ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/349304639

Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi

Article · September 2017

CITATIONS
9

READS
84

2 authors, including:



Ayten Dag
Koc University
1 PUBLICATION **9** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Ayten Dag on 14 February 2021.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi

Ayten DAĞ[*] Aysel BADIR[**]

Öz

Giriş: Saygın ölüm, temel bir insan hakkıdır ve semptomların, invaziv işlemlerin azaltılması, özgürlüğü ve otonomiyi koruma, güvenli bir ortamda huzurlu ve saygın bir bakım alma özelliklerini taşır. **Amaç:** Yaşamının son günlerinde olan bireylere bakım veren hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ile ilgili tutumları üzerine etkisini incelemektir. **Yöntem:** Bir üniversite hastanesinde çalışan 590 kişiye (355 hemşire, 235 hekim) Eylül-Kasım 2015 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veriler; Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmış, veriler Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi ve Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri hemşirelerden yüksek bulunmuş; mahremiyet, ağrı ve semptom kontrolü, manevi destek, hastane dışında bakım alabilmek, son anında yanında olacak bireyleri belirlemek ile ilgili ilkelere hekim ve hemşireler yüksek oranlarda katılmışlardır. Palyatif bakım eğitimi alan hemşirelerin ilkeleri benimseme düzeyleri de eğitim almamış olanlardan yüksek bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerin meslek, yaş, mesleki deneyim ve palyatif bakım eğitimi alma değişkenleri saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Sağlık bakımı sunan kuruluşlarda saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Saygın Ölüm, Saygın Ölüm İlkeleri, Palyatif Bakım, Hekim, Hemşire.

Abstract

The Effects of Certain Characteristics of Physicians and Nurses on Attitudes Related to Principles about Dying with Dignity

Background: Dying with dignity is a basic human right. It signifies the following characteristics: minimal symptom distress and limited invasive treatment, maintaining autonomy and independence, and receiving dignified care in a calm and safe environment. **Objectives**: The aim of this study is to examine the effects of certain characteristics of the physicians and nurses who provide care for people who are dying on their attitudes related to dying with dignity and peace. **Methods:** This definitive research was conducted on 590 health professionals (355 nurses, 235 physicians) employed in a university hospital from September 2015 to November 2015. The research data were collected using Sociodemographic and Work- Related Characteristics Questionnaires, Assessment Scale of Attitudes towards Principles about Dying with Dignity and the Thorson Powell Scale of Death Anxiety. Definitive statistics of variable were performed in data assessment and the data were assessed using Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test and Regression Analysis. **Results:** The level of adaptation of principles about dying with dignity by the physicians were found to be higher than that of nurses and physicians and nurses agreed with the principles related to intimacy, pain and symptom control, moral support, ability to receive care outside the hospital, determining the individuals who will be with the patient at the last moment. The level of adaptation of principles by the nurses provided training on palliative care were found to be higher than that of the nurses who are not provided training. The variables of professions, ages, professional experiences and training on palliative care of the physicians and nurses were found to be correlated with their attitudes towards principles about dying with dignity. **Conclusion:** It is recommended that principles about dying with dignity be adopted in institutions offering healthcare.

Key Words: Dying with Dignity, Principles about Dying with Dignity, Palliative Care, Physician, Nurse.

Geliş tarihi: 10.08.2016 Kabul tarihi: 20.09.2017

Temel bir insan hakkı olan saygın ölüm, yaşamın son günlerinde olan bireyler için önemlidir. Saygın ölüm; semptomların, invaziv işlemlerin azaltılması, özgürlüğü ve otonomiyi koruma, saygı görme, mahremiyeti koruma, değer verilen kişilerle anlamlı bir iletişimi sürdürme, güvenli bir ortamda huzurlu ve saygın bir bakım alma özelliklerini içinde barındırır (Guo ve Jacelon, 2014). Palyatif bakımda saygın ölüm; hastalar, aileleri ve sağlık profesyonelleri tarafından önemli görülmekle birlikte, saygın bir ölüm sürecinin öğelerinin belirsizliği de sürmektedir (Sandman, 2002).

Saygın bir ölüm süreci yaşatılamamasının önündeki engeller; hemşirelerin zamanının kısıtlı olması, iletişim zorlukları, hastaya bakım veren ekip üyelerinin çeşitliliği ve hastanın ihtiyaçlarına değil hekim kararlarına dayalı tedavilere odaklanılması olarak belirlenmektedir (Beckstrand, Callister ve Kirchhoff, 2006). Saygınlığın korunmasında mahremiyet (Guo ve Jacelon, 2014) ve iyi bir semptom kontrolü önemli görülmekte (Benner, Kerchner, Corless ve Davies, 2003), hasta gizliliğinin olmaması ise saygınlığı tehdit eden unsurlar arasında sayılmaktadır (Baillie, 2009). Ebelik bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrenciler yaşamın son günlerindeki hastalar için en iyi desteğin aile olduğunu belirtmektedir (Ay ve Gençtürk, 2013). Sevilen bireylerin varlığı ve yaşamın son günlerinin nerede geçirildiği saygın ölüm sürecinin öğeleri arasında sayılmaktadır (Pierson, Curtis ve Patrick, 2002).

Yaşamın son günleri ölüm kaygısının daha yoğun yaşandığı, hasta açısından olumlu ve olumsuz deneyimler kazandırabilecek zor bir süreçtir. Sağlık profesyonelleri kendi ölüm kaygıları nedeniyle yaşamın son günlerindeki hastaların yanında olmaktan rahatsızlık duyabilir ve bu duygularının neden kaynaklandığını fark etmeyebilirler. Ölüm kaygıları sağlık profesyonellerinin hastadan uzaklaşmasına neden olabilir (İnci ve Öz, 2012).

Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları ve ölüm kaygılarının incelendiği bir araştırmada, kadınların erkeklere göre ölümü daha tarafsız kabullendiği görülmektedir (Bilge, Embel ve Kaya, 2013). Ebelik öğrencileri, ölüm ile ilgili çoğunlukla üzüntü, çaresizlik ve yetersizlik duyguları yaşadıklarını ifade etmektedirler (Ay ve Gençtürk, 2013).

Hemşireler yaşamın son günlerindeki hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmamakta (Uslu, 2013) ve yaşam sonu bakım konusunda aldıkları eğitimi hekimlere göre daha fazla yetersiz bulmaktadırlar (Karahisar, 2006). Hemşireler, hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacaklarını bilemedikleri ve hekimlerin konuşmasının daha uygun olacağını düşündükleri için hasta ile iletişime geçmediklerini bildirmekte (Çevik, 2010), palyatif bakımı daha çok hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünmektedirler (Turgay, 2010).

*Uzm. Hemşire Ayten DAĞ, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı E-mail: adag14@ku.edu.tr / aytender@gmail.com ** Prof. Dr. Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ülkemizde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğu yaşam sonu bakım ile ilgili etik kararların alınması sürecine katılmamaktadır (Badır ve ark., 2015). Etiyopya, Hindistan, Kenya ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kliniklerde çalışan hemşireler, psikolojik rahatlamanın sağlanmasını, umut ve inancın korunmasını, bireylerin son dileklerinin yerine getirilmesini, otonomi ve kontrolü geliştirmek için hastaların tedavi sürecindeki kararlara katılmasını önermektedirler (Coenen, Doorenbos ve Wilson, 2007). Yaşam sonu bakım veren hemşireler saygınlığın korunması için; ağrının azaltılması, fiziksel bakımın iyi bir şekilde sürdürülmesi, etkili ekip çalışması, hasta ve ailesi için fiziksel ve duygusal huzurun, manevi rahatlığın sağlanması gerektiğini düşünmektedirler (McCallum ve McConigley, 2013). Tıp eğitiminde öğrenciler iyi bir yaşam sonu bakım sağlamak konusunda kendilerini hazırlıksız, klinisyenler ise yaşam sonu bakımın kilit öğelerini öğretmek konusunda yetersiz hissetmektedirler (Sullivan, Lakoma ve Block, 2003).

Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması Çalışma Grubu tarafından "saygın ölüm ilkeleri" tanımlanmıştır. Saygın ölüm ilkesi olarak 12 ilkenin tıbbi bakım hizmetleri ile bakım kurumları ve kuruluşları tarafından kabul edilmesi önerilmiştir (Smith, 2000).

Yaşamın son günlerinde olan hastalarla en sık karşılaşan ve onlara bakım veren profesyoneller hekim ve hemşireler olduğu için hekim ve hemşirelerin bu süreçteki hastalara ve yakınlarına yönelik tutumları yaşamın son döneminde verilen bakımın kalitesinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde ülkemizde sağlık profesyonellerinin ölüm kaygısının ve ölüm kaygısını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalar bulunsa da, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi; yaşam sonu bakımın kalitesine ilişkin bilgi sunmakla birlikte, araştırma sonuçları doğrultusunda saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyini artıran değişkenlerin güçlendirilmesine, saygın bir ölüm süreci sağlayabilmek için sağlık profesyonellerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesine ve saygın ölüm ilkelerini kapsayıcı bakım protokollerinin geliştirilmesine katkı sunabilecektir.

Çalışmanın amacı; yaşamının son günlerinde olan bireylere bakım veren hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ile ilgili tutumları üzerine etkisini incelemektir.

Araştırma Soruları:

- Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları farklı mıdır?
- Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları demografik ve mesleki özelliklere göre değişiklik göstermekte midir?
- Hekim ve hemşirelerin ölüm kaygısı puanlarına göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?
- Hekim ve hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi, ölüm kaygısı ölçeği puanları, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları etkilemekte midir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte yapılmış bir çalışmadır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, meslek, meslekte çalışma yılı, birimde çalışma yılı, çalışılan birim, ölüm kaygısı düzeyi, palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu, biriminde yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım verme durumu oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenini Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Yeri

Yatak kapasitesi 1100 olan bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerle, Eylül-Kasım 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Dâhili ve Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerine bağlı 27 birimde katılımcılara ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan ve bu birimlerde çalışan katılımcılar yaşamın son günlerindeki hastalara bakım vermektedirler. Çalışmaya katılan hemşireler her yıl düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılmakta, hekimlere dönük hastane yönetiminin düzenlediği bir hizmet içi eğitim programı bulunmamaktadır.

Araştırmanın Evreni/Örneklemi

Üniversite hastanesinde araştırmanın yapıldığı aylarda aktif olarak çalışan 1100 hekim (n = 450) ve hemşire (n = 650) çalışmanın evrenini oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Kurumda en az altı aydır çalışma araştırmaya dahil etme kriteri olarak belirlenmiş, araştırma yapıldığı süreçte kurumda çalışmaya yeni başlayan 100 kişi araştırma dışında tutulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve kurumda en az altı aydır çalışan 590 (%53) kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile toplanmıştır.

Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu'nda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, deneyim, çalışılan birim ve palyatif bakım eğitimi alma durumunun sorgulandığı 12 soru yer almaktadır.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Duyan tarafından 2014 yılında geliştirilmiş beşli likert tipte bir ölçektir ve ölçekten alınan puanlar 12-60 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek, düşük puanlar da ilkeleri benimseme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır (Duyan, 2014).

Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği; Thorson ve Powell tarafından geliştirilmiş, Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Karaca ve Yıldız tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçek 25 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken 0-25 aralığında alınan puan bireyin ölüm kaygısının "çok düşük" olduğunu; 26-50 arasında alınan puan ölüm kaygısının "hafif düzey"de olduğunu; 51-75 arasında alınan puan bireyin ölüm kaygısının "orta düzey"de olduğunu; 76-100 arasında alınan puan ise bireyin ölüm kaygısının "çok yüksek" olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı .84 bulunmuştur (Yıldız ve Karaca, 2001).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede yapılması araştırma sonuçlarının genellenmesi konusunda sınırlılık oluşturabilir.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Science programı 21. sürümü (SPSS-21) kullanılmıştır. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmış, verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespiti için Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar üzerine etki eden faktörler Forward Stepwise Çoklu Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ni geliştiren Duyan'dan ve Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Yıldız'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumdan yazılı izin alınmıştır. Örneklemi oluşturan hekim ve hemşireler araştırma konusunda sözlü ve yazılı olarak aydınlatılmış olup araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formları uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler Dâhili ve Cerrahi Tıp Bilimleri'ne bağlı ana bilim dallarında çalışmaktadır. Hekimlerin çoğunluğu (%67.2) Dâhili Tıp Bilimleri'nde, hemşirelerin yarısı (%50.4) Cerrahi Tıp Bilimleri yarısı da Dâhili Tıp Bilimleri (%49.6) bölümünde çalışmaktadır. Hemşirelerden sadece 11 kişi palyatif bakım eğitimi aldığını bildirmektedir. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin diğer tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hekim ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N = 590)

	Hemşire (n = 355)		**Hekim (n = 235)**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Cinsiyet				
Kadın	338	95.2	111	47.2
Erkek	17	4.8	124	52.8
Eğitim Düzeyi				
Yüksek lisans	69	19.4		
Lisans	248	69.9		
Ön lisans	38	10.7		
Uzman hekim			54	23.0
Tıpta uzmanlık öğrencisi			181	77.0

	Ortalama (SS) (min-mak)	**Sayı**	**%**	**Ortalama (SS) (min-mak)**	**Sayı**	**%**
Yaş Grupları	33.3 (7.6) (21-51)			28.7 (3.5) (21-41)		
30 ve altı		173	48.7		178	75.7
31 ve üzeri		182	51.3		57	24.3
Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)	11.4 (8.3) (0.5-31)			4.1 (3.2) (0.5-20)		
5 yıl ve altı		76	21.4		166	70.6
5 yılın üzeri		279	78.6		69	29.4
Birimde Deneyim Süresi (Yıl)	7.4 (7.1) (0.5-29)			2.6 (2.3) (0.5-20)		
5 yıl ve altı		159	44.8		216	91.9
5 yılın üzeri		196	55.2		19	8.1

Hekim ve hemşirelerin; "İlke 3- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek", "İlke 4- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek", "İlke 7- İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek", "İlke 8- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek", "İlke 9- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek" ve "İlke 10- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek ilkelerine yüksek oranlarda katıldıkları görülmektedir. "İlke 1- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlamak", "İlke 5- Ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek" ve "İlke 12- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak" ilkelerine ise katılma oranlarının düştüğü görülmektedir.

Tablo 2. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanları (N = 590)

Değişken	**Gruplar**	**Sayı**	**Ort (min-mak)**	**SS**	**KW[i]/ MWU[ii]**	**P**	**Sayı**	**Ort (min-mak)**	**SS**	**KW[i]/ MWU[ii]**	**p**
		Hemşire (n = 355)					**Hekim (n = 235)**				
Yaş Grupları	30 yaş ve altı	165	48 (14-60)	7.5	172.2	.316	177	51 (12-60)	7.7	142.1	.020*
	30 yaş üzeri	190	52 (12-60)	8.0	183.1		58	57 (22-60)	7.3	110.1	
Mesleki Deneyim	5 yıl ve altı	106	48 (14-60)	7.4	187.2	.271	180	51 (12-60)	8.0	107.9	.000***
	5 yıl üzeri	249	52 (12-60)	7.9	174.1		55	56 (39-60)	5.2	151.1	
Çalışılan Birim	Cerrahi Tıp B.	179	50 (12-60)	6.7	180.9	.588	77	51 (14-60)	9.2	103.4	.021*
	Dahili Tıp B.	176	50 (14-60)	8.7	175.0		158	54 (12-60)	6.6	125.1	
Palyatif	Hayır	344	50	7.7	174.4	.000***	235	53	7.7		-

Bakım Eğitimi Alma			(12-60)					(12-60)			
	Evet	11	54 (46-60)	4.5	291.0		0				
Eğitim Düzeyi	Ön lisans[a]	38	50 (24-60)	7.6	142.8						
	Lisans[b]	248	50 (12-60)	7.7	180.7	.720					
	Yüksek lisans[c]	69	50 (15-60)	8.2	187.6						
	T. uzm. öğr.[d]						181	51 (12-60)	7.9	107.3	.000*** e > d
	Uzm. hekim[e]						54	57 (39-60)	5.3	153.7	
Toplam (N = 590)											
Meslek	Hekim	235	53 (12-60)	7.7	266.8	.000***					
	Hemşire	355	50 (12-60)	7.8	338.9						

[i]KW: Kruskall Wallis; [ii]MWU: Mann Whitney U; [iii]Ort: Ortanca *p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Hekimlerde ölçek puanları; 5 yılın üzerinde deneyime sahip olanlar, 5 yılın altında deneyimi olanlardan; Dahili Tıp Bilimleri'nde çalışanlar Cerrahi Tıp Bilimleri'nde çalışanlardan; uzman hekimler, tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerden istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 2).

Hekimlerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanları hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerden palyatif bakım eğitimi almış olanların ölçek puanları, almamış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Hemşirelerde Saygın Ölüm İlkelerini İlişkin Tutumları Değerlendirme ölçeği puanları arasında eğitim düzeyine, yaşa, çalışılan birime, mesleki deneyime göre anlamlı bir fark görülmezken; palyatif bakım eğitimi alanların ölçek puanları almamış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Ölüm kaygısı düzeylerine göre hekimlerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasında fark bulunmazken; hemşirelerden ölüm kaygısı çok düşük düzeyde olanların ölçek puanları diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan yüksek bulunmuştur.

Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyine etki eden faktörler araştırılmıştır (Tablo 3). Regresyon modelinin R değeri .50 çıkmış olup değişkenler arası korelasyon katsayısı %50 çıkmıştır. Modelin F istatistik değeri 36.1 olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Meslek değişkeni regresyon modelinde %47.2 oranında öneme sahip olup hemşire olmanın ölçek puanlarını azaltıcı, uzman hekim olmanın artırıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Yaş değişkeni %15.9 öneme sahip olup yaş arttıkça ölçek puanlarının azaldığı görülmüştür. Mesleki deneyim %12.9 öneme sahip olup deneyim arttıkça ölçek puanlarını da artırıcı bir etki yarattığı belirlenmiştir. Palyatif bakım konusunda eğitim alma değişkeni regresyon modeli üzerinde %14.1 öneme sahip olup, eğitim almamış olmanın ölçek puanlarını azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Biriminde yaşam sonu bakım verme değişkeninin model üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir öneme sahip olmadığı belirlenmiştir. Regresyon modeli üzerinde anlamlı olan değişkenlerin (meslek, yaş, mesleki deneyim, palyatif bakım eğitimi alma) %24 oranında açıklayıcı olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Tutumunu Etkileyen Faktörler (N = 590)

Değişkenler	**B**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**		**Önem Derecesi**	**Multiple Regresyon** (Forward Stepwise)
				Alt Sınır	**Üst Sınır**		
Meslek							
Hemşire	-2.6	-3.0	.003*	-4.3	-.9	%47.2	
Uzman Hekim	7.6	5.4	.000**	4.9	10.4		
Yaş	-.6	-3.4	.001*	-.9	-.2	%15.9	
Mesleki Deneyim	.5	3.1	.002*	.2	.8	%12.9	
Palyatif Bakım Eğitimi							F = 36.1 p = .000** R = .50 R^2 = .24
Almama	-7.5	-3.2	.001*	-12.1	-2.9	%14.1	
Alma	.0						
Birimde Yaşam Sonu Bakım							
Vermeme	-1.3	-1.9	.055	-2.6	.0	%5.1	
Verme	.0						

[i]KW: Kruskall Wallis; [ii]MWU: Mann Whitney U; *p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tartışma

Çalışmamızda saygın ölüm ilkelerinden "saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek, ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek, istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek, sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek, son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek, yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek" maddelerine hekim ve hemşirelerin yüksek oranlarda katıldıkları görülmektedir. Yaşam sonu bakımda hastalar da, sağlık profesyonelleri de mahremiyetin

korunmasını, manevi doyuma ulaşmayı önemli görmektedirler (Guo ve Jacelon, 2014). Mahremiyetin korunması saygınlığı destekleyen; hasta gizliliğinin olmaması ise saygınlığı tehdit eden unsurlar arasında sayılmaktadır (Baillie, 2009). Aynı zamanda Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilmiş olan ve ülkemizde de Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer verilen mahremiyet hakkı, hekim ve hemşirelerin eğitimlerinde sıklıkla vurgulanan konuların başında gelmektedir. Yaşam sonu bakım alan hastaların saygın ölümü, semptomların kontrol edildiği ve ağrısız bir ölüm olarak tanımladıkları, manevi destek almayı önemsedikleri görülmektedir (Pierson ve ark., 2002). Saygınlığın korunması için iyi bir semptom kontrolü önerilmektedir (Benner ve ark,, 2003). Hemşireler saygınlığın korunması için; manevi rahatlığın sağlanmasını (McCallum ve McConigley, 2013), hastalara son ritüellerini yerine getirmeleri ve manevi ihtiyaçları için fırsat verilmesini (Badır ve ark., 2015) önermektedirler. Ebelik bölümü öğrencileri yaşamın son günlerindeki hastalar için aileyi en iyi destek olarak görmekte (Ay ve Gençtürk, 2013); sevilen bireylerin varlığı, yaşamın son günlerinin nerede geçirildiği, manevi destek alma (Pierson ve ark., 2002) saygın bir ölümün öğeleri arasında sayılmaktadır. Çalışmamız; hekim ve hemşirelerin literatürdeki bu çalışmalarla benzer biçimde yaşam sonu bakımda mahremiyet, semptom kontrolü, manevi destek, son anında yanında olacak bireyler ve hastane dışında bakım konularını önemsediklerini göstermektedir.

Hemşirelerin "ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek" ilkesine; hekim ve hemşirelerin "ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlamak, gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak" ilkelerine katılma oranlarının düştüğü görülmektedir. Ülkemizde yaşam sonu bakımın hastanede, evde, bakım evinde alınması mümkündür. Ancak hemşireler çoğunlukla hastaların ölüm yeri tercihlerinin sorulmaması gerektiğini düşünmekteler (Çevik, 2010). Kaliteli bir yaşam sonu bakım ve saygın ölüm için, hastalar tarafından yaşamın son anlarının ve ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmesinin önemli olduğu bildirilmekte (Işıkhan, 2008), saygınlığını kaybetme korkusu ölüm yeri tercihlerini etkilemektedir (Thomas, Morris ve Clark, 2004). Hastalar yaşam destek ünitelerinde, isteklerinin ve değerlerinin önemsenmediği, etkisiz tedavilerin zorla uygulandığı bir yaşam sonu bakımı kötü ölüm olarak tarif ederken (Ko, Kwak ve Nelson-Becker, 2015); yoğun bakım hemşireleri yaşam sonu bakımın yoğun bakım ünitelerinde verilmesini önermekte (Badır ve ark., 2015), yaşam desteğini kesmenin de etik olabileceğine katılmamaktadırlar (Scherer, Jezewski, Graves, Wu ve Bu, 2006). Hekim ve hemşirelerin bu ilkelere katılma oranlarının azalması, hastaların kendileriyle ilgili özgürce karar vermesi ve otonomilerini koruması konusunda yeterince duyarlılığı olmaması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Yaşamın son günlerindeki hastalara en fazla bakım veren sağlık profesyonelleri olan hekim ve hemşirelerin aldıkları eğitimler farklıdır. Yaşam sonu bakım konusunda tıp öğrencileri kendilerini hazırlıksız hissettiklerini bildirmekte (Sullivan ve ark., 2003), hemşirelik öğrencileri de kendilerini yetersiz gördüklerini, aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu ve hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma gerekli önemin verilmediğini bildirmektedir (Koç ve Sağlam, 2008). Yapılan başka bir çalışma hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda aldığı eğitimi hekimlerden daha büyük oranda yetersiz bulduğunu göstermektedir (Karahisar, 2006). Hemşireler çoğunlukla yaşam sonu bakım verirken hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmamakta, hastaların manevi ihtiyaçlarına ve kültürel değerlerine, bakımı aksatmadığı koşullarda duyarlılık gösterebilmektedir (Uslu, 2013). Literatürdeki bu çalışmalarda yaşam sonu bakım konusunda kendilerini daha hazırlıksız, aldıkları eğitimi daha yetersiz gördüğü belirlenen hemşirelerin, bizim çalışmamızda da saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri hekimlerden anlamlı düzeyde düşüktür. Araştırmamızın bu bulguyla uyumlu bir diğer sonucu da eğitim düzeylerine göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin farklılık göstermesidir. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre bir farklılık görülmezken; hekimler arasında uzman hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri tıpta uzmanlık öğrencilerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu hekimlerde eğitim düzeyi arttıkça saygın ölüm ilkelerinin daha fazla benimsendiğini göstermektedir. Hemşirelerin, farklı eğitim seviyeleri arasında saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmaması, aynı zamanda hekimlerden daha düşük oranda saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi; saygın ölüm ve hemşirelik eğitiminde ağırlıklı olarak yer verilen yaşam sonu bakım konusunun işlenişine ve uygulamaya yansıtılmasına ilişkin yetersizlikten kaynaklanabilir.

Hemşireler yaşam sonu bakım konusunda aldıkları eğitimi yetersiz bulmakta; kötü haber verme, iletişim, ağrı yönetimi, semptom kontrolü, yas sürecinde baş etme konularında eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir (Uslu, 2013). Hemşire ve hekimlerin ölümle ilgili aldıkları eğitim durumları incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğunun, hekimlerin ise yarıdan az bir oranının ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları görülmektedir (Karahisar, 2006). Çalışmamıza katılan hekim ve hemşireler arasında palyatif bakım eğitimi alan sadece 11 kişidir ve tamamı hemşiredir. Eğitim alan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri eğitim almamış olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksektir. Eğitim alanlar çalışmaya katılan tüm hekim ve hemşirelerle karşılaştırıldığında, saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi eğitim almamış hemşireler ve tüm hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, eğitim alanların sayısı oldukça düşük olsa da, eğitim alanlar sadece hemşireler olmasına rağmen, palyatif bakım ya da yaşam sonu bakım konusunda eğitim almanın, saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyini tüm hekim ve hemşirelere oranla anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir. Palyatif bakım ya da yaşam sonu bakım kapsamında eğitimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri üzerine etkili olduğu görülmektedir.

Yaş gruplarına ve mesleki deneyime göre hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hekimlerde saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri, mesleki deneyimi 5 yıl üzerinde olanların, 5 yıl ve altında deneyime sahip olanlardan daha yüksek bulunmuş; yaş gruplarına göre ise 30 yaş üstündeki grubun, 30 yaş ve altındaki gruptan daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerde yaşla birlikte deneyimin artmasının da saygın ölüme ilişkin tutumlar üzerine olumlu etkisi olduğu görülmektedir.

Çalışılan birime göre hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hekimlerde ise Dâhili Tıp Bilimleri bölümünde çalışan hekimlerin, Cerrahi Tıp Bilimleri bölümünde çalışanlara oranla saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürde hekimlerin yaşam sonu bakıma ilişkin konularda birimlerine göre karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dâhiliye ve cerrahi hekimlerinin empati kurma düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada dahiliye hekimlerinin empati kurma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmekte; bu bulgu dahiliye dalında uzmanlaşanların, cerrahiye göre teşhis ve tedavi süreçlerinde hastalarla daha fazla ilişki içerisinde olmaları ile açıklanmaktadır (Teke, Cengiz ve Demir, 2010). Dâhiliye hekimlerinin yaşam sonu bakım konusunda cerrahi hekimlerine göre daha fazla bilgi sahibi olduğu bildirilmektedir (Turgay, 2010). Çalışmamızda dâhiliye hekimlerinin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin daha yüksek bulunması da hastalarla daha fazla ve uzun süre ilişki içinde ve yaşam sonu bakım konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin ölüm kaygısı çok düşük düzeyde olanların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin ölüm kaygısı yükseldikçe yaşam sonu bakımda pozitif tutum gösterme oranlarının azaldığı bildirilmektedir (Rooda, Clements ve Jordan, 1999). Hemşirelerin ölüm kaygısının belirlendiği bir çalışmada, en düşük ölüm kaygısına sahip olanların mesleğini sevenler ve çalıştıkları birimlerde hastalarını kaybettiklerinde bundan etkilenenler olduğu görülmüştür (Taka, 2010). Bizim çalışmamızda da çok düşük düzeyde ölüm kaygısına sahip hemşireler saygın ölüm ilkelerini en fazla benimseyenler olmuştur. Bu bulgu ölüm kaygısı düşük düzeyde olan hemşirelerin ölümü yaşamın bir parçası olarak görebilmelerinin, yaşam sonu bakım ve ölüm konusunda duyarsızlaşmadan bakımı sürdürebilmelerinin bir sonucu olabilir.

Hekim ve hemşirelerin meslek, yaş, mesleki deneyim ve palyatif bakım konusunda eğitim alma değişkenleri saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları etkilediği bulunmuştur. Yaşın artmasının ve palyatif bakım konusunda eğitim almamış olmanın saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyini azaltıcı, mesleki deneyimin artırıcı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Meslek değişkeni saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi üzerinde en fazla öneme sahip olan değişken olarak bulunmuş; uzman hekim olmanın saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyini artırıcı, hemşire olmanın azaltıcı etkisi olduğu görülmüştür. Bu bulgu Mann Whitney U analizi ile değerlendirilen hekim ve hemşirelerin arasındaki istatistiksel farklılık ile de uyumludur. Yaşam sonu bakım konusunda hemşirelerin bilgi düzeyleri hekimlerden daha düşük bulunmakta, onkoloji hemşireleri yaşam sonu bakımın depresyona ve hastaların umudunu kaybetmesine neden olacağına inanmaktadır (Huijer, Dimassi ve Abboud, 2009). Hemşireler palyatif bakımı daha çok hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünmekte; palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık olması gerektiğine hekimlerden daha az katılmaktadırlar (Turgay, 2010). Hemşireler yaşamın son günlerindeki hastaya bakım verirken en fazla hasta ve ailesiyle iletişim, ağrı kontrolü, ölüm kavramına ilişkin sorulara cevap verme ve yaşamın son günlerindeki hastanın bakımını sağlamak konusunda yetersizlik hissettiğini bildirmektedir. Hastalarla iletişime girmek istememelerinin nedeni çoğunlukla hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacaklarını bilememeleri ve hekimlerin konuşmasının daha uygun olacağını düşünmeleridir (Çevik, 2010). Hemşireler yaşam sonu kararlara ailelerin katılması gerektiğini önermekle birlikte, kendileri çoğunlukla katılmamaktadır (Badır ve ark., 2015). Yaşam sonu bakım konusunda kendilerini hekimlerden daha yetersiz gören, palyatif bakımı hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünen hemşirelerin bizim çalışmamızda da saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyini azaltıcı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgu hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda kendilerini yetersiz görmeleri ve farkındalıklarının olmamasından kaynaklanabilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmanın sonucunda saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi üzerinde; meslek, yaş, deneyim ve eğitimin önemli olduğu bulunmuştur. Bakımın iyileştirilmesi için saygın ölüm ilkelerinin sağlık bakımı veren kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenmesi ve yaşamın son günlerinde olan hastalara saygın ölüm ilkeleri doğrultusunda bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, yaşam sonu bakım verilen birimlerde yaşam sonu bakım konusunda eğitimli ve deneyimli hekim ve hemşirelerin görevlendirilmesi önerilir.

Kaynakça

Ay, F. & Gençtürk, N. (2013). Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 164-171.

Badır, A., Topçu, I., Türkmen, E., Göktepe, N., Miral, M., Ersoy, N., & Akın, E. (2015, May 6). Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nursing In Critical Care*, Retrived Ocak 15, 2016, from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12157/pdf. 3-5.

Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23-37.

Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45.

Benner, P., Kerchner, S., Corless, I. B., & Davies, B. (2003). Attending death as a human passage: core nursing principles for end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 12(6), 558-561. v

Bilge, A., Embel, N., & Kaya, F. G. (2013). Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), 119-124.

Coenen, A., Doorenbos, A. Z., & Wilson, S. A. (2007). Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *In Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1151-1156.

Çevik, B. (2010). Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri, Hemşirelik Programı Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 31-58.

Duyan, V. (2014). Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care*, 8(1), 25-31.

Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931-940.

Huijer, H. A. S., Dimassi, H., & Abboud, S. (2009). Perspectives on palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. *Palliative and Supportive Care*, 7(03), 339-347.

Işıkhan V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.

İnci, F., & Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2). 180-181.

Karahisar, F. (2006). Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye. 22-27.

Ko, E., Kwak, J. & Nelson-Becker, H (2015). What constitutes a good and bad death?: perspectives of homeless older adults. *Death Studies*, (7), s: 422.

Koç, Z. & Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1). 3-5.

McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30.

Pierson, C., Curtis, J., & Patrick, D. (2002). A good death: a qualitative study of patients with advanced AIDS. *AIDS Care*, 14(5), 587-598.

Rooda, L. A., Clements, R. & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. In Oncology Nursing Forum, 26(10), 1683-1687.

Sandman, L. (2002). What's the use of human dignity within palliative care? *Nursing Philosophy*, 3(2), s: 177-181.

Scherer, Y., Jezewski, M. A., Graves, B., Wu, Y. W. B. & Bu, X. (2006). Advance directives and end-of-life decision making survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Critical Care Nurse*, 26(4), 30-40.

Smith, R. (2000). A good death. *British Medical Journal*, 320(7228), 129-130.

Sullivan, A. M., Lakoma, M. D., & Block, S. D. (2003). The status of medical education in end of life care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 685-695.

Taka, F. (2010). Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi. Hemşirelik Programı Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 55-60.

Teke, A. K., Cengiz, E., & Demir, C. (2010). Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(3), 512-513.

Thomas, C., Morris, S. M. & Clark, D. (2004). Place of death: Preferences among cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2431-2444.

Turgay, G. (2010). Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. 41-46

Uslu, F. (2013). Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. 106-107.

Yıldız, M., & Karaca, F. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin normal populasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Tabula-Rasa*, 1(1), 43-55.

View publication stats