 3)

Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin saygın ölüme ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla, Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı Çalışma Grubunun (the Age

[1]İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi, Prof. Dr. Füsun Terzioğlu
[2] Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr. Gülten Koç
[3] Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi, Öğr. Gör. Çiğdem Yücel

Health and Care Study Group), 1999 yılında belirlediği, Yaşlıların Sağlık ve Bakımlarının Geleceği (The Future of Health and Care of Older People)'nde yer alan 12 ilke temel alınarak hazırlanmış Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği, tamamı olumlu ifadelerden oluşan 12 maddeli beşli likert tipte bir ölçektir (110). Ölçek maddeleri "Tamamen Katılmıyorum = 1", "Katılmıyorum = 2", "Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum = 3", "Katılıyorum = 4" ve "Tamamen Katılıyorum = 5" seçeneklerinden biri işaretlenerek cevaplandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek, düşük puanların ise saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir (110). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yapan Duyan (2014), ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren cronbach alpha katsayısını 0.893 olarak belirtmiştir (110). Yaptığımız çalışmada, saygın ölüm ilkeleri değerlendirme ölçeği hemşirelere uygulanarak **cronbach alfa katsayısı 0.94** olarak belirlenmiştir.

Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD) (Ek 4)

Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla Fommelt Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Fommelt ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum ölçeği (FATCOD), Katherine H. Murray Frommelt tarafından 1988 yılında oluşturulmuştur (55). Türkçe geçerlik güvenilirliği Çevik (2010) tarafından yapılmıştır ve beşli likert tipte bir ölçektir. 30 maddeden oluşan Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği, 1- kesinlikle katılmıyorum ve 5- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanan bir ölçektir (50, 55). Bu puanlamada negatif (olumsuz) ve pozitif (olumlu) tutumlar eşit sayıda yer almaktadır. Bu negatif ve pozitif tutumların puanlamasında negatif maddeler içeren puanlar tersine çevrilerek 30-150 arasında değişen bir toplam puan bulunmaktadır. Bulunan toplam puan ne kadar yüksek olursa hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumları o kadar olumludur (50, 55).

Ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0.73 bulunmuştur (50). Ülkemizde, ölçeği 100 hemşireye uygulayan Çevik (2010), ölçeğin kapsam geçerlilik değerlerini 0.83-1 arasında bulmuştur (50). Yaptığımız çalışmada hemşirelere uygulanan Frommelt ölmekte olan hastanın bakımna ilişkin tutum ölçeğinin **cronbach alfa güvenilirlik katsayı 0,69** olarak belirlenmiştir.

İyi Ölüm Ölçeği (Ek 5)

Hemşirelerin iyi ölüme yönelik görüşlerini saptamak amacıyla Schwartz ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (111). İyi ölüm ölçeği toplamda 17 sorudan oluşmakta ve 3 bölüme ayrılmaktadır. Birinci bölüm ölümün psikososyal ve manevi boyutunun tanımlanmasını kapsamaktadır (9 soru). İkinci alt boyut zihinsel dikkati, iletişim yeteneğini ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü tanımlar ve kişisel alt boyut olarak adlandırılır (3 soru). Üçüncü alt boyut klinik ve biyomedikal yönlerini tanımlar ve klinik alt boyut olarak tanımlanır (7 soru). Ölçekte her bir ifade 4'lü likert tipi puanlamaya sahip bir ölçektir (111, 112). Ölçek değerlendirmesinden alınabilecek toplam puan, 17- 68 arasında değişmektedir (111, 112). Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek olursa hemşirelerin ölüme ilişkin algıları o kadar iyidir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliğini Fadıloğlu ve Aksu (2013) yapmıştır (111). Fadıloğlu ve Aksu (2013), ölçek için cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0.91 olarak bulmuştur (111). Yaptığımız çalışmada iyi ölüm ölçeğinin **cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.87** olarak hesaplanmıştır.

3.4.2. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması; 01 Mart- 01 Nisan 2016 tarihleri arasında ulaşılması hedeflenen hemşire sayısının %15'ini temsil edecek şekilde Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde çalışan 49 hemşireye uygulanmıştır. Araştırmanın ön uygulamasında kullanılan veri toplama formunda tanıtıcı özellikler bilgi formu (Ek 2), Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği (Ek 3), Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 4) ve İyi Ölüm Ölçeği (Ek 5) kullanılmıştır. Bu formların hemşireler için anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiştir. Bu formlarda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için 49 hemşire örnekleme dâhil edilmiştir.

3.4.3.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesinde görev yapan onkoloji hemşirelerine, hemşireler için tanıtıcı özellikler bilgi formu (Ek 2), Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği (Ek 3), Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 4) ve İyi Ölüm Ölçeği (Ek 5) verilmiş ve doldurulurken araştırmacı yanlarında bulunarak hemşirelerin soruları olursa yanıtlamıştır. Veri toplama araçlarının uygulaması 10-15 dk sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Tarih: 21/10/2015, Sayı: 16969557-1328) (Ek 1) alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara ili 1. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Tarih: 02/03/2016, Sayı: 1094/2016) (Ek 7), Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi onkoloji bilim dalından (Tarih: 17/02/2016, Sayı: 22300087-806.01.03) (Ek 8)ve tıbbi onkoloji bilim dalından (Tarih: 17/02/2016, Sayı: 36100389-806.01.03) (Ek 9), Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinden (Tarih: 12/02/2016, Sayı:20481383-970/469) (Ek 10), Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinden (Tarih: 22/01/2016, Sayı: 63305009-25) (Ek 11), Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesinden (Tarih: 03/03/2016, Sayı: 14336066-044) (Ek 12), Ankara İli Kamu Hastaneler Birliği 2. Bölge Genel Sekreterliği Ulus Devlet Hastanesinden (Tarih: 03/03/2016, Sayı: 69668506-1005) (Ek 13) araştırma konusunu içeren yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden, veri toplama formu uygulanmadan önce yazılı (Ek 6) ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler, araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin sahiplerinden yazılı izin alınmıştır (Ek 14, 15,16).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan ve araştırma kapsamına alınan hastanelerin onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler ile sınırlandırılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, diğer hastanelere ve sağlık personeline genellenemez.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics 20) programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, bağımsız iki grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "İki Bağımsız Grup 't' Testi" (t tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "ANOVA Testi" (F tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U Testi" (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H Testi" (χ^2 tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için "Bonferroni Düzeltmesi" kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, anlamlılığı ve derecesi Spearman korelasyon yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Açık uçlu sorular araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır. $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır;

4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.3. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular

4.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular

4.5. Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.6. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı **n=257**

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
26 Yaş ve ↓	52	20,2
27-32 Yaş	79	30,7
33-38 Yaş	64	24,9
39 Yaş ve ↑	62	24,2
$[\bar{X} \pm SD \rightarrow 33{,}33 \pm 7{,}24]$		
Cinsiyet		
Kadın	226	87,9
Erkek	31	12,1
Eğitim Durumu		
Lise	12	4,7
Ön Lisans	40	15,5
Lisans	192	74,7
Yüksek Lisans ve Doktora	13	5,1
Medeni Durum		
Evli	162	63,0
Bekâr	95	37,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	136	52,9
Yok	121	47,1
Çocuk Sayısı (n=136)		
1 Çocuk	61	44,9
2 Çocuk	61	44,9
3 ve ↑	14	10,2
Meslekte Çalışma Süresi		
1 Yıl ↓	9	3,5
1-5 Yıl	80	31,1
6-10 Yıl	63	24,5
11 Yıl ve ↑	105	40,9
$[\bar{X} \pm SD \rightarrow 10, 72 \pm 8{,}20]$		
Onkoloji Kliniğinde Çalışma Süresi		
1 Yıl ↓	60	23,3
1-5 Yıl	89	34,6
6-10 Yıl	67	26,1
11 ve ↑	41	16,0
$[\bar{X} \pm SD \rightarrow 5, 75 \pm 5{,}61]$		
Toplam	257	100,0

Tablo 4.1'de hemşirelerin bazı sosyo demografik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelere ait yaş ortalamasının 33,33±7,24 olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğunun 27-32 (%30,7) yaş grubunda olduğu, %87,9'unun kadın

olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %74,7'si lisans mezunu olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %63'ünün evli olduğu, %52,9'u çocuk sahibi olduğu %44,9'unun 1 ya da iki çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %40,9'u, 11 yıl ve üzeri bu meslekte çalıştığını, %34,6'sı 1-5 yıldır onkoloji kliniğinde çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Onkoloji Kliniklerinde Çalışmaya Devam Etme İsteğine ve Dini İnançlarının Ölüm Algısına Etkisine İlişkin İfadelerinin Dağılımı

n=257

Onkoloji Kliniklerinde Çalışmaya Devam Etme İsteğine ve Dini İnancın Ölüm Algısına Etkisine İlişkin İfadeler	**n**	**%**
Onkoloji Kliniğinde Çalışmaya Devam Etme İsteği		
Evet	173	67,3
Hayır	72	28,0
Kararsız	12	4,7
Devam Etmeyi İsteme Nedeni		
Cevapsız	74	42,7
Yaptığı İşi Sevmek ve Doyum Almak	55	31,8
Çalışma Ortamı ve Ekibi Sevmek	37	21,4
Servise Alışmak	7	4,1
Onkoloji Alanında Çalışmayı İstememe Nedeni		
Cevapsız	22	30,5
Fiziksel ve Psikolojik Yıpranma	20	27,7
Tükenmişlik ve Doyum Alamamak	13	18,1
Yoğun Çalışma Koşulları	12	16,7
Yaptığı İşi Sevmemek	5	7,0
Dini İnancın Ölüm Algısına Etkisine İlişkin ifadeler		
Çok	120	46,7
Orta	48	18,7
Az	19	7,4
Hiç	35	13,6
Kararsız	35	13,6

Tablo 4.2'de hemşirelerin onkoloji kliniklerinde çalışmaya devam etme isteğine ve dini inançlarının ölüm algısına etkisine ilişkin ifadelerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin %67,3'ü onkoloji kliniğinde çalışmaya devam etmek istediğini belirtmiştir. Onkoloji kliniklerinde çalışmaya devam etmek isteyen hemşirelerin

%31,8'i yaptığı işi sevmesi ve doyum alması, %21,4'ü çalışma ortamı ve ekibi sevmesi nedeniyle onkoloji kliniğinde çalışmaya devam etmek istediklerini belirtmiştir. Onkoloji kliniklerinde çalışmaya devam etmek istemeyen hemşirelerin %27,7'si fiziksel ve psikolojik yıpranma, % 18,1'i tükenmişlik ve doyum alamama, %16,7'si yoğun çalışma koşulları nedeniyle onkoloji alanında çalışmak istemediğini belirtmiştir. Hemşirelerin % 46,7'si, dini inançlarının ölüme ilişkin algılarını çok etkilediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Eğitim Almaya ve Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetmeye İlişkin İfadelerinin Dağılımı

n=257

Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Eğitim Almaya ve Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetmeye İlişkin İfadeler	**n**	**%**
Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Eğitim Alma Durumu		
Evet	160	62,3
Hayır	97	37,7
Eğitimin Kaynağı *		
Lisans Eğitimi	76	35,3
Hizmet İçi Eğitim	70	32,6
Kongre	44	20,4
Kitap/Dergi/Makale	21	9,8
Diğer (Seminer, Konferans, Klinik İçi Eğitim)	4	1,9
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu		
Evet	96	49,5
Hayır	98	50,5
Onkoloji Hastası Bir Yakınını Kaybetme Durumu		
Evet	104	40,5
Hayır	153	59,5
Kaybedilen Yakın (n=104)		
Yakın Akraba	62	59,7
Aile (Anne, Baba, Kardeş)	32	30,7
Arkadaş	6	5,8
Diğer (Komşu, Tanıdık, Uzak Akrabalar)	4	3,8

* Bu soruya birden fazla cevap verilebildiği için "n" artmış ve yüzdeler artan "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3'te hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitim alma ve onkoloji hastası yakınını kaybetmeye ilişkin ifadelerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %62,3'ü, ölmekte olan hastanın bakıma ilişkin eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %35,3'ü, lisans eğitiminde ölümle ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %50,5'i aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin %59,5'inin onkoloji hastası bir yakınını kaybetmediği saptanmıştır. Onkoloji hastası bir yakınını kaybeden hemşirelerin %59,7'si yakın akrabalarını kaybettiklerini belirtmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Bazı İfadelerinin Dağılımı **n=257**

Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Bazı İfadeler	**n**	**%**
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme		
Evet	236	91,8
Hayır	21	8,2
Bakım Verirken Karşılaşılan Sorunlar*		
Bireysel Sorunlar		
Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	89	34,7
Psikolojik ve Duygusal Etkilenme	77	29,9
Hasta Bakım Zorluğu	49	20,7
Etik Sorunlar	11	4,3
Kurumsal Sorunlar		
Yetersiz Malzeme, Eksik Personel	15	5,8
İş Yoğunluğu	12	4,6
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Veren Hemşireyi Kurumun Destekleme Durumu		
Evet	90	35,0
Hayır	138	53,7
Kısmen	29	11,3
Ölüme Tanık Olma Durumu		
Evet	239	93,0
Hayır	18	7,0
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Sıklığı		
Sürekli	82	31,9
Haftada 2-3 Kez	64	24,9
Ayda 1 Kez	46	17,9
6 Ay ya da Daha Uzun Süre	65	25,3
Hastayı Kaybettiğinde Yaşanılan Duygular**		
Üzgün	196	56,3
Çaresiz	88	25,3
Korku	18	5,2
Öfkeli	11	3,2
Diğer(Kızgın, Sakin, Suçlu, Hiçbir Şey Hissetmeme, Alışma)	35	10,0
Ölmekte olan Hastaya Bakımda Zorlanma		
Evet	119	46,3
Hayır	138	53,7
Bakımda Zorluk Çekmeme Nedeni (n=138)		
Cevap Vermek İstememe	66	47,8
Ölümü Yaşamın Doğal Bir Parçası Olarak Görme	48	34,9
Yeterli Eğitim alma ve Profesyonel Bakım Verme	20	14,5
Duygusal ve Psikolojik Acıdan güçlü olma	4	2,8
Bakımda Zorluk Çekme Nedeni (n=119)		
Duygusal ve Psikolojik Açıdan Etkilenme	36	30,2
Cevap Vermek İstememe	31	26,1
Yeterli Eğitim ve Bakım Eksikliği	22	18,4
Ölmekte Olan Hastaya ve Ölüme Katlanamama	19	16,0
Hasta ve Yakınlarıyla İletişim Zorluğu	11	9,3

*4 kişi fikri olmadığı için tabloda yer almamıştır. ** Bu soruya birden fazla cevap verilebildiği için "n" artmış ve yüzdeler artan "n" üzerinden hesaplanmıştır

Tablo 4.4'te hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin bazı ifadelerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin %91,8'inin ölmekte olan hastaya bakım verdiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 34,7'si hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmakta zorlandığını, % 29,9'u ölmekte olan hastaya bakım verirken psikolojik ve duygusal açıdan etkilendiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %53,7'si ölmekte olan hastanın bakımında kurumlarının destek sağlamadığını, hemşirelerin %93'ü ölüme tanık olduğunu, %31,9'u sürekli ölmekte olan hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %53,7'si ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %47,8'i ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanma nedenine cevap vermek istememiştir. Hemşirelerin %34,9'u ölümü yaşamın bir parçası olarak görmesi nedeniyle, % 20'si yeterli eğitim alma ve profesyonel bakım verebilmesi nedeniyle bakım vermekte zorlanmadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %30,2'si duygusal ve psikolojik açıdan etkilenmesi nedeniyle ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlandığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %56,3'ü hastalarını kaybettiklerinde üzgün hissettiklerini belirtmiştir. Tabloda verilmeyen ancak araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda; hemşirelerin %15,1'i hastalarının kaybıyla üzgün ve çaresiz hissettiklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %70,4'ü hastalarıyla ölüm konusunda konuşamadıklarını ifade etmiştir.

4.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamaları **n=257**

Ölçekler	$\bar{X} \pm S.D.$	Min	Max
Saygın Ölüm İlkeleri Ölçeği	26,84±12,45	12	60
İyi Ölüm Ölçeği	57,23±7,48	21	68
Psikososyal-Manevi	30,89±4,10	11	36
Kişisel Kontrol	9,92±2,31	3	12
Klinik	16,42±2,48	7	20
FATCOD*	99,53±7,76	76	123

* Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği

Tablo 4.5'te hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerin ilişkin ölçek puan ortalamaları yer almaktadır. Saygın ölüm ilkeleri ölçeğine ait puan ortalamasının 26,84±12,45 puan olduğu, alınan en düşük puanın 12 ve alınan en yüksek puanın 60 olduğu belirlenmiştir.

İyi ölüm ölçeğine ait puan ortalamasının 57,23±7,48 puan olduğu, ölçekten alınan en düşük puanın 21 ve en yüksek puanın 68 olduğu belirlenmiştir. İyi ölüm ölçeği psikososyal-manevi alt boyutu ortalamasının 30,89±4,10 (11-36) olduğu, kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının 9,92±2,31 (3-12) puan olduğu, klinik alt boyutu puan ortalamasının 16,42±2,48 (7-20) puan olduğu belirlenmiştir.

Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum ölçeğine ait puan ortalamasının 99,53±7,76 puan olduğu, ölçekten alınan en düşük puanın 76 ve ölçekten alınan en yüksek puanın 123 olduğu belirlenmiştir.

4.3. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.6. Hemşirelerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Bazı Sosyo Demografik Özellikleri	**n**	**Saygın Ölüm İlkeleri Tutum Puan Ortancası [Min-Max]**	**İstatistiksel Analiz***
Yaş			
26 Yaş ve ↓ (1)	52	23 [12-60]	χ^2=9,156; **p=0,027**
27-32 Yaş (2)	79	24 [12-60]	Fark "3-4"
33-38 Yaş (3)	64	25 [12-60]	
39 Yaş ve ↑ (4)	62	21 [12-60]	
Cinsiyet			
Kadın	226	23 [12-60]	Z=-1,555; p=0,120
Erkek	31	27 [12-60]	
Eğitim Durumu			
Lise	12	24,5 [14-37]	
Ön Lisans	40	22 [12-48]	χ^2=1,240; p=0,744
Lisans	192	24 [12-60]	
Yüksek Lisans ve ↑	13	23 [13-60]	
Medeni Durum			
Evli	162	24 [12-60]	Z=-0,332; p=0,740
Bekar	95	22 [12-60]	
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Var	136	24 [12-60]	Z=-0,195; p=0,845
Yok	121	23 [12-60]	
Çocuk Sayısı			
1 Çocuk	61	24 [12-56]	χ^2=0,896; p=0,639
2 Çocuk	61	24 [12-60]	
3 ve üzeri	14	25 [16-57]	
Meslekte Çalışma Süresi			
1 Yıl ↓	9	36 [12-60]	
1-5 Yıl	80	24 [12-60]	χ^2=2,142; p=0,543
6-10 Yıl	63	24 [12-60]	
11 Yıl ve ↑	105	23 [12-60]	
Onkoloji Kliniğinde Çalışma Süresi			
1 Yıl ↓	60	23,5 [12-60]	
1-5 Yıl	89	24 [12-60]	χ^2=1,685; p=0,793
6-10 Yıl	67	23 [12-58]	
11-15 Yıl	26	25 [12-60]	
16 Yıl ve ↑	15	20 [12-41]	

*Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.6'da hemşirelerin bazı sosyo demografik özelliklerine göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin yaş gruplarına göre saygın ölüm ilkeleri ilişkin tutum puan ortancaları incelendiğinde, 33-38 yaş grubu hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri puan ortancasının, 27-32 yaş grubundaki hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri puan ortancasından, 26 yaş altı hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri puan ortancasından ve 39 yaş ve üzeri hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri tutum puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (χ^2=9,156; p=0,027).

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma süresi ve onkoloji kliniğinde çalışma süresi gibi değişkenlerle saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadelerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadeleri	n	Saygın Ölüm İlkeleri Tutum Puan Ortancası [Min-Max]	İstatistiksel Analiz*
Onkoloji Alanında Çalışmaya Devam Etme İsteği			
Evet	173	24 [12-60]	χ^2=0,661; p=0,719
Hayır	72	22,5 [12-60]	
Kararsız	12	26,5 [15-36]	
Dini İnancın Ölüm Algısına Etkisine İlişkin ifadesi			
Çok	120	22 [12-60]	
Orta	48	23,5[13-57]	χ^2=6,826; p=0,145
Az	19	30 [12-60]	
Hiç	35	24 [13-60]	
Kararsız	35	23 [12-60]	
Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu			
Evet,	160	23 [12-60]	Z=-0,902; p=0,367
Hayır	97	25 [12-60]	
Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetme Durumu			
Evet	104	22 [12-60]	Z=-0,412; p=0,680
Hayır	153	24 [12-60]	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu			
Evet	236	23,5 [12-60]	Z=-0,333; p=0,739
Hayır	21	25 [12-58]	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Veren Hemşireyi Kurumun Destekleme Durumu			
Evet	90	22 [12-60]	
Hayır	138	24 [12-60]	χ^2=1,286; p=0,526
Kısmen	29	24 [14-60]	
Ölüme Tanık Olma Durumu			
Evet	239	23 [12-60]	Z=-1,045; p=0,296
Hayır	18	27 [13-58]	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Sıklığı			
Sürekli	82	22 [12-60]	
Haftada 2-3 Kez	64	25 [12-60]	χ^2=5,292; p=0,152
Ayda 1 Kez	46	24,5 [13-60]	
6 Ay ya da Daha Uzun Süre	65	23 [12-58]	
Hastalarla Ölüm Hakkında Konuşma Durumu			
Evet	76	22,5 [12-60]	Z=-0,591; p=0,555
Hayır	181	24 [12-60]	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermede Zorlanma Durumu			
Evet	119	24 [12-60]	Z=-1,136; p=0,256
Hayır	138	24 [12-60]	

*Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.7'de hemşirelerin onkoloji alanına ilişkin ifadelerine göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancalarının dağılımı yer almaktadır**.** Araştırmaya katılan hemşirelerin onkoloji alanında çalışmaya devam etme isteği, dini inancın ölüm algısına etkisine ilişkin ifadesi, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim alma durumu, onkoloji hastası yakınını kaybetme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan hasta bakımı veren hemşireyi kurumunun destekleme durumu, ölüme tanık olma durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı, hastalarla ölüm konusunda konuşma durumu ve ölmekte olan hastaya bakımda zorlanma durumu değişkenlerine göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutumlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.8. Hemşirelerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Puan Ortancalarının Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Bazı Sosyo- Demografik Özellikleri	n	Ölmekte Olan Hasta Bakımı Puan Ortancası [Min-Max]	İstatistiksel Analiz
Yaş			
26 Yaş ve ↓	52	100,5 [77-120]	
27-32 Yaş	79	98 [84-118]	χ^2=0,325; p=0,955
33-38 Yaş	64	101 [81-113]	
39 Yaş ve ↑	62	101 [76-123]	
Cinsiyet			
Kadın	226	100,5 [76-123]	Z=-1,655; p=0,098
Erkek	31	96 [84-113]	
Eğitim Durumu			
Lise	12	96 [85-110]	
Ön Lisans	40	99 [76-114]	χ^2=5,477; p=0,140
Lisans	192	100,5 [77-123]	
Yüksek Lisans ve ↑	13	103 [92-118]	
Medeni Durum			
Evli	162	99,21±7,98	t=-0,871; p=0,384
Bekâr	95	100,08±7,38	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	136	99,76±7,60	t=0,490; p=0,624
Var	121	99,28±7,96	
Yok			
Çocuk Sayısı			
1 Çocuk	61	100,38±7,57	F=0,369; p=0,692
2 Çocuk	61	99,21±7,34	
3 ve ↑	14	99,43±9,08	
Meslekte Çalışma Süresi			
1 Yıl ↓	9	103 [92-120]	χ^2=2,510; p=0,473
1-5 Yıl	80	98 [77-116]	
6-10 Yıl	63	100 [81-123]	
11 Yıl ve ↑	105	101 [76-114]	
Onkoloji Kliniğinde Çalışma Süresi			
1 Yıl ↓	60	100,72±8,31	
1-5 Yıl	89	98,17±6,83	F=1,195; p=0,313
6-10 Yıl	67	99,85±7,99	
11-15 Yıl	26	100,62±7,27	
16 Yıl ve ↑	15	99,60±10,05	

*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırması için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.8'de hemşirelerin bazı sosyo- demografik özelliklerine göre ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancalarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma süresi ve onkoloji kliniğinde çalışma süresi gibi değişkenler ile ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadelerine Göre Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Puan Ortancaları-Ortalamalarının Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Onkoloji Alanına İlişkin İfadeleri	**n**	Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutum Puan Ortalaması ve Ortancası **[Min-Max]**	**İstatistiksel Analiz**
Onkoloji Alanında Çalışmaya Devam Etme			
Evet	173	101 [76-123]	χ^2=4,752; p=0,093
Hayır	72	96,5 [81-115]	
Kararsız	12	97,5 [84-110]	
Dini İnancın Ölüm Algısına Etkisine İlişkin İfadesi			
Çok	120	100 [76-123]	
Orta	48	102 [87-118]	
Az	19	99 [90-113]	χ^2=7,526; p=0,111
Hiç	35	101 [77-109]	
Kararsız	35	96 [81-111]	
Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu			
Evet	160	99,98±8,27	t=1,173; p=0,242
Hayır	97	98,80±6,82	
Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetme Durumu			
Evet	104	100,21±8,64	Z=-0,959; p=0,337
Hayır	153	99,07±7,09	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu			
Evet	236	99,66±7,80	t=0,886; p=0,377
Hayır	21	98,10±7,33	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Veren Hemşireyi Kurumun Destekleme Durumu			
Evet	90	100,60±6,91	
Hayır	138	99,28±8,31	F=1,989; p=0,139
Kısmen	29	97,45±7,23	
Ölüme Tanık Olma Durumu			
Evet	239	99,44±7,77	t=-0,673; p=0,501
Hayır	18	100,72±7,78	
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Sıklığı			
Sürekli	82	99,51±8,22	
Haftada 2-3 Kez	64	100,42±8,30	F=0,437; p=0,727
Ayda 1 Kez	46	99,17±6,30	
6 Ay ya da Daha Uzun Süre	65	98,94±7,63	
Hastalarla Ölüm Hakkında Konuşma Durumu			
Evet	76	103,04±7,91	t=4,900; **p=0,001**
Hayır	181	98,06±7,22	
Ölmekte Olan Hastaya Bakımda Zorlanma Durumu			
Evet	119	98,01±7,79	t=-1,970; **p=0,049**
Hayır	138	100,41±7,65	

*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırması için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.9'da hemşirelerin onkoloji alanına ilişkin ifadelerine göre ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancaları- ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastalarla ölüm konusunda konuşan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puan ortalamasının hastalarıyla ölüm konusunda konuşmayan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (t=4,900; p=0,001).

Ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşirelerin puan ortalamasının ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanan hemşirelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (t=-1,970; p=0,049). Ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşireler, ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verme tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin onkoloji alanında çalışmaya devam etme isteği, dini inancın ölüm algısına etkisine ilişkin ifadesi, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim alma durumu, onkoloji hastası yakınını kaybetme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan hasta bakımı veren hemşireyi kurumun destekleme durumu, ölüme tanık olma durumu ve ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı değişkenlerine göre ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.5. Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.10. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortancalarının Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	n	Psikososyal-Manevi Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]	Kişisel Kontrol Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]	Klinik Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]	İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortancası [Min-Max]
Yaş					
26 Yaş ve ↓	52	31 [11-36]	9 [3-12]	16 [7-20]	55 [21-68]
27-32 Yaş	79	31 [22-36]	11 [3-12]	17 [10-20]	58 [36-68]
33-38 Yaş	64	32 [16-36]	10 [3-12]	16,5 [10-20]	57,5 [36-68]
39 Yaş ve ↑	62	32,5 [23-36]	11 [3-12]	17 [9-20]	61,5 [39-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=4,410 p=0,220	χ^2=3,878 p=0,275	χ^2=5,057 p=0,168	χ^2=5,829 p=0,120
Cinsiyet					
Kadın	226	32 [21-36]	11 [3-12]	17 [9-20]	58 [36-68]
Erkek	31	28 [11-36]	9 [3-12]	16 [7-20]	52 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-3,737 **p=0,001**	Z=-1,999 **p=0,046**	Z=-1,617 p=0,106	Z=-3,199 **p=0,001**
Eğitim Durumu					
Lise	12	32 [23-36]	12 [3-12]	17 [11-20]	59 [42-68]
Ön Lisans	40	32 [24-36]	10 [3-12]	17,5 [12-20]	60 [41-68]
Lisans	192	31 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	58 [21-68]
Yüksek Lisans ve ↑	13	32 [22-36]	11 [3-12]	17 [10-20]	60 [36-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=2,039 p=0,564	χ^2=1,312 p=0,726	χ^2=4,245 p=0,236	χ^2=3,533 p=0,316
Medeni Durum					
Evli	162	32 [16-36]	10,5 [3-12]	17 [10-20]	58 [36-68]
Bekar	95	32 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	58 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-0,045 p=0,964	Z=-0,821 p=0,412	Z=-0,577 p=0,564	Z=-0,233 p=0,816
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	136	32 [16-36]	11 [3-12]	17 [10-20]	58 [36-68]
Yok	121	31 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	58 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-0,425 p=0,671	Z=-1,796 p=0,072	Z=-1,763 p=0,078	Z=-1,125 p=0,261
Çocuk Sayısı					
1 Çocuk	61	32 [25-36]	11 [3-12]	17 [12-20]	59 [44-68]
2 Çocuk	61	31 [23-36]	11 [3-12]	17 [10-20]	58 [43-68]
3 ve üzeri	14	30 [16-36]	10 [3-12]	17 [12-20]	57,5 [36-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=2,820 p=0,244	χ^2=0,128 p=0,938	χ^2=1,487 p=0,476	χ^2=1,132 p=0,568
Meslekte Çalışma Süresi					
1 Yıl ↓	9	33 [26-36]	12 [9-12]	17 [13-20]	59 [51-68]
1-5 Yıl	80	31 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	56 [21-68]
6-10 Yıl	63	32 [16-36]	11 [3-12]	17 [10-20]	58 [36-68]
11 Yıl ve ↑	105	32 [23-36]	10 [3-12]	17 [9-20]	59 [39-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=4,493 p=0,213	χ^2=2,098 p=0,552	χ^2=5,191 p=0,158	χ^2=4,695 p=0,196

*Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.10'da hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre iyi ölüm ölçeği ve alt boyutlarının puan ortancalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kadın hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puanlarının, erkek hemşirelerin psikososyal-manevi alt boyut ve kişisel kontrol alt boyut puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsiyet değişkenine göre klinik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Kadın hemşirelerin iyi ölüm puan ortancalarının erkek hemşirelerin iyi ölüm puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-3,199$; $p=0,001$). Kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre iyi ölüme ilişkin algılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresi ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu, klinik alt boyutu ve iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Bazı İfadelerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortancaları Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Bazı İfadeleri	**n**	**Psikososyal-Manevi Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**Kişisel Kontrol Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**Klinik Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortancası [Min-Max]**
Onkoloji Kliniğinde Çalışma Süresi					
1 Yıl ↓ (1)	60	31 [20-36]	9 [3-12]	16 [10-20]	55 [35-68]
1-5 Yıl (2)	89	31 [11-36]	11 [3-12]	16 [7-20]	58 [21-68]
6-10 Yıl (3)	67	32 [22-36]	10 [3-12]	17 [10-20]	58 [36-68]
11 Yıl ve ↑ (4)	41	34 [23-36]	12 [3-12]	18 [9-20]	63 [39-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=11,300	χ^2=13,129	χ^2=8,535	χ^2=14,595
		p=0,001	**p=0,004**	**p=0,036**	**p=0,002**
Fark		**"1,2,3-4"**	**"1-2,4"**	**"1,2-4"**	**"1,2-4"**
Onkoloji Hastası Yakınını Kaybetme Durumu					
Evet	104	32 [24-36]	11 [3-12]	17 [12-20]	59 [41-68]
Hayır	153	31 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	57 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-1,732	Z=-2,230	Z=-2,086	Z=-2,249
		p=0,083	**p=0,026**	**p=0,037**	**p=0,024**
Hemşirelerin Dini İnancın Ölüme Etkisine İlişkin İfadesi					
Çok	120	32 [16-36]	11 [3-12]	17 [9-20]	59 [36-68]
Orta	48	32 [23-36]	11 [4-12]	17 [11-20]	59 [43-68]
Az	19	30 [20-36]	9 [3-12]	17 [10-20]	54 [35-68]
Hiç	35	30 [24-36]	11 [3-12]	16 [14-20]	57 [48-68]
Kararsız	35	31 [11-36]	9 [3-12]	16 [7-20]	55 [21-68]
İstatistiksel Analiz		χ2=6,179	χ2=8,096	χ2=6,893	χ2=9,048
		p=0,186	p=0,088	p=0,142	p=0,060
Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu					
Evet	160	31 [11-36]	11 [3-12]	16 [7-20]	58 [21-68]
Hayır	97	32 [16-36]	10 [3-12]	17 [10-20]	58 [35-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-1,096	Z=-0,462	Z=-1,602	Z=-0,897
		p=0,273	p=0,644	p=0,109	p=0,370

*Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.11'de hemşirelerin bazı ifadelerine göre iyi ölüm ölçeği ve alt boyutlarının puan ortancaları dağılımı verilmiştir.

Onkoloji kliniğinde 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin, çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hemşirelere göre iyi ölümü ve iyi ölümün kişisel, klinik ve psikososyal- manevi yönlerini daha iyi tanımladığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelerin onkoloji alanında çalışmayı sürdürme isteği, dini inancın ölüm algısına etkisi ve ölmekte olan hastanın bakımına yönelik eğitim alma durumu değişkenlerine göre iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu, klinik alt boyutu ve iyi ölüm puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin onkoloji hastası bir yakınını kaybetme durumu ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Onkoloji hastası yakınını kaybeden hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları, klinik alt boyut puan ortancaları ve iyi ölüm puan ortancaları, onkoloji hastası yakınını kaybetmeyen hemşirelerin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları, klinik alt boyut puan ortancaları ve iyi ölüm puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin İfadelerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları Dağılımı **n=257**

Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin İfadeleri	**n**	**Psikososyal-Manevi Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**Kişisel Kontrol Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**Klinik Alt Boyut Puan Ortancası [Min-Max]**	**İyi Ölüm Puan Ortancası [Min-Max]**
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu					
Evet	236	32 [11-36]	10 [3-12]	17 [7-20]	58 [21-68]
Hayır	21	33 [22-36]	12 [4-12]	16 [10-20]	61 [36-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-0,883; p=0,377	Z=-0,830 p=0,406	Z=-0,582 p=0,560	Z=-1,060 p=0,289
Ölmekte olan Hastaya Bakımı Veren Hemşireyi Kurumun Destekleme Durumu					
Evet (1)	90	31 [21-36]	11 [3-12]	16 [11-20]	58 [40-68]
Hayır (2)	138	32 [11-36]	10 [3-12]	17 [7-20]	59 [21-68]
Kısmen (3)	29	28 [23-36]	9 [3-12]	16 [10-20]	52 [43-68]
İstatistiksel Analiz **Fark**		χ^2=7,008 **p=0,030** (2-3)	χ^2=2,581 p=0,275	χ^2=6,030 **p=0,050**	χ^2=7,214 **p=0,027** (2-3)
Ölüme Tanık Olma Durumu					
Evet	239	32 [11-36]	10 [3-12]	17 [7-20]	58 [21-68]
Hayır	18	32,5[20-36]	10,5 [3-12]	17 [10-20]	59,5 [35-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-0,626 p=0,531	Z=-0,508 p=0,612	Z=-0,002 p=0,999	Z=-0,252 p=0,801
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Sıklığı					
Sürekli	82	32 [11-36]	10 [3-12]	17 [7-20]	59 [21-68]
Haftada 2-3 Kez	64	31 [16-36]	11 [4-12]	17 [11-20]	58 [36-68]
Ayda 1 Kez	46	30 [20-36]	9 [3-12]	16 [9-20]	55,5 [35-68]
6 Ay ya da Daha Uzun Süre	65	32 [23-36]	11 [3-12]	16 [12-20]	58,5 [43-68]
İstatistiksel Analiz		χ^2=7,733 p=0,052	χ^2=6,735 p=0,081	χ^2=6,004 p=0,111	χ^2=7,791 p=0,051
Hastalarla Ölüm Hakkında Konuşma Durumu					
Evet	76	32 [22-36]	10 [3-12]	17 [10-20]	58,5 [36-68]
Hayır	181	31 [11-36]	11 [3-12]	17 [7-20]	58 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-0,552 p=0,581	Z=-0,480 p=0,631	Z=-0,453 p=0,650	Z=-0,306 p=0,760
Ölmekte Olan Hastaya BakımVermekte Zorlanma Durumu					
Evet	119	32 [22-36]	11 [3-12]	17 [9-20]	59 [39-68]
Hayır	138	32 [11-36]	10 [3-12]	16 [7-20]	57 [21-68]
İstatistiksel Analiz		Z=-1,198 p=0,231	Z=-2,087 **p=0,037**	Z=-1,246 p=0,213	Z=-1,781 p=0,075

*Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H (χ^2 değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.12'de hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin ifadelerine göre iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir. Ölmekte olan hastaya bakım verme; ölüme tanık olma; hastalarla ölüm hakkında konuşma durumlarına göre iyi ölüm ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Ölmekte olan hasta bakımında kurumundan kısmen destek alan hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin psikosoyal- manevi alt boyut puan ortancasının ölmekte olan hastaya bakım verirken kurumları destek sağlamayan hemşirelerin iyi ölüm ölçeği psikososyal manevi alt boyut puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=7,008$; $p=0,030$). Ölmekte olan hasta bakımında kurum desteği almayan hemşirelerin iyi ölüm puan ortancasının, kurumlarından kısmen destek alan hemşirelerin iyi ölüm puan ortancasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($\chi^2=7,214$; $p=0,027$). Kurumlarından destek almayan hemşirelerin, kısmen kurum desteği alan hemşirelere göre ölüme ilişkin algılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ölmekte olan hastaya bakımı veren hemşireyi kurumun destekleme durumu ile kişisel kontrol alt boyutu ve klinik alt boyutu puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerden ölmekte olan hastaya bakımda zorlananların iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancasının ölmekte olan hastaya bakımda zorlanmayan hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyut puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=-2,087$; $p=0,037$).

4.6. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişki

n=257

Ölçek*	**SÖİ**	**FATCOD**	*Psikososyal Manevi*	*Kişisel Kontrol*	*Klinik*	**İÖÖ**
SÖİ	r=1.000 p=-	r=-0,089 p=0,155	r=-0,153 **p=0,014**	r=-0,195 **p=0,002**	r=-0,069 p=0,272	r=-0,158 **p=0,011**
FATCOD	-	r=1.000 p=-	r=0,124 **p=0,046**	r=0,172 **p=0,006**	r=0,017 p=0,787	r=0,117 p=0,061
Psikososyal Manevi	-	-	r=1.000 p=-	r=0,464 **p=0,001**	r=0,613 **p=0,001**	r=0,881 **p=0,001**
Kişisel Kontrol	-	-	-	r=1.000 p=-	r=0,506 **p=0,001**	r=0,732 **p=0,001**
Klinik	-	-	-	-	r=1.000 p=-	r=0,833 **p=0,001**
İÖÖ	-	-	-	-	-	r=1.000 p=-

*SÖİ=Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Ölçeği, FATCOD=Frommelt Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği, İÖÖ=İyi Ölüm Ölçeği.

Tablo 4.13'te hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımı ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancası ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puan ortancası arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin saygın ölüm ilkeleri puan ortancası çok zayıf derecede arttıkça, aynı derecede iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontol alt boyutu puan ortancasının azaldığı saptanmıştır.

Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum ölçeği ile iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (r=-0,158; p=0,011). Saygın ölüm ilkeleri puan ortancası çok zayıf derecede arttıkça, aynı derecede iyi ölüm ölçeği puanının ve iyi ölüme ilişkin algılarının azaldığı saptanmıştır.

Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancası ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancası çok zayıf düzeyde arttıkça, aynı düzeyde iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puanlarının arttığı saptanmıştır.

İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ile iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,464$; $p=0,001$). İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu zayıf düzeyde arttıkça, kişisel kontrol alt boyutu puanının arttığı belirlenmiştir.

İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ile klinik alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,613$; $p=0,001$). Psikososyal-manevi alt boyutu orta derecede arttıkça, aynı derecede klinik alt boyutu puanının arttığı belirlenmiştir.

İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, klinik alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları ile iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında pozitif yönlü, yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, klinik alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu yüksek derecede arttıkça, aynı derecede iyi ölüm puanının arttığı belirlenmiştir.

İyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu ile iyi ölüm ölçeğinin klinik alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,506$; $p=0,001$). İyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu arttıkça, aynı düzeyde klinik alt boyutu puanının arttığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Hemşirelik; bireylere, ailelere ve topluma, intrauterin dönemden ölüme ve yas sürecinin bitimine kadar holistik bakım hizmeti sunan bir meslektir. Günümüzde ölümler, tedavi ve bakım alma nedeniyle daha çok hastane ortamlarında gerçekleşmekte ve hastalar bu süreçte fiziksel ve psikososyal açıdan sağlık bakım profesyonellerine bağımlı olmaktadırlar. Ölmekte olan hastalara sunulan sağlık bakım hizmetinde temel amaç, gereksiz tedavilerden kaçınarak kaliteli bir son dönem bakımı sunulması ve yaşamın son anlarının anlamlı yaşanmasıdır (16, 21, 91). Özellikle ölümcül olarak bilinen ve dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada ölüme sebep olan hastalıklardan biri olan kanserlerde de, tedavilerin sonuç vermediği ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda, hastaların yaşamının kalan günlerini rahat sürdürmesi ve ölüm anı geldiğinde de istediği gibi veda edebilmesi önem kazanmaktadır (6, 8, 27).

Sağlıklı bir yaşam kadar huzurlu ve iyi bir ölüme sahip olmak her bireyin hakkıdır. Ölmekte olan hastalarla her an birlikte olan, hastaların beklentilerine ve ihtiyaçlarına yönelik benzersiz bilgiye sahip olan hemşireler, ölmekte olan hastaların saygın ve iyi bir ölüme sahip olma haklarını göz önüne alarak profesyonel bakımlarını planlamalıdırlar. Hemşirelerin bu profesyonel bakımı sunabilmeleri için, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin kendi tutumlarını bilmeleri, bunu etkileyen faktörleri tanıyabilmeleri, ölmekte olan hastalara saygın ve iyi ölüm ortamı sunabilmeleri için olumlu tutumlarını pekiştirmelerine ve olumsuzları değiştirebilmelerine yönelik içgörü kazanmaları gerekir (14, 20, 22, 30). Bu doğrultuda araştırmamızda, onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları, saygın ve iyi ölüme yönelik görüşleri ve bunları etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını belirleyen faktörlerden birinin din olduğu; dinin ölüme ilişkin kabullenmeyi, ölüm anındaki uygulamaları, hemşirelerin ölmekte olan hastaya ilişkin tutum ve davranışlarını etkilediği vurgulanmaktadır (21, 23, 52, 56). Yaptığımız çalışma sonucunda; araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin yarısına yakını, dini inançlarının ölüme ilişkin algılarını çok etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 4.2). Çevik ve Kav (2013) da çalışmalarında hemşirelerin %45'inin dini inançlarının ölüme ilişkin algılarını çok etkilediğini göstermiştir (18). Çalışmamızdan elde edilen sonuç doğrultusunda;

hemşirelerin, ülkemiz sosyokültürel yapısından (din) kaynaklı dini inancın ölüme ilişkin algılarını şekillendirebileceği ve bu durumun hemşirelerin hastaların manevi bakımına ilişkin duyarlılıklarını etkileyebileceği ve dini inancın ölümü kabullenmeyi kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelerin de dini, diğer insanlar gibi ölüme karşı bir savunma olarak kullanıp ölüm kaygılarını azaltarak ölümle baş ettikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin çoğunluğunun onkoloji kliniğinde çalışmak istediğini belirtmesine karşın, yaklaşık üçte biri çalışmaya devam etmek isteme nedenine ilişkin herhangi bir cevap vermek istememiştir (Tablo 4.2). Bu sonuca, hemşirelerin çalıştıkları kliniklere yönelik bu konuya ilişkin düşünmemelerinin, farkındalıklarının olmamasının ve konuşmaktan kaçınmalarının neden olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda, hemşirelerin bu kliniklerde gerçekten çalışıp çalışmama isteklerini bilmelerine ilişkin farkındalıklarının artırılması önerilir.

Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin zorluk yaşadığı, hastalarının psikososyal ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı literatürde belirtilmiştir (46, 52). Ancak, hemşirelere ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin verilen eğitimle kazanılan yeni bilgi ve becerilerin mesleki gelişimlerine katkı sağladığı belirtilmektedir (46, 52). Çalışmamızda; hemşirelerin yarısından fazlası (%62,3), ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim aldığını ifade etmiştir (Tablo 4.3). Hemşirelerin yaklaşık üçte biri bu eğitimi lisans döneminde ya da hizmet içi eğitimde aldığını ve yarıdan fazlasının bu eğitimi yeterli bulmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda; ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin lisans düzeyinde alınan eğitimin yeterli olmadığı, bunun yanında hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (18, 50, 56, 103, 127). İnci (2008), terminal dönem hastalarla çalışan hemşirelere verilen ölüm eğitiminin, hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon düzeylerini ve ölüm kaygılarını azalttığını göstermiştir (113). Yapılan diğer çalışmalarda da; lisans eğitiminde ölmekte olan hasta bakımı yer alan öğrencilerin ölmekte olan hasta bakımı tutumlarını pozitif yönde etkilediği; bilgi, beceri ve farkındalıklarını artırdığı (114, 115), ülkemizde yapılan ve profesyonel hemşireliğin öncü grubu hemşirelik öğrencilerinin de lisans düzeyinde ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitim almak istediklerini ve bu eğitimin bakımlarını oldukça etkileyeceklerini ifade ettikleri belirtilmiştir (12). Sonuç olarak;

ülkemizde hemşirelere verilen eğitimin içeriğinin ölmekte olan hasta bakımına yönelik derslerle desteklenmesi ve kurumlarda da hizmet içi eğitim programları içine ölmekte olan hasta bakımının entegre edilmesi önerilebilir.

Ölüm; kabullenmesi güç, yadsınan ve yüzleşilemeyen, ürkütücü bir gerçektir. Hemşireler de insani yönleriyle bu gerçekle baş etmek durumundadır. Bu durumda hemşireler, bakım verilen hastanın ölmek üzere olduğunun farkında olunmasıyla ölümü konuşmaktan kaçınmaktadır (18, 50, 56, 116). Çalışmamızda; hemşirelerin yarısına yakını hastalarıyla ölüm konusunda konuşmaktan kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Kassa ve arkadaşları (2014), hemşirelerle palyatif bakıma ilişkin yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin dörtte üçünün hastalarıyla ölüm konusunda kesinlikle konuşmak istemediklerini ifade ettiklerini belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da, hemşirelerin hastalarıyla ölüm konusunda konuşamadığı vurgulanmıştır (105, 106, 107, 108, 117). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuca, hemşirelerin ölüm konusunda konuşmaktan kaçınma nedeninin, aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu ifade etmelerinin ve ölüm konusunda iletişime yönelik bilgi sahibi olmamalarının neden olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını değerlendiren çalışmalar literatürde yer almaktadır. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortalamasını Tait ve arkadaşları (2015) çalışmalarında 119,8± 11,1 (118); Çevik ve Kav (2013), 99,9±8,7 (50), Kinoshita ve Miyashita (2011) çalışmalarında 107±10,5 (119), Abudari ve arkadaşları (2014), 111,66±9,06 puan olarak bulmuştur (120). Çalışmamızda ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortalamasının 99,53±7,76 puan olduğu ve puanların 76 ile 123 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu sonuç doğrultusunda; literatürde yer alan ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum ölçeğinin kullanıldığı, hemşirelerle yapılan, ulusal ve uluslararası çalışmalarla kıyaslandığında; çalışmamıza katılan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puanlarının ülkemiz için farklılık olmayıp uluslararası çalışmalara göre hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım tutum puanının daha düşük olduğu düşünülebilir. Ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puanının uluslararası çalışmalarda daha yüksek olma nedeninin, çalışmaların palyatif bakım hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri gibi farklı kliniklerde ve örneklemlerle araştırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Henoch ve arkadaşları (2014); hospis ve palyatif bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının onkoloji ve cerrahi hemşirelerinden daha pozitif olduğunu göstermişlerdir (47).

Hemşirelik mesleğinin zorlayıcı yönlerinden biri ölüm olgusudur ve hemşireler kliniklerde ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarıyla sıklıkla karşılaşmaktadır (24, 41). Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler fiziksel, duygusal ve en önemlisi insancıl zorluk yaşamaktadır. Bu durum hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme eğilimini etkilemektedir (24, 41, 121). Braun ve arkadaşları (2010), ölümden korkan ve ölümden kaçınan onkoloji hemşirelerinin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumlarının da negatif olduğunu, ölümden korktukları için hasta bakımından kaçındıklarını belirtmişlerdir (51). Yapılan çalışmalarda; hemşirelerin terminal dönem hasta bakımının güç olduğunu ifade ettikleri vurgulanmıştır (56) ve hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım vermek istemedikleri belirtilmiştir (122). Çalışmamızda; hemşirelerin yarısına yakını ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.4) Hemşirelerin üçte biri, ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istememe nedenini duygusal ve psikolojik açıdan etkilenmeleri olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Ölmekte olan hastayla en çok bir arada olan, zaman zaman onlarla duygusal bağ kuran hemşirelerin, hastalarını kaybettiklerinde yas tepkilerini yaşadığı, kendi ölümünü de düşünerek duygusal ve psikolojik açıdan etkilendiği belirtilmektedir (37, 47, 123). Çalışmamızda da hemşireler, ölüm karşısında hissettiği duyguları, üzgün (%56,3), çaresiz (%25,3), üzgün ve çaresiz (%15,1) olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Yapılan diğer çalışmalar da, hemşirelerin ölüm karşısında üzgün ve çaresiz hissettikleri bu nedenle hemşirelerin ölmekte olan hastalarla çalışmak istemedikleri belirtilmiştir. Hemşirelerin hastalarının ölümü karşısında, anksiyete düzeylerinin arttığı, korku, hayal kırıklığı, depresyon, yalnızlık gibi duygular hissettikleri ifade edilmiştir (18, 23, 37, 116, 124, 125). Bu sonuç, ölmekte olan hastalarla sıklıkla karşılaşan hemşirelerin, hastasını kaybetme duygusuyla başa çıkabilmek için henüz hazır olmadığı ve hemşirelerin de yas sürecini deneyimlemesi ile açıklanabilir. Bu sonuç doğrultusunda, ölmekte olan hastalarla çalışan hemşirelerin duygusal yorgunluğa maruz kalması nedeniyle kurumlarınca desteklenmesi de önerilir.

Çalışmamızda; hemşirelerin yarısından fazlası ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Çalışmamıza benzer olarak, Çelik ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmalarında; hemşirelerin %80,9'unun hastalarına aktif ve ya pasif ötenazi yapılmasını istemedikleri, hastaları ölüme yaklaşırken ve ölüm anında, hastalarına bakım vermek istediklerini ifade etmişlerdir (126). Çalışmamızda ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşireler, zorlanmama nedenlerini ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak kabullenmeleri olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Ölümü yaşamın doğal bir sonucu olarak kabullenmek ölmekte olan hasta bakımında zorluk çekmenin önüne geçeceğini, bu konuda hemşirelerin farkındalığının ölmekte olan hastalığı olan bireylere verdikleri bakımı doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonucun, araştırma kapsamına aldığımız hemşirelerin çoğunluğunun mesleki açıdan deneyimli ve sıklıkla ölmekte olan hasta bakımı veren bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Onkoloji kliniklerinde hemşireler sıklıkla ölmekte olan hasta bakımı yapmaktadır. Yaşamın son dönemlerinde hemşirelerin huzurlu ve onurlu bir ölüm ortamı sunmaları için ölmekte olan hasta bakımına yönelik tutumları, bu dönemde ölmekte olan hastaya verdikleri bakımın başarısını etkilemektedir. Literatürde hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını etkileyen çeşitli faktörlerin olduğu bildirilmiştir (1, 20, 118). Çalışmamızda; ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumları; hastayla ölüm konusunda konuşma ve hastaya bakım vermekte zorlanma durumu değişkenlerinin etkilediği belirlenmiştir. Hastalarıyla ölüm konusunda konuşan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puanının, hastalarıyla ölüm konusunda konuşamayan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9; t=4,900; p=0,001). Hastalarla ölüm konusunda konuşan hemşirelerin, hastalarla ölüm konusunda konuşmayan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verme tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Çevik ve Kav (2013), ölüm konusunda hastalarıyla konuşamayan ve ölmekte olan hasta bakımında istekli olmayan hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım tutumlarının daha negatif olduğunu göstermişlerdir (18). Feudtner ve arkadaşları (2011), pediatri alanında çalışan, hastalarıyla ölüm konusunda daha rahat konuşan hemşirelerin, hastalarının umut

düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve hemşirelerin daha iyi palyatif bakım verdiklerini göstermiştir (127). Çalışmamızda; ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşireler, ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verme tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9; t=-1,970; p=0,049). Rooda ve arkadaşları (1998), ölmekte olan hasta bakımından kaçınmayan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımı tutumlarının daha pozitif olduğunu göstermiştir (128). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, literatürde ölmekte olan hastaya bakım verirken ölüm konusunda konuşabilen ve ölmekte olan hastanın bakımında zorlanmayan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarının daha pozitif olduğu vurgulanmaktadır. Bu sonuç, araştırmamıza katılan hemşirelerin çalışma ortamı ve çalıştığı ekibi sevmelerini ifade etmeleriyle açıklanabilir.

Cinsiyetin iyi ölüm algısını etkileyebileceği literatürde vurgulanmaktadır (14, 46, 57, ,84, 129). Çalışmamızda; kadın hemşirelerin ölümün kişisel, psikososyal ve manevi alt boyutlarını daha iyi tanımladığı belirlenmiş ve cinsiyet ile bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 4.10; Z=-1,999; p=0,046). Literatürde, hemşirelerin cinsiyeti ile iyi ölüm algıları arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda kadın hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarının erkeklerden daha iyi olmasına; kadınların eski çağlardan beri bakım verici rolü üstlenmelerinin ve daha duyarlı olmalarının neden olabileceği düşünülmektedir.

Mesleki deneyimin artması ile iyi ölüm algısının arttığı literatürde vurgulanmaktadır (20, 87, 130). Buna rağmen, onkoloji kliniğinde çalışma süresi ile iyi ölüm arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar literatürde oldukça sınırlı yer almıştır. Çalışmamızda; onkoloji kliniğinde 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin, çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hemşirelere göre ölümün psikososyal ve manevi yönlerini daha iyi tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 4.11; x^2=10,460; p=0,033). Parry (2011), ilk ölüm deneyimiyle karşılaşan hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ölüm karşısında korkma, anksiyete düzeylerinde artma, bilgi ve beceri eksikliği yaşama gibi sorunlarının olduğunu belirtmiştir (131). Abu Hasheesh ve arkadaşları (2014), ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça ölüm korkularının azaldığını, ölümün kabul edilebilirliğinin

arttığını göstermişlerdir (57). Diğer çalışmalarda da; sağlık bakım profesyonellerinin, ölümle karşılaşma ve ölmekte olan hasta ile daha fazla etkileşim içinde olmasının ölüm algısını ve ölüme verilen tepkileri iyileştirdiği ve mesleki deneyimin artmasıyla ölüme ilişkin daha olumlu duygular ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin daha pozitif tutumlar sergilendiği gösterilmiştir (22, 132). Ali ve Ayoub (2010), kaliteli bir yaşam sonu bakım sunmada ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumların pozitif olması için klinik deneyim ve tecrübenin artması gerektiğini vurgulamıştır (133). Bu sonuç, onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta ile daha fazla karşılaşmaları ve daha fazla deneyim kazanmalarıyla beraber iyi ölüme yönelik bakış açılarının gelişmesiyle açıklanabilir.

Bireyler, uzun dönem onkoloji hastalarıyla bir arada olma ve bakımını verdikleri süre içerisinde hastanın yaşadığı sıkıntılara tanık olma, kayıp duygusuyla yüzleşme ve bu süreçle baş etmeye çalıştıkları takdirde, ölmekte olan hastaya bakım konusunda daha olumlu yaklaşım sergilemektedirler (134). Çalışmamızda ; onkoloji hastası bir yakınını kaybeden hemşirelerin iyi ölüm puan ortancalarının, onkoloji hastası bir yakını olmayan ya da kaybetmeyen hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11; Z=-2,249; p=0,024). Çalışmamızdan elde edilen sonuç, onkoloji hastası yakınını kaybeden hemşirelerin son dönem fiziksel ve psikososyal bakımın hasta üzerindeki etkilerini gözlemlemiş olabileceği, ölümü deneyimlemiş olması, böylece ölmekte olan hasta ve ailesinin yaşantılarını anlama becerisi kazanmış olabilmeleriyle açıklanabilir.

Ölmekte olan hastaya verilen hemşirelik bakımı; hastaların iyi, huzurlu ve saygın bir şekilde ölmelerine yardım etmeyi ve hemşirelerin bakımlarında iyi ölümü gerçekleştirebilmeyi, bakımın temel prensiplerinden biri olarak içeriğinde barındırır (35, 88, 100). Bu nedenle onkoloji kliniklerinde sunulan bakımın etkinliği hem iyi bir ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum hem de saygın ve iyi ölüm yer almakta ve bunların birbirleriyle ilişkili kavramlar olduğu belirtilmektedir (39, 101). Çalışmamızda, hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi ile hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algıları arasında negatif yönde zayıf düzeyde (Tablo 4.13; r=-0,158; p=0,011); hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumları ile iyi ölümün psikososyal-manevi (Tablo 4.13; r=0,124; p=0,011) ve kişisel kontrol alt boyutları (Tablo 4.13; r= 0,172; p=0,006) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu

saptanmıştır. Beckstrand ve arkadaşları (2006), saygın ölümün iyi ölüm kavramı içerisinde yer aldığını ve iyi bir ölüm deneyimi sunmak için saygınlığın sürdürülmesi gerektiğini belirtmiştir (20). Masson (2002), sağlık bakımı verenlerin bakım verirken tutumları negatifse iyi ölüm algılarının da o kadar düşük olacağını göstermişlerdir (93). An ve Lee (2014), terminal dönem bakımı veren hemşirelerin terminal dönem hasta bakımına ilişkin tutumları ile iyi ölüm algıları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Ancak bu çalışmada hemşirelerin %86,5'i iyi ölüme yönelik eğitim almışlardır (135). Bizim çalışmamızda hemşirelerin, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin aldıkları eğitimi yetersiz bulmalarının ve iyi ve saygın ölüme yönelik farkındalıklarının olmayışı nedeniyle zayıf bir ilişki bulunduğu düşünülebilir. Ayrıca araştırmamızın yapıldığı onkoloji kliniklerinin yoğun çalışılan klinikler olması ve hemşirelerin hastaların sadece fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmeleri nedeniyle ölmekte olan hasta bakımı verirken saygın ve iyi ölüm kavramlarını göz ardı etmesi ve bu konuda bilgi ve farkındalıklarının olmamasının bu sonuca neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda; hemşirelerin yaş gruplarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri incelendiğinde, 33-38 yaş grubu hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin, 27-32 yaş grubundan, 26 yaş altı hemşirelerden ve 39 yaş ve üzeri hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; $p<0.05$). Abu Hasheesh ve arkadaşları (2014) ve Lange ve arkadaşları (2008) yaş değişkenini aynı sınırlarda gruplandırdıkları ve aynı ölçeği kullandıkları çalışmalarında, 20-29 yaş grubundaki hemşirelerin ölüm korkusunun yüksek ve ölümle ilgili negatif düşüncelerinin olduğunu, 40 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ölüme kabullenici bir yaklaşım sergilediğini, 30-39 yaş grubu hemşirelerinse ne ölümden korkup kaçındığını ne de kabul ettiğini göstermişlerdir (22, 57). Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç, 33-38 yaş grubundaki hemşirelerin daha genç yaş grubundaki gibi ölüme bakış açılarının olumsuz olmaması, daha büyük yaşlardaki gibi ölümü kabullenici olmayıp ölüme karşı daha tarafsız olması nedeniyle saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin daha yüksek olması açıklanabilir. Literatürde çok sınırlı yer alan saygın ölüm konusuna ilişkin daha geniş popülasyonlar ile çalışmalar yapılması önerilir.

Sonuç olarak bu çalışma, onkoloji kliniklerinde çalışan ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin iyi ölüm, saygın ölüme yönelik görüşlerinin belirlendiği ulusal literatürdeki ilk çalışmalardandır. Çalışmamızın, saygın ve iyi ölüm konularının ulusal literatürde çok sınırlı ele alınmış olması nedeniyle dikkat çekmesi ve yeni araştırmalar yapmak için yol gösterici olması açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Ölümün tabu olması nedeniyle, toplumda ve sağlık bakım ekibinde ölümle ilgili konuşulmaktan kaçınılmaktadır. Ölüm konusunda ilişkin tabuların yıkılamadığı durumlarda bile, ölmekte olan hastanın saygınlığının korunması ve ona iyi bir ölüm ortamının sağlanması ve gerektiğinde ölüm konusunun konuşulması gereklidir. Özellikle günümüzde palyatif bakım gibi hastanede ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin birimlerin artmasıyla sağlık personelinin en sık karşılaştığı durumlardan biri ölüm olmaktadır. Hastalarıyla yirmi dört saat birlikte olan ve onlarla en çok iletişim halinde olan sağlık profesyoneli hemşiredir. Ancak hemşire, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarının farkında olursa, hastası için dilediği gibi bir terminal dönem hemşirelik bakımı sunabilir. Hemşire bu sorumluluğunu yerine getirebilirse, hem bireyin hem de yakınlarının insan onuruna yakışır bir bakım almasına ve huzurlu bir ölüm deneyimi yaşamalarına yardımcı olabilir. Bu da mesleki profesyonelliğini ve bakımından aldığı doyumu ve mutluluğu artırır. Bu bağlamda çalışmamızdan elde edilen bulguların, onkoloji kliniklerinde çalışan ve ölmekte olan kanser hastalarına bakım veren hemşirelerde konuya ilişkin farkındalık oluşturması, hemşirelik eğitimi veren ve hastanelerde hizmet içi eğitimlerde hemşireleri destekleyen birimler için rehber olması, gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 33,33±7,24 olduğu, %87,9'unun kadın olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %74,7'sinin lisans mezunu olduğu, %63,0'ünün evli olduğu, %52,9'unun çocuk sahibi olduğu, %31,1'inin 1-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı, %40,9'unun 11 yıl ve üzeri onkoloji kliniğinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Hemşirelerin %67,3'ü onkoloji kliniğinde çalışmaya devam etmek istediğini, %31,2'si yaptığı işi sevmesi ve doyum alması nedeniyle onkoloji alanında çalışmaya devam etmek istediğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 46,7'si dini inançlarının ölüme ilişkin algılarını etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 4.2). Hemşirelerin %62,3'ü ölmekte olan hastanın bakıma ilişkin eğitim aldığını, %50,5'i aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.3).

Hemşirelerin %91,8'i ölmekte olan hastaya bakım verdiğini, %31,9'u sürekli terminal dönem hasta bakımı verdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %34,7'si ölmekte olan hastaya bakım verirken hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmakta sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

6.1.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine Yönelik Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortalamasının 26,84±12,45 (12-60) puan olduğu belirlenmiştir. İyi ölüm ölçeği puan ortalamasının 57,23±7,48 (21-68) puan olduğu belirlenmiştir. İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu puan ortalamasının 30,89±4,10 (11-36) olduğu, kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamasının 9,92±2,31 (3-12) puan olduğu, klinik alt boyutu puan ortalamasının 16,42±2,48 (7-20) puan olduğu belirlenmiştir. Ölmekte olan bireye bakım vermeye

ilişkin tutum puan ortalamasının da 99,53±7,76 (76- 123) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

6.1.3. Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarına Yönelik Sonuçlar

Araştırmaya katılan 33-38 yaş grubunda olan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin puan ortancasının, 39 yaş ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0.05$). Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma süresi ve onkoloji kliniğinde çalışma süresi gibi değişkenlerine göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.6; $p>0,05$).

6.1.4. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastan Bakımına İlişkin Tutumlarına Yönelik Sonuçlar

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma süresi ve onkoloji kliniğinde çalışma süresi gibi değişkenlerine göre ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.8; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin onkoloji alanında çalışmaya devam etme isteği, dini inancın ölüme etkisine ilişkin ifadesi, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim alma durumu, onkoloji hastası bir yakınını kaybetme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan hasta bakımı veren hemşirelerin kurumlarından destek alma durumu, ölüme tanık olma durumu ve ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı gibi değişkenlerine göre ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.9; $p>0,05$).

Hastalarla ölüm konusunda konuşan ve ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puan ortalamasının, hastalarla ölüm konusunda konuşmayan ve ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutum puan

ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9; $p<0,05$).

6.1.5. Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Görüşlerine İlişkin Sonuçlar

Kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre iyi ölümü ve iyi ölümün kişisel kontrol, klinik ve psikososyal- manevi yönlerini daha iyi tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 4.10; $p<0,05$).

Hemşirelerin yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresi ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu, klinik alt boyutu ve iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.10; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan 11 yıl ve üzeri onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin iyi ölüm ölçeği ve iyi ölüm ölçeğinin psikosoyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt bıyutu ve klinik alt boyutu puan ortancasının, 1 yıldan az süre çalışan hemşirelerin puan ortancalarından, 1-5 yıl çalışan hemşirelerin puan ortancalarından ve 6-10 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11; $\chi^2=14,219$; $p=0,007$).

Hemşirelerin onkoloji hastası bir yakını kaybetme durumu ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur (Tablo 4.11; $p>0,05$). Onkoloji hastası bir yakınını kaybeden hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyut puan ortancasının, onkoloji hastası bir yakını olmayan veya kaybetmeyen hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin klinik alt boyut puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12; $Z=-2,230$; $p=0,026$).

Ölmekte olan hastaya bakım verme durumu ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu, klinik alt boyutu ve iyi ölüm puan ortancaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.12; $p>0,05$). Ölmekte olan hasta bakımında kurumundan destek almayan hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin psikososyal- manevi alt boyut puan ortancalarının ölmekte olan hastaya bakım verirken kurumlarından kısmen destek alan hemşirelerin iyi ölçeğinin psikososyal

manevi alt boyut puan ortancalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12; χ^2=7,008; p=0,030).

Ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanan hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancası, ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorlanmayan hemşirelerin iyi ölüm ölçeğinin kişisel kontrol alt boyutu puan ortancasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12; Z=-2,087; p=0,037).

Hemşirelerin ölüme tanıklık etme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı ve hastalarla ölüm konusunda konuşma gibi değişkenleri ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu, kişisel kontrol alt boyutu, klinik alt boyutu ve iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.12; p>0,05).

6.1.6. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımı ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Sonuçlar

Hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum puan ortancası ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu puan ortancası, kişisel kontrol alt boyutu puan ortancası ve iyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında negatif yönlü, çok zayıf derecede istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.13; p<0,05).

Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum puan ortancası ile iyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu puan ortancası arasında pozitif yönlü, çok zayıf derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13; p<0,05).

İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ile kişisel kontrol alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13; r=0,464; p=0,001).

İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ve kişisel kontrol alt boyutu ile klinik alt boyutu puan ortancaları arasında pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13; p<0,05). İyi ölüm ölçeğinin psikososyal-manevi alt boyutu ile İyi ölüm ölçeği puan ortancaları arasında

pozitif yönlü, yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13; r=0,881; p=0,001).

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur;

- Araştırma sonucunda, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastanın bakıma ilişkin eğitim almasına rağmen, aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ifade etmeleri sonucuna yönelik; hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin aldıkları eğitimi kliniğe uygulanabilir düzeye getirecek müfredat programları oluşturulması, hizmet içi eğitimlerle hemşireleri desteklemesi önerilir.
- Çalışmamızdan elde edilen, hemşirelerin yaklaşık üçte birinin ölmekte olan hastaya bakım verirken duygusal ve psikolojik açıdan etkilendiğini ifade etmesi sonucu doğrultusunda; kurumlarda yöneticilerin hemşirelerin yaşadığı zorluklara ilişkin farkındalık ve duyarlılık kazanması ve buna yönelik güçlendirici politikalar izlemesi önerilir. Bu güçlendirme politikaları kapsamında hemşirelerle duygularının konuşulması ve baş etme yöntemlerine yönelik destek kaynakları oluşturulması önerilir.
- Hastalarıyla ölüm konusunda konuşan hemşireler, hastalarıyla ölüm konusunda konuşmayan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verme tutumlarının daha olumlu olması ve hemşirelerin hasta bakımı verirken karşılaştıkları en önemli sorunun hasta ve yakınlarıyla iletişimde güçlük yaşadıklarını ifade etmeleri sonucu doğrultusunda; kurumların, ölüm kavramına ve kişiler arası iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirme ve farkındalık kazandırmaya yönelik uygulamalar, kurslar, seminerler, konferanslar gibi programlarla personelini desteklemesi, sağlık bakım profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınlarını olumlu iletişim kurmaya teşvik etmesi önerilir.
- Çalışma sonucumuzda kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre iyi ölüm ölçeğinden aldıkları puanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olması sonucuna yönelik; ölmekte olan hasta bakımı verilen kliniklerde erkek

hemşirelerin iyi ölüme yönelik farkındalıklarının artırılması ve bu konuda desteklenmesi önerilir. Bu doğrultuda, kadın ve erkek hemşirelerin iyi ölüm algıları arasındaki farkın nedenini araştıracak nitel çalışmalar yapılması da önerilir.

- Hemşirelerin onkoloji kliniklerinde çalışmaya devam etmeyi isteme ya da istememe durumlarının nedenine çoğunluğunun cevap vermemesi sonucu doğrultusunda; hemşirelerle nitel çalışmalar yapılması ve durumun nedeninin ortaya çıkarılması önerilir.
- Saygın ve iyi ölüm kavramlarına yönelik hasta ve yakınlarının da görüşlerinin değerlendirilebileceği, hasta ve yakınları boyutuyla da bu kavramın ele alınabileceği çalışmalar yapılması önerilir.
- Ulusal literatürde çok sınırlı yer almış iyi ve saygın ölüm konularının farklı popülasyonlar üzerinde ya da sağlık bakımı verilen çeşitli alanlarda çalışılması, konuya ilişkin farkındalığın artırılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 2(2), 41-46.
2. World Helath Organization (WHO), İnternational Agency for Research on Cancer (IARC) 2014 Report. (Erişim Tarihi: 24.08.16). **http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars**
3. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (2015). Kanser İstatistikleri. (Erişim Tarihi: 12.08.2016). **http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083**
4. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015). Türkiye Kanser İstatistikleri. (Erişim Tarihi: 19.07.2016) **http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/raporlar.html**
5. Greven, K.M., Case, L.D., Nycum, L.R., Zekan, P.J., Hurd, D.D., Balcueva, E.P., Mills, G.M., Zon, R., Flynn, P.J., Biggs, D., Shaw, E.G., Lesser, G., Naughton, M.J.(2015), Effect of ArginMax on Sexual Functioning and Quality Of Life Among Female Cancer Survivors: Results Of The WFU CCOP Research Base Protocol 97106. *Journal of Community Support Oncology*, 13(3), 87-94.
6. Hales, S.A., Chiu, B.A., Amna, H., Michal, B., Anne, R., Lucia G.,Zimmermann,C., Gary R.(2014). The Quality of Dying and Death in Cancer and Its Relationship to Palliative Care and Place of Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 735-45.
7. Hallaç, S., Öz, F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(4), 595-610.
8. Onan, N., Işıl, Ö. (2010). Onkoloji Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Stres, Tükenmişlik Ve Başa Çıkma: Literatür Gözden Geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 264-271.
9. Pınar, G., Algıer, L., Çolak, M., Ayhan, A., (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 3(18), 141-149.

10. Reis, N., (2006). Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 88-97.
11. Reis, N., Coşkun, A., Beji, N.K., (2006). Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 25-35.
12. Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yasam Sonu Bakım Ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 2-10.
13. Işık, E., Fadıloğlu, Ç., Demir, Y. (2009). Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme* Dergisi, 2, 28-43.
14. Choi, J.Y., Chang, Y.J., Song, H.Y., Jho, H.J., Lee, M.K. (2013). Factors That Affect Quality of Dying and Death in Terminal Cancer Patients on Inpatient Palliative Care Units: Perspectives of Bereaved Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*; 45(4), 735-45.
15. Yao, C.A., Hu, W.Y., Lai, Y.F., Cheng, S.Y., Chen, C.Y., Chiu, T.Y. (2007). Does Dying At Home İnfluence The Good Death Of Terminal Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, (2), 3-6.
16. Işıl, Ö., Karaca, S. (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar Ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 82-87.
17. Khader, K.A., Jarrah, S.S., Alasad, J.(2010). Influence Of Nurses' Characteristics And Education On Their Attitudes Towards Death And Dying: A Review Of Literature. *Journal of Nursing and Midwifery*, 2, 1–9.
18. Cevik, B., Kav, S. (2013). Attitudes And Experiences Of Nurses Toward Death And Caring For Dying Patients in Turkey. *Cancer Nursing*, *36*(6), 58-65.
19. Zheng, R.S., Guo, Q. H., Dong, F.Q., Owens, R.G. (2015). Chinese Oncology Nurses' Experience On Caring For Dying Patients Who Are On Their Final Days: A Qualitative Study. *International Journal Of Nursing Studies*, *52*(1), 288-296.

20. Beckstrand, R.L., Callister, L.C., Kirchhoff, K.T. (2006). Providing A "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions For İmproving End-Of-Life Care. *American Journal of Critical Care*, *15*(1), 38-45.
21. Eues, S.K. (2007). End-Of-Life Care: Improving Quality Of Life At The End Of Life. *Professional Case Management*, *12*(6), 339-344.
22. Lange, M., Thom, B., Kline, N. E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients in A Comprehensive Cancer Center. In *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
23. Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes Of Iranian Nurses Toward Caring For Dying Patients. *Palliative and Supportive Care*, *6*(4), 363-369.
24. İnci, F., Öz, F. (2012). Palliative Care And Death Anxiety. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, *4*(2), 178-187.
25. Vejlgaard, T., Addington-Hall, J.M. (2005). Attitudes Of Danish Doctors And Nurses To Palliative And Terminal Care. *Palliative Medicine*, *19*(2), 119-127.
26. Baillie, L., Matiti, M. (2013). Dignity, Equality And Diversity: An Exploration Of How Discriminatory Behaviour Of Healthcare Workers Affects Patient Dignity. *Diversity and Equality in Health And Care*, 10, 5-12.
27. Cimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım: Ölmekte olan Hastaya Bütüncül Yaklaşım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
28. Dönmez, Ç.F., Yılmaz, M. (2012). Diyaliz Hastaları İle Nefroloji Hemşireleri İçin Ölüm Kavramının Anlamı Ve Ölümle Baş Etmede Nefroloji Hemşiresinin Rolü. *Journal Of Psychiatric Nursing*, *3*(3), 141-147.
29. Çolak, D., Özyılkan, Ö. (2006). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Turkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences*, *2*(10), 1-9.
30. Riffin, C., Pillemer,K., Chen, E.K., Warmington, M., Adelman, R.D., Reid, M.C. (2015). Identifying Key Priorities For Future Palliative Care Research Using An İnnovative Analytic Approach. *American Journal Of Public Health*, *105*(1), 15-21.
31. Şen, S., Aygin, D., Sert, H. (2016). Palyatif Onkolojik Tedaviler ve Bakım. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 21-35.

32. Wiener, L., Weaver, M.S., Bell, C.J., Sansom-Daly, U.M. (2015). Threading The Cloak: Palliative Care Education For Care Providers Of Adolescents And Young Adults With Cancer. *Clinical Oncology İn Adolescents And Young Adults*, 9(*5),* 1-18.
33. Dy, S.M., Kiley, K.B., Ast, K., Lupu, D., Norton, S.A., Mcmillan, S.C., Casarett, D.J. (2015). Measuring What Matters: Top-Ranked Quality İndicators For Hospice And Palliative Care From The American Academy Of Hospice And Palliative Medicine And Hospice And Palliative Nurses Association. *Journal Of Pain And Symptom Management*, *49*(4), 773-781.
34. Hui, D., Kim, Y.J., Park, J.C., Zhang, Y., Strasser, F., Cherny, N., Bruera, E. (2015). Integration Of Oncology And Palliative Care: A Systematic Review. *The Oncologist*, *20*(1), 77-83.
35. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, (1), 1-6.
36. Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
37. Ay, F., Gençtürk, N. (2013). Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem Ve Palyatif Bakım İle İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *21*(3), 164-171.
38. Kabalak, A.A., Öztürk, H., Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, *11*(2), 56-70.
39. Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, *54*(4), 329-334.
40. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım Ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *4*(2), 178-187.
41. Çavdar, İ. (2011). Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, *26*(3), 142-147.
42. Baysal, A. C. (1981). *Sosyal Ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar*. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası.
43. İnceoğlu, M. (2011). *Tutum-Algı İletişim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

44. Köklü, N. (1995). Tutumların Ölçülmesi Ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Seçenekler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 28*(2), 81-93.
45. Gürkan, A., Babacan Gümüş, A., Dodak, H. (2011). Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları Ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, *4*(1), 2-12.
46. Bilge, A., Embel, N., Kaya, F.G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki Ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *4*(3), 119-124.
47. Henoch, I., Browall, M., Melin-Johansson, C., Danielson, E., Udo, C., Sundler, A. J., Strang, S. (2014). The Swedish Version Of The Frommelt Attitude Toward Care Of The Dying Scale: Aspects Of Validity And Factors İnfluencing Nurses' And Nursing Students' Attitudes. *Cancer Nursing*, *37*(1), 1-11.
48. Sucaklı, M.H. (2013). Ölmekte Olan Hasta Ve Yaşam Sonu Bakım. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, *7*(3), 52-57.
49. Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., Hammarlund, K. (2014). Death And Caring For Dying Patients: Exploring First-Year Nursing Students' Descriptive Experiences. *International Journal Of Palliative Nursing*, *20*(10), 509-515.
50. Çevik, B. (2010). ***Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları Ve Deneyimleri***. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
51. Braun, M., Gordon, D., Uziely, B. (2010). Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 43-49.
52. Dunn, S.K., Otten, C., Stephens, E. (2005). Experience And The Care Of Dying Patients. *Oncology Nursıng Forum*, 32 (1), 97-104.
53. Leombruni, P., Miniotti, M., Bovero, A., Zizzi, F., Castelli, L., Torta, R. (2014). Attitudes Toward Caring For Dying Patients: An Overview Among Italian Nursing Students And Preliminary Psychometrics Of The FATCOD-B Scale. *Journal Of Nursing Education And Practice*, *4*(3), 188-196.

54. Ho, T.M., Barbero, E., Camps, C. (2010). Spanish Nephrology Nurses' Views And Attitudes Towards Caring For Dying Patients. *Journal Of Renal Care,* 36(1), 2-8.

55. Frommelt, K.H.M. (2003). Attitudes Toward Care Of The Terminally İll: An Educational İntervention. *American Journal Of Hospice And Palliative Medicine, 20*(1), 13-22.

56. Akın, B. (1996). ***Selçuk Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte olan Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi.*** Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

57. Abu Hasheesh, M. O., Al-Sayed Abozeid, S., Goda El-Zaid, S., Alhujaili, A. D. (2014). Nurses' Characteristics And Their Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients İn A Public Hospital İn Jordan. *Health Science Journal,* 7(4), 384-394.

58. Leclerc, B. S., Lessard, S., Bechennec, C., Le Gal, E., Benoit, S., Bellerose, L. (2014). Attitudes Toward Death, Dying, End-Of-Life Palliative Care, And İnterdisciplinary Practice İn Long Term Care Workers. *Journal Of The American Medical Directors Association, 15*(3), 207-213.

59. Matiti, M.R. (2015). Learning To Promote Patient Dignity: An İnter-Professional Approach. *Nurse Education İn Practice, 15*(2), 108-110.

60. Baillie, L. (2008). Mixed-Sex Wards And Patient Dignity: Nurses' And Patients' Perspectives. *British Journal Of Nursing, 17*(19), 23-37.

61. Chochinov, H.M. (2006). Dying, Dignity, And New Horizons İn Palliative End-Of-Life Care1. *CA: A Cancer Journal For Clinicians, 56*(2), 84-103.

62. Birleşmiş Milletler (BM), İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 4 Kasım 1986, (Erişim Tarihi: 05.08.2016).
http://Www.Un.Org/Documents/Ga/Res/41/A41r128.Htm

63. Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *T. C. Resmi Gazete,* 28994, 8 Mayıs 2014.

64. Kisvetrová, H., Školoudík, D., Joanovič, E., Konečná, J., Mikšová, Z. (2016). Dying Care Interventions İn The Intensive Care Unit. *Journal Of Nursing Scholarship, 48*(2), 139-146.

65. Guo, Q., Jacelon, C. S. (2014). An İntegrative Review Of Dignity İn End-Of-Life Care. *Palliative Medicine, 28*(7), 931-940.

66. Mehnert, A., Schröder, A. S., Puhlmann, K., Müllerleile, U., Koch, U. (2006). Dignity İn The Care Of Terminal İll And Dying Patients. Definitions And Supportive İnterventions in Palliative Care. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 49*(11), 1087-1096.
67. Smith, R. (2000). A Good Death. *British Medical Journal (BMJ), 320*(7228), 129-130.
68. Jacobson, N. (2007). Dignity And Health: A Review. *Social Science and Medicine, 64*(2), 292-302.
69. Chochinov, H.M., Johnston, W., Mcclement, S.E., Hack, T.F., Dufault, B., Enns, M., Davison, S. (2016). Dignity And Distress Towards The End Of Life Across Four Non-Cancer Populations. *Plos One, 11*(1), 1-13.
70. Matiti, M.R., Trorey, G. (2004). Perceptual Adjustment Levels: Patients' Perception Of Their Dignity İn The Hospital Setting. *International Journal Of Nursing Studies, 41*(7), 735-744.
71. Manookian, A., Cheraghi, M.A., Nasrabadi, A.N. (2013). Factors İnfluencing Patients' Dignity: A Qualitative Study. *Nursing Ethics*, 21(3), 323-334.
72. Matiti, M.R. (2002). ***Patient Dignity İn Nursing: A Phemomenological Study***. Doctoral Dissertation, University Of Huddersfield, West Yorkshire, England.
73. Baillie, L. (2009). Patient Dignity İn An Acute Hospital Setting: A Case Study.*International Journal Of Nursing Studies, 46*(1), 23-37.
74. Nordenfelt, L. (2003). Dignity And The Care Of The Elderly. *Medicine, Health Care And Philosophy, 6*(2), 103-110.
75. Van Gennip, I.E., Pasman, H.R.W., Oosterveld-Vlug, M.G., Willems, D.L., Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2013). The Development Of A Model Of Dignity İn İllness Based On Qualitative İnterviews With Seriously İll Patients. *International Journal Of Nursing Studies, 50*(8), 1080-1089.
76. Chochinov, H.M. (2002). Dignity-Conserving Care: A New Model For Palliative Care: Helping The Patient Feel Valued. The *Journal of the American Medical Association, 287*(17), 2253-2260.
77. Chochinov, H.M., Hack, T., Mcclement, S., Kristjanson, L., Harlos, M. (2002). Dignity İn The Terminally İll: A Developing Empirical Model. *Social Science and Medicine, 54*(3), 433-443.

78. Stievano, A., Rocco, G., Sabatino, L., Alvaro, R. (2013). Dignity İn Professional Nursing: Guaranteeing Better Patient Care. *Journal Of Radiology Nursing*, *32*(3), 120-123.
79. Oosterveld-Vlug, M.G., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Pasman, H.R. W., Van Gennip, I.E., De Vet, H.C. (2015). Can Personal Dignity Be Assessed By Others? A Survey Study Comparing Nursing Home Residents' With Family Members', Nurses' And Physicians' Answers On The MIDAM-LTC. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(2), 555-567.
80. Nyholm, L., Koskinen, C.A. (2015). Understanding And Safeguarding Patient Dignity İn İntensive Care. *Nursing Ethics*, 0969733015605669.
81. Leichtentritt, R. D. (2004). The Meaning That Young Israeli Adults Ascribe To The Least Undesirable Death. *Death Studies*, *28*(8), 733-759.
82. Costello, J. (2006). Dying Well: Nurses' Experiences Of 'Good And Bad'deaths İn Hospital. *Journal Of Advanced Nursing*, *54*(5), 594-601.
83. Goldsteen, M., Houtepen, R., Proot, I.M., Abu-Saad, H.H., Spreeuwenberg, C., Widdershoven, G. (2006). What İs A Good Death? Terminally İll Patients Dealing With Normative Expectations Around Death And Dying. *Patient Education And Counseling*, *64*(1), 378-386.
84. Cottrell, L., Duggleby, W. (2016). The "Good Death": An İntegrative Literature Review. *Palliative And Supportive Care*, 6, 1-27.
85. Demjén, Z., Semino, E., Koller, V. (2016). Metaphors For 'Good'and 'Bad'deaths: A Health Professional View. *Metaphor And The Social World*, *6*(1), 1-19.
86. Ko, E., Cho, S., Perez, R.L., Yeo, Y., Palomino, H. (2013). Good And Bad Death: Exploring The Perspectives Of Older Mexican Americans. *Journal Of Gerontological Social Work*, *56*(1), 6-25.
87. Steinhauser, K.E., Clipp, E.C., Mcneilly, M., Christakis, N.A., Mcıntyre, L. M., Tulsky, J.A. (2000). In Search Of A Good Death: Observations Of Patients, Families, And Providers. *Annals Of İnternal Medicine*, *132*(10), 825-832.
88. Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., Uchitomi, Y. (2008). Good Death İnventory: A Measure For Evaluating Good Death From The

Bereaved Family Member's Perspective. *Journal Of Pain And Symptom Management*, *35*(5), 486-498.

89. Oliver, T., O'Connor, S. J. (2014). Perceptions Of A" Good Death" İn Acute Hospitals. *Nursing Times*, *111*(21), 24-27.
90. Sellers, D.E., Dawson, R., Cohen-Bearak, A., Solomond, M.Z., Truog, R.D. (2015). Measuring The Quality Of Dying And Death İn The Pediatric İntensive Care Setting: The Clinician PICU-QODD. *Journal Of Pain And Symptom Management*, *49*(1), 66-78.
91. Hales, S., Zimmermann, C., Rodin, G. (2010). Review: The Quality Of Dying And Death: A Systematic Review Of Measures. *Palliative Medicine*, *24*(2), 127-144.
92. Oliver, T., O'Connor, S. J. (2014). Perceptions Of A" Good Death" İn Acute Hospitals. *Nursing Times*, *111*(21), 24-27.
93. Masson, J. D. (2002). Non-Professional Perceptions Of'good Death': A Study Of The Views Of Hospice Care Patients And Relatives Of Deceased Hospice Care Patients. *Mortality*, *7*(2), 191-209.
94. Gu, X., Cheng, W., Cheng, M., Liu, M. (2015). The Preference Of Place Of Death And İts Predictors Among Terminally İll Patients With Cancer And Their Caregivers İn China. *American Journal Of Hospice And Palliative Medicine*, *32*(8), 835-840.
95. Kinoshita, H., Maeda, I., Morita, T., Miyashita, M., Yamagishi, A., Shirahige, Y., Eguchi, K. (2015). Place Of Death And The Differences İn Patient Quality Of Death And Dying And Caregiver Burden. *Journal Of Clinical Oncology*, *33*(4), 357-363.
96. Håkanson, C., Öhlén, J., Morin, L., Cohen, J. (2015). A Population-Level Study Of Place Of Death And Associated Factors İn Sweden. *Scandinavian Journal Of Public Health*, *43*(7), 744-751.
97. Garfield, C. (2014). Seven Keys To A Good Death. (Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2016).**http://Greatergood.Berkeley.Edu/Article/İtem/Seven_Keys_To_Good_Death**

98. Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., Uchitomi, Y. (2006). Good Death İn Japanese Cancer Care: A Qualitative Study. *Journal Of Pain And Symptom Management*; 31(2): 140- 147.
99. Holdsworth, L. M. (2015). Bereaved Carers' Accounts Of The End Of Life And The Role Of Care Providers İn A 'Good Death': A Qualitative Study. *Palliative Medicine*, *29*(9), 834-841.
100. Pierson, C.M., Curtis, J.R., Patrick, D.L. (2002). A Good Death: A Qualitative Study Of Patients With Advanced AIDS. *AIDS Care*, *14*(5), 587-598.
101. Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., Shima, Y. (2015). A Nationwide Survey Of Quality Of End-Of-Life Cancer Care İn Designated Cancer Centers, İnpatient Palliative Care Units, And Home Hospices İn Japan: The J-HOPE Study. *Journal Of Pain And Symptom Management*, *50*(1), 38-47.
102. Geller, G., Branyon, E., Forbes, L., Rushton, C.H., Beach, M.C., Carrese, J., Sugarman, J. (2015). Health Care Professionals' Perceptions And Experiences Of Respect And Dignity İn The İntensive Care Unit. *Narrative İnquiry İn Bioethics*, *5*(1), 27A-42A.
103. Shih, F.J., Gau, M.L., Lin, Y.S., Pong, S.J., Lin, H. R. (2006). Death And Help Expected From Nurses When Dying. *Nursing Ethics*, *13*(4), 360-375.
104. ICN (International Council Of Nurses). (2006). Safe Staffing Saving Lives.(Erişim Tarihi: 09.08.2016). **http://Www.İcn.Ch/Publications/2006-Safe-Staffing-Saves-Lives/**
105. Rivolta, M.M., Rivolta, L., Garrino, L., Di Giulio, P. (2014). Communication Of The Death Of A Patient İn Hospices And Nursing Homes: A Qualitative Study.*European Journal Of Oncology Nursing*, *18*(1), 29-34.
106. Kreling, B., Selsky, C., Perret-Gentil, M., Huerta, E. E., Mandelblatt, J. S., Latin American Cancer Research Coalition. (2010). 'The Worst Thing About Hospice İs That They Talk About Death': Contrasting Hospice Decisions And Experience Among İmmigrant Central And South American Latinos With US-Born White, Non-Latino Cancer Caregivers. *Palliative Medicine*, *24*(4), 427-434.

107. Wadensten, B., Condén, E., Wahlund, L., Murray, K. (2007). How Nursing Home Staff Deal With Residents Who Talk About Death. *International Journal Of Older People Nursing*, *2*(4), 241-249.
108. Wilkinson, S. (1991). Factors Which İnfluence How Nurses Communicate With Cancer Patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 16, 667–688.
109. Arslan, D., Akca, N. K., Simsek, N., Zorba, P. (2014). Student Nurses' Attitudes Toward Dying Patients İn Central Anatolia. *International Journal Of Nursing Knowledge*, *25*(3), 183-188.
110. Duyan, V. (2014). Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirliği. *Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care (TJFMPC),* 8(1), 25-31.
111. Fadıloğlu, Ç., Aksu, T. (2013). İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29, 1-15.
112. Schwartz, C.E., Mazor, K., Rogers, J., Yunsheng, M.A., Reed, G. (2003). Validation Of A New Measure Of Concept Of A Good Death. *Journal Of Palliative Medicine,* 6(4), 4-7.
113. İnci, F. (2008). ***Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı Depresyon Ve Tutumlarına Etkisi.*** Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
114. Mutto, E.M., Bunge, S., Vignaroli, E., Bertolino, M., Villar, M.J., Wenk, R. (2014). Medical Students' Palliative Care Education İn A Latin American University: A Three-Year Experience At Austral University İn Buenos Aires, Argentina. *Journal Of Palliative Medicine*, *17*(10), 1137-1142.
115. Mutto, E.M., Cantoni, M.N., Rabhansl, M.M., Villar, M.J. (2012). A Perspective Of End-Of-Life Care Education İn Undergraduate Medical And Nursing Students İn Buenos Aires, Argentina. *Journal Of Palliative Medicine*, *15*(1), 93-98.
116. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., Mcdermott, F., Hood, K., Shimoinaba, K. (2013). Emergency And Palliative Care Nurses' Levels Of Anxiety About Death And Coping With Death: A Questionnaire Survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *16*(4), 152-159.

117. Wiese, M., Dew, A., Stancliffe, R. J., Howarth, G., Balandin, S. (2013). 'If And When?': The Beliefs And Experiences Of Community Living Staff İn Supporting Older People With İntellectual Disability To Know About Dying. *Journal Of Intellectual Disability Research, 57*(10), 980-992.
118. Tait, V., Higgs, M., Magann, L., Dixon, J., Davis, J. M., Fernandez, R. (2015). Attitudes Of Nonpalliative Care Nurses Towards Palliative Care.*International Journal Of Palliative Care*, 2015 (469174), 1-6.
119. Kinoshita, S., Miyashita, M. (2011). Development of a scale for "difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care"(DFINE): A survey study. *Intensive and Critical Care Nursing, 27*(4), 202-210.
120. Abudari, G., Zahreddine, H., Hazeim, H., Al Assi, M., Emara, S. (2014). Knowledge Of And Attitudes Towards Palliative Care Among Multinational Nurses İn Saudi Arabia. *International Journal Of Palliative Nursing, 20*(9), 7-11.
121. Menekli, T., Fadıloğlu, Ç. (2014). Hemşirelerin Ölüm Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 222-229.
122. Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M., Woldeyohannes, D. (2014). Assessment Of Knowledge, Attitude And Practice And Associated Factors Towards Palliative Care Among Nurses Working İn Selected Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care, 13*(1), 2-11.
123. Coberley, M. (2004) Sacred Passage: How To Provide Fearless, Compassionate Care For The Dying. *Issues İn Mental Health Nursing*, 25, 219-221
124. Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., Monforte-Royo, C. (2014). The İmpact Of Death And Dying On Nursing Students: An Explanatory Model. *Journal Of Clinical Nursing, 23*(23-24), 3501-3512.
125. Kent, B., Anderson, N.E., Owens, R.G. (2012). Nurses' Early Experiences With Patient Death: The Results Of An On-Line Survey Of Registered Nurses İn New Zealand. *International Journal Of Nursing Studies, 49*(10), 1255-1265.
126. Çelik, S., Kalkan, M., Gündoğdu, A., Topal, H. (2012). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(3), 101-109.

127. Feudtner, C., Santucci, G., Feinstein, J.A., Snyder, C.R., Rourke, M.T., Kang, T. I. (2007). Hopeful Thinking And Level Of Comfort Regarding Providing Pediatric Palliative Care: A Survey Of Hospital Nurses. *Pediatrics*, *119*(1), E186-E192.
128. Rooda, L. A., Clements, R., Jordan, M. L. (1998). Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 26 (10), 1683-1687.
129. Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Uchitomi, Y. (2007). Good Death İn Cancer Care: A Nationwide Quantitative Study. *Annals of Oncology*, *18*(6), 1090-1097.
130. Kehl, K.A. (2006). Moving Toward Peace: An Analysis Of The Concept Of A Good Death. *American Journal Of Hospice And Palliative Medicine*, *23*(4), 277-286.
131. Parry, M. (2011). Student Nurses' Experience Of Their First Death İn Clinical Practice. *International Journal Of Palliative Nursing*, *17*(9), 448-453.
132. Howells, K., Gould, M., Field, D. (1986). Fear Of Death And Dying İn Medical Students: Effects Of Clinical Experience. *Medical Education*, *20*(6), 502-506
133. Ali, W., Ayoub, N. (2010). Nurses' Attitudes Toward Caring For Dying Patient İn Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 1, 16-23.
134. Kavas, M.V., Öztuna, D., Çelebi, N.N., Selvi, H., Sayar, D., Akaslan, A. (2012). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Ölüm Ve Ölmekte olan Hastadan Kaçınıcı Tutum Düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, *65*(1), 19-32.
135. An, M.S., Lee, K. J. (2014). Awareness Of Good Death And Attitudes Toward Terminal Care Among Geriatric Hospital Nurses. *Korean Journal Of Hospice And Palliative Care*, *17*(3), 122-133.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 – 1328

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 16 ARALIK 2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/25
Proje No : GO 15/640 (Değerlendirme Tarihi: 21.10.2015)
Karar No : GO 15/640 - 13

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA'nın tezi olan GO 15/640 kayıt numaralı ve ***"Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Görüşleri ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

1.Prof. Dr. Nurten Akarsu	(Başkan)	9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu	(Üye)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken	(Üye)	10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül	(Üye)
İZİNLİ 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara	(Üye)	11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan	(Üye)
4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu	(Üye)	12. Prof. Dr. Leyla Dinç	(Üye)
5. Prof. Dr. Cenk Sümensüer	(Üye)	13.Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu	(Üye)
6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay	(Üye)	İZİNLİ 14.Doç.Dr. S. Kutay Demirkan	(Üye)
İZİNLİ 7. Prof. Dr. Ali Düzova	(Üye)	İZİNLİ 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl	(Üye)
8. Prof.Dr. Levent Akın	(Üye)	16. Av. Meltem Onurlu	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

Ek 2. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

1. Doğum yılınız :……

2. Cinsiyetiniz : ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Eğitim düzeyiniz:

☐ Lise

☐ Önlisans

☐ Lisans

☐ Yüksek lisans

☐ Doktora

4. Medeni durumunuz : ☐ Evli ☐ Bekâr

5. Çocuğunuz var mı? ☐ Evet, var. ☐Hayır, yok.

(Cevabınız evet ise 6. Soruya geçiniz, cevabınız hayır ise 7 sorudan devam ediniz.)

6. Kaç çocuğunuz var? (Lütfen Belirtiniz.)……

7. Meslekte çalışma yılınız :……..

8. Onkoloji kliniğinde çalışma yılınız:……..

9. Bu serviste çalışmaya devam etmek istiyor musunuz?

Evet (Lütfen nedenini belirtiniz.)……

Hayır (Lütfen nedenini belirtiniz.)……

10. Dini inancını ölüme ilişkin algınızı ne kadar etkiler?

(Lütfen Belirtiniz)…….

11. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim aldınız mı ?

☐ Evet ,Aldım. ☐ Hayır, Almadım .

(Cevabınız 'evet' ise lütfen 12. Sorudan devam ediniz, cevabınız 'hayır' ise lütfen 13.soruya geçiniz.)

12. Ölmekte olan hasta bakımına ilişkin eğitimi nereden aldınız?

☐ Kongre/seminerlerde

☐ Lisans eğitiminde

☐ Hizmet içi eğitimde

☐ Kitap/dergi/makalelerden

☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz)……

13. Ölmekte olan hasta bakımına ilişkin aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Onkoloji hastası olan yakınlarınızdan birini kaybetme deneyimi yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

(Cevabınız 'Evet' ise 15.sorudan devam ediniz, cevabınız 'Hayır'ise lütfen 16.soruya geçiniz.)

15. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise, yakınlık dereceniz nedir?

- ☐ Aile (anne,baba,eş,kardeş,çocuk)
- ☐ Yakın akraba
- ☐ Arkadaş
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)……

16. Ölmekte olan bir hastaya bakım verdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

17. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede sorunları neler olabilir?

……

18. Ölmekte olan hasta bakımına yönelik kurumunuz size destek sağlıyor mu?

…….

19.Hastanızın ölümüne şahit oldunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Kliniğinizde hangi sıklıkla ölmekte olan hastaya bakım veriyorsunuz?

- ☐ Sürekli terminal dönem hasta bakımı yaparım.
- ☐ Haftada 2-3 kez ölmekte olan hasta bakımı yaparım.
- ☐ Ayda 1 kez ölmekte olan hasta bakımı yaparım.
- ☐ 6 ay ya da daha uzun sürede ölmekte olan hasta bakımı yaparım

21. Hastanızı kaybettiğinizde nasıl hissedersiniz?

- ☐ Çaresiz
- ☐ Üzgün
- ☐ Öfke
- ☐ Kızgınlık
- ☐ Korku
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)…….

22. Hastalarınızla ölüm konusunda konuşur musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

23. Ölmekte olan hastanıza bakım vermekte zorlanır mısınız?

- ☐ Evet (Neden? Lütfen belirtiniz……..)
- ☐ Hayır (Neden? Lütfen belirtiniz……..)

Ek 3. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği

Modern tıpta meydana gelen önemli gelişmeler ve toplumsal koşullardaki iyileşmeler ortalama yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Bununla birlikte ölüm kaçınılmaz bir gerçektir. Bu gerçeğe hazır olabilmek, huzurlu ve saygın bir biçimde gidebilmek her insanın isteyebileceği varoluşsal bir konudur. Bu çalışma "Saygın Ölüm İlkeleri" konusunda hemşirelerin görüşlerini almak üzere planlanmıştır. Aşağıda belirtilen ifadelerin her birine ilişkin olarak en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen Katılıyorum	**katılıyorum**	**kararsızım**	**katılmıyorum**	**Tamamen katılmıyorum**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
İlke1- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve beni neyin beklediğini anlamak isterim					
İlke2- Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolümü sürdürebilmek isterim					
İlke3- Saygınlığımı ve mahremiyetimi koruyabilmek isterim					
İlke4- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek isterim					
İlke 5- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek isterim					
İlke 6- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek isterim					
İlke 7- İstediğim manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek isterim					
İlke 8- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek isterim					
İlke 9- Son anımda yanında olacak ve o anımı paylaşacak kişileri belirleyebilmek isterim					
İlke 10- Yerine getirilmesi istediğim isteklerimi önceden bildirebilmek isterim					
İlke 11- Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek isterim					
İlke 12- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak isterim					

Ek 4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerde hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bazı durumlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amaçlanmaktadır. Tüm ifadeler ölmekte olan birey ve ya da ailesinin bakımına ilişkin konuları içermektedir. Burada 'ölmekte olan birey' terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır.

	Tamamen Katılıyorum	**katılıyorum**	**kararsızım**	**katılmıyorum**	**Tamamen katılmıyorum**
1. Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.					
2. Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.					
3. Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım.					
4. Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.					
5. Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.					
6. Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.					
7. Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.					
8. Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.					
9. Ölmek üzere olan bir kişiyle yakın bir ilişki kurmak zordur.					
10. Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					
11. Bir hasta 'Ölüyor muyum?' diye sorduğu zaman, konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.					
12. Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.					
13. Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.					
14. Ölmekte olan bir kişiyle arkadaş olmaktan korkarım.					
15. Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.					
16. Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.					

	Tamamen Katılıyorum	katılıyorum	kararsızım	katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
17. Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.					
18. Aileler, ölmek üzere olan bireylerinin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.					
19. Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.					
20. Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.					
21. Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi zararlıdır.					
22. Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.					
23. Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.					
24. Asıl karar vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.					
25. Ölmekte olan bir birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesicilere bağımlılık söz konusu olmamalıdır.					
26. Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.					
27. Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.					
28. Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.					
29. Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar.					
30. Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler.					

Ek 5. İyi Ölüm Ölçeği

Lütfen iyi ölüm kavramı için aşağıdaki maddelerin sizin için ne kadar önemli olduğunu işaretleyiniz.

	Hiç Önemli değil	**Biraz Önemli**	**Önemli**	**Çok Önemli**
1. Ölümün ağrısız ya da büyük oranda ağrısız olması				
2. Ölüm süresinin kısa olması				
3. Ölümün ani ve beklenmedik olması				
4. Aile ve doktorların kişinin isteklerini gözlemlemesi				
5. Ölümün teknik araç gereç olmadan doğal olarak gerçekleşmesi				
6. Ölümün huzurlu olması				
7. Sevdiği birilerinin olması				
8. Kişinin manevi ihtiyaçlarının karşılanması				
9. Kişinin ölümü kabul edebilmesi				
10. Kişinin önemli görevlerini tamamlaması için bir şansa sahip olması				
11. Kişinin elveda diyebilmesi için bir fırsata sahip olması				
12. Kişinin evde olması				
13. Kişinin çok önemli olaylara kadar yaşaması				
14. Ölümün uyku sırasında olması				
15. Ölüme kadar zihinsel fonksiyonlarının sağlam olması				
16. Ölüme kadar bedensel fonksiyonlarının kontrol altında olması				
17. Ölüme kadar iletişim yeteneğinin olması				

Ek 6. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcılar,
Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin görüşleri ile iyi ölüme yönelik görüşlerini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızın da elde edilecek sonuçlarla onkoloji hemşirelerinin saygın ölüm ilkelerine ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ve iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenerek onkoloji hastalarına iyi bir terminal dönem bakımı sunulması için önerilerde bulunabilecek ve şartların iyileştirilmesi adına olumlu adımların atılması planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümünü yanıtlamanız ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.
Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığıyla elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (ve ya 'bilimsel amaçlar' için) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz ve ya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.
Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.
Yanıtlarınız soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altına bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçeneği işaretleyebileceğiniz sorularda size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyebilirsiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında 'diğer' seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçeneklerde yer almıyorsa, bu durumu yanıtınızın diğer seçeneklerindeki boşluğa yazınız.
Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.
Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişilerle iletişim kurabilirsiniz.

Prof. Dr. Füsun Terzioğlu
Arş. Gör. Pınar Uzunkaya
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Hastalıkları ABD
Tel: 0(312) 305 15 80

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

Ek.7. İzin Formu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

Sağlık Bakanlığı

Başvuru No : 1094/2016 02.03.2016
Karar No : 2016/1094

Sayın; Arş. Gör. Pınar Uzunkaya
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Genel Sekreterliğin 13/02/2016 tarihli ve 2033 sayılı yazısıyla hastanemize bildirilen ve Hacettepe Üniversitesinin 16.12.2015 tarih ve GO 15/640-13 sayılı karar numarası ile Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı bulunan, Prof. Dr. Füsun Terzioğlu danışmanlığında yürütülecek olan '***Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölümcül hasta bakımına ilişkin tutumları ve saygın ölüme ilişkin görüşleri ve iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi'*** konulu yüksek lisans tez çalışmasını 12 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında hastanemizdeki hemşireler ile uygulamaya ilişkin izin talebiniz, Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)

Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan yrd.)

Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)

Prof. Dr. Adem ÖZKARA
(Üye)

Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)

Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)

Ek.8. İzin Formu

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı , Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : 22300087-806.01.03[806.01.03]/E.8317 17.02.2016

Konu : Prof.Dr. Füsun TERZİOĞLU tez çalışması için çalışma yapma isteği

CEBECİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 10.02.2016 tarihli ve 51986023/159 sayılı havaleniz.

İlgi sayı ve tarihli havalenizde bahsi geçen, Prof. Dr. FüsunTerzioğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu **"Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme İlişkin Görüşleri ve İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi"** konulu yüksek lisans tezinin uygulamasını 10 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında Cerrahi Onkoloji Bilim Dalında görev yapan hemşireler ile yapabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. .Dr. AYDAN EROĞLU
Anabilim Dalı Başkan Vekili

Ek.9. İzin Formu

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : 36100389-806.01.03[806.01.03]/E.8183 17.02.2016

Konu : Prof.Dr. Füsun TERZİOĞLU tez çalışması için çalışma yapma isteği

CEBECİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 10.02.2016 tarihli ve 51986023/159 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim üyesi Prof.Dr. Füsun Terzioğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu "Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezinin uygulanmasını 10 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihlerinde Tıbbi Onkoloji Bilim dalımız hemşireleri ile yapmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. HAKAN AKBULUT
Bilim Dalı Başkanı

Ek.10. İzin Formu

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-970/469 12/02/2016
Konu: Pınar UZUNKAYA

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : H.Ü. Hemşirelik Fakültesi'nin 07.10.2015 tarih ve 1571 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Pınar UZUNKAYA' nın "Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme İlişkin Görüşleri İle İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu tezinin uygulamasının etik kurul onayının 10.02.2016 tarihinde tarafımıza getirilmesiyle birlikte ilgi yazıda belirtilen tarihler arasında Hastanemiz Bl. 83 Kadın Hastalıkları Servinde ve Dahiliye Servislerinde yapabilmesi Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

GÖNÜL YILDIRIM
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü

Ek.11. İzin Formu

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürlüğü

Sayı: 63305009-25 22.01.2016
Konu: Pınar UZUNKAYA-Tez Çalışması

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi

İlgi: 07.10.2015 tarih ve 1571 sayılı yazınız

İlgi yazıya istinaden Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Pınar UZUNKAYA'nın "Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme İlişkin Görüşleri ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu tezinin araştırmasını hastanemizde 01.11.2015-30.06.2016 tarihlerinde yapması uygun görülmüş olup, araştırma sonuçlarının Hemşirelik Müdürlüğü ile paylaşılması rica olunur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç.Dr.Pervin HÜRMÜZ
Onkoloji Hastanesi Başhekimi V.

Ek.12. İzin Formu

Pınar Uzunkaya

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhemşirelik

Sayı : 14356066-044/E.4791 221 03.03.2016

Konu : Öğretim Üyesi Prof.Dr. Füsun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu yüksek lisans tezinin uygulanması hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİNE

İlgi : 10.02.2016 tarihli ve 51986023/161 sayılı yazınız.

Üniversiteniz, Öğretim Üyesi Prof.Dr.Füsun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu Arş.Gör.Pınar UZUNKAYA'nın **"Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme İlişkin Görüşleri ve İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi"** konulu yüksek lisans tezinin uygulamasını 10.02.2016 - 30.09.2016 tarihleri arasında, Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Ek.13. İzin Formu

Pınar UZUNKAYA

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ 2. BÖLGE GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ULUS DEVLET HASTANESİ

SAYI : 69668506- 1005 03/03/2016

KONU : Araştırma İzni/Pınar UZUNKAYA

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

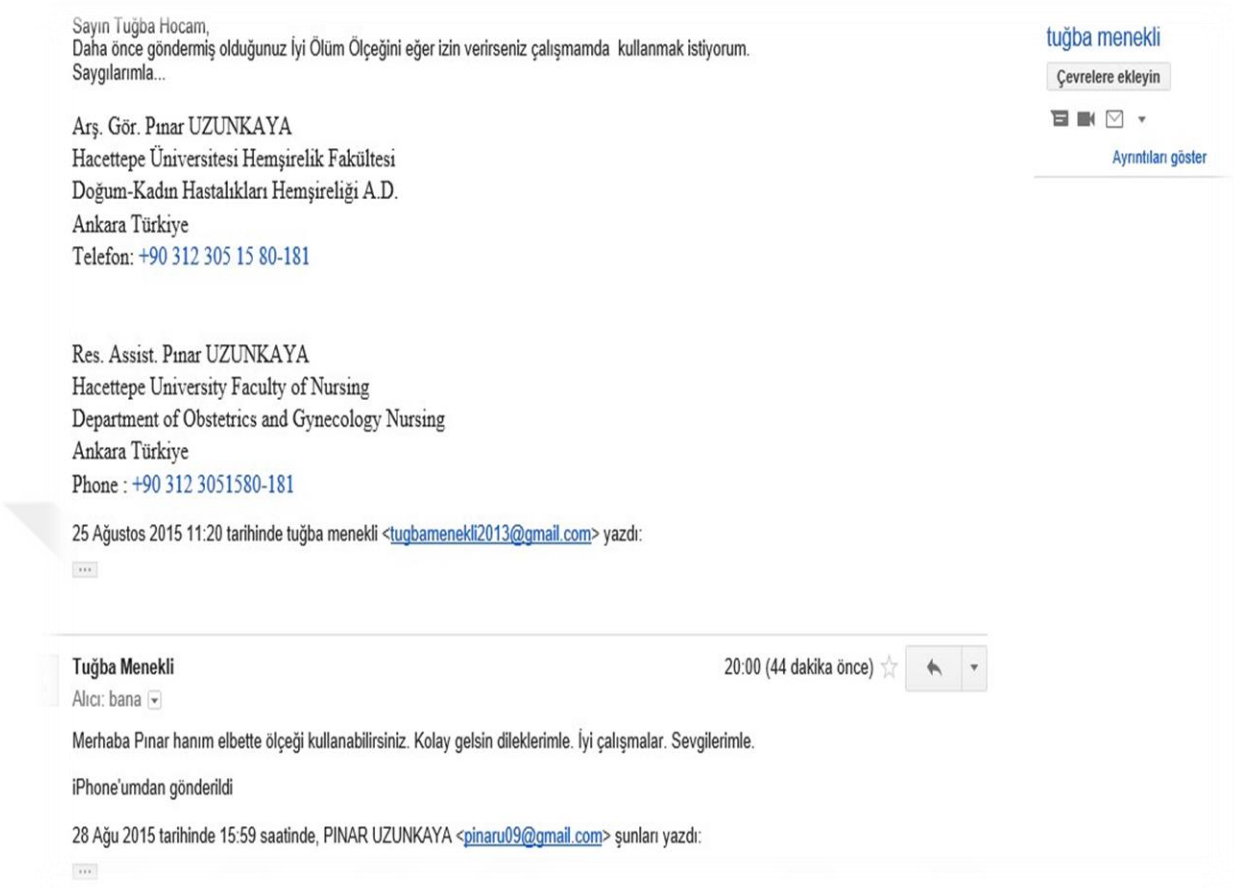
İlgi: 29.02.2016 tarihli ve 85346189-605.01-E.2799 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin yazısı.

İlgideki yazıya istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Füsun TERZIOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA'nın yürüttüğü "Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hasta Bakımına İlişkin Tutumları ve Saygın Ölüme İlişkin Görüşleri ve İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında, 10 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında hastanemizde görev yapan hemşirelere anket uygulaması yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA tarafından 10 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla hastanemizde yapmasında bir sakınca yoktur.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
EVRAK ŞEFLİĞİ
TARİH 02/03/2016 SAYI 3710
Hemşirelik Fak. Dek. na

Ek.14. İzin Formu



Sayın Tuğba Hocam,
Daha önce göndermiş olduğunuz İyi Ölüm Ölçeğini eğer izin verirseniz çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla...

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Ankara Türkiye
Telefon: +90 312 305 15 80-181

Res. Assist. Pınar UZUNKAYA
Hacettepe University Faculty of Nursing
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Ankara Türkiye
Phone : +90 312 3051580-181

25 Ağustos 2015 11:20 tarihinde tuğba menekli <tugbamenekli2013@gmail.com> yazdı:

tuğba menekli
Çevrelere ekleyin
Ayrıntıları göster

Tuğba Menekli 20:00 (44 dakika önce)
Alıcı: bana

Merhaba Pınar hanım elbette ölçeği kullanabilirsiniz. Kolay gelsin dileklerimle. İyi çalışmalar. Sevgilerimle.

iPhone'umdan gönderildi

28 Ağu 2015 tarihinde 15:59 saatinde, PINAR UZUNKAYA <pinaru09@gmail.com> şunları yazdı:

Ek.15. İzin Formu



Alıcı: duyanveli

Sayın Veli Hocam,
Daha önce göndermiş olduğunuz Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme ölçeğinizi eğer izin verirseniz çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla...

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Ankara Türkiye
Telefon: +90 312 305 15 80-181

Res. Assist. Pınar UZUNKAYA
Hacettepe University Faculty of Nursing
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Ankara Türkiye
Phone : +90 312 3051580-181

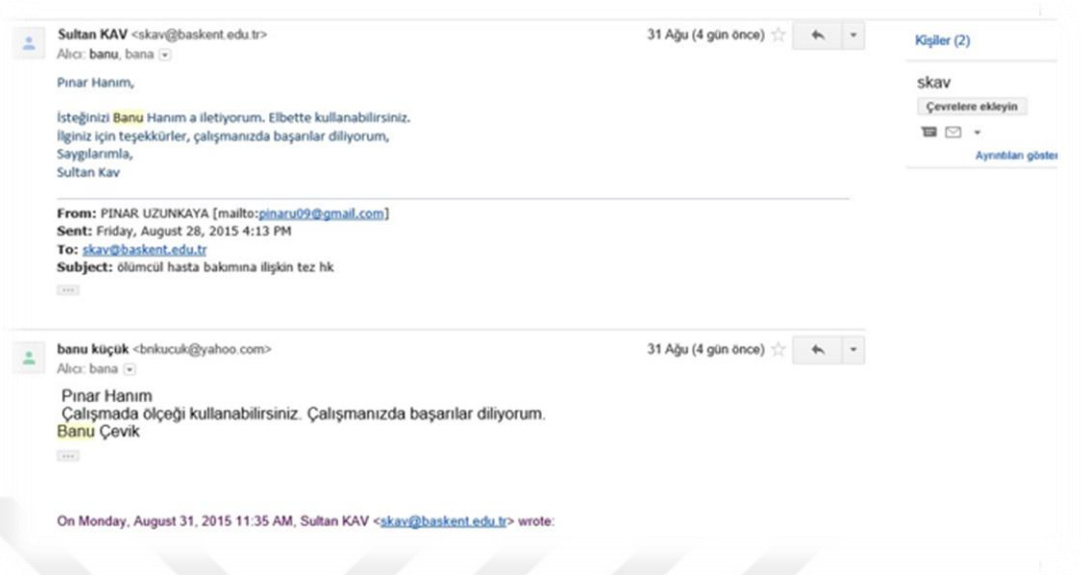
Veli Duyan
Çevrelere ekleyin
Ayrıntıları göst

Veli Duyan 16:34 (4 saat önce)
Alıcı: bana

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızdan mutluluk duyarım. Çalışmanızda başarı dileklerimle. Prof. Dr. Veli Duyan

Ek 16 İzin Formu



Sultan KAV <skav@baskent.edu.tr> 31 Ağu (4 gün önce)
Alıcı: **banu**, bana

Pınar Hanım,

İsteğinizi Banu Hanım a iletiyorum. Elbette kullanabilirsiniz.
İlginiz için teşekkürler, çalışmanızda başarılar diliyorum,
Saygılarımla,
Sultan Kav

From: PINAR UZUNKAYA [mailto:pinaru09@gmail.com]
Sent: Friday, August 28, 2015 4:13 PM
To: skav@baskent.edu.tr
Subject: ölümcül hasta bakımına ilişkin tez hk

Kişiler (2)
skav
Çevrelere ekleyin
Ayrıntıları göste

banu küçük <bnkucuk@yahoo.com> 31 Ağu (4 gün önce)
Alıcı: bana

Pınar Hanım
Çalışmada ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar diliyorum.
Banu Çevik

On Monday, August 31, 2015 11:35 AM, Sultan KAV <skav@baskent.edu.tr> wrote:

ÖZGEÇMİŞ

Pınar UZUNKAYA, 1991 yılında Konya'da doğmuştur. İlköğrenimini Dr Teoman Bilge İlköğretim Okulunda, lise eğitimini Konya Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümünü kazanmış, 2014 yılında fakülte ikincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl, Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) kapsamında 33/a maddesi uyarınca Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına Araştırma Görevlisi olarak atanmıştır. Araştırmacı, Erasmus Programı kapsamında 2012 yılında, Sotiria General Hospital Of Athens' de 3 ay gözlemci olarak bulunmuştur. Halen Hacettepe Üniversitesinde eğitim ve çalışmalarına devam etmektedir.