



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN
BAZI ÖZELLİKLERİNİN SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE
İLİŞKİN TUTUMLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

AYTEN DAĞ

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İSTANBUL - 2016



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN
BAZI ÖZELLİKLERİNİN SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE
İLİŞKİN TUTUMLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayten DAĞ

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Aysel BADIR**

İSTANBUL 2016

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Üye (Danışman)

Üye

Üye

Üye

ONAY

Bu tez çalışması,2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanması, yürütölmesi ve sonuçlanması büyük bir özveriyle destek olan, bilimsel bilgi ve katkısıyla araőtırmamı yöneten, bana rehberlik eden çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Aysel BADIR'a çok teşekkür ederim.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ni geliştiren ve araőtırmamda kullanmama izin veren Sayın Prof. Dr. Veli DUYAN'a, Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan ve araőtırmamda kullanmama izin veren Prof. Dr. Murat Yıldız'a teşekkür ederim.

Tezimin veri giriőlerinin ve tashiinin yapılmasında değerli katkılarını sunan ve bana desteğini esirgemeyen, Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni ablam Nurcan DAĞ'a teşekkür ederim. Çalıőmama katılmayı kabul eden tüm hekim ve hemşirelere teşekkür ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

AYTEN DAĞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
TABLO DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Amaç.....	3
1.3.Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Ölüm Kavramı	5
2.1.1.İyi Ölüm	5
2.1.2.Kötü Ölüm	6
2.2.Palyatif Bakım	6
2.3.Yaşam Sonu Bakım	8
2.3.1.Yaşam Sonu Bakımda Hasta Hakları.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1.Araştırmanın Tipi	13
3.2.Araştırmanın Değişkenleri	13
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	13
3.4.Evren ve Örneklem.....	13
3.5.Veri Toplama Formları.....	14
3.5.1.Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu.....	14

3.5.2.Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Ölçeği	14
3.5.3.Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	15
3.6.Ön Uygulama	16
3.7.Veritoplama Araçlarının Uygulanması	16
3.8.Araştırmanın Etik Yönü	16
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	17
3.10.Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
7. KAYNAKÇA.....	35
8. EKLER.....	41

TABLO DİZİNİ

Tablo 1:	Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Üzerine Çoklu Regresyon Analizi ile Etkisi İncelenen Değişkenler ...	18
Tablo 2:	Hekim ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	19
Tablo 3:	Hekim ve Hemşirelerin Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı.....	20
Tablo 4:	Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine Katılma Oranları	22
Tablo 5:	Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanları	25
Tablo 6:	Hekim ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı Düzeyine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanları.....	26
Tablo 7:	Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Tutumunu Etkileyen Faktörler.....	27

KISALTMALAR

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
TDK	:	Türk Dil Kurumu
DPBB	:	Dünya Palyatif Bakım Birliği
DTP	:	Dünya Tabipler Birliği
SS	:	Standart Sapma
Ort	:	Ortalama
min	:	Minimum Değer
mak	:	Maksimum Değer
MWU	:	Mann-Whitney U Testi
KW	:	Kruskal-Wallis H Testi
ark	:	Arkadaşları

ÖZET

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

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

Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere, Eylül-Kasım 2015 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmaya üniversite hastanesinde hemşire, tıpta uzmanlık öğrencisi veya uzman hekim olarak en az 6 aydır çalışan 590 kişi (355 hemşire, 235 hekim) katılmıştır. Araştırma verileri; 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, normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir. Çok değişkenli analizlerde Regresyon Analizi yapılmıştır.

Araştırma sonucunda 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. Dahili Tıp Bilimleri'nde çalışan hekimlerin ilkeleri benimseme düzeyi Cerrahi Tıp Bilimleri'nde çalışan hekimlerden yüksek; palyatif bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin ilkeleri benimseme düzeyleri de eğitim almamış olanlardan yüksek bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerin meslek, yaş, mesleki deneyim ve palyatif bakım konusunda eğitim alma değişkenleri saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ilişkili bulunmuştur. Hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakımın teorik ve uygulamalı derslere yansıtılması; sağlık bakımı sunan kurum ve kuruluşlarda saygın ölüm ilkelerinin benimsenerek, bakım protokollerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Saygın Ölüm, Saygın Ölüm İlkeleri, Palyatif Bakım, Hekim, Hemşire

ABSTRACT

Effect of Certain Characteristics of the Physicians and Nurses on Attitudes Related to Principles about Die with Dignity

The aim of this study is to examine the effect of certain characteristics of the physicians and nurses who provide care for people who are about to die on their attitudes related to die with dignity and peace.

It is a definitive research conducted on the physicians and nurses employed in a university hospital from September 2015 to November 2015. Five hundred ninety health professionals (355 nurses, 235 physicians) who work in a university hospital for minimum 6 months participate to the research. The research data were collected using Sociodemographic and Work Related Characteristics Questionnaires, Assessment Scale of Attitudes towards Principles about Die with Dignity and Thorson Powell Scale of Death Anxiety. Definitive statistics of variable were performed in data assessment and the data which fail to exhibit normal distribution were assessed using Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test. Regression Analysis was performed in multi-variable analyses.

As a result of the research, the level of adaptation of principles about die 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 physicians employed in Internal Medicine Sciences were found to be higher than that of the physicians employed in Surgical Medicine Sciences and 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 die with dignity. It is suggested reflecting life end care in nursing education to theoretical and practical educations, adopting principles about die with dignity in institutions and entities offering health care and developing care protocols.

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

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Hekim Birlikleri, tedavisi mümkün olmayan hastaların, onurlu ölüm hakkına sahip olduklarını kabul etmiş (Duyan, 2014), 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).

Palyatif bakım henüz sağlık profesyonellerinin eğitim ve çalışma programı kapsamında öncelikli konulardan biri olarak ele alınmadığı için sağlık profesyonelleri kötü haber verme, prognozu değerlendirme, semptom kontrolü ya da zor kararlarda hastaya yardım gibi konularda kendilerini hazır hissetmemektedirler (Turgay, 2010). Tıp eğitiminde öğrenciler iyi bir yaşam sonu bakım sağlamak konusunda kendilerini hazırlıksız, klinisyenler ise yaşam sonu bakımın kilit öğelerini öğretmek konusunda yetersiz hissetmektedirler (Sullivan ve ark, 2003). Hekim ve hemşirelerin çoğunluğu yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım vermek isterken hekimlerin yarısı ve hemşirelerin %70’i ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz bulmaktadır (Karahisar, 2006). Hemşirelik öğrencileri de yaşamın son günlerinde olan bireyin bakımı için kendilerini yetersiz görürken dörtte üçü yaşam sonu bakım konusunda aldığı eğitimi yetersiz bulmaktadır (Koç ve Sağlam, 2008).

Saygın ölüm, temel bir insan hakkıdır ve yaşamın son günlerinde olan bireyler için önemlidir. Semptomların, invazif işlemlerin azaltılması, özgürlüğü ve otonomiye 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 görülmeyle birlikte belirsizliğini de sürdürmektedir (Sandman, 2002).

Saygın ölümün geliştirilmesinin önündeki engeller; hemşirelerin zamanının kısıtlı olması, iletişim zorlukları, hastaya bakım veren ekip üyelerinin çeşitliliği ve

hastanın ihtiyaçlarına değil hekim kararlarına dayalı tedavilere odaklanması olarak belirlenmektedir (Beckstrand ve ark, 2006). Ülkemizde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğu yaşam sonu bakım ile ilgili etik kararların alınması sürecine katılmamaktadır (Badır ve ark, 2015). Başka bir çalışmada hemşireler psikolojik rahatlamanın sağlanması, umut ve inancın korunması, bireylerin son dileklerinin yerine getirilmesi, otonomi ve kontrolü geliştirmek için hastanın tedavi sürecindeki kararlara katılmasını önermektedirler (Coenen ve ark, 2007). Yaşamın son günlerinde olan hastalara 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).

Bir çalışmada, ebe ve hemşirelerin %73.8'i hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmadıklarını belirtirken (Uslu, 2013), başka bir çalışmada ise hemşireler, yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım verirken keder yaşadıklarını belirtmekte, yarıdan fazlası yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım vermek istemediğini, çoğunluğu da ölüm kavramını hasta ve hasta yakınlarıyla rahat konuşamadığını ifade etmektedir (evik, 2010).

Ebelik ğrencileri, ölüm ile ilgili çoğunlukla üzüntü, çaresizlik ve yetersizlik duyguları yaşadıklarını, yaşamın son günlerindeki hastaya duygusal desteği önemsediklerini, en iyi destek olarak aileyi gördüklerini ifade etmektedirler. (Ay ve Gençtürk, 2013). Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin lme karşı tutumları ve ölüm kaygılarının incelendiği bir araştırmada, kadınların erkeklere göre ölümü daha tarafsız kabullendiği görülmektedir (Bilge ve ark, 2013).

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. Bu hastalara saygın bir ölüm süreci sağlayabilmek için sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerini benimsemeleri ve bu ilkeler doğrultusunda bakım vermeleri önemlidir. Her iki mesleğin de eğitiminin kapsamı, sağlık profesyonellerinin ölüm sürecindeki hastalara yaklaşımında yön verici olabilir. Bu nedenlerle; farklı eğitim almış hemşireler ve hekimlerin saygın

ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarının incelenmesi, bu eğitimlerin kapsamı ve yeterliliği konusunda bilgi sağlamanın yanı sıra hekim ve hemşireler tarafından saygın ölüm ilkelerinin benimsenme düzeyine etki eden faktörlerin neler olduğunu da ortaya koyabilecektir. Aynı zamanda ortaya çıkan bulgular sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaşamın son günlerinde olan bireylere verilen bakımın saygın ölüm ilkeleri doğrultusunda düzenlenmesi ve bakım protokollerinin geliştirilmesine rehberlik edebilecektir.

1.2. Amaç

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

1.3. Araştırma Soruları

1.3.1. Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları demografik özelliklere göre değişiklik göstermekte midir?

- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar yaşa göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar cinsiyete göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar eğitim düzeyine göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar mesleki deneyime göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar çalışılan birime göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar yaşamın son günlerinde olan hastalara bakım verme durumuna göre farklı mıdır?
- Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar palyatif bakım konusunda bir eğitime katılma durumuna göre farklı mıdır?

- 1.3.2. Hekim ve hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamalarına göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?
- 1.3.3. Hekim ve hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte toplam çalışma süresi, birimde çalışma süresi, ölüm kaygısı leği puan ortalamaları, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları etkilemekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Kavramı

İnsanlık tarihinde ölüm, normal yaşam sürecinin bir parçası olarak görülmekte, yaşamın olmadığı yerde ölümün gerçekleşmesi de mümkün olmadığı için ölüm kavramı yaşam ile birlikte ele alınmaktadır. Ölüme verilen tepkiler kültürden kültüre farklılık gösterdiği gibi dini inançlar, toplumsal değer yargıları ve gelenekler bireylerin ölüme yaklaşımını, tepkilerini belirleyebilmektedir (Olgun, 2013). Çocukluğun ilk yıllarında ölüm belirsiz bir kavramdır ve korkutucu değildir. Özellikle üç yaş öncesi çocuklar ölümü kavrayamazlar. Bu dönemden sonraki yaşlarda ölümü daha korkutucu bulurlar (Tahta ve ark, 2015). Yetişkinler için ölüm; temel olarak biyolojik bir olaydır. Yaşayan tüm canlılara gelebilir, yaşam döngüsünün son aşamasıdır, kaçınılmaz, geri döndürülemez ve inkâr edilemezdir. Sonuç olarak ölüm, bedensel fonksiyonların bozulması sonucunda gelişen bir durumdur (Slaughter, 2005).

Bugünden yarım yüzyıl öncesine kadar ölümler bir enfeksiyon ya da kazanın ardından gerçekleşirken son yıllarda daha çok organ yetmezlikleri ve kanser nedeni ile yavaş bir şekilde gerçekleşmektedir. Ölümcül bir hastalıkla yaşamak uzun yıllar aldığı için yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve anlamlı bir yaşam beklentisi önem kazanmaktadır (Carron, 1999).

2.1.1. İyi Ölüm

İyi ölüm; bireylerin kültürel ve sosyal değerlerine göre şekillenen deneyimleriyle değişmekle birlikte, ağır yaşamama (Vig ve ark, 2002), ölene kadar bilinci açık olma, otonomiyi koruma, ölüme hazırlanmak için güçlü olma, geride kalanlara “hoşçakal” diyebilme (Meffert, 2015), huzur içinde yaşama veda etme (Ko ve ark, 2015) olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın son günlerinde olan hastalar ve onlara bakım verenlerin çıkarlarının korunmasını gerektirir (Hart, 1998).

Sağlık profesyonelleri tarafından yaşamın son günlerinde olan hastalara iyi bir yaşam sonu bakım sağlanabilmesi için hastaların gözünden iyi bir ölümün nasıl tanımlandığının bilinmesi önem kazanmaktadır. Yaşam sonu bakım alan hastalar iyi

ölümü, semptomların kontrol edildiği ve ağrısız bir ölüm olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda iyi ölümün öğeleri; yaşam desteğiyle uzatılmayan kaliteli bir yaşam, sevilen bireylerin varlığı, ölümün nerede gerçekleştiği, geride çözülecek sorunlar kalmaması, yaşam sonu bakım kararlarına katılma, manevi destek alma, ölüm anının nasıl olacağı, hekim destekli ölüm, ölümü kabullenme, ihtiyacı olan bakımı alma ve bakım verenlerle iyi bir iletişimi sürdürme olarak bildirilmektedir (Pierson ve ark, 2002).

Yoğun bakım hemşireleri, yaşam sonu bakımda tedavinin sürdürülmesi ya da kesilmesi kararlarında; hastalar, hasta yakınları, hemşireler ve sağlık ekibinin beklediği yaşam kalitesinin, yasaların ihlali ve davalar korkusunun önemli kriterler olduğunu bildirmektedir. Aynı zamanda hasta hayatta kaldığında nörolojik sonucun kötü olacağına değerlendirilmesi, hastanın yaşam destek ünitesi ile hayatta kalmaktan hoşnut olmaması, hayatta kaldığında kronik hastalıkla beraber yaşam kalitesinin çok düşük olmasının beklenmesi ve dini görüşlerinin de yaşam sonu bakım kararlarında önemli olduğunu ifade etmektedirler (Badır ve ark, 2015).

2.1.2. Kötü Ölüm

Kötü ölüm dindirilebilecek acıların gereksiz yere yaşandığı, hasta ve ailesinin isteklerinin, değerlerinin önemsizmediği, hasta ve yakınındaki bireylerde suçluluk duygusunun yaşandığı, ihmalin olduğu, istenmeyen etkisiz tedavilerin zorla uygulandığı bir ölüm süreci olarak tanımlanabilir. Kaza ve şiddet sonucu ölüm, yaşam desteğiyle yaşamın uzatılması, yaşamın son günlerinde bağımlı duruma gelmek, yalnız olme korkusu ve yalnız ölmek yine kötü ölümün özelliklerini tarif etmektedir (Ko ve ark, 2015).

2.2. Palyatif Bakım

Palyatif sözcüğü Türk Dil Kurumu tarafından, “hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2015). Latince’de pelerin, örtmek anlamına gelen “pallium” kelimesinden türetilen ve “hafifletici” anlamında kullanılan palyatif kelimesi tıbbi terim olarak ise ağrıyı ve hastalığın şiddetini azaltmak, geçici bir

rahatlama sağlamak anlamında kullanılmaktadır. Bu tür kapsamlı bütüncül tanımlar hastanın korunmasını temel almaktadır (Pastrana ve ark, 2008).

Ölüm yaşamın bir gerçeği ve derin bir gizemidir. Palyatif bakım alanı da 20. yüzyılda ölümün yüzünü değiştirme çabası olarak görülebilir (Field ve Cassel, 2011). Palyatif yaşam sonu bakım hedefini tanımlayan kaynaklar “uygun ölüm”, “iyi ölüm”, “huzurlu ölüm”, “kabul edilebilir ölüm” gibi farklı kavramlar kullanılmaktadır. Hasta ve ailesini kapsayan bütüncül bir bakımın palyatif yaşam sonu bakım hedefine ulaşma şansını artırdığı belirtilmektedir (Harstade ve Andershed, 2004). DSÖ tarafından 1986 yılında yapılan ilk tanımda palyatif bakım; küratif bakım ve palyatif bakım olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Bu tanıma göre küratif bakımın bittiği yerde palyatif bakım başlamakta, tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalara yapılan uygulamalar palyatif bakım kapsamına alınmaktadır. Ancak DSÖ’nün bu tanımı 2002 yılında değiştirdiği görülmektedir ve yeni tanımında palyatif bakımın bireyin yaşamını tehdit eden bir hastalıkla karşılaştığında başlaması önerilmektedir (DSÖ, 2002).

Amerika’da 2009 yılında bir araya gelen kuruluşların iyi bir palyatif bakım verebilmek için yaptıkları toplantıda hazırladıkları kılavuz, palyatif bakımın hastalık tanısının konduğu anda başlamasını önermektedir. Kılavuzda palyatif bakımın temel unsurları arasında; yaşamı tehdit edici hastalığa sahip hastalar, hasta ve aile merkezli bakım, tanıdan ölüm ve yas sürecine kadar devam eden süreç, disiplinler arası ekip, acının azaltılması, iletişim becerileri, kayıp yaşayanlara bakım becerisi, bakımın sürekliliği ve eşit erişim yer almaktadır (Kaliteli Palyatif Bakım Klinik Uygulama Kılavuzu, 2009).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (DPBB), palyatif bakımı tıp ve hemşirelik uzmanları, danışmanlar ve gönüllüler tarafından sağlanan fiziksel, psikolojik, manevi, sosyal ve yasal unsurları olan bir bakım olarak ifade etmektedir (DPBB, 2011). DPBB 2030 hedefleri arasında kaliteli palyatif hizmetlerinin ucuz, ulaşılabilir olması ve evrensel bir erişimin sağlanması yer almaktadır (DPBB, 2015). DPBB ülkelerin palyatif bakım hizmetlerini kimi kriterlere göre sınıflamıştır. Bu kriterler arasında; ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisi, sağlık sistemine entegre kapsamlı palyatif bakım hizmeti, palyatif bakımın genel sağlık poliçelerinde ağırlığı

olması ve diğer fonlardan kaynak aktarılması, sağlık personeli ve ulusal derneklerin hizmet verdiği, etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları, gelişmiş ve tanımlanmış palyatif bakım eğitim sistemleri, opioid analjeziklere ulaşılabilirlik, toplumda ve sağlık personelinde palyatif bakım bilinçlenmesi, üniversitelerle akademik işbirliği, ulusal palyatif bakım dernekleri olup olmaması yer almaktadır (DPBB, 2011). Palyatif bakım konusunda ülkeler dört düzeyde gruplandırılmaktadır. Bu sınıflamaya göre; palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler grup 1; yapılanma aşamasındaki ülkeler grup 2; ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis-palyatif bakım merkezi olan ülkeler grup 3; sağlık sistemine entegre olmuş hospis-palyatif bakım servisleri olan ülkeler grup 4 olarak bildirilmektedir (Wright ve ark, 2008). Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayımlanmış olan “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Türkiye’de palyatif bakım merkezleri açılması için temel kriterler ve asgari standartlar düzenlenmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin yataklı sağlık kurumları dışında aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütüleceği, yataklı sağlık kurumlarında ise bakanlık tarafından onaylanacak palyatif bakım protokolü ile palyatif bakım hizmetleri verilebileceği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

2.3. Yaşam Sonu Bakım

Yaşamın son günlerindeki hastalara verilen, yaşamı uzatmayı amaçlamadan yaşam kalitesini mümkün olan en iyi düzeye çıkarmayı amaçlayan destek bakımdır. (McQuade, 2015). Yaşam sonu bakımda semptom kontrolü sağlanarak, ailelere zor kararların verilmesinde, depresyon ve keder sürecinde destek sağlanır. Yaşamın son günlerindeki hastalar için iyi bir ölümün evrensel bir tanımı mümkün olmasa da ölümün anlamını, özelliklerini, sonuçlarını bilmek, bakım verenlerin yaşamın son günlerindeki hastaların düşüncelerini anlamalarına yardım eder. Yaşamlarının son günlerindeki hastalar iyi bir yaşam sonu bakım için; bakımın sürekliliği, bakım verenlerin yeterliliği, bakım/tedavi hakkında soru sorabilmek ve tartışmalara katılmak, alternatif bakım/tedavi yöntemlerini tartışabilmek, sağlık profesyonellerinin kararlarına ve tedaviye güven konularının önemli olduğunu belirtmekte, yaşamın son anlarını hastane, ev ya da bakım evinde geçirmek istediklerini bildirmektedirler (Harstæde, 2004).

Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin çoğunluğu yaşamın son günlerindeki hastalara son ritüellerini yerine getirmeleri ve manevi ihtiyaçları için fırsat verilmesi, hidrasyonun sürdürülmesi, beslenme desteğinin sağlanması, hava yolu açıklığını sağlamak için endotrakeal tüp kullanılması, basınç ülserlerini önlemek için tüm girişimlerin uygulanması gerektiğini ifade etmektedir. Hemşirelerin yarından fazlası da yaşam sonu bakımın yoğun bakım ünitelerinde verilmesini önermektedir (Badır ve ark, 2015).

Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan başka bir çalışmada; hemşireler hastaların hakları ihlal edildiğinde hekim ile görüşmek gerektiğine, kendi görüşleri farklı olsa dahi hastaların dileklerinin desteklenmesi gerektiğine büyük oranda katılmaktadırlar. Hastalara sağlık durumları ve tedavi seçeneklerine ilişkin bilgilenmeleri konusunda yardımcı olmak, yaşam süresini kısaltsa dahi ağrı tedavisi uygulamak gerektiğini düşünmektedirler. Ancak yaşam desteğini kesmenin, yaşam desteğine başlamak gibi etik olabileceğine sadece %30'u katılmaktadır (Scherer ve ark, 2006).

Yaşamın son günlerinde olan hastalar, sağlık sorunları ile başa çıkmada ve gereksinimlerini karşılamada yardıma ihtiyaç duyarlar. Bu dönemde yaşam sonu bakım kavramı önem kazanır. Yaşam sonu bakım, tedavinin mümkün olmadığı durumlarda şefkat ve bakımı birleştirerek (Georges ve ark, 2002) yaşamın son günlerinde olan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamayı, psikososyal beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerektirir (Bradshaw, 1996). Yaşam sonu bakım, hasta/ailesine en kaliteli hizmeti, rahatlığı ve saygınlığı sağlamayı hedeflemekte ve bu süreçte sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (Çevik, 2010).

DSÖ sağlık profesyonelleri için 2004 yılında yayınladığı rehberde yaşam sonu bakıma ilişkin önerilerde bulunmaktadır. Yaşam sonu bakımda manevi destek oldukça önemli olduğundan bakım verenlerin empati kurarak dinlemesi, sağlık profesyonellerine yönelebilecek öfkeyi ve tepkileri öngörebilmesi ve tolere edebilmesi gerektiği belirtilmektedir. Hastanın inançları ve dileklerine göre manevi destek sağlanması, farklı görüşlerin empoze edilmeye çalışılmaması, ailenin bakım sağlamak ve ölüm hazırlığı için güçlendirilmesi, hastalara sevildikleri ve

hatırlanacaklarının söylenmesi, hasta istekliyse ölüm hakkında konuşulması, suçluluk ve pişmanlık duygularına yardımcı olunması önerilmektedir. Hastaya yaklaşımda şefkatli olunması, rahatlık sağlanması, düzenli ziyaret ve fiziksel temas önemlidir (DSÖ, 2004). Yaşamın son günlerinde hasta konforu ve saygınlığın korunması için semptom kontrolünün daha fazla önem kazandığı bildirilmektedir (Benner ve ark, 2003).

2.3.1. Yaşam Sonu Bakımda Hasta Hakları

Hasta hakları hastalığın her dönemi için geçerlidir. Ancak özellikle yaşamın son günlerinde olan hastalar için oldukça önem kazanmaktadır. Bu nedenle yaşam sonu bakım veren sağlık profesyonellerinin bakım yaklaşımlarının da bu süreçte önemi artmaktadır (Çavdar, 2011).

Hastaların kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkı vardır. DTB (Dünya Tabipler Birliği) hastaların kesin olarak bilgilendirilmeyi istemediklerini bildirdikleri takdirde, bilgilendirilmeme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir (DTB, 2015). Hasta ailelerinin hastaya tanısının ve hastalığı ile ilgili birçok önemli bilginin söylenmemesi isteği sıklıkla görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin birincil görev ve sorumluluğu hastadır. Profesyonel rol hastaya mevcut en iyi kanıtlara dayalı olarak tavsiyelerde bulunmak ve hastaya özgü ihtiyaçlar, değerler ve tercihlere göre seçenekleri takip etmeyi gerektirir (Amerikan Hekimler Birliği, 2012).

Hastalar kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptirler. Sağlık profesyonelleri hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. Yetişkin bir hasta tanı veya tedaviye yönelik herhangi bir girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak tetkik veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır (DTB, 2015). Hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımları konusunda yapılan bir çalışmada, hekimlerin %89.1'i hastaların tanıları her ne olursa

olsun bilgilenme hakları olduğuna inanmakta, söz konusu hastalık ‘kanser’ olduğunda sadece %51’i tanının açıkça söylenmesi fikrine katılmaktadır (Özkiriş ve ark, 2011).

Tüm hastalar ayrımcılık yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir. Hasta, yararına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi tıbbi ilkelere uygun olmalıdır. Hasta, bakımın sürekliliği hakkına sahiptir. Mevcut tedavisi, sağlık profesyonelleri tarafından hastaya destek tedavi seçenekleri sunulması sonlandırılmalıdır (DTB, 2015).

Yaşam sonu dönemdeki hastaların tedavi olanaklarını seçme hakkı olduğu gibi ölümlerinin nerede gerçekleşeceğine karar verme hakkı da bulunmaktadır. Yaşam sonu bakımda hastalara ölümü nerede yaşamak istedikleri konusunda seçenek sunulmalıdır (Çavdar, 2011). Hastanın ve yakınlarının ölüm yerini seçebilmesi yaşamın son günlerinin kalitesinin geliştirilmesi açısından önemlidir ve saygın ölüm sürecinin gerekli bir koşuludur (Işıkhan, 2008). Hastaların ölüm yeri tercihlerini etkileyen faktörler arasında; hastanın sosyal ortamı ve yaşama düzeni, bakım verenin hastaya bakım verme kapasitesi, hastanın bakım verenlerin rahatı konusundaki kaygılarının yanı sıra hastanın saygınlığını kaybetme korkusu da yer almaktadır (Thomas, 2004).

Hastaların mahremiyet ve gizlilik hakkı vardır. Hastanın sağlık durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgilerinin yaşamı süresince ve ölümünden sonra gizliliği korunmalıdır. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık profesyonellerine verilebilir (DTB, 2015). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 21. maddesinde hasta mahremiyetine değinilmektedir. Her türlü tıbbi müdahale hasta mahremiyetine saygı gösterilerek yapılmalıdır. Yönetmeliğin aynı maddesi ölümün, mahremiyetin bozulması hakkını vermediğini de belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hastalar acılarının dindirilmesi hakkına, yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler (DTB, 2015). Saygınlığın korunmasında hasta için saygınlığın anlamı önemlidir. Hastalar saygınlığı rahat

hissetmek, değerli hissetmek ve kontrolü sürdürmek olarak tanımlamaktadırlar. Hastaların saygınlığını tehdit eden faktörler; ilerlemiş yaşı, sağlığının bozulmuş olması, hastane sistemine bağlı olarak hasta gizliliğinin olmaması, sağlık ekibi üyelerinin sert, gizliliği ihlal edici ve otoriter davranışları olarak bildirilmektedir. Hasta saygınlığını destekleyen faktörler ise; hastanın kontrol yeteneği, bakım verenlerle ilişkisi, hasta gizliliğinin sağlanması, uygun fiziksel çevre, ekip yeleri ile terapötik iletişim olarak bildirilmektedir (Baillie, 2009).

Yaşamın son günleri ölüm kaygısının daha yoğun yaşandığı, hasta açısından olumlu ve olumsuz deneyimler kazandırabilecek zor bir süreçtir. Bu süreçte kalitesiz bir yaşam sonu bakım alan hastalar, acılarının sona ermesini isteyebilirler. Bireyin yaşama hakkı korunması gereken en önemli haktır. Ancak doğal ihtiyaçlarını karşılayamayan, acılarının sona ermesini isteyen hastaların yaşama mahkm edilip edilemeyeceği tartışılmaktadır. Dünyada tanazinin uygulandığı ülkeler olmakla beraber ülkemizde aktif olarak ötanazinin uygulanması yasal değildir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar üzerinden tartışmalar sürmektedir (Ay, 2013).

Hastalar kendi inançları doğrultusunda manevi destek alma hakkına sahiptir (DTB, 2015). Manevi bakımın hastaların desteklenmesi, duygusal iyilik sağlanması ve bakım verenler ile hastalar arasındaki ilişkinin güçlenmesine katkısı olacağı bildirilmektedir (Phelps ve ark, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarını ve buna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmış bir çalışmadır.

3.2. 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 ise Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere, Eylül-Kasım 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane tüm birimlerde toplam 1311 yatak kapasitesine sahiptir. Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerine bağlı 27 birimde katılımcılara ulaşılmıştır.

3.4. Evren ve Örneklem

Üniversite hastanesinde araştırmanın yapıldığı aylarda aktif olarak çalışan 1100 hekim (n=450) ve hemşire (n=650) çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Evrenin %55'i olan 611 kişiden veriler toplanmış, 21 adet veri toplama formu eksik doldurulduğu için 590 (%53) kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri; üniversite hastanesinde hemşire, tıpta uzmanlık öğrencisi veya uzman hekim olarak en az 6 aydır çalışıyor olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

3.5. Veri Toplama Formları

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

3.5.1. Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu

Bu formda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, deneyim, çalışılan birim gibi sosyo-demografik değişkenler sorgulanmakta, aynı zamanda palyatif bakım eğitimi kapsamında alınmış “saygın ölüm” yaklaşımını içeren bir eğitim alıp almama ve yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım verme durumuna ilişkin 12 madde yer almaktadır (Ek-1).

3.5.2. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Benimseme Ölçeği

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Benimseme Ölçeği, “Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması Çalışma Grubu” tarafından “İleri Yaştaki İnsanların Bakım ve Sağlığının Geleceği”nde “saygın ölüm ilkeleri” olarak tanımlanan 12 ilke temel alınarak, Duyan tarafından 2014 yılında Beşli Likert tipte bir ölçek olarak geliştirilmiştir (Ek-2).

Ölçek Puanlaması: Ölçekte toplam 12 madde bulunmaktadır ve katılımcıların maddelerde belirtilen her ifade için, “tamamen katılmıyorum = 1”, “katılmıyorum = 2”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum = 3”, “katılıyorum = 4” ve “tamamen katılıyorum = 5” seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Tamamı olumlu ifadelerden oluşan ölçekten alınabilecek toplam en yüksek puan 60, en düşük puan 12’dir. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur ve ölçekten alınan yüksek puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçekle ilgili bir norm çalışması yapılmamış olması farklı gruplardan katılımcıların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi arasında bir karşılaştırma yapmayı mümkün kılmaktadır (Duyan, 2014).

Güvenirlilik: Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Duyan tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği için, ölçekten alınan puanların tutarlık derecesi ve ölçeğin homojenliğini belirlemek amacıyla test tekrar test yöntemine başvurulmuş, aynı zamanda ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek iki hafta arayla iki kez uygulanmış ve katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon .91 ($p<.01$) bulunmuştur. Ölçek maddelerinin Cronbach Alfa Katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Duyan, 2014).

Dil Geçerliliği: Orijinali İngilizce olan saygın ölüm ilkelerinin Türkçe çevirisi Ankara ve Hacettepe Üniversitelerinden dört akademisyen ve ÜDS puanı 90 üzeri olan bir yüksek lisans öğrencisine yaptırılarak ortak yönleri aranmış, farklılıkların çeviri yapan kişiler tarafından ortak bir cümle haline getirilmesi sağlanmıştır. İlkelerin İngilizce ve Türkçe formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini anlamak için ölçek iyi derecede İngilizce bilen 12 katılımcıya uygulanmış ve her iki ölçekten alınan puanlar arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı .86 ($p<.01$) bulunmuştur (Duyan, 2014).

Yapı Geçerliliği: Yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmış ve ölçeğin ölçmek istediği yapıyı ölçebildiği ve tek boyutlu olduğu belirlenmiştir (Duyan, 2014).

3.5.3. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölçek, 1992 yılında Thorson ve Powell tarafından geliştirilmiştir (Ek-3). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Karaca ve Yıldız tarafından 2001 yılında yapılmıştır (Yıldız ve ark, 2001).

Puanlama: Ölçek 25 maddeden oluşan Beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddelerinde belirtilen her bir ifade için “fikrime çok uygun = 0”, “fikrime uygun = 1”, “kararsızım =2”, “fikrime aykırı = 3”, “fikrime çok aykırı = 4” seçeneklerinden birinin seçilmesi istenmektedir. Maddelerin 17’si olumlu (soru: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24), geri kalan 8 madde ise olumsuz (soru: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25) ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması olumsuz

maddelerin puanları ters çevrilerek yapılmakta ve toplam puan oluşturulmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0” en yüksek puan “100”dür. 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 (Yıldız ve Karaca, 2001).

Geçerlik ve Güvenirlik: Ölçeğin güvenilirliği için test güvenilirliğini tahmin etmede sık kullanılan bir yöntem olan, testin iki eşdeğer yarıya bölünerek, iki yarısından alınan puanlar arasındaki korelasyon hesaplanarak güvenilirliğin bulunduğu yarıya bölme tekniği kullanılmış ve güvenilirlik katsayısı .73 bulunmuştur. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alfa Katsayısı .84 bulunmuştur (Yıldız ve Karaca, 2001).

3.6. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde çalışan 30 hekim ve hemşireye 1-5 Eylül 2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 1 Eylül- 25 Kasım 2015 tarihleri arasında, üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekim ve hemşirelere ulaşılarak veriler toplanmıştır. Veri toplama formları hekim ve hemşirelere çalıştıkları birimlerde mesai saatleri dâhilinde ulaştırılmış ve aynı gün içinde teslim alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (2015.145.IRB3.075 no’lu karar) etik onay alınmıştır (Ek-4).

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği’ni geliştiren Duyan’dan (2014) sözel olarak ve Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin Türkçe

geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Yıldız'dan (2001) e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-5).

Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Örneklemi oluşturan hekim ve hemşireler araştırma konusunda sözlü ve yazılı olarak aydınlatılmış olup (EK-7) araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formları uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede yapılması araştırma sonuçlarının genellenmesi konusunda sınırlılık oluşturabilir. Araştırmanın niteliksel bir boyutu olmaması da sınırlılık kabul edilebilir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Değerlendirmelerde öncelikle değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmıştır. Katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri yüzde olarak değerlendirilmiştir. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları ortalama, minimum, maksimum, standart sapma değerleri ile belirtilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespiti için Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılmıştır. Bireysel ve mesleki özelliklere göre ölçek puanları arasında fark olup olmadığını incelemek üzere normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir. Çok gruplu karşılaştırmalarda istatistiksel açıdan anlamlı bulunan karşılaştırmalar sonrasında ikili Post-Hoc analizlerine gidilmiştir. Katılımcıların Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları üzerine bireysel ve mesleki özellikler ile ölüm kaygısı düzeyinin etkisi Forward Stepwise Çoklu Regresyon Analizi ile incelenmiştir (Tablo 1).

İstatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Science programı 21. sürümü (SPSS-21) kullanılmış, güven aralığı %95 düzeyinde tutularak analiz sonuçları $p < .05$ düzeyi ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Tablo 1. Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Üzerine Çoklu Regresyon Analizi ile Etkisi İncelenen Değişkenler

	Değişkenler
1.	Cinsiyet
	Kadın
	Erkek
2.	Eğitim Düzeyi
	Yüksek lisans
	Lisans
	Ön lisans
	Uzman hekim
Tıpta uzmanlık öğrencisi	
3.	Yaş (Yıl)
4.	Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)
5.	Birimde Deneyim Süresi (Yıl)
6.	Çalışılan Birim
	Dahili Tıp Bilimleri
	Cerrahi Tıp Bilimleri
7.	Palyatif Bakım Eğitimi Alma Durumu
	Aldı
	Almadı
8.	Çalıştığı Birimde Yaşam Sonu Bakım Verme Deneyimi
	Var
	Yok
9.	Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanı

4. BULGULAR

Bulgular; hekim ve hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özellikleri, tanımlayıcı özelliklerine göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Benimseme Ölçeği puanları, ölüm kaygısı düzeylerine göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Benimseme Ölçeği puanları ve saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyine etki eden faktörler olmak üzere dört alt başlıkta verilmiştir.

4.1. Hekim ve Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikleri

Çalışmaya katılanların %59'u (n=355) hemşire, %41'i (n=235) hekimdir. Hemşirelerin yarısına yakını 30 yaş ve altında, yaş ortalaması 33.3 (SS:7.6); hekimlerin çoğunluğu 30 yaş ve altında olup yaş ortalaması 28.7'dir (SS:3.5). Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%95.2), hekimlerin yaklaşık yarısı (%47.2) kadındır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu lisans mezunu (%69.9), hekimlerin çoğunluğu (%77.0) tıpta uzmanlık öğrencisidir. Hemşirelerin çoğunluğunun mesleki deneyimi 5 yılın üzerinde ve ortalama 11.4 (SS:8.3) yıl iken, hekimlerin çoğunluğu 5 yılın altında ve ortalama 4.1 (SS:3.2) yıl mesleki deneyime sahiptir (Tablo 2).

Tablo 2: 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)	Sayı	Ortalama (SS)	Sayı	%
	(min-mak)		(min-mak)		
Yaş Grupları					
30 ve altı	33.3 (7.6)	173	28.7 (3.5)	178	75.7
31 ve üzeri	(21-51)	182	(21-41)	57	24.3
Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)					
5 yıl ve altı	11.4 (8.3)	76	4.1 (3.2)	166	70.6
5 yılın üzeri	(0.5-31)	279	(0.5-20)	69	29.4
Birimde Deneyim Süresi (Yıl)					
5 yıl ve altı	7.4 (7.1)	159	2.6 (2.3)	216	91.9
5 yılın üzeri	(0.5-29)	196	(0.5-20)	19	8.1

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 bildirmekte, eğitim alanların 3'ünün eğitimi "saygın ölüm" konusunu kapsamaktadır. Dahili Tıp Bilimleri'nde hemşirelerin %78.4'ü, hekimlerin %68.9'u; Cerrahi Tıp Bilimleri'nde hemşirelerin %59.2'si, hekimlerin %61'i çalıştıkları birimde yaşam sonu bakım vermektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Hekim ve Hemşirelerin Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı (N=590)

	Hemşire(n=355)		Hekim (n=235)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Çalışılan Birim					
Dahili Tıp Bilimleri	176	49.6	158	67.2	
Cerrahi Tıp Bilimleri	179	50.4	77	32.8	
Palyatif Bakım Eğitimi Alma Durumu					
Aldı	11	3.1	0	0	
Almadı	344	96.9	235	100	
Çalıştığı Birimde Yaşam Sonu Bakım Verme Deneyimi					
Dahili Tıp Bilimleri	Var	138	78.4	109	68.9
	Yok	38	21.6	49	31.0
Cerrahi Tıp Bilimleri	Var	106	59.2	47	61.0
	Yok	73	40.7	30	38.9

4.2. Hekim ve Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Beşli Likert tipinde bir ölçektir. Hekim ve hemşirelerin ölçek maddelerine katılma oranları tabloda "tamamen katılmıyorum" ve "katılmıyorum" yanıtları ile "katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" yanıtları birlikte olmak üzere üç sütunda verilmiştir (Tablo 4).

Hekim ve hemşirelerin ölçek maddelerinden bir kısmına yüksek oranda katıldıkları görülmektedir. “İlke 3- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek” ilkesine hemşireler (%93.2) ve hekimler (%95.7) yüksek oranda katılmaktadır. “İlke 4- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek” ilkesine hemşirelerin %89’u, hekimlerin yaklaşık %94.9’u katılmaktadır. “İlke 7- İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek” ilkesine hemşirelerin %90.1’i, hekimlerin %93.6’sı katılmaktadır. “İlke 8- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek” ilkesine hemşirelerin %87.9’u hekimlerin %93.2’si katılmaktadır. “İlke 9- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek” ilkesine hemşirelerin %83.4’ü, hekimlerin %89.4’ünün katıldığı görülmektedir. “İlke 10- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek ilkesine hemşirelerin %86.8’i, hekimlerin %89.4’ü katılmaktadır (Tablo 4).

Ölçek maddelerinden bir kısmına hekim ve hemşirelerin katılmama oranlarının yükseldiği görülmektedir. Hemşirelerin %22.5’inin, hekimlerin %17’sinin “İlke 1- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlamak” maddesine katılmadığı görülürken; hemşirelerin %36.3’ü, hekimlerin 25.5’i bu maddeye ne katılmakta ne katılmamaktadır. Hemşirelerin %18.6’sı “İlke 5- Ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek” ilkesine katılmadığını, %18.6’sı da ne katıldığını ne katılmadığını bildirmektedir. Hemşirelerin %22.5’i, hekimlerin %20.4’ünün “İlke 12- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak” ilkesine katılmadığı; hemşirelerin %30.7’si hekimlerin %30.6’sının ne katıldığı ne katılmadığı görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin çoğunlukla diğer ilke maddelerine katıldığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine Katılma Oranları (N=590)

Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Ölçeği Maddeleri	Hemşire (n=355)			Hekim (n=235)		
	Katılmıyorum/ Tamamen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum	Katılmıyorum/ Tamamen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum
	Sayı (%)			Sayı (%)		
İlke 1- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlamak	80 (22.5)	129 (36.3)	146 (41.1)	40 (17.0)	60 (25.5)	135 (57.4)
İlke 2- Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilme	40 (11.3)	68 (19.2)	247 (69.6)	24 (10.2)	33 (14)	178 (75.7)
İlke 3- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek	13 (3.7)	11 (3.1)	331 (93.2)	5 (2.1)	5 (2.1)	225 (95.7)
İlke 4- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek	18 (5.1)	21 (5.9)	316 (89.0)	6 (2.6)	6 (2.6)	223 (94.9)
İlke 5- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek	66 (18.6)	66 (18.6)	223 (62.8)	29 (12.3)	34 (14.5)	172 (73.2)
İlke 6- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek	25(7.0)	41 (11.5)	289 (81.4)	12 (5.1)	26 (11.1)	197 (83.8)
İlke 7- İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek	15(4.2)	20 (5.6)	320 (90.1)	8 (3.4)	7 (3)	220 (93.6)
İlke 8- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek	22 (6.2)	21 (5.9)	312 (87.9)	7 (3.0)	9 (3.8)	219 (93.2)
İlke 9- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek	17 (4.8)	42 (11.8)	296 (83.4)	10 (4.3)	15 (6.4)	210 (89.4)
İlke 10- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek	16 (4.5)	31 (8.7)	308 (86.8)	11 (4.7)	14 (6)	210 (89.4)
İlke 11- Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek	38 (10.7)	60 (16.9)	257 (72.4)	13 (5.5)	26 (11.1)	196 (83.4)
İlke 12- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak	80 (22.5)	109 (30.7)	166 (46.8)	48 (20.4)	72 (30.6)	115 (48.9)

Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları, tanımlayıcı ve mesleki özellikleri bakımından karşılaştırılmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin ölçek puan ortalaması 47 (SS:7.8; MWU:338.9) hekimlerin ölçek puan ortalaması 49.7 (SS:7.7; MWU:266.8) olup hekimlerin ölçek puan ortalamaları, hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Yaş gruplarına göre çalışmaya katılan toplam hekim ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>.05$); hekimlerde 30 yaş üzerindeki grubun ölçek puan ortalaması (Ort:51.7; SS:7.3; MWU:110.1); 30 ve altındaki yaş grubunun ölçek puan ortalamasından (Ort:49; SS:7.7; MWU:142.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.05$). Mesleki deneyim süresine göre toplam hekim ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>.05$); hekimlerde 5 yılın üzerinde deneyime sahip grubun ölçek puan ortalaması (Ort:53.1; SS:5.2; MWU:151.1); 5 yıl ve altında mesleki deneyime sahip grubun puan ortalamasından (Ort:48.6; SS:8.0; MWU: 107.9); istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Çalışılan birime göre hemşirelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>.05$); Dahili Tıp Bilimleri bölümünde çalışan toplam hekim ve hemşirelerin ölçek puan ortalaması (Ort:48.4; SS:8.1; MWU:307.2) Cerrahi Tıp Bilimleri bölümünde çalışanlardan (Ort:47.5; SS:7.5; MWU:280.2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<.001$); Dahili Tıp Bilimleri bölümünde çalışan hekimlerin ölçek puan ortalaması da (Ort:50.7; SS:6.6; MWU:125.1); Cerrahi Tıp Bilimleri bölümünde çalışan hekimlerden (Ort:47.6; SS:9.2; MWU:103.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Eğitim düzeyine göre hemşirelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>.05$); toplam hekim ve hemşirelerin ölçek puanları arasında uzman hekim olanların ölçek puan ortalaması (Ort:53.3; SS:5.3; KW:422.3) diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.001$); hekimler arasında da uzman hekimlerin ölçek puan ortalaması (KW:153.7), tıpta uzmanlık öğrencilerinin ölçek puan ortalamasından (Ort:48.6; SS:7.9; KW:107.3) anlamlı düzeyde yüksek

bulunmuştur ($p<.001$). Toplam hekim ve hemşirelerden palyatif bakım konusunda eğitim alanların ölçek puan ortalamaları (Ort:54.6; SS:4.5; MWU:459.3); eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<.01$); hemşirelerden palyatif bakım konusunda eğitim alanların ölçek puan ortalaması da (Ort:54.6; SS:4.5; MWU: 291.0); eğitim almayanların ölçek puan ortalamasından (Ort:46.7; SS:7.7; MWU:174.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Biriminde yaşam sonu bakım verme deneyimine, çalıştıkları birimdeki deneyim süresine ve cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, hemşirelerin ($p>.05$), hekimlerin ($p>.05$) ve toplam hekim ve hemşirelerin ($p>.05$) ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanları (N=590)

Analiz	Değişken	Gruplar	Toplam (n=590)					Hemşire (n=355)					Hekim (n=235)				
			Sayı	Ort	SS	KW ⁱ / MWU ⁱⁱ	P	Sayı	Ort	SS	KW ⁱ / MWU ⁱⁱ	p	Sayı	Ort	SS	KW ⁱ / MWU ⁱⁱ	p
Mann Whitney U	Meslek	Hekim	235	49.7	7.7	266.8	.000***										
		Hemşire	355	47.0	7.8	338.9											
	Yaş Grupları	30 yaş ve altı	342	47.9	7.7	289.6	.319	165	46.6	7.5	172.2	.316	177	49	7.7	142.1	.020*
		30 yaş üzeri	248	48.3	8.1	303.7		190	47.3	8.0	183.1		58	51.7	7.3	110.1	
	Meslekte Deneyim Süresi	5 yıl ve altı	286	48.2	7.8	302.3	.347	106	47.6	7.4	187.2	.271	180	48.6	8.0	107.9	.000***
		5 yıl üzeri	304	47.8	7.9	289.1		249	46.7	7.9	174.1		55	53.1	5.2	151.1	
	Birimde Çalışma Süresi	5 yıl ve altı	429	48.3	7.8	301.8	.144	205	46.9	7.7	177.6	.936	224	49.5	7.7	116.2	.073
		5 yıl üzeri	161	47.4	7.9	278.8		150	47.0	8.0	178.5		11	53.4	5.6	153.8	
	Cinsiyet	Erkek	141	48.7	8.8	319.5	.055	17	42.7	10.1	123.7	.250	124	49.5	8.3	118.4	.928
		Kadın	449	47.8	7.5	289.0		338	47.2	7.6	180.7		111	49.9	6.9	117.6	
Kruskall Wallis	Eğitim Düzeyi	Ön lisans ^a	38	44.9	7.6	211.4	.000*** e>a,b,c,d	38	44.9	7.6	142.8	.720	0				.000*** e>d
		Lisans ^b	248	47.1	7.7	270.2		248	47.1	7.7	180.7		0				
		Yüksek lisans ^c	69	47.7	8.2	284.9		69	47.7	8.2	187.6		0				
		Tıpta uzmanlık öğrencisi ^d	181	48.6	7.9	314.0		0					181	48.6	7.9	107.3	
		Uzman hekim ^e	54	53.3	5.3	422.3		0					54	53.3	5.3	153.7	
Mann Whitney U	Çalışılan Birim	Cerrahi Tıp B	256	47.5	7.5	280.2	.000***	179	47.5	6.7	180.9	.588	77	47.6	9.2	103.4	.021*
		Dahili Tıp B	334	48.4	8.1	307.2		176	46.4	8.7	175.0		158	50.7	6.6	125.1	
	Palyatif Bakım Eğitimi Alma	Hayır	579	47.9	7.9	292.4	.001**	344	46.7	7.7	174.4	.000**	235	49.7	7.7		-
		Evet	11	54.6	4.5	459.3		11	54.6	4.5	291.0		0				
	Biriminde Yaşam Sonu Bakım Verme	Hayır	189	47.1	8.9	280.2	.133	111	46.0	8.6	182.8	.191	78	48.7	9.1	112.7	.396
		Evet	401	48.5	7.3	302.7		244	47.4	7.4	167.5		157	50.1	6.9	120.7	

ⁱKW: Kruskall Wallis; ⁱⁱMWU: Mann Whitney U * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

4.3. Hekim ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı Düzeylerine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları

Hekim ve hemşirelerin ölüm kaygısı düzeylerine göre saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları araştırılmıştır (Tablo 6). Hekimlerin ölüm kaygısı düzeyine göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>.05$); hemşirelerin ölüm kaygısı çok düşük düzeyde olanların ölçek puan ortalaması (Ort:51.3; SS:6.0; KW: 244.0) diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.01$). Araştırmaya katılan tüm hekim ve hemşirelerden çok düşük düzeyde ölüm kaygısı olanların ölçek puan ortalaması (Ort:51.5; SS:5.8; KW:379.9) diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.05$).

Tablo 6: Hekim ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı Düzeyine Göre Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanları (N=590)

Analiz	Ölüm Kaygısı Düzeyi	Toplam (N=590)					Hemşire (n=355)					Hekim (n=235)				
		Ort	SS	Sayı	KW ¹	P	Ort	SS	Sayı	KW ¹	p	Ort	SS	Sayı	KW ¹	p
Kruskall Wallis	Çok Düşük ^a	51.5	5.8	33	379.9	.010* a>b,c,d	51.3	6.0	26	244.0	.007** a>b,c,d	52.0	5.5	7	139.9	.176
	Hafif Düzey ^b	47.1	8.4	246	279.3		46.3	8.3	158	170.4		48.9	8.2	88	111.0	
	Orta Düzey ^c	48.2	7.5	288	296.8		47.0	7.2	159	176.3		49.8	7.5	129	118.4	
	Çok Yüksek ^d	49.8	8.1	23	330.7		46.3	8.8	12	158.3		53.6	5.6	11	155.1	

¹KW: Kruskal Wallis

* $p<.05$; ** $p<.01$

4.5. Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Düzeyine Etki Eden Faktörler

Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyine etki eden faktörler araştırılmıştır (Tablo 7). Meslek değişkeni regresyon modelinde %47.2 oranında öneme sahip olup hemşire olmanın ölçek puanlarını azaltıcı ($p<.01$), uzman hekim olmanın artırıcı etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<.001$). Yaş değişkeni %15.9

öneme sahip olup yaş arttıkça ölçek puanlarının azaldığı görülmüştür ($p<.01$). Mesleki deneyim %12.9 öneme sahip olup deneyim arttıkça ölçek puanlarını da artırıcı bir etki yarattığı belirlenmiştir ($p<.01$). Palyatif bakım konusunda eğitim alma değişkeni regresyon modeli üzerinde %14.1 öneme sahip olup eğitim almamış olmanın ölçek puanlarını azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır ($p<.01$). Biriminde yaşam sonu bakım verme değişkeninin model üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir öneme sahip olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Regresyon modeli üzerinde anlamlı olan değişkenlerin (meslek, yaş, mesleki deneyim, palyatif bakım eğitimi alma) %24 oranında açıklayıcı olduğu bulunmuştur ($p<.001$).

Tablo 7: Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüm İlkelerini Benimseme Tutumunu Etkileyen Faktörler (N=590)

Değişkenler	Beta	T	p	%95 Güven Aralığı		Önem Derecesi	Multiple Regresyon (Forward Stepwise)
				Alt Sınır	Üst Sınır		
Hemşire Olma	-2.6	-3.0	.003*	-4.3	-.9	%47.2	F= 36.1 p=.000** R=.50 R2=.24
Uzman Hekim Olma	7.6	5.4	.000**	4.9	10.4		
Yaş	-.6	-3.4	.001*	-.9	-.2	%15.9	
Meslek Deneyimi	.5	3.1	.002*	.2	.8	%12.9	
Palyatif Bakım Eğitimi Almama	-7.5	-3.2	.001*	-12.1	-2.9	%14.1	
Palyatif Bakım Eğitimi Alma	.0						
Birimde Yaşam Sonu Bakım Vermeme	-1.3	-1.9	.055	-2.6	.0	%5.1	
Birimde Yaşam Sonu Bakım Verme	.0						

* $p<.01$; ** $p<.001$

5. TARTIŞMA

Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

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 (Tablo 4). 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 DTB 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 iyi ölümü, semptomların kontrol edildiği ve ağrısız bir ölüm olarak tanımladıkları, manevi destek almayı önemsedikleri görülmekte (Pierson ve ark, 2002), hasta konforu ve saygınlığın korunması için iyi bir semptom kontrolü (Benner ve ark, 2003) önerilmektedir. 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) iyi 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 (Tablo 4). Yaşam sonu bakımın hastanede, evde, bakım evinde alınması mümkündür (McQuade, 2015). Ancak hemşireler çoğunlukla hastaların ölüm yeri tercihlerinin sorulmaması gerektiğini düşünmektedirler (Çevik, 2010). Kaliteli bir yaşam sonu bakım ve saygın ölüm için, hastalar tarafından yaşamın son anlarının ve ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmesinin önemli olduğu bildirilmekte (Işıkhani, 2008), saygınlığını kaybetme korkusu ölüm yeri tercihlerini etkilemektedir (Thomas, 2004). Hastalar yaşam destek ünitelerinde, isteklerinin ve değerlerinin önemsenmediği, etkisiz tedavilerin zorla uygulandığı bir yaşam sonu bakımı kötü ölüm olarak tarif ederken (Ko ve ark, 2015); yoğun bakım hemşireleri yaşam sonu bakımın yoğun bakım ünitelerinde verilmesini önermekte (Badır ve ark, 2015) yaşam desteğini kesmenin de etik olabileceğine katılmamaktadırlar (Scherer ve ark, 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 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; yaşam sonu bakım ve saygın ölüm süreçlerine ilişkin hemşirelik eğitiminin kapsamının yetersizliğinden 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 ve ark, 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 ve ark, 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 ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 7). 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 ve ark, 2009). Hemşireler diğer meslek gruplarına göre daha fazla oranda palyatif bakımı hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünmekte; palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık olması gerektiğine hekimlerin hemşirelere göre daha fazla oranda katıldığı görülmektedir (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 sorumluluk almak istememelerinden kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşamın son günlerinde olan bireylere bakım veren hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ile ilgili tutumları ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar verilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin meslek, yaş, mesleki deneyim ve palyatif bakım konusunda eğitim alma değişkenleri saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar ile ilişkili bulunmuştur.

Hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:49.7; SS:7.7; MWU: 266.8), hemşirelerden (Ort:47; SS:7.8; MWU:338.9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.001$).

Hekimlerin 30 yaş üzerindeki grubunun saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:51.7; SS:7.3; MWU:110.1); 30 ve altındaki yaş grubundan (Ort:49; SS:7.7; MWU:142.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.05$).

Hekimlerin 5 yılın üzerinde deneyime sahip olanların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:53.1; SS:5.2; MWU:151.1); 5 yıl ve altında mesleki deneyime sahip olanlardan (Ort:48.6; SS:8.0; MWU: 107.9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.001$).

Dâhili Tıp Bilimleri bölümünde çalışan hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:50.7; SS:6.6; MWU:125.1); Cerrahi Tıp Bilimleri bölümünde çalışan hekimlerden (Ort:47.6; SS:9.2; MWU:103.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.05$).

Uzman hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:53.3; SS:5.3; KW:422.3) diğer eğitim düzeylerindeki hekim ve hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<.001$); hekimler arasında da uzman hekimlerin ölçek puanları (Ort:53.3; KW:153.7), tıpta uzmanlık öğrencilerinden (Ort:48.6; SS:7.9; KW:107.3) anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.001$).

Toplam hekim ve hemşirelerden palyatif bakım konusunda eğitim alanların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:54.6; SS:4.5; MWU:459.3); eğitim

almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.01$). Hemşirelerden palyatif bakım konusunda eğitim alanların ölçek puanları da (Ort:54.6; SS:4.5; MWU: 291.0); eğitim almayanlardan (Ort:46.7; SS:7.7; MWU:174.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.001$).

Hemşirelerin ölüm kaygısı çok düşük düzeyde olanların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:51.3; SS:6.0; KW: 244.0) diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.01$). Araştırmaya katılan tüm hekim ve hemşirelerden çok düşük düzeyde ölüm kaygısı olanların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi (Ort:51.5; SS:5.8; KW:379.9) diğer düzeylerde ölüm kaygısına sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<.05$).

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur:

Hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarında yaşam sonu bakım kapsamında verilecek eğitimin teorik ve uygulamalı derslere yansıtılması sağlanabilir.

Yaşam sonu bakım verilen birimlerde saygın ölüm ilkeleri doğrultusunda bakım verebilecek, yaşam sonu bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli hekim ve hemşirelerin görevlendirilmesi önerilir. Yaşamın son günlerinde olan hastalara saygın ölüm ilkeleri doğrultusunda bakım hizmetlerinin düzenlenmesi ve bakımın iyileştirilmesi için saygın ölüm ilkelerinin sağlık bakımı veren kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenmesi ve bu doğrultuda bakım protokolleri geliştirilmesine gereksinim vardır.

Yaşam sonu bakım veren kliniklerdeki hastalar, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri ile kalitatif çalışmaların yapılması önerilir.

9. KAYNAKÇA

1. Amerikan Hekimler Birliği (2012). The Ethics Of Practice. https://www.acponline.org/running_practice/ethics/manual/manual6th.htm#eol (1 Ocak 2016).
2. 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), s: 164-171.
3. Ay, M.A. (2013). Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötanaziye İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
4. Badır, A., Topçu, I., Türkmen, E., Göktepe, N., Miral, M., Ersoy, N. ve Akın, E. (2015). Turkish Critical Care Nurses' Views On End-Of-Life Decision Making And Practices. Nursing In Critical Care, doi:10.1111/nicc.12157
5. Baillie, L. (2009). Patient Dignity İn An Acute Hospital Setting: A Case Study. International Journal Of Nursing Studies, 46(1), s: 23-37.
6. 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), s: 38-45.
7. Benner, P., Kerchner, S., Corless, I. B., ve Davies, B. (2003). Attending Death As A Human Passage: Core Nursing Principles For End-Of-Life Care. American Journal of Critical Care, 12(6), s: 558-561.
8. Bilge, A., Embel, N., ve Kaya, F. G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. Journal Of Psychiatric Nursing, 4(3), s: 119-124.
9. Bradshaw, A. (1996). The Spiritual Dimension Of Hospice: The Secularization Of An İdeal. Social Science and Medicine, 43(3), s: 409-419.

10. Carron, A. T., Lynn, J. ve Keane, P. (1999). End-Of-Life Care İn Medical Textbooks. *Annals of Internal Medicine*, 130(1), s: 82-86.
11. Coenen, A., Doorenbos, A. Z., & Wilson, S. A. (2007, November). Nursing Interventions To Promote Dignified Dying in Four Countries. In *Oncology Nursing Forum*, 34(6).
12. Çavdar, İ. (2011). Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. *Turkish Journal Of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3), s: 142-147.
13. Çevik, B. (2010). Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
14. 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).
15. Dünya Palyatif Bakım Birliği (2011). WPCA Policy Statement On Defining Palliative Care. London: WPCA.
16. Dünya Palyatif Bakım Birliği (2015). Palliative Care and the Global Goal for Health. <http://www.thewhpc.org/resources/item/palliative-care-and-the-lobal-goal-for-health-report-2> (15 Aralık 2015).
17. Dünya Sağlık Örgütü (2002). WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (8 Nisan 2015).
18. Dünya Sağlık Örgütü. (2004). Palliative Care: Symptom Management and End-Of-Life Care. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf> (10 Aralık 2015).
19. Dünya Tabipler Birliği. (2015). WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/> (1 Ocak 2016).

20. Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, N. (2014). Hemşirelikte Araştırma, Süreç Uygulama Kritik. İstanbul. Nobel.
21. Field, M. ve Cassel, C. (2011). Approaching Death: İmproving Care At The End Of Life. Health Progress (Saint Louis, Mo.), 92(1), s: 25.
22. Georges, J., Grypdonck, M., ve Dierckx De Casterle, B. (2002). Being A Palliative Care Nurse İn An Academic Hospital: A Qualitative Study About Nurses' Perceptions Of Palliative Care Nursing. Journal Of Clinical Nursing, 11(6), s: 785-793
23. Guo, Q. ve Jacelon, C. S. (2014). An İntegrative Review Of Dignity İn End-Of-Life Care. Palliative Medicine, 28(7), s: 931-940.
24. Harståde, C. ve Andershed, B. (2004). Good Palliative Care-Who and Where?. Journal Of Hospice And Palliative Nursing, 6(1), s: 27-35.
25. Hart, B., Sainsbury, P. ve Short, S. (1998). Whose dying? A Sociological Critique Of The 'Good Death'. Mortality, 3(1), s: 65-77.
26. Huijer, H. A. S., Dimassi, H., ve Abboud, S. (2009). Perspectives on palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. Palliative and Supportive Care, 7(03), s: 339-347.
27. Işıkhana V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanseri Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi, 23(1), s: 34-44
28. Kaliteli Palyatif Bakım Klinik Uygulama Kılavuzu. (2009). http://www.nationalconsensusproject.org/Guidelines_Download2.aspx (16 Aralık 2015).
29. Karahisar, F. (2006). Ölümçül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötanaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

30. Ko, E., Kwak, J. ve Nelson-Becker, H (2015). What Constitutes a Good and Bad Death?: Perspectives Of Homeless Older Adults. *Death Studies*, (7), s: 422.
31. Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. *C. U Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
32. McCallum, A. ve 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), s: 25-30.
33. McQuade, A. P. (2015). End-Of-Life Care For Cancer. Salem Press Encyclopedia Of Health.
34. Meffert, C., Stöbel, U., Körner, M. ve Becker, G. (2015). Perceptions Of a Good Death Among German Medical Students. *Death Studies*, 39(5), s: 307-315
35. Olgun, N.(2013). Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Hastaya Bakım. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, s: 211-219.
36. Özkiriş, A., Güleç, G., Yenilmez, Ç., Musmul, A. ve Yanaş, M. (2011). Hekim Tutumları Üzerine Bir Çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, s: 89-100.
37. Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F. ve Radbruch, L. (2008). A Matter Of Definition–Key Elements Identified In A Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. *Palliative Medicine*, 22(3), s: 222-232.
38. Phelps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M. T., Van Wert, M. ve Balboni, T. A. (2012). Addressing Spirituality Within The Care Of Patients At The End Of Life: Perspectives Of Patients With Advanced Cancer, Oncologists, And Oncology Nurses. *Journal of Clinical Oncology*, 30(20), s: 2538-2544.
39. Pierson, C., Curtis, J. ve Patrick, D. (2002). A Good Death: A Qualitative Study Of Patients With Advanced AIDS. *AIDS Care*, 14(5), s: 587-598.

40. Sağlık Bakanlığı (2015). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97347/h/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesi.pdf> (1 Ocak 2016).
41. Sağlık Bakanlığı. (2015). Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1> (1 Ocak 2016).
42. Sandman, L. (2002). What's The Use Of Human Dignity Within Palliative Care?. *Nursing Philosophy*, 3(2), s: 177-181.
43. Scherer, Y., Jezewski, M. A., Graves, B., Wu, Y. W. B. ve 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), s: 30-40.
44. Sert, G. (2008). Tıp Etiği ve Mahremiyet. İstanbul: Babil Yayınları, s: 189-227.
45. Slaughter, V. (2005). Young Children's Understanding Of Death. *Australian Psychologist*, 40(3), s: 179-186.
46. Rooda, L. A., Clements, R. ve Jordan, M. L. (1998). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. In *Oncology Nursing Forum* 26(10), s: 1683-1687.
47. Smith, R. (2000). A Good Death. *BMJ*, 320(7228), s: 129-130.
48. Sullivan, A. M., Lakoma, M. D. ve Block, S. D. (2003). The Status of Medical Education in End-of-life Care. *Journal Of General Internal Medicine*, 18(9), s: 685-695.
49. Şenocak, Ş. M. (2014). *Biyoistatistik, Araştırma Yöntembilimi*. İstanbul. İstanbul Tıp.

50. Tahta, F., Tahta, K. ve Dernek, S., (2015). Çocukların Yakınlarının Ölüm Kavramlarını Algılama Üzerine Kurdukları Sistemler ve Oyunlar. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 1.
51. Taka, F. (2010). Hemşirelerde Ölüm Kaysının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
52. Teke, A. K., Cengiz, E., ve Demir, C. (2010). Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü Ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19(3).
53. Thomas, C., Morris, S. M. ve Clark, D. (2004). Place Of Death: Preferences Among Cancer Patients and Their Carers. Social Science & Medicine, 58(12), s: 2431-2444.
54. Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
55. Türk Dil Kurumu. (2015). Palyatif. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.56a2aa76661319.45717751 (10 Aralık 2015).
56. Uslu, F. (2013). Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
57. Vig, E. K. ve Pearlman, R. A. (2004). Good and Bad Dying From the Perspective of Terminally Ill Men. Archives of Internal Medicine, (9), s: 977.
58. Wright, M., Wood, J., Lynch, T., ve Clark, D. (2008). Original Article: Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. Journal Of Pain And Symptom Management, s: 485-35469.
59. Yıldız, M., Karaca, F. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Tabula-Rasa, 1(1), s: 43-55.

10. EKLER

EK- I. Tanımlayıcı ve Mesleki Özellikler Veri Formu

TANIMLAYICI VE MESLEKİ ÖZELLİKLER VERİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz?

- Kadın
 Erkek

3. Mesleğiniz nedir?

- Hemşire
 Ebe
 Hekim
 Asistan hekim/ Uzmanlık alanınız.....
 Uzman Hekim/ Uzmanlık alanınız.....

YANITINIZ "HEKİM" İSE 5. SORUYA GEÇİNİZ.

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

- Lise
 Önlisans
 Lisans
 Yüksek lisans /Doktora
 Diğer...

5. Mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

6. Hangi birimde çalışıyorsunuz?.....

7. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz?.....

8. "Palyatif bakım" konusunda mezuniyet sonrası sürekli bir eğitim programına katıldınız mı?

- Evet
 Hayır

YANITINIZ "HAYIR" İSE 10. SORUYA GEÇİNİZ.

9. Bu eğitimi nereden aldınız?

10. Aldığınız eğitim "saygın ölüm"/ "saygın ölüm ilkeleri" başlıklarını kapsıyor muydu?

- Evet
 Hayır

11. Meslek yaşamınız boyunca yaşamın son günlerinde olan hastalara bakım verdiniz mi?

- Evet
 Hayır

12. Çalıştığınız birimde yaşamın son günlerinde olan hastalara bakım veriyor musunuz?

- Evet
 Hayır

EK- II. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda belirtilen ifadelerin her birine ilişkin olarak en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz (X)

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	1	2	3	4	5
İlke1- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlamak					
İlke2- Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek					
İlke3- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek					
İlke 4- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek					
İlke 5- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek					
İlke 6- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde 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					
İlke 10- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek					
İlke 11- Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek					
İlke 12- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak					

EK- III. Thorson Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

THORSON POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen ifadelerin her birine ilişkin olarak en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz (X)

		FİKRİME ÇOK UYGUN	FİKRİME UYGUN	KARARSIZIM	FİKRİME AYKIRI	FİKRİME ÇOK AYKIRI
1	Acı çekerek ölmekten korkarım					
2	Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin eder.					
3	Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür.					
4	Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı konusu beni hiç kaygılandırmıyor.					
5	Tabutlar beni huzursuz eder.					
6	Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim.					
7	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni oldukça kaygılandırır.					
8	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım					
9	Ölümden sonraki hayat beni oldukça kaygılandırıyor.					
10	Yavaş ve uzun bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) korkmuyorum					
11	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.					
12	Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.					
13	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum.					
14	Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.					
15	Ölürken çekilen ıstırap beni kaygılandırır.					
16	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmamasını çok istiyorum.					
17	Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum.					
18	Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.					
19	Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder.					
20	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.					
21	Dünyevi şeyleri elde etmek ve onları kontrol altında tutmak benim için önemli değildir.					
22	Ölümün insani her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor.					
23	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.					
24	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım.					
25	Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil.					

EK- IV. Etik Kurul Onayı

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	23.06.2015
Karar No:	2015.145.IRB3.075
Sorumlu Araştırmacı:	Ayten Dağ
Araştırma Başlığı:	Hemşire ve Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi
Başlangıç tarihi:	08.07.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu çalışmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,



Hakan S. Orer
Başkan

EK-V. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

from: **yildizm@cumhuriyet.edu.tr**
to: AYTEN DAG <adag14@ku.edu.tr>
date: Wed, Apr 29, 2015 at 3:52 PM
subject: Re: Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım Hakk.
mailed-by: cumhuriyet.edu.tr

Merhaba Ayten Hanım,

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğini belirtmiş olduğunuz çalışmada kullanmanız uygundur, kullanabilirsiniz. Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

**Prof. Dr. Murat Yıldız
Cumhuriyet Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı
Sivas**

EK-VI. Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 24/08/2015-265471



* B E 5 D 4 V S E D *

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



Sayı :19451483-199-
Konu :Aytan Dağ'ın araştırma izni

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :06/08/2015 tarihli, 249175 sayılı Dekanlık yazısı

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında Doç.Dr.Aysel BADIR'ın danışmanlığında öğrenim gören Ayten DAĞ'ın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez dersi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan "Hemşire ve Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Üzerine Etkisi" konulu araştırmasını Fakültemizde yapabilmesi hakkında adı geçen Enstitü Müdürlüğünden alınan 30.07.2015 tarihli, 18 sayılı yazı ve eki incelenmiş olup, Bölüm Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Tanju BEĞER
Bölüm Başkanı

Tarih ve Sayı: 06/08/2015-24



* B E K V 4 S U L P *



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :19274766-199-
Konu :Aytan DAĞ'ın araş. izni hk.

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :06/08/2015 tarihli, 249175 sayılı yazı

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Ayten DAĞ'ın "Hemşire ve Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi" konulu araştırmasını, Fakültemizde **Hemşirelerle** yapmasında sakınca olmadığını bilgilerinize arz ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı
Yasemin ÖZER GÜÇLÜEL
Müdür

Tarih ve Sayı: 06/08/2015-249175



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Ayten Dağ'ın araştırma izni

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında Doç.Dr.Aysel BADIR'ın danışmanlığında öğrenim gören Ayten DAĞ'ın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez dersi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan "Hemşire ve Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi" konulu araştırmasını Fakültemizde yapabilmesi hakkında adı geçen Enstitü Müdürlüğünden alınan 30.07.2015 tarihli, 18 sayılı yazı ve ekinin bir fotokopisi ilişiktir.

Bilgilerinizi, konu hakkındaki mütalaanızın Dekanlığımıza bildirilmesini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Sema UMUT
Dekan V.

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/08/2015-255986



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



Sayı :76624604/ 574
Konu :

İstanbul
Tarih: 10.08.2015

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 06.08.2015 tarihli ve 249175 sayılı yazınız

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tez dersi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan araştırma konusunun "Hemşire ve Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi" başlığı ile ne ifade edilmek istendiği tam olarak anlaşılmanakla birlikte çalışmanın kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur kaimındayım.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Yakup TUNA
Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı
Anatomi Anabilim Dalı Başkanı

EK-VII. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans programının tez çalışmasının uygulamasına ilişkin olarak düzenlenmiştir.

Çalışmanın amacı, hemşire ve hekimlerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarını ve buna etki eden faktörleri belirlemektir. Araştırmada önemli olan kişilerin bireysel cevapları değil, örneklemde elde edilecek toplu sonuçlardır. Bu doğrultuda soru formuna adınızı ve kimliğinizi ifade eden herhangi bir şey yazmanıza gerek yoktur ve çalışmaya katılım isteğe dayalıdır. **Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır.**

Çalışmaya katılmaya istekli iseniz, anket formundaki soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlamaya çalışınız.

Çalışmaya getirdiğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Öğrenci

Ayten DAĞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Aysel BADIR

ANKETİ DOLDURMAYA BAŞLAMADAN ÖNCE LÜTFEN AŞAĞIDAKİ YAŞAM SONU BAKIM İLE İLGİLİ KAVRAMLARIN AÇIKLAMALARINI OKUYUNUZ.

Anket 3 bölümden oluşmaktadır:

- ❖ Sosyo-demografik ve Diğer Özellikler Veri Formu
- ❖ Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği
- ❖ Ölüm Kaygısı Ölçeği

Palyatif Bakım: Psikososyal, spiritüel ve fiziksel bakımı içeren holistik bir yaklaşımdır ve hastalık tanısının konmasıyla başlar. Küratif ve destekleyici tedavi birlikte verilir, tedavinin devam edip etmediğine bakılmaksızın devam eder.

Yaşam Sonu Bakım: Yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ya da sonlandırılması kararından sonra kritik durumdaki hastaya ve ailesine sağlanan bakım ve destek hizmetleridir.

Saygın Ölüm: Yaşamın son günlerindeki hastaların acısız bir ölüm süreciyle birlikte, özsaygısı, otonomisi, özgürlüğü korunarak insan onuruna yakışır bir biçimde yaşamdan ölüme geçişini kolaylaştıran bir süreci tarif eder.

Saygın Ölüm İlkeleri: "Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması Çalışma Grubu" (Debate of the Age Health and Care Study Group) tarafından 1999 yılında tanımlanan ilkelere dir. Saygın ölümlle ilgili 12 ilkenin tıbbi bakım kurumları ve bakım kuruluşlarında benimsenmesi önerilmektedir.

EK-VIII. Özgeçmiş



ÖZGEÇMİŞ FORMU

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	AYTEN DAĞ
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ
Fakülte/Bölüm:	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Departman/Ünite:	HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS
Ev telefonu:	-
İş telefonu ve Cep telefonu:	0535 705 97 26 - 0212 414 30 00/1754
E-posta adresi:	adag14@ku.edu.tr

2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb)
2005	HEMŞİRELİK	MARMARA ÜNİVERSİTESİ	LİSANS

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM

4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM RPOGRAMI

Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.

5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik, Sosyal, vb)

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI

6. VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

TARİH	MAKALENİN BAŞLIĞI

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza AYTEN DAĞ

Tarih _____

