



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARI, YAKINLARI VE
HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ

Dilan ÖZYALÇIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA, 2019



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARI, YAKINLARI VE
HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİLAN ÖZYALÇIN

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK

ANKARA, 2019



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dilan Özyalçın tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/01/2019

Tez Konusu: “Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme ve İyi Ölüme İlişkin Görüşleri”

TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar	Hacettepe Üniversitesi

[Handwritten signatures of the jury members]

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun ...18... / ...01... / 2019 tarih ve ...3-7... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

[Handwritten signature of Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ]

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 15/2/19

Öğrencinin Adı, Soyadı : Dilan ÖZALCIN

Öğrencinin Numarası : 21620286

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı

Programı : Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Banu GEVİK

Tez Başlığı : Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüm ve İyi Ölüm İlişkin Görüşleri

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 133 sayfalık kısmına ilişkin, 15/2/19 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından TÜRNLİTİN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 12'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

15/2/19

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,

.....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, sabır, özveri ve titizlikle tezimin yürütülmesini sağlayan, konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlanmasında her türlü manevi desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK'e;

Eğitim ve yüksek lisans ders dönemim boyunca bana her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğini sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sultan KAV'a;

İyi Ölüm Ölçeği'nin türkçeye uyarlanmış halini kullanmama izin veren Sayın Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Tuğba MENEKLİ ile Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmış halini kullanmama izin veren hocam Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK'e;

Araştırmamın uygulanmasında başından sonuna kadar sabır ve desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Ziyafet UĞURLU, Blok Sorumlusu Hemşiresi Aysun CEYLAN, Servis Sorumlu Hemşiresi Seçil Şen Feyzioğlu ve kemik iliği transplantasyon servisinde çalışan değerli hemşire arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca, eğitim hayatım süresince, yüksek lisans dönemimde zor zamanlarımda sonsuz hoşgörü ve sabır ile tüm desteğini sağlayan sevgili AİLEME,

Araştırmama doğru ve samimi bilgi vererek gönüllü olarak katılan tüm HASTA, HASTA YAKINI VE HEMŞİRELERE en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ÖZYALÇIN, Dilan. Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölümüne ve İyi Ölümüne İlişkin Görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2019.

Bu çalışma; kanser hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin ölümüne ve iyi ölümüne ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, Ankara'da Başkent Üniversitesi Hastanesinin erişkin ve cerrahi kliniklerinde yatan 100 hasta, 100 hasta yakını ve 100 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri Hasta, Hasta Yakını ve Hemşire Kişisel Bilgi Formu, Ölümüne İlişkin Tutum Profil Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği kullanılarak, 15 Temmuz 2018 - 1 Aralık 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya en az bir yıl süre ile kanser tedavisi gören, 18 yaşın üzerinde, okuma yazma bilen ve sözel iletişim kurabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar hastalar kabul edilmiştir. Hastanın bakım gereksinimlerini hastanede yatarken karşılayan, 18 yaşın üzerinde, sözel iletişim kurabilen okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmaya istekli olan hasta yakınları ve lisans mezunu olan, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örneklemini oluşturmuştur.

Hemşireler ölüm kavramını fizyolojik olarak fonksiyonların durması, hasta ve hasta yakınları iyi ölümü acı çekmeden yaşamak olarak tanımlamışlardır. Çalışmaya katılan hastaların iyi ölüm ölçeği ve ölümüne ilişkin tutum profil ölçeği puan ortalaması hasta yakını ve hemşirelerden yüksek olup, hasta ve hasta yakınları iyi ölüm konusunda hemşirelere göre daha iyi düşüncelere sahiptirler. Çalışmada evli olan hemşirelerin iyi ölüm ölçeği puan ortalaması bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve DAP-R ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta yakınlarından 48-58 yaş grubunda olan ve evli olanları ölümüne ilişkin tutum profil ölçeği puan ortalamaları

yüksektir. Hastanede ölmek isteyen hasta ve hasta yakınlarının klinik alt boyut ölçek ortalaması evde ölmek isteyen hastanın klinik alt boyut ölçek ortalamasından yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonucu olarak hastaların iyi ölüme ilişkin görüşlerinin daha olumlu, ölümden korkma ve kaçınma davranışları daha düşük ve anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma davranışları daha fazladır. Bu nedenle hemşirelerin yaşam sonu bakım konusuna kapsamlı yer verilmelidir. Hasta ve hasta yakınlarının iyi ölüme karşı tutumlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için başka çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler; Hemşirelik, iyi ölüm, terminal dönem, kanser, iyi ölüme ilişkin tutum

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay : 30.06.2018 Proje No:KA18/207) tarafından onay alınmıştır.

ABSTRACT

ÖZYALÇIN, Dilan. Opinions of Cancer Patients, Relatives, and Nurses on Death and Good- Death. Başkent University Graduate School of Health Sciences Nursing Master Program, 2019.

This study has been carried out to find out about the opinions of cancer patients, their relatives and nurses about death and good-death in a more descriptive and cross-sectional manner. The study has been conducted with 100 patients hospitalized in the adult and surgical clinics of Başkent University Hospital in Ankara together with 100 patients, their 100 companions, as well as 100 nurses working in these clinics.

Research data was collected by using patient, patient relatives and nurse personel information form, ‘‘Death Attitude Profiled-Revised’’ and ‘‘The Good Death Scale’’ on between 15th July 2018 and 1st December 2018. Patients who had been undergoing cancer treatment for at least one year, who were over 18 years of age, who were literate and able to communicate verbally, who were volunteered to participate in the study were admitted to research.

The patient relatives who meet the patient’s care requirements while in hospital, who were over 18 years of age, who were literate and able to communicate verbally and who were willingness to participate in the study and the nurses with bachelor’s degree who accepted to participate in the research created the sample.

The nurses have defined the death as function interruption physically while the patients and patient relatives have defined the good death as living without suffering. While the point average between the good death scale and the death attitude profile scale of the patients who participated in the study is higher than the patient relatives and nurses; patients and patient relatives have better thoughts about the good death. In the study, it has been found that good death scale point average of the married nurses are higher than the single ones ($p < 0.05$). A statistically significant relation has

been found between the ages, genders, marital status of patients and the fear of death, death avoidance, acceptable approach and the total scores of DAP-R scale ($p<0.05$). The clinical sub-dimension scale average of the patients and patient relatives who want to die in the hospital has been found higher than the clinical sub-dimension scale average of the patients who want to die at home.

As a result of our study, patients' views about good death were found to be more positive, fear of death and avoidance behaviors were lower and meaningful. Nurse have more fear of death and avoidance of death. Therefore, comprehensive care should be given to the end-of-life care of nurses.

Keywords; Nursing, death, good-death, terminal period, cancer, attitude towards good-death

This study was approved by Baskent University, Medicine and Health Sciences Review Committee and Clinical Researches Ethics Committee (Approved: 30.06.2018, Project No: KA 17/280).

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	v
ABSTRACT & KEYWORDS	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLO DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1 Araştırmanın Tanımı ve Önemi	16
1.2 Araştırmanın Amacı.....	19
1.3. Araştırmanın Soruları.....	19
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İyi Ölüm ve İyi Ölümün Özellikleri.....	20
2.2. İyi Ölümü Etkileyen Faktörler.....	23
2.3. Ölüm ve İyi Ölüm Kavramına İlişkin Hemşirelerin Tutumları	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1 Araştırmanın Tipi	30
3.2 Araştırmanın Yeri ve Gerçekleştirildiği Tarih	30
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4 Verilerin Toplanma Araçları	31
3.4.1 Hasta kişisel bilgi formu	32
3.4.2 Hasta yakını kişisel bilgi formu	32
3.4.3 Hemşire kişisel bilgi formu	32
3.4.4 Ölüme ilişkin tutum profil ölçeği (Death Attitude Profile-Revised/DAP-R).33	
3.4.5 İyi ölüm ölçeği	34
3.4.6 Ön uygulama	37

3.4.7 Veri toplama araçlarının uygulanması	37
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.6 Araştırmanın Etik Yönü	38
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	39
4. BULGULAR	
4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri	41
4.1.1. Hastaların demografik özellikleri	41
4.1.2. Hasta yakınlarının demografik özellikleri	44
4.1.3. Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı	46
4.2. Katılımcıların İyi Ölüme İlişkin Düşünce ve Deneyimleri	47
4.2.1. Hastaların iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri	47
4.2.2. Hasta yakınlarının iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri	49
4.2.3. Hemşirelerin iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri	51
4.3. Katılımcıların Ölçek Toplam Puanları	54
4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tutum ve İyi Ölüm Görüşlerine İlişkin Bulgular	56
4.4.1 Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları	56
4.4.2 Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile ölçek toplam puan ortalaması	63
4.4.3 Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ölçek toplam puan ortalamaları	68
5. TARTIŞMA	
5.1 Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme ve İyi Ölüme Yönelik Tanımlarının Tartışılması	77
5.2 Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutumlarının Tartışılması	79
5.3 Kanser Hastaları, Yakını Ve Hemşirelerin İyi Ölüme İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	83

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar	89
6.2 Öneriler.....	92

KAYNAKLAR

EKLER

Ek-1, Bilgilendirilmiş Olur Formu	101
Ek-2, Hasta Kişisel Bilgi Formu	109
Ek-3, Hasta Yakını Kişisel Bilgi Formu	112
Ek-4, Hemşire Kişisel Bilgi Formu	116
Ek-5, Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (DAP/R).....	121
Ek-6, İyi Ölüm Ölçeği.....	123
Ek-7, Araştırma Etik Kurul İzni.....	124
Ek-8, İyi Ölüm Ölçeği İzin Maili.....	125

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD Amerika Birleşik Devletleri

Ark. Arkadaşları

DAP-R Death Attitude Profile-Revised (Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği)

KOAH Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SPSS Statistical Programme for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TUİK Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sıra

Sayfa

Şekil 1. Katılımcıların ön uygulama ve görüşlerinin alınması süreci.....36



TABLolar

Tablo

Sıra	Sayfa
1. Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Boyutları	33
2. Kanser Hastaları, Yakını Ve Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği Alt Grupları Ve Cronbach Alfa Değerleri	33
3. Kanser Hastaları, Hasta Yakını Ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği Alt Grupları Ve Cronbach Alfa Değerleri	34
4. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	41-42
5. Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı	44
6. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	46
7. Hastaların İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşünceleri Dağılımı	47
8. Hasta Yakınlarının İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı	49
9. Hemşirelerin Ölüm Kavramına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı	51
10. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Deneyimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı	52
11. Hemşirelerin Hastaların Öleceğini Bilme İle Ölümü Konuşabilme Durumuna İlişkin Düşünceleri	53
12. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği, Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Değerleri	54
13. Kanser Hastası, Yakını ve Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği, Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Değerleri	55
14. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İyi Ölüm Ölçeği ve Ölçek Puan Ortalamaları	58
15. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle DAP-R Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları	59

16. Hastaların Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortalamalarının Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	62
17. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri İle İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımları	64
18. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri İle DAP-R Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları	65
19. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları	70-71
20. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (Dap-R) ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları	74
21. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin DAP-R Ölçek Ve Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılmasının Dağılımı	76
22. Kanser Hastası, Yakını Ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçek Ve Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılmasının Dağılımı	76

1. GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Ölüm; tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona erdiği, bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir (1). Ölüm kavramı kültürden kültüre değişiklik göstermektedir (1,2).

Ülkemizde ölüm nedenlerine baktığımızda; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre ölüm vakalarının %39,8'ini dolaşım sistemi hastalıkları %19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12 ile solunum sistemi hastalıkları izlemektedir (3). Ülkemizde kanser ikinci ölüm nedenidir ve tüm ölümlerin yaklaşık %20 sini oluşturmaktadır (4). Dünyada kanser ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır (5).

Kanser hastalarının son evrelerinde (terminal dönemde) hastaların bakımı tedavi seçeneklerinin azalması, prognoz giderek kötüleşmesi, semptomların kontrolünün yetersiz kalması nedeniyle çoklu sorunları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hastalar yaşamlarının son dönemlerini çoğunlukla hastanelerde geçirmektedir. Günümüzde hastanelerde hemşireler tarafından ölüm sürecinde olan bireyin bakımı verilmektedir (1,2). Toplumlar dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançlar ve geleneklerin ölüm ve ölüme ilişkin algının şekillenmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (6). Çünkü ölüm sadece biyolojik bir olgu değil, aynı zamanda ortaya çıkan davranışlar, törenler ve inançlar ile sosyokültürel bir olaydır. Bu nedenle bireylerin ölüme karşı tutum ve yargıları değişebilmektedir. Ancak tüm toplumlar iyi ölüm kavramı önemlidir. İyi bir ölüm temel insan hakkıdır (1). İyi ölüm, ölümün ne zaman geleceğini bilebilmek, bireyin sevdiği insanla olup onunla vedalaşma fırsatı bulabilmek, ağrı, inkontinans ve deliryum yaşamadan, gereksiz müdahalelere maruz kalmadan, ölümünü nerede olabileceğini kontrol altına alarak ölmektir (6-8). Başka bir tanıma göre iyi bir ölüm, tercihen ölmekte olan kişinin evinde dostça bir atmosfer ile ruhi bir olay olarak tanımlanmaktadır (8).

Ölümü yaklaşan hastanın bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biri olarak bilinmektedir (6,8,9). Yaşamının son zamanlarını geçiren hastanın bakımı sürecinde, hastanın fiziksel ve duygusal gereksinimlerini giderebilmek amacıyla hemşirenin gereken beceri, bilgi ve terapötik yaklaşıma sahip olması hem hastaya hem de ailesine etkin psikososyal destek verebilmesi açısından onların duygularını anlaması ve kabullenmesi büyük bir önem taşımaktadır (9).

Hemşireler ölmekte olan hastalara bakım verirken, ölümü yakından yaşar, hisseder, kendi ölüm gerçeği ile yüzleşir. Ayrıca hemşire ölmekte olan hastaya bakım vermek ve hasta yakınlarına destek olmak durumundadır (10,11). Ölüme verilen tepki her bireyde aynı değildir. Bu nedenle hemşirenin ölüm karşısında kendi duygularının, hasta ve ailesinin duygularının farkında olması, onları yaklaşan ölüme hazırlaması önemlidir (12). Hemşireler ölmekte olan kişilerin ve onların ailelerinin bakımında önemli rol oynadığından hemşirelerin ölüm algılarının ortaya çıkarılması ve bunu etkileyen faktörlerin tanımlanması gerekmektedir (10). Menekli ve Fadiloğlu (13) hemşirelerin ölüm algısını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin %62.5'inin ölümden sonra hasta yakınlarına destek olmada yetersiz hissettikleri, %52.7'sinin yaşam sonu bakım verme rolünün hemşirenin primer sorumluluğu olduğunu belirtmelerine rağmen, %59.6'sının ölüm yaklaştıkça hastaya bakım vermektan korktuklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin anksiyete, yetersizlik, çaresizlik, öfke, sıkıntı, suçlama gibi duygular yaşadıkları, hastanın bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan korktukları için ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (14-16). Iranmanesh ve arkadaşları (17) yaptıkları bir çalışmada; mesleklerinde yeni olan hemşirelerin hastaları öldükleri zaman günlerce acı ve üzüntü yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Ülkemizde kanser veya yoğun bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin ölmekte olan bireyin bakımına ve ölüm algısına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (18-21). Çevik ve Kav (18) yaptığı araştırmada, hemşirelerin %62,3'ünün ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir. Yılmaz ve Vermişli (19)

yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %17,5'inin ölümcül hastaya bakmak istediğini belirtmişlerdir. Koku ve Ateş (20) terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumlarını belirlemek için 250 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %58,8'i ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istemediğini belirtmişlerdir. Bakım vermek isteyen hemşirelerin %46,9'u ölmekte olan hastanın kaliteli bakım alma hakkının olması ve bakım vermenin hemşirenin görevi olması nedeniyle bakım vermeyi istediği, bakım vermek istemeyenlerin %36,4'ü ise çaresizlik ve üzüntü hissine yol açması nedeniyle bakım vermeyi istemediğini belirtmiştir. Ceyhan ve arkadaşları (21) yoğun bakımda çalışan 102 hemşire ile iyi ölüm algısını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında; hemşirelerin %52'sinin her şifte terminal dönemde olan hastaya bakım verdiği, %62,7'sinin ölmekte olan hastasına isteyerek bakım verirken %37,3'inin isteksiz olarak bakım verdiğini belirtmiştir.

Literatürde hasta, hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşüncelerine yönelik çalışmalara sınırlı sayıda rastlanmaktadır. Young ve arkadaşlarının (22) genel popülasyon, kanser hastaları, kanser hastalarının bakım vericileri, hekimlerin iyi ölüm kavramına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla ülke çapında yaptıkları çalışmalarında; iyi ölüm birleşenleri arasında 'acıdan /ağrıdan kurtulma' ilk sıralarda yer alan önemli bir birleşen olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde hasta ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin görüşlerini içeren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu durum dikkate alındığında hemşire, hasta ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin düşünceleri, tutumları ve iyi ölüm kavramları başta olmak üzere konuyla ilgili çalışmalara gereksinim olduğu dikkat çekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma; kanser hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.2.Araştırma Soruları

Bu çalışma kapsamında aşağıda yer alan sorulara yanıt aranmıştır:

1. Kanser hastaları, hasta yakınları ve hemşireler iyi ölümlü nasıl tanımlamaktadırlar?
2. Kanser hastaları, hasta yakını ve hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları nasıldır?
3. Kanser hastaları, hasta yakını ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İyi Ölüm ve İyi Ölümün Özellikleri

Ölüm, hayat boyunca yaşanan olaylarından biri, yaratılış sisteminin eski bir geleneği ve yaşamın kaçınılmaz son aşaması olarak var olmaktadır (1,2,8,9). Toplumda insanların çoğu, ölümü kabul etmek istemezler. Bir kişi ölmek üzereyken; sağlık çalışanları, akrabaları ve arkadaşları iyi bir ölüm için koşulları nasıl sağlayabileceklerini düşünmektedir (8,17,20,21).

Ölüm; tüm yaşayan organizmaların ortak özelliği, yaşamın son aşaması olan evrensel bir gerçek olup, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona erdiği, bireyin psikolojik ve fizyolojik anlamdaki son evresidir (20,25,28-31). Yaşantımızda rutin yaptığımız şeylerden farklı olarak yalnızca bir kez ölürüz, bu yüzden ölümün uygun zamanda ve istediğimiz gibi olması önemlidir (32).

Ölüm kavramı ve ölüme karşı verilen tepkiler; toplumun ölüme karşı yüklediği anlamlardan, kültürel değerlerden, inanç, yaş ve bireysel değerlerden etkilenmektedir (28-31). Bu nedenle toplumlarda ölüm algısı iyi veya kötü olarak değişebilmektedir. Çoğu zaman ölüm kötü olarak tanımlanır. İyi ölüm bütün toplumlarda istenilen bir durum, üzerinde çok konuşulan önemli bir kavram olup palyatif bakım ve yaşam sonu bakımında hayati önem taşımaktadır (25,28,29). Yaşam sonu hastalarının iyi bir ölüm yaşamalarının sağlanmasından emin olmak için, hekimlerin, hemşirelerin, ailenin ve toplumun bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (30,31). İyi ölümün evrensel bir tanımı yoktur ancak iyi ölümün temel nitelikleri; ölümü isteme, dini geleneklere uygun ve zamanında gelen ölüm, doğal ve onurlu ölüm olarak kabul edilmektedir (25,28,29,32). İyi ölüm farklı bir tanımla 'iyi yönetilen ölüm' anlamına gelmekte olup hastanın ve hasta yakınlarının psikolojik olarak hazırlandığı, semptom ve ağrının kontrol altında olduğu bir ölümdür. İyi ölüm kavramı fiziksel belirtilerin ortaya çıkması ile birlikte kayıp ve keder duyguları, varoluşsal kaygılar, aile ve toplum desteği ile yaşamdan memnun kalma, ölümden sonra iyi bir yolculuk için umut gibi faktörlerin bir kombinasyonunu içermektedir (25,29-32).

İyi ölüm fikri yeni tartışılan bir konu değil; tarihsel, kültürel ve deneysel olarak özel kişisel anlatılarla şekillenen sosyal bir yapıdır. Ölümle ilgili yüzyıllar boyunca araştırmalar yapılmış ve medikal uygulamalar ile uzatılan yaşam döngüsünün verdiği huzursuzluk nedeniyle itibarlı ölüm kavramının ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır. 1960'lardan itibaren İngiltere'de, 1970'lerden itibaren dünya çapında, ölüm kavramını farklı şekilde ele alan insiyatifler ortaya çıkmıştır. Fransız sosyal tarihçisi Illich'in 1976 yılında '*Medical Nemesis*' isimli kitabında modern tıbbın ölüm üzerine etkisini eleştirdiklerini açıkça vurgulamışlardır (32,34). Kanser hastalarının çektiği acılar ve karşılanamayan ihtiyaçlarına çözüm yolu bulma isteği Avrupa'daki çağdaş bakımevi hareketinin temelini oluşturan Cicely Saunders'a ilham vermiştir. Modern Hospice Düşüncesi'nin öncüsü Cicely Saunders, bu düşünceyi 1971 yılında R. Iblacker ve S. Braun'un çektiği 'DAHA 16 GÜN VAR!' adlı filmde '*Siz, siz olduğunuz için önemlisiniz. Siz, yaşamınızın son anına kadar önemlisiniz. Size, sadece huzur içinde ölebilmemiz için değil, sona dek yaşayabilmeniz için elimizden gelen her şeyi yapacağız.*' sözleri ile ifade etmiştir. Cicely Saunders; insanların yaşamlarının sonunda dayanılmaz ağrılar çekmek zorunda olmadıklarını, yalnızlık ve anlamını yitirmiş yasa, gereç, ya da tıbbi uygulamaların yaşamın sonunda damgasını vurmamak zorunda olmadığını, "Hayır! Ölüm, bambaşka şekilde yaşanabilir, insanca ve onurlu!.." diyerek iyi ölümü savunmuş ve yeni fikirlerin gelişmesine katkı sağlamıştır (32, 35). Günümüzde iyi ölüm ABD, Japonya, Tayvan, Çin, Hollanda, Türkiye olmak üzere birçok ülkede araştırılmıştır (21,26,28,33-37).

İyi ölüm süreci genellikle ölümcül ya da terminal bir hastalığın tanı konulması ile başlamaktadır (36,37). Terminal dönem veya son dönem hastalıklarının son evresinde bulunan, yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içerisinde sonlanması veya ölümü beklenen, ölümün yakın olduğu bir yaşam evresidir (9,36). Terminal dönem; kişinin ölümle ilgili deneyimi, sosyal yaşamı, kişinin özerkliği, ölmekte olan süreç üzerindeki kontrolü ve yaşam sonu sağlık hizmetinin kalitesi ile ilişkilidir (9,16,20,22,28).

Ölmekte olan hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemler ile karşı karşıya kalmaktadır. Terminal dönem hastaları ölüm süreci yaklaştıkça başkalarının yardımına daha fazla bağımlı hale gelmektedirler. Ölmekte olan bireylerin acıdan ve diğer semptomlardan kurtulma, tam bir yaşam sürme ve ölümü kabullenme gibi süreçleri vardır. Ölümün farkında olunması, ölüme hazırlık ve ölüme uyum ölümü kabul etmenin üç önemli parçasıdır (36-40). Ağrı ve semptomların azaltılması, hastanın rahatlatılması iyi ölümün sağlanmasında önemlidir. Kötü ölüm genellikle medikal tedavilerin yanı sıra yetersiz analjezi tedavisini de içermektedir (27,38). Birçok hasta, küçük yararı olan ve büyük toksisiteye neden olan kemoterapi tedavisini almaya isteklidir. Ancak yaşamın sonuna kadar agresif tedaviler yaşam kalitesinin kötü olmasına neden olabilmektedir (37,40,42). Steinhäuser ve arkadaşları (43) hemşireler dahil olmak üzere hastalar ile yaptıkları çalışmada ağrı ve semptom yönetimi, net karar verme, ölüme hazırlık, başkalarına katkıda bulunmanın iyi ölümle ilgili hasta ve hemşirelerin ortak düşünceleri olduğunu belirtmiştir.

İyi ölüm kavramı sosyoloji, antropoloji, ilahiyat, psikoloji, tıp ve hemşirelik gibi çeşitli disiplinler tarafından araştırılmıştır. Ölüm, sosyal ve toplumsal bir olgu olduğu için sosyoloji iyi bir ölümün ortak yönlerine odaklanmıştır. Ölmekte olan bireylerin bakımı toplumun tamamını etkilemektedir. Bu nedenle sosyoloji iyi ölüm ve ölümün kültürel etkisini araştırmıştır. Psikoloji ölümün duygusal tepkilerine yoğunlaşmış, ilahiyat ise dinin ölümle baş etme üzerindeki etkisine katkı sağlamıştır (37,40). Literatürde bazı yazarlar iyi bir ölümün var olmadığını çünkü ölümün her zaman değerli ve yeri doldurulamayan insan yaşamının sonu anlamına geldiğini savunmaktadır (28,34,38-41). Ölüm ile ilgili bu tartışmalar bireylerin ölüm algılarını, kendileri için en uygun ölümü ve ölümün kaçınılmaz olduğu gibi düşünceleri ortaya çıkmasına zemin hazırlar (28,38-41).

Hastaların ve sağlık personelinin iyi ölüm görüşleri arasında büyük farklılıklar olabilir (43,44). Terminal dönem hastalarının iyi bir ölümle ilgili kabul ettikleri bazı kavramlar vardır. Bu kavramlar; ağrı ve semptom yönetimi (11,22,28,44), ölüm hazırlığı (28,41-44), ölüme hazır olma duygusu, anlamlı yaşam

sürme, ölüm süresini uzatmaktan kaçınma (28-30,42-44), tedavi tercihleri ile ilgili kararlar (28,29,41-44) ve ailenin önemini içermektedir (34-37, 43,44). Ayrıca literatürde bulunan çeşitli araştırmalar, iyi ölüm niteliklerinin farklı toplum ve kültürler arasında birçok benzerlik olduğunu göstermiştir (34,35,42). Güney Gana bölgesinde yaşayan insanlar iyi bir ölümü beş kategoriye ayırarak barışçıl bir ölümü kabul ederler. Bunlar; ölümün manevi yönü (hastanın başkaları ile barış içinde olması), psikolojik ve spiritüel yönü (hastanın kendi yaşamı ve ruhu ile barış içinde olması), zaman yönü (zamanın doluluğu içerisinde ölmek), sosyal yönü (evde ölmek, akrabaları, arkadaşları arasında ölmek) olarak tanımlanmaktadır (42). İyi ölüm ile ilgili farklı kültürlerdeki hastalar arasında bazı benzerlikler olsa da, sağlık bakım hizmeti verenlerin etnik ve radikal kalıpları tercih etmek yerine her hasta için bireyselleşmiş bir yaklaşımı dikkate almaları önemlidir (45). Kastbom ve arkadaşları (46) İsveç'te ölmek üzere olan 66 kanser hastası ile iyi ölüm algısı belirlemek için yaptığı nitel çalışmada iyi ölümü dört kategoride belirtmiştir. Bu kategoriler yakında ölüm ihtimali ile yaşamak, ölüme hazırlanmak, rahat/konforlu ölmek, ölmek üzere olmak olarak belirtilmiştir. Çalışmada katılımcıların geçmişte ölümlerine ilgili deneyimlerinin iyi ölüme ilişkin algılarını etkilediği ifade edilmiştir. Hemşireler ağrısız ve semptom yönetiminin iyi/onurlu bir ölümün önemli bir yönü olduğunu, bu nedenle yaşam sonu bakımı sırasında yeterli ağrı yönetiminin çok gerekli olduğunu kabul etmektedirler (28,38,40,47-49).

Güncel literatür 'iyi ölümün' ortak özelliklerinin acısız olmak, onurlu olmak, aileye destek olmak, ölen kişi için karar vermede özerklik ve kişisel meseleleri çözme fırsatı olduğunu kabul etmektedir (35,41,46,48,49). Ancak ölüm toplumun ve özellikle ölmekte olan bireyin, ailesinin ya da bakım vericilerinin ihtiyaçlarını yansıtmalıdır. Bu nedenle, iyi bir ölüme gösterilen özen, hakikat, saygı ve dayanışma ilkelerine dayanmalıdır. Bakım uygulamaları bireye odaklanarak ağrıyı acıyı azaltmayı hedeflemelidir (45,49).

2.2. İyi Ölümü Etkileyen Faktörler

İyi ölüm, kültürel değerlerden etkilenen ve zaman içerisinde gelişen, bireysel ve heterojen bir kavramdır (29,41). Ölüm kültürel, dini ve politik değerler ile birlikte inançlarla bireyselleştirilmiş bir deneyimdir (28,29). Birey ölüm ile yüzleşirken,

spiritual konular sıklıkla önem kazanmaktadır. Bazı insanlar inanç ve merhamet duygularını yoğun yaşarken, bazı insanlar kendi dışındaki herhangi bir şeye inanç duymadan yaşayabilirler. Kültürel değişimlerden ötürü ölüm, çağdaş Batı toplumlarında, insanların mümkün olduğu kadar uzun süre hayatta kalmakla zorunlu oldukları bir tabu konusu haline gelmiştir. Bireylerin kendi ölümleri ile ilgili olarak özerkliğinin değeri önem kazanmıştır. Ayrıca modern tıbbın yaşamı uzatma çabaları bireylerin ölümü kontrol etme taleplerini artırmaktadır. Bu nedenle ölüm hayatın bir parçası olmasına rağmen bundan uzaklaştırılmış durumdadır. (32,37,38).

Ölmekte olan kişinin aile üyeleri ve diğer bireyler ile önemli ilişkiler kurması, karar verme, kontrol duygusunun sürdürülmesi iyi ölüme yol açabilmektedir. Ancak günümüzde tıbbi ilerlemeler ve buna paralel olarak yaşamı uzatma çabaları sonucunda birçok hastanın ölüm sürecinde otonomisi ve karar vermesi minimal düzeydedir (17,18, 36-39). Bakım veren bir aileye sahip olmak, başkaları ile iletişime girebilmek, yakınlarına yük olmamak, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanları arasında iyi bir iletişime girebilmek iyi ölümün önemli öncülerindedir. Çünkü kontrol duygusunun sürdürülmesi, itibarlı ve iyi bir ölümün temel bileşenidir. Doğu Asya ülkelerinin çoğunda dindarlık duygusunun baskın olması nedeniyle, hasta özerkliği genellikle aile değerlerine bağlıdır (50,51). Hollanda'da aile hekimleri arasında evde bakım üzerine yapılan bir çalışmada, özerklik kaybının, ölümcül hastalığın en çekilmez acılarından biri olduğu belirtilmiştir (50). Bir hastanın özerkliğine ve ölme süreci üzerindeki kontrolüne katkıda sağlayan dört faktör vardır. Bu faktörler; doğal bir ölüm, fiziksel ve zihinsel rahatlık, net karar verme ve önceden verilen talimatları planlamadır (52,53). Doğal ölüm; ölen kişinin özerkliği ve ölüm yerine ilişkin kontrolü, ölüm yaşı ve ölümün zamanlamasını içermektedir (52,53,54).

İyi ölüm hastaya ait faktörlerden etkilenmektedir. Hasta faktörleri, hastanın klinik durumundan, (tanı, tedavi hastalığın mortalite durumu, hastalığın evresi), hastanın ve ailenin finansal durumu ve eşlik eden başka sağlık sorunlarından oluşan kişisel ve sosyal ortamı içermektedir. Hastalık ciddiyeti veya tedavinin şekli, insanların ölebileceği yer ile ilgili kararlarını etkiler. Birçok kişi evde ölmeyi tercih etse de genellikle hastalığın ciddiyeti ya da semptomların yönetimi için çoğunlukla uzun süreli bakım gerektiren kurumlarda ölmektedirler (51,52,54-56).

Bireylerin ölüm deneyimleri (bir arkadaşının ya da aile üyesinin ölümü) iyi ölümü veya ölüm kalitesini etkilemektedir. Ölüm ve ölümün kalitesi, bir kişinin ölümle ilgili tercihlerinin ve ölüm anının, oradaki diğer insanların gözlemleriyle uyumluluk derecesini içermektedir. Tercihlerin değerlendirilmesi ölüm kalitesinin değerlendirilmesinin kavramsal bir modelini oluşturur. Hastaların tercihlerini belirlemek zor bir süreçtir (8,22,24). Çünkü hastalıkların prognozunun kesinliğini belirlemek zor olduğu için, ölüm anını belirlemek zordur ve ölmekte olan bireylerin ölüm anına kadar tercihleri değişebilmektedir. (22,56,57). Her bireyin kendi hastalığının farklı aşamalarında neyin önemli olduğunu keşfetmek, iyi bir ölüm sağlamak için esastır.

Aile üyelerinin, ölümün yanı sıra, sevilen birinin ölüm sürecinde ve ölümünden sonra, sayısız önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bir birey ölüm sürecinde olduğunda ve öldüğünde bütün aile etkilenir ve aileler tarafından en stresli durum olarak tanımlanır (45,58). Kayıp yaşayan aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda bireysel, medikal, ruhsal, spiritüel faktörler dikkati çekmektedir (45,55,58,59). Yaşam sonu dönemde ölmekte olan hastaların yakınlarının iyi ya da kötü deneyimleri vardır ve bu deneyim ölüm sürecini ve yas sürecini etkilemektedir (51,55,58,59). Özellikle yas sürecinde olan bir grup hasta yakını ile yapılan görüşmede, aileye hastanın beklenen sonucuyla ilgili açıklama yapılmasından memnuniyetsizlik; makul olmayan bakım maliyeti, ailenin vefat eden kişinin yaşamı hakkında bir tamamlama hissine ulaşmadığı algısı yas sürecini olumsuz etkilemektedir (59). Bu nedenle yaşam sonu dönemde etkili iletişim yas ve kayıp sürecinde önemli etkiye sahiptir. Young ve arkadaşları genel popülasyon, kanser hastaları, aileleri ve hekimler ile iyi bir ölümün bileşenlerini tanımlamak için yaptıkları çalışmada; aileye yük olmamak, ailenin varlığı, bitmemiş işleri tamamlama olmak üzere üç bileşen tanımlamışlardır (60).

2.3 Ölüm ve İyi Ölüm Kavramına İlişkin Hemşirelerin Tutumları

Ölüm vakalarının çoğunun modern yaşamdaki hastanelerde meydana gelmesi, sağlık çalışanlarının ve özellikle hastalara görevlerinin bir parçası olarak yakın temasta bulunan hemşirelerin çok sayıda sorumluluk üstlenmeleri anlamına gelmektedir (20,21,61). Terminal dönemdeki hastaya bakım sağlamak ve ölüm

olgusunun ele alınması hemşirelik mesleğinin en güç ve en zorlayıcı yönleri arasındadır. Terminal hasta bakımının temel amacı, terminal hastalara hayatlarının sonunda ihtiyaç duydukları fiziksel ve manevi rahatlığı sağlamaktır (62).

Hemşirelerin demografik ve bireysel özellikleri, ölüme ilişkin önceki deneyimleri, eğitim durumu, inanç durumu ve ölümü konuşabilme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumlarını değiştirebilir ve şekillendirebilir (6,10,11,14,17-19,21). Hemşireler diğer sağlık çalışanlara göre ölmekte olan hastalar ile daha fazla zaman geçirmektedirler. Ölümcül hastalara bakım ve ölüm olgusunun ele alınması, hemşirelik mesleğinin en zorlayıcı yönleri arasındadır. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ve iyi ölüm kavramına ilişkin düşünceleri hasta bakımının kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (40,63). Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algı ve tutumları yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve kültürden etkilenmektedir (14,17-21). Özellikle yaş, ölüme yaklaşımı etkilemekte ve bu yaklaşım yaşla birlikte değişmektedir. Birey yaşlandıkça, ölümü doğal bir süreç olarak ele alarak, bu süreçte daha olumlu duygularla hastaya yaklaşabilir. Eğitim, yaş gibi, hemşirelerin ölüme yaklaşımını etkileyen bir başka önemli değişkendir. Hemşirelerin eğitim seviyesi ve deneyimi arttıkça, ölmekte olan hastaya yaklaşımları ve tutumları daha iyi ve etkin olduğu literatürde belirtilmektedir (17-19,48,63).

Ölüm süreci hasta, hasta yakınında bazen istemeyen kaygı ve tutumlara yol açabilir (43,45,51,55,58-60). Kubler-Ross'a (27) göre, ölüm sürecindeki hastalar ölümü kabullenmede; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi beş aşamayı geçirirler ve bu aşamalarda aileden, arkadaşlarından ve sağlık çalışanlarından destek alırlar. İnkârda kişi, kaybın veya potansiyel kaybın gerçek üstü bir rüya gibi olduğunu hissetmekte ve olayların normale dönmesini beklemektedir. Öfke aşamasında kişi, neyin kaybedildiğine veya neye uğradığına kızar, bunun tamamen haksızlık olduğunu düşünür, terk edilmiş ve yalnız olduğunu hisseder. Pazarlık aşamasında, kişi potansiyel veya gerçek zararı tersine çevirmek için anlaşma yapmak istediğinde başlar daha sonra kaybı ortadan kaldıracak veya zararı tersine çevirecek sözler verir. Depresyon, kişinin pazarlığının işe yaramayacağını fark etmeye başladığı aşamada gelişir. Kaybını değiştiremediği için

çaresiz hisseder ve uyumakta, yemek yemekte ve ilişkileri sürdürmekte zorlanır. Son olarak, kabulde, kişi zararı kabul eder ve onunla yaşamayı öğrenir ve yaşamı ile ilerlemeye başlar. Hemşire, hasta ve hasta yakınının geçirdiği bu aşamaların farkında olmalı ve gerekli bakımı planlamalıdır. Hemşirelik lisans eğitimi ve hizmet içi eğitimlerde, ölmekte olan hastanın bakımda ve ölümü kabullenmede, hem hastanın hem de ailenin, Kubler-Ross'un belirttiği ölüm sürecindeki hastanın geçirdiği aşamalar öğretilmektedir. Hemşireler ölüm sürecindeki hastaya bakım verirken, desteklerken orada var olduğunu hastaya hissettirmelidirler. Var olmak demek hastayla o anı yaşamak, sorularına yanıt verebilmek, cesaretlendirebilmektir. Eğer hemşire ölüm sürecindeki hastaya bakım verirken bu durumdan rahatsızlık duyuyorsa, duygularını maskeliyorsa, hemşire duygusal yıpranma yaşıyor demektir. Çünkü bu rahatsız edici durumu hemşire hastaya ve aileye gösteremez (45,49). Bir hemşirenin ölmekte olan bir hasta ile ilgilenmesi, o hastanın kaybını tecrübe etmesi ve bir saat içinde aynı odaya aynı yatağa başka bir hasta kabul etmesi yaygın bir uygulamadır. Bu nedenle çoğu zaman hemşirenin, ölen bir hastayla ilgilenmesinden sonra yas tutması veya duygularını yaşaması için zaman yoktur. Bu duygusal emek ve duyguları bastırma çabası zamanla hemşireye fizyolojik ya da psikolojik zarar verebilir. Bu nedenle hemşirenin ölüm konusundaki inançları, düşünceleri ve duygularının öz farkındalığı önemlidir, çünkü kendi inançlarının benzerliğinin ya da farklılığının farkında olunması, ölmekte olan bireyler ile daha fazla empati sağlanabilmesine destek sağlar. Kendisini ve duygularını kontrol etmesine yardımcı olur. Hastası ile ölümü konuşmasını veya tartışabilmesini kolaylaştırır (43,45,49,58). Khader ve arkadaşlarının (64) hemşireler ile yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin keder, üzüntü, çaresizlik, anksiyete, hayal kırıklığı, başarısızlık, öfke, depresyon ve suçluluk gibi duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin, hastalarının ölüm anında sevdiklerinin mevcudiyetine ve rahatlığına değer verdiği birçok çalışmada göstermektedir (24,38,39,41,47,48,65). Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin bakışı açısı, hasta ve aile için optimal düzeyde semptom yönetimi ve bütüncül bakımı sağlamayı içermelidir. Literatürde hemşireler iyi bir ölümü; huzurlu bir ortamda, tercihen ölmekte olan kişinin evinde meydana gelen, barışçıl ama hüznü bir olay olarak tanımlamaktadırlar (6,10,11,15-18,21,31,32,37,66). Ayrıca ağrısız ölmek de hemşireler için iyi ve onurlu bir ölümün

önemli bir yönüdür, bu nedenle yaşam sonu bakımı sırasında yeterli ağrı yönetiminin çok önemli olduğu vurgulamaktadır (8,10,13,19,29,40). Anja ve arkadaşlarının (48) Finlandiya’da hemşirelerin iyi ölüme ilişkin düşüncelerini araştırdığı bir çalışmada, 82 hemşireye sosyal medya aracılığı ile ölüme ilişkin düşüncelerini içeren bir anket uygulanmıştır. Çalışmada; “kişinin özerkliğine ve bakımdaki insanlık onuruna saygı”, “iyi bir ölümün nitelikleri”, “ölümün hazırlanması” ve “iyi bir ölümün bağlamsal yönleri” olarak 4 tanımlanan kategori saptanmıştır. Hemşireler iyi ölümü, ölmekte olan kişinin haysiyetinin sonuna kadar korunacağı değerli bir olay olarak kabul ettikleri, bireyselliği ve ölmekte olan kişinin isteklerinin yapılması gerekliliğini ifade ettikleri belirtilmiştir.

Ölmekte olan hastalara bakım veren hemşireler, hastaların korkularını ortadan kaldırmak, fiziksel, manevi ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, bireyselliğini ve aile bütünlüğünü korumak ve semptomlarını yönetmekten sorumludurlar (67). Hemşirenin terminal dönemdeki hastasını izlerken aile ve hastayı fiziksel ve duygusal olarak güçlendirmek için planlar yapma ve ölüme hazırlama sorumluluğu vardır (8,10,67). Yaşamın son dönemindeki hastalara bakım veren hemşirelerin hastanın duygusal ihtiyaçlarının yanı sıra fiziksel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için yeterli bilgi ve beceri ile donatılması önemlidir. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları, ölümcül hastalara verdikleri bakımın kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Özellikle de yoğun bakım ve yaşam sonu bakımı sağlayan ünitelerde çalışan hemşirelerin iyi ölüme yardım etmede sağladıkları rol ve sorumluluklar, hemşirelerin etkinliği ve görünürlüğü sağlamada çok önemlidir (16,21,26, 29,47,59).

Hemşirelerin, hasta ve hasta yakını ile ölüm olgusunu konuşabilmeleri için etkili iletişim becerilerine sahip olmaları ve gerekli eğitimleri almış olmaları gerekir. Ölüm sürecindeki hastalara bakım veren hemşirelerin; öncelikle hasta ve hasta yakınıyla iletişim için zaman ayırmaları, aktif dinleyici olmaları, hasta ve hasta yakınlarının duygularını ifade etmelerine izin vererek onların fizyolojik, psikolojik, spiritüel gereksinim ve endişelerini dinlemeleri önemlidir (17,18,38,66,67). Hemşirelerin, hastasının kalan günleri için kısa hedefli planlamalar yapmasına yardım edebilmesi, hastasının geçmişini gözden geçirmesi ve bugün neler

yapılabileceğini düşündürmesi, gelecekte veya öldükten sonra onun adına neler yapılmasını istediğinin konuşulmasının sağlanabilmesi hemşirenin yapması gerekli olan diğer uygulamalarındandır (17-21,68). Ancak literatürde hemşirelerin ölüm sürecindeki hastaya bakım verirken yetersiz oldukları ve desteklenmelerinin gerekli olduğu belirtilmektedir (16,18,21,68,69). Nguyen ve arkadaşlarının (69) onkoloji kliniklerinde çalışan 251 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu dönemde hasta bakımı, psikolojik ve spiritüel bakım, etkili iletişim kurma ve ölüm hakkında konuşma konularında yetersiz oldukları belirtmiştir. Çevik ve Kav (18) erişkin yataklı klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 300 hemşire ile yaptıkları tanımlayıcı çalışmada, hemşirelerin yarıya yakınının (%44.6) hasta ve hasta yakınları ile iletişim, %19.6'sı ağrı kontrolü ve %17.8'i nin ölüm ile ilgili sorulara yanıt vermede kendilerini yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bir başka çalışmada terminal dönem hastalarına bakım veren hemşirelerin %53.5 'i hasta ve yakınları ile ölüm konusu hakkında ne konuşmaları gerektiğini bilmedikleri için iletişime girmediğini ifade ettikleri belirtilmiştir (70).

Hemşirelerin, ölmekte olan hastalara kaliteli, bireyselleştirilmiş yaşam sonu bakımı sağlamak için, insanların farklı anlayışlarını, iyi bir ölüm algısını bilmeleri ve fark etmeleri gereklidir (17,18,21,38). Hemşirelerin, okul eğitimi sırasında ve sonrasında yeterli ölüm ve terminal hasta bakım eğitimi almaları ve kendi profesyonel davranışları hakkında bilgi edinmeleri önemlidir. Bu nedenle, iyi bir ölümün boyutları, hemşirelik eğitimi sırasında olduğu kadar tüm sağlık bakım ortamlarında da ele alınmalıdır (18-21,38,65-68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kanser hastaları, hasta yakınları ve hemşirelerin ölüm ve iyi ölüme ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi erişkin yataklı cerrahi ve dahiliye klinikleri ile ayaktan gündüz kemoterapi polikliniğinde yürütülmüştür.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi 340 yatak kapasitesine sahip olup, kliniklerde 270 yatak vardır. Cerrahi kliniklerinde toplam 82 yatak ve dahiliye kliniklerinde toplam 61 yatak bulunmaktadır. Ayaktan gündüz kemoterapi merkezinde toplam 19 koltuk, 4 yatak bulunmakta ve 8 hemşire çalışmaktadır. Erişkin cerrahi kliniklerde (B Blok 1. Kat, C. Blok 5. Kat, C. Blok 6. Kat, C. Blok 7. Kat, D. Blok 5. Kat, D. Blok 2. Kat, D. Blok 1. Kat) toplam 82 yatak olup 78 hemşire, erişkin dahiliye kliniklerinde (B. Blok 2. Kat, Kemik İliği Transplantasyon servisi Kat, D. Blok 3. Kat, D. Blok 4. Kat) 61 yatak olup 43 hemşire hizmet vermektedir. Kemoterapi merkezinde hastalar poliklinikte ayaktan kemoterapi tedavisi almaktadırlar. Hastanede erişkin kliniklerde görev yapan hemşireler 08-20 ve 20-08 mesai saatleri arasında çalışmaktadır. Poliklinik ünitelerinde hemşireler 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Kliniklerde genel olarak her şifte sorumlu hemşire ile birlikte 3 veya 4 hemşire çalışmaktadır.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde hasta yakınları ziyaret saatleri esnasında yakınlarını ziyaret etmektedir. Erişkin kliniklerin ziyaret saatleri 13.00-14.00 arasındadır. Ziyaretleri saatleri arasında her hastanın bir veya iki yakını hastasını ziyaret edebilmektedir. Erişkin kliniklerde genel durumu ağır olan ve düşme riski olan hastaların yakınları sürekli olarak hastasının yanında bulunmaktadır. Ayaktan gündüz kemoterapi merkezinde hasta yakınları hastalarının tedavileri bitinceye bekleme salonunda beklemektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin erişkin yataklı kliniklerinde yatan ve ayaktan kemoterapi polikliniğinde tedavi alan hastalar, bu hastaların primer bakım vericileri ile bu kliniklerde çalışan kanser hastalarına bakım veren hemşirelerdir. Araştırma 15.07.2018 - 01.12.2018 tarihleri arasında yapılmış olup çalışmanın örneklemini 100 hemşire, 100 hasta ve 100 hasta yakını oluşturmuştur. Örneklemi lisans mezunu olan, kanserli hastalara bakım veren, çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formu (EK-1) onaylayan hemşireler dâhil edilmiştir. Araştırmanın hasta grubuna en az bir yıl süre ile kanser tanısı tedavisi gören, 18 yaşının üstünde olan, okuma ve yazma bilen ve sözel iletişim kurabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar ve bilgilendirilmiş olur formunu (EK-1) onaylayan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmamızda hasta yakını olarak hastanede yatarken hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan ve/veya refakatçi olarak yanında kalan aile bireyi, (kızı, eşi, oğlu, gelini, damadı) olanlar kabul edilmiştir. Hasta yakını örneklemini, 18 yaşın üzerinde olan, sözel iletişim kurabilen, okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmaya istekli bilgilendirilmiş olur formunu (EK-1) onaylayan primer bakım vericiler oluşturmuştur.

Çalışmanın veri toplama aşamasında 52 hasta soruların iç karartıcı, moral bozucu ve anksiyete oluşturması nedenlerinden dolayı, 25 hasta yakını ise yeterince üzgün olmaları, konunun iç karartıcı olması nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak oluşturulan (11-22,37,40,68,69) hasta, hasta yakını ve hemşire kişisel bilgi formu, Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği (DAP-R) ve İyi Ölüm Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmada veriler hemşireler için oluşturulan hasta kişisel bilgi formu (EK-2), hasta yakınları için oluşturulan kişisel bilgi formu (EK-3) ve hemşireler için oluşturulan hasta yakını kişisel bilgi formu (EK-4) ile toplanmıştır.

3.4.1. Hasta kişisel bilgi formu

Çalışmaya katılmaya kabul eden hastalara yönelik hazırlanan hasta kişisel bilgi formu, hastaların, tanımlayıcı özelliklerini, ölüm ve iyi ölüm ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (37,43,44,54,55,58,60,62,65). Hastanın tanımlayıcı özellikleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, tanı, tanı alma süresi, tedavi süresi ve mevcut hastalıklarını içeren 11 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Hastaların ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşünceleri içeren bölüm 5 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.4.2. Hasta yakını kişisel bilgi formu

Hasta yakını için hazırlanan kişisel bilgi formu, hastaların tanımlayıcı özelliklerini ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşüncelerini belirlemek için literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (44,51,54,55,58,59,60). Hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleri, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, hastası ile aynı evde yaşama durumu, hastasına bakım verme, yaşadığı yer, mevcut bir hastalık durumu, hastalığına özgü tedavisini içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Hasta yakınının ölüm ve iyi ölüm kavramına ilişkin düşüncelerini içeren bölüm 6 sorudan oluşmaktadır (EK-3).

3.4.3. Hemşire kişisel bilgi formu

Hemşireler için hazırlanan hemşire kişisel bilgi formu hemşirelerin bireysel ve mesleki gibi tanımlayıcı özelliklerini, iyi ölüm, ölüm ve ölmekte olan bireye bakımına ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak hazırlanmıştır (15-23,64,70). Tanımlayıcı özelliklerini içeren bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, çalıştığı klinik durumu içeren toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelerin iyi ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım vermeyi ilişkin bölüm ise 8 sorudan oluşmaktadır (EK-4).

3.4.4. Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği (Death Attitude Profile-Revised/ DAP-R)

Tablo 1. Ölüm İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Boyutları

BOYUT	MADDE	PUAN ARALIĞI
Ölüm Korkusu (7 madde)	(1.2.7.18.20.21.32. madde)	7-49
Ölümden Kaçınma (5 madde)	(3.10.12.19.26. madde)	5-35
Tarafsız (Nötr) Kabullenme (5 madde)	(6.14.17.24.30. madde)	5-35
Kabul Edici Yaklaşım (10 madde)	(4.8.13.15.16.22.25.27.28.31. madde)	10-70
Ölümü Kabullenmeme (5 madde)	(5.9.11.23.29. madde)	5-35

Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği (DAP-R) 1994 yılında Wong T.P. ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş, Çevik ve Kav tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılan, 32 maddeli çok boyutlu bir ölçektir. DAP-R likert tipi bir ölçek olup, 1-kesinlikle katılmıyorum ve 7-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır (18). Ölçekte Ölüm Korkusu, Ölümden Kaçınma, Tarafsız (Nötr) Kabullenme, Kabul Edici Yaklaşım ve Ölümü Kabullenmeme olmak üzere 5 alt boyut yer almaktadır (EK-5) (Tablo 1).

Tablo 2. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği Alt Grupları Ve Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek/ölçek alt grupları	Hasta	Hasta Yakını	Hemşire
	C.Alfa	C. Alfa	C.Alfa
Ölüm korkusu	0.87	0.86	0.84
Ölümden kaçınma	0.76	0.72	0.70
Tarafsız kabullenme	0.65	0.68	0.65
Kabul edici yaklaşım	0.94	0.91	0.90
Kabullenmeme	0.90	0.88	0.89
DAP-R	0.92	0.90	0.89

Ölüme ilişkin tutum profil ölçeğinin cronbach alfa değeri hemşirelerin 0.89, hastaların 0.92, hasta yakınlarının 0.90, hemşirelerin 0.89'dur. Hastaların DAP-R alt grup cronbach alfa değerleri ölüm korkusu 0.87, ölümden kaçınma 0.76, tarafsız kabullenme 0.65, kabul edici yaklaşım 0.94 ve ölümü kabullenmeme 0.90'dır. Hasta yakınlarının DAP-R alt grup cronbach alfa değerleri ölüm korkusu 0,86, ölümden kaçınma 0.77, tarafsız kabullenme 0.68, kabul edici yaklaşım 0.91 ve ölümü kabullenmeme 0.88'dir. Hemşirelerin ölçek alt grup cronbach alfa değerleri; ölüm korkusu 0.84; ölümden kaçınma 0.70; tarafsız kabullenme 0.65; kabul edici yaklaşım 0.90 ve kabullenmeme 0.89'dır. (Tablo 2)

3.4.5. İyi Ölüm Ölçeği

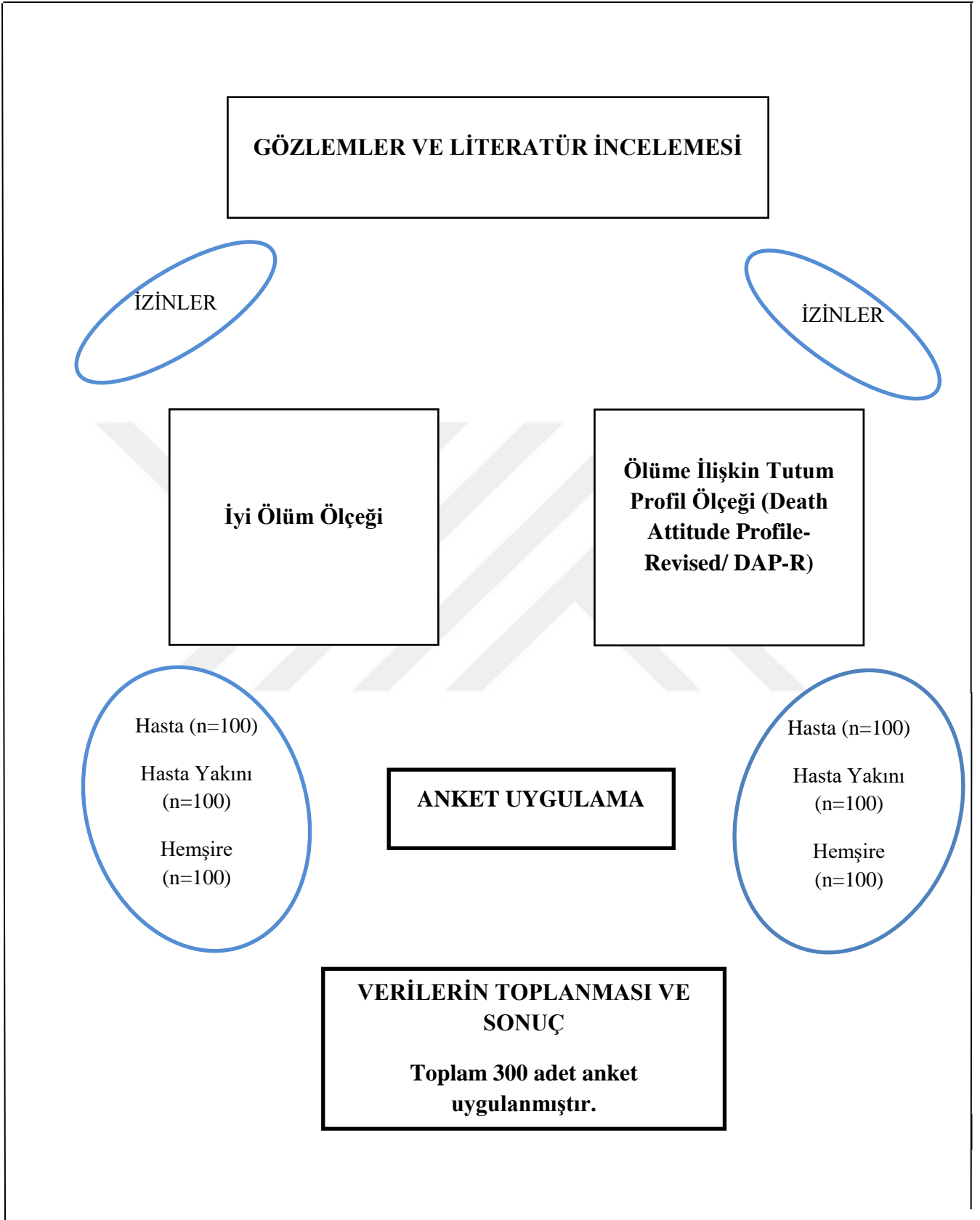
Hemşirelerin iyi ölüm kavramına ilişkin özellikleri belirlemek üzere Schwartz ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (25). Ölçeğin Türkçe'ye geçerliliği 2010 yılında Fadiloğlu ve Menekli tarafından yapılmıştır (26). Ölçek 17 maddeden oluşan 4'lü likert tipli bir ölçek olup maddeler (1), biraz (2), orta (3), çok (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek psikososyal manevi alt boyut (9 soru) , kişisel kontrol alt boyut (3 soru) ve klinik alt boyut (5 soru) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır (EK-6). Psikososyal ve manevi alt boyut; ölümün psikososyal ve manevi yönlerini tanımlamaktadır. Kişisel kontrol alt boyut; zihinsel dikkati, iletişim yeteneği ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü, klinik alt boyut ise ölümün klinik veya biyomedikal yönlerini tanımlamaktadır. İyi ölüm ölçeği toplam puanı 17 ile 68 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça güvenilirlik artmaktadır (26).

Tablo 3. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği Alt Grupları Ve Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek/ölçek alt grupları	Hasta	Hasta Yakını	Hemşire
	C.Alfa	C. Alfa	C.Alfa
Psikososyal manevi boyut	0.78	0.76	0.87
Kişisel kontrol boyut	0.93	0.86	0.93
Klinik boyut	0.89	0.74	0.72
İyi ölüm ölçeği	0.90	0.81	0.91

İyi ölüm ölçeğinin Cronbach alfa değerleri hemşirelerin 0.91, hastaların 0.90, hasta yakınlarının 0.81 'dir. Hastaların iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikososyal manevi alt boyut 0.78. kişisel kontrol boyut 0.93. klinik boyut 0.89'dur. Hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikososyal manevi alt boyut 0.76. kişisel kontrol boyut 0.86. klinik boyut 0.74 'dür. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikososyal manevi alt boyut 0.87, kişisel kontrol boyut 0.93, klinik boyut 0.72'dir (Tablo 3).





Şekil 1. Katılımcıların ön uygulama ve görüşlerinin alınması süreci

3.4.6. Ön Uygulama

Anketlerle birlikte her iki ölçek 20 Haziran 2018-10 Temmuz 2018 tarihleri arasında gerekli izinler alınarak (Ek 7) Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde bulunan kanser hastasına bakım veren 5 hasta, 5 hasta yakını ve 5 hemşire yakınına ön uygulama yapılmıştır. Hemşire kişisel bilgi formunda öneriler doğrultusunda bir soru çıkarılmıştır. Hasta ve hasta yakını kişisel bilgi toplama formunda bir öneri olmamış ve uygun bulunmuştur. Ön uygulamaya alınan hasta, hasta yakını ve hemşire çalışma verilerine dâhil edilmemiştir (Şekil 1)

3.4.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 15.07.2018-1.12.2018 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin erişkin ve dahiliye yataklı kliniklerinde, kemik iliği ve kök hücre ünitesinde yatan ve ayaktan gündüz kemoterapi ünitesinde izlenen, örneklem özelliklerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden kanser hastası, bu ünitelerde hastasının yanında olan hasta yakını ve bakım veren hemşireden toplanmıştır. Çalışmada örneklem koşullarını sağlayan hemşirelere araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve uygulama süresi açıklanmış ve veri formları verilmiştir. Formlar verildikten sonra geri dönüş için 3 haftalık bir süre belirlenmiş olup, gerektiğinde ulaşılmak üzere araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Ancak hemşirelerin yoğun çalışma koşullarından dolayı veri formları 2 ayda toplanmış 100 hemşireye ulaşılmıştır.

Çalışmada hastaları belirlemede araştırmacı tarafından klinik sorumlu hemşiresinden yardım alınmış, hasta odalarına girilerek hastalar ile görüşülmüş, örneklem koşullarını sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklanmıştır. Hasta veriler, hastanın kendisi veya araştırmacının hastaya okuyup hastanın verdiği yanıtı formlar üzerinde işaretlemesi yoluyla toplanmıştır. Veri toplama sürecinde hastalar onam formu, hasta kişisel bilgi formu, ölüme ilişkin tutum profil ölçeği ve iyi ölüm ölçeği formlarını doldurmuşlardır. Formları kendisi dolduran hastalarda bu süre yaklaşık 35-45 dakika sürmüştür.

Formlar araştırmacının yardımıyla doldurulduğunda ise ortalama 45-55 dakika zaman almıştır. Hasta verileri 5 aylık sürede toplanmıştır.

Hasta yakınlarını belirlemek için ziyaret saatlerinde hastasının yanında refakatçi olarak bulunan kişiler ile görüşülmüş ve çalışmanın amacı anlatılmıştır. Ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastaların yakınları ile hasta bekleme odasında görüşülmüştür. Örneklem kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına araştırmanın amacı anlatılmıştır. Hasta yakını onam formu, kişisel bilgi formu, ölüme ilişkin tutum profil ölçeği, iyi ölüm ölçeği formlarını doldurmuşlardır. Hasta yakınları veri formlarını 35-40 dakika süre içerisinde doldurmuşlardır. Hasta yakını formları 5 aylık süre içerisinde toplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 17 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk testi ile, iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student's T-test; normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için Tek Yönlü Varyans Analizi testi (ANOVA) normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Spearman pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Çalışmamızda $p < 0.05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek şekilde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Proje No:KA18/207) gerekli izinler alınmıştır (EK-7). Ayrıca Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır (EK-8).

İyi ölüm Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için İyi Ölüm Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasını yapan Menekli'den izin alınmış olup Ek-9'te sunulmuştur. Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği'nin çalışmada kullanılabilmesi için Çevik ve Kav'dan izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan kanser hastaları, hasta yakını ve hemşirelere çalışmanın amacına ilişkin bilgiler içeren onam formu okutulmuş ve yazılı izinleri alınmıştır. Kanser hastaları, hasta yakınları ve hemşireler için gönüllü olur formu Ek-1'de sunulmuştur.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada veri toplama aşamasında çeşitli güçlüklerle karşılaşılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden bir kısmı formları doldurma aşamasında konunun iç karartıcı ve can sıkıcı olduğunu, ölüm konusunun işlenmesinin çok üzücü olduğunu ve formu yanıtladıklarını bildirmişlerdir. Kanser olan hastalar çoğunlukla ankete cevap vermek istemediğini söylemiş, zaten kötü durumda olduklarını ve bu konunun konuşulmasının doğru olmadığını iletmişlerdir. Bazı hasta yakınları ise, hastalarının zor bir durumda olduğunu ve bu konuyu daha fazla konuşmak istemediklerini, konunun ve soruların çok üzücü ve korkutucu olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle hasta ve hasta yakını örnekleme ulaşmada güçlükler yaşanmıştır. Hemşirelerin anketleri doldurması ise çok uzun sürmüş, bazı hemşirelerin anketleri gereksiz bulması sebebiyle tekrar açıklama yapılarak anketlerin yapılması sağlanmıştır. Bu da anketlerin toplanma süresinin uzamasına sebep olmuştur.

4. BULGULAR

Kanser hastalarının, hasta yakınlarının ve hemşirelerin ölüm ve iyi ölüm ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen dört başlık altında özetlenmiştir.

4.1 Katılımcıların demografik özellikleri

4.2 Katılımcıların iyi ölüme ilişkin düşünceleri ve deneyimleri

4.3 Katılımcıların ölçek puanları

4.4. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

4.1.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Demografik özellikler	Sayı	(%)
Yaş ($\bar{x}\pm SS=50.60\pm 13.3$)		
23-33 yaş	11	11.0
34-44 yaş	24	24.0
45-55 yaş	28	28.0
56-66 yaş	24	24.0
67 -82 yaş	13	13.0
Cinsiyet		
Kadın	58	58.0
Erkek	42	42.0
Medeni durum		
Bekâr	22	22.0
Evli	78	78.0
Eğitim durumu		
İlkokul Mezunu	14	14.0
Ortaokul Mezunu	17	17.0
Lise Mezunu	44	44.0
Üniversite Mezunu	25	25.0
Meslek		
Memur	10	10.0
Ev Hanımı	41	41.0
İşçi	20	20.0
Esnaf/Serbest Meslek	10	10.0
Emekli	19	19.0
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	13	13.0
Eşi ile	29	29.0
Anne ve baba	11	11.0
Eşi ve çocuğu	47	47.0
Yaşanılan yer		
İl	79	79.0
İlçe	17	17.0
Köy	4	4.0
Toplam	100	100

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Demografik özellikler	Sayı	(%)
Tanı		
Lösemi *	27	27.0
Multiple myelom	13	13.0
Akciğer kanseri	11	11.0
Meme kanseri	11	11.0
Over kanseri	10	10.0
Gastrointestinal kanserler*	8	8.0
Kolon kanseri	7	7.0
Prostat kanseri	7	7.0
Troid kanseri	5	5.0
Böbrek kanseri	1	1.0
Tanı süresi ($\bar{x}\pm SS=7\pm 3.39$)		
0-1 yıl	63	63.0
2-4 yıl	30	30.0
5 -12 yıl	7	7.0
Aldığı ve almakta olduğu tedaviler*		
Kemoterapi	82	58.2
Cerrahi tedavi	45	31.9
Radyoterapi	14	9.9
Mevcut diğer hastalıklar		
Hipertansiyon	36	36.0
Diyabet	24	24.0
Koroner arter hastalığı	17	17.0
Hipotroidi	11	11.0
Diğer *	12	12.0
Toplam	100	100

*Birden fazla yanıt verilmiştir

*Lösemi= Akut Myeloid Lösemi, Akut Lenfoblastik Lösemi, *GİS CA=Mide Kanser, Pankreas Kanser,

*Diğer= Romatoid Artrit, Vertigo, Migren, Kronik Böbrek Hastalığı

Hastaların iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya 100 hasta katılmış olup demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 23-82 yaş aralığında olup yaş ortalaması 50.60 ± 13.3 ’dir. Hastaların %58’i kadın, %78’i evlidir. Hastaların %44’ü lise mezunu, %41’i ev hanımıdır. Hastaların %29’u eşi, %47’si eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %79’u il merkezinde %17’si ilçede

yaşamaktadırlar. Araştırmaya katılan hastaların %27'si lösemi tanısı (akut myeloid lösemi, akut lenfoblastik lösemi) ile izlenmektedir. Hastaların %13'i multiple myelom, %11 akciğer kanseri, %11'i meme kanseri, %10'u over kanseri tanısı ile izlenmektedir. Hastaların %8 'i gastrointestinal kanser hastası olup bu grupta mide, pankreas kanserleri bulunmaktadır.

Hastaların %63'ü 0-1 yıl, %30'u 2-4yıl ve %7'si 5-12 yıl arasında kanser tanısını almışlardır. Hastaların %58.2'si kemoterapi tedavisi, %31.9'u cerrahi tedavi ve %9.9'u cerrahi tedavi almaktadır. Çalışmaya katılan hastalarda kanser dışında %36'sında hipertansiyon, %24'ü diyabet, %17'sinde koroner arter hastalığı, %11'de hipotroid ve %12'sinde diğer olarak grupladığımız romatoid artrit, vertigo, migren, kronik böbrek hastalığı bulunmaktadır.

4.1.2. Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Demografik özellikler	Sayı	(%)
Yaş ($\bar{x}\pm SS$: 45.23 \pm 13.6; min:20-max:78)		
20-32 yaş	18	18.0
33-47 yaş	34	34.0
48-58 yaş	35	35.0
59-78 yaş	13	13.0
Cinsiyet		
Kadın	60	60.0
Erkek	40	40.0
Medeni durum		
Evli	72	72.0
Bekar	28	28.0
Eğitim durumu		
İlkokul	10	10.0
Ortaokul	22	22.0
Lise	37	37.0
Üniversite ve üzeri	31	31.0
Meslek		
Ev Hanımı	39	39.0
Emekli	20	20.0
Esnaf/Serbest Meslek	18	18.0
Memur	17	17.0
Öğrenci	6	6.0
Aynı evde yaşama		
Evet	50	50.0
Hayır	50	50.0
Yaşanılan yer		
İl	84	84.0
İlçe	15	15.0
Köy	1	1.0
Hastalık durumu (n=87)		
Hipertansiyon	31	35.7
Diyabetes mellitus	24	27.6
Kardiyovasküler hastalıklar	14	16.1
Diğer *	18	20.6
Hastalık varsa tedavi alma durumu (n=53)		
Evet	49	92.4
Hayır	4	7.6

*Diğer=Troid Hastalığı, Koah, Akut Böbrek Yetmezliği, Vertigo, Ailevi Akdeniz Ateşi

Hasta yakınlarının iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya 100 hasta yakını katılmış olup demografik özellikleri Tablo 4.2’de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının yaş aralığı 20-78 yaş aralığında olup yaş ortalaması 45.26 ± 13.6 ’dır. Hasta yakınlarının %60’ı kadın, %72’si evli, %37’si lise, %31’i üniversite mezunu, %39’u ev hanımıdır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %50’si hastaları ile aynı evde ve %84’ü il merkezinde yaşamaktadırlar.

Hasta yakınlarının %35.7’sinde hipertansiyon, %27.6’sında diyabetes mellitus, %16.5’inde kardiyovasküler hastalıklar, %18’inde diğer olarak gruplanan tiroid hastalığı, KOAH, akut böbrek yetmezliği, vertigo, ailevi akdeniz ateşi hastalıkları bulunmaktadır. Hasta yakınlarının %92.4’ü hastalıklarına ilişkin tedavi almaktadırlar.

4.1.3. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Tablo 4.3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Demografik özellikler	Sayı	(%)
Yaş ($\bar{x} \pm SS = 29.01 \pm 6.65$; min:22, max:54)		
22-28 yaş	66	66.0
29-35 yaş	24	24.0
36-54 yaş	10	10.0
Cinsiyet		
Kadın	94	94.0
Erkek	6	6.0
Medeni durum		
Bekar	65	65.0
Evli	35	35.0
Eğitim durumu		
Lisans	93	93.0
Yüksek Lisans	7	7.0
Meslekte çalışma yılı		
0-1 yıl	36	36.0
2-5 yıl	28	28.0
6-10 yıl	24	24.0
11 yıl ve üzeri	12	12.0
Çalışılan klinikler		
Yatan	36	36.0
Ayaktan	64	64.0
Toplam	100	100

Hemşirelerin iyi ölüme ilişkin ölüm tutumunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya 100 hemşire katılmış olup demografik özellikleri Tablo 4.3’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı 22-54 yaş aralığında olup yaş ortalaması 29.01 ± 6.65 ’dir. Hemşirelerin %66’sı 22-28 yaş aralığında, %94’ü kadın, %64’i bekadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %93’ü lisans mezunudur. Hemşirelerin %36’sı 0-1 yıldır meslekte çalışmaktadır. Hemşirelerin %64’ü ayaktan ve %36’sı yatan kliniklerde çalışmaktadır.

4.2. Katılımcıların İyi Ölüme İlişkin Düşünceleri ve Deneyimleri

4.2.1. Hastaların İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşünceleri

Tablo 4.4. Hastaların İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşünceleri Dağılımı (n=100)

	Sayı	%
İyi ölüm anlamı		
Acı çekmeden süreci yaşamak	39	39.0
Ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması	25	25.0
Aile bireyleri ile süreci paylaşmak	17	17.0
Semptomları yöneterek süreci sürdürmek	12	12.0
Hoşçakal diyebilmek	7	7.0
Hastaya ne zaman öleceği bilgisi verilme durumu		
Verilmeli	26	26.0
Verilmemeli	74	74.0
Cevap evet ise bilgi verilme nedenleri (n=26)		
İnsanın hakkı olan gerçeği öğrenmesi	15	57.6
Sevdikleri/yakınları ile güzel vakit geçirmesi	11	42.4
Hastaya öleceği bilgisini vermesi gereken kişi (n=63)		
Doktor	51	81.0
Doktor ve hemşire	9	14.2
Hemşire	1	1.6
Aile yakını	2	3.2
Hasta ile ölüm konuşma durumu		
Konuşulmalı	23	23.0
Konuşulmamalı	77	77.0
Ölüm konuşulma nedenleri (n=20)		
Hazırlıklı olmak ve son hazırlıkları tamamlamak	13	65.0
Duygularına, korkularına destek olmak rahatlatır	7	35.0
Ölüm konuşulmama nedenleri (n=67)		
Moral bozar ve üzer	37	55.2
Zor bir süreç	30	44.8
Yaşamın son sürecinde ölmek istenen yer		
Ev	48	48.0
Hastane	43	43.0
Diğer	9	9.0

*Birden fazla cevap verilmiştir

Hastaların iyi ölüm kavramına ilişkin düşüncelerinin dağılımı tablo 4.4'de sunulmaktadır. Hastaların %39'u 'acı çekmeden süreci paylaşmak'; %25'i 'ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması'; %17'si 'aile bireyleri ile süreci paylaşmak'; %12'si 'semptomları yöneterek süreci sürdürmek'; %7'si 'hoşçakal diyebilmek' olarak iyi ölümü tanımlamışlardır.

Çalışmaya katılan hastaların öleceği bilgisinin %74'ü kendilerine verilmemesini, %26'sı kendilerine verilmesini istediklerini belirtmişlerdir. Kendilerine bilgi verilmesi isteyen hastaların %57.6'sı *hakki olan gerçeği öğrenme isteği*; %42.4'ü *sevdikleri ile güzel vakit geçirme* olarak nedenleri belirtmişlerdir. Hastanın öleceği bilgisini %81'i kendilerine doktor tarafından, %14.2'si hemşire ve doktor tarafından verilmesini ifade etmişlerdir.

Hastaların %77'si ölüm konusunun kendileri ile konuşulmamasını belirtmişlerdir. Hastalar (n=67) ölümü konuşulmama nedenini %55.2'si '*moral bozar ve üzer*'; %44.8 '*zor bir süreç*' olarak ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların %48'i ev ortamında, %43'ü hastanede, %9'u diğer olarak belirtilen, doğa ortamında ve deniz kenarında ölmek istediklerini belirtmişlerdir.

4.2.2. Hasta Yakınlarının İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşünceleri

Tablo 4.5. Hasta Yakınlarının İyi Ölüm Kavramına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=100)

	Sayı	%
İyi ölüm anlamı		
Acı çekmeden süreci yaşamak	39	39.0
Ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması	24	24.0
Aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak	21	21.0
Hoşçakal diyebilmek	7	7.0
Semptomları yöneterek süreci sürdürmek	7	7.0
Aniden ölmek	2	2.0
Hasta yakınına hastanın ne zaman öleceği bilgisi verilme görüşü		
Verilmeli	19	19.0
Verilmemeli	81	81.0
Bilgi verilme nedenleri (n=19)		
Hayatına buna göre yön verir, yaşamak isteyeceği bir şeyler olabilir	12	63.1
Öğrenmek ister, öğrenme hakkı var	7	36.9
Hasta yakınına bireyin öleceği hakkında bilgiyi verecek kişi (n=84)		
Doktor	66	78.6
Aile yakını	9	10.8
Doktor ve hemşire	8	9.5
Hemşire	1	1.1
Yaşamın son döneminde olan hasta ile ölüm konuşma durumu		
Konuşulmalı	21	21.0
Konuşulmamalı	79	79.0
Son dönem hastası ile ölüm konuşulma nedenleri (n=21)		
Son istekleri ve merak ettikleri olabilir	14	66.6
Temel hak ve normal bir süreçtir	5	23.9
Maneviyatı yükselir	2	9.5
Son dönem hastası ile ölüm konuşmama nedenleri (n=87)		
Moral ve psikoloji bozmamak ve umudu taze tutmak için	56	64.3
Son zamanlarını iyi geçirmesi için	31	35.7
Hasta yakınına hastasının ne zaman öleceği bilgisi verilme görüşü		
Verilmeli	92	92.0
Verilmemeli	8	8.0
Hasta yakınına hastasının ne zaman öleceği bilgisi verilme nedeni (n=92)		
Daha çok ve kaliteli zaman geçirmek için	36	39.1
Vedalaşmak ve kendini hazırlamak ister	28	30.4
Hastaya yaklaşımı belirler, nazik ve kibar davranılmasını sağlar	14	15.2
Öğrenmek hasta yakınının hakkıdır	14	15.2
Yaşamın son döneminde ölmek istenilen yer		
Evde	52	52.0
Hastanede	34	34.0
Hiç düşünmedim	14	14.0

Hasta yakınlarının iyi ölüm kavramına ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.5’de sunulmaktadır. Hasta yakınlarının %39 ‘u ‘acı çekmeden süreci yaşamak’; %24’ü ‘ağrı ve stres olmadan yaşamın sonlanması’ %21’i ‘aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak’ %7’si ‘hoşçakal diyebilmek’, %7’si ‘semptomları yöneterek süreci sürdürmek’, %2’si ‘ani ölmek’ olarak iyi ölüm kavramını tanımlamışlardır.

Çalışmaya katılan hasta yakınları hastalarının öleceği bilgisini %81’i kendilerine verilmemesini, %19’u kendilerine verilmesini belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının (n=84) hastasının öleceği bilgisini hastasına %78.6’sı doktor, %10.8’i aile yakını, %9.5’i doktor ve hemşire tarafından verilmesinin uygun olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %79’u yaşamın son döneminde olan hastası ile ölümün konuşulmamasını ifade etmişlerdir. Hastaları ile ölümün konuşulmaması nedenlerini hasta yakınlarının %64.3’ü ‘moral ve psikoloji bozmamak ve umudu taze tutmak’ %35.7’si ‘son zamanlarını iyi geçirmesi’ olarak belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının %92’si hastasının ne zaman öleceği bilgisinin kendilerine verilmesi gerekliliğini belirtmişlerdir. Hastasının öleceğini bilginin kendilerine verilmesi gerektiğinin nedenleri olarak hasta yakınlarının %39.1’i ‘daha çok ve kaliteli zaman geçirmek; %30.4’ü ‘vedalaşmak ve kendini hazırlamak’; %15.2’ü ‘Hastaya yaklaşımı belirler. nazik ve kibar davranılmasını sağlar’; %15.2’si ‘öğrenme hakkı olduklarını’ belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hasta yakınları kendi ölümlerinin yerini %52’si evde, %34’ü hastanede, %14’ü hiç düşünmediklerini belirtmişlerdir.

4.2.3. Hemşirelerin Ölüm ve Yaşam Sonu Bakım Kavramına İlişkin Düşünceleri

Tablo 4.6. Hemşirelerin Ölüm Kavramına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=100)

Özellikler	Sayı	(%)
Yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim alma durumu		
Eğitim aldı	79	79.0
Eğitim almadı	21	21.0
Yaşam sonu eğitim alındı ise eğitim alınan yer (n=79)		
Lisans eğitimi	65	82.3
Hizmet içi eğitim programı	11	13.9
Diğer	3	3.8
Yaşam sonu eğitime ilişkin yeterli bulma durumu (n= 79)		
Yeterli	42	54.0
Yeterli değil	37	46.0
Ölümün anlamı		
Fizyolojik fonksiyonların durması/yaşamın son bulması	40	40.0
Geri dönüşüz son	30	30.0
Tıbbi müdahaleye cevap vermemesi	13	13.0
Huzur	10	10.0
Hayatın bir parçası	7	7.0
Daha önce yakınlarında ölümle karşılaşma durumu		
Evet	98	98.0
Hayır	2	2.0
Ölümlle karşılaştı ise yakınlık derecesi		
Birinci derece yakın kaybı (Anne-baba-kardeş)	24	24.0
Yakın akraba	64	64.0
Arkadaş kaybı	12	12.0
Ölümünü düşünme sıklığı		
Ara sıra /bazen düşünürüm	74	74.0
Hep/sürekli düşünürüm	22	22.0
Hiç düşünmem	4	4.0

Hemşirelerin iyi ölüme yönelik düşüncelerine ilişkin özellikler Tablo 4.6'de sunulmaktadır. Hemşirelerin %79'u yaşam sonu ile ilgili eğitim almış olup bu eğitimi %82.3'i lisans, %13.9'i hizmet içi eğitim programı esnasında almıştır. Hemşirelerin %54'ü aldıkları yaşam sonu eğitimini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmada ölümün anlamını hemşirelerin %40'ı 'yaşamın son bulması/fizyolojik fonksiyonların durması', %30'si 'geri dönüşüz son', %13'ü tıbbi

müdahalelere cevap vermeme, %10'u huzur, %7'si hayatın bir parçası olarak tanımlamışlardır.

Hemşirelerin %98'i daha önce ölüm ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ölümle karşılaşan hemşirelerin, karşılaştıkları ölüm deneyimlerinin yakınlık derecesi %64'ü yakın akraba olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %74'ü ara sıra/bazen ölümü düşündüğünü ifade etmişlerdir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Deneyimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=100)

	Sayı	(%)
Ölmekte olan hastaya bakım verme		
Evet	84	84.0
Hayır	16	16.0
Bakım verirken hissedilen duygular (n=174) *		
Keder- üzüntü	68	39.1
Başarısızlık	60	34.5
Anksiyete	23	13.3
Korku	13	7.4
Huzur	8	4.5
Şuçluluk	2	1.2
Bakım verme sıklığı		
Ayda bir kez	61	61.0
Sürekli	21	21.0
Haftada bir kez	10	10.0
Haftada iki- üç kez	8	8.0
Klinikte bakım verme isteği		
İstiyorum	23	23.0
İstemiyorum	77	77.0

*Birden fazla yanıt verilmiştir

Çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir. Hemşirelerin %84'ü ölmekte olan hastaya bakım vermişlerdir. Ölüm sürecinde olan hastalara bakım veren hemşirelerin %39.1'i keder-üzüntü, %34.5'i başarısızlık, %13.3'ü anksiyete duygularını yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %61'i ayda bir kez, %21'i sürekli, %10'u haftada bir kez, %8'i haftada iki-üç kez terminal dönem hastasına bakım vermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %77'si ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Hastaların Öleceğini Bilme İle Ölümü Konuşabilme Durumuna İlişkin Düşünceleri

	Sayı	(%)
Hastanın öleceğini bilme durumu (n=100)		
Bilmeli	59	59.0
Bilmemeli	41	41.0
Hasta öleceğine ilişkin bilgiyi verecek kişi (n=59)		
Doktor	36	61.1
Doktor ve hemşire birlikte	21	35.5
Hemşire	1	1.7
Akraba ya da yakın	1	1.7
Ölüm kavramını rahat konuşma durumu (n=100)		
Konuşabiliyorum	17	17.0
Konuşamıyorum	83	83.0
Ölümü rahat konuşabilme nedeni (n=17)		
Doğal ve uygun cevaplar hastayı rahatlatır	9	41.1
Yapmak istedikleri olabilir	5	29.4
Gerçeklik algısını kaybetmeden iyi ölüm sağlanabilir	3	17.6
Ölüme rahat konuşamama nedeni (n=83)		
Üzücüdür ve kendimi konuşacak güçte bulmuyorum	31	37.4
Hasta konuşmak istemez, tedavi reddetmesinden korkarım	15	18.2
Nasıl yaklaşacağımı bilmiyorum	14	16.8
Korkuyorum	12	14.4
Duygularımı anlayamam ve anksiyete düzeyim artar	11	13.2
Hastanın öleceği bilgisinin hasta yakınlarına verilme durumu		
Bilgi verilmeli	80	80.0
Bilgi verilmemeli	20	20.0
Hasta yakınına bilgi verilme nedeni (n=80)		
Hastası ile daha fazla vakit geçirmesi	34	42.5
Etik kurallar gereği/bilme hakkı	21	26.3
Kendini hazırlar	14	17.5
Bakımın kalitesini artırır	11	13.7
Hasta yakınına bilgi verilmeme nedeni(n=20)		
Ölümün ne zaman geleceğini kimse bilemez	11	55.0
Olumsuz etkiler ve aile üyelerinin anksiyetesini artırır	9	45.0

Çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan hastaların öleceğini bilme ile ölümü konuşabilme durumuna ilişkin düşünceleri Tablo 4.8’de sunulmaktadır. Hemşirelerin %59’u hastaların öleceğini bilmesi gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Hastaya ölme bilgisini hemşirelerin %61.1’i doktor, %35.5’i doktor ve hemşire ile birlikte verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %83’ü

ölmekte olan hastaları ile ölümü rahat konuşamadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %37.4'ü 'üzücüdür ve kendimi konuşacak güçte bulmuyorum'; %18,2'si 'hasta konuşmak istemez, tedaviyi reddetmesinden korkarım'; %16.8'i 'nasıl yaklaşacağımı bilmiyorum'; %14.4'ü 'korkuyorum; %13.2'si 'duygularını anlayamam' ifadeleri ile ölümü konuşamama nedenlerini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %80'i hasta yakınına hastasının öleceği bilgisinin verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hasta yakınlarına bilgi verilmesinin nedeni olarak hemşirelerin %42.5'i 'hastası ile daha fazla vakit geçirmesi'; %26.3 'etik kurallar gereği'; %17.5'i 'kendini hazırlar'; %13,7'si 'bakımın kalitesini artırır' olarak ifade etmişlerdir.

4.3. Katılımcıların Ölçek Toplam Puanları

Tablo 4.9. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği, Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Değerleri

Ölçek/ölçek alt grupları	Hasta	Hasta Yakını	Hemşire
	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)
Psikososyal manevi boyut	30.48±4.52 (min:16-max:36)	30.26±4.37 (min:18-max:36)	29.96±5.32 (min:12-max:42)
Kişisel kontrol boyut	11.05±1.61 (min:5-max:18)	11.17±1.62 (min:6-max:12)	9.86±2.49 (min:3-max:21)
Klinik boyut	17.75±2.70 (min:7-max:20)	17.4±2.59 (min:9-max:20)	16.42±2.81 (min:5-max:23)
İyi ölüm ölçeği	59.36±7.92 (min:38-max:71)	58.84±7.34 (min:38-max:68)	56.24±9.37 (min:24-max:86)

*Cronbach Alfa değeri

Çalışmaya katılan hemşire, hasta, hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları ve güvenilirlik değerleri Tablo 4.9'da sunulmaktadır. İyi ölüm ölçeği puan ortalamaları hemşirelerin 56.24±9.37 (min:24-max:86), hasta 59.36±7.92 (min:38-max:71), hasta yakını 58.84±7.34 (min:38-max:68) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin iyi ölüm ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarından; psikosozal manevi boyut puan ortalaması 29.96±5.32 (min:12-max:42), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 9.86±2.49 (min:3-max:21) klinik boyut puan ortalaması 16.42±2.81(min:5-max:23) olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Çalışmaya katılan hastaların iyi ölüm ölçeği alt grup puan ortalamalarından; psikosozal manevi boyut puan ortalaması 30.48±4.52 (min:16-max:36), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 11.05±1.61 (min:5-max:18), klinik boyut puan ortalaması 17.75±2.70 (min:7-max:20) olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği alt grup puan ortalamalarından; psikosozal manevi boyut puan ortalaması 30.26±4.37 (min:18-max:36), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 11.17±1.62 (min:6-max:12), klinik boyut puan ortalaması 17.4±2.59 (min:9-max:20) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüm İlişkin Tutum Ölçeği, Ölçek Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Değerleri

Ölçek/ölçek alt grupları	Hasta	Hasta Yakını	Hemşire
	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)	$\bar{x}\pm SD$ (min-max)
Ölüm korkusu	28.71±8.75 (min:12-max:44)	27.76±9.00 (min:7-max:47)	27.86±8.91 (min:7-max:44)
Ölümden kaçınma	21.15±6.21 (min:9-max:34)	21.26±6.58 (min:5-max:35)	17.98±6.07 (min:5-max:33)
Tarafsız kabullenme	29.23±3.11 (min:22-max:35)	28.76±4.47 (min:15-max:35)	27.41±4.72 (min:5-max:32)
Kabul edici yaklaşım	47.06±12.79 (min:10-max:65)	45.95±12.5 (min:11-max:70)	41.57±12.22 (min:10-max:65)
Kabullenmeme	20.6±7.52 (min:5-max:35)	19.22±7.41 (min:5-max:35)	18.18±7.67 (min:5-max:35)
DAP-R	146.56±25.13 (min:71-max:178)	143.38±26.78 (min:68-max:212)	133.00±26.72 (min:32-max:191)

*Cronbach Alfa değeri

Çalışmaya katılan hemşire, hasta, hasta yakınlarının ölüm ilişkili tutum profil ölçeği ve ölçek alt grup puan ortalamaları ve güvenilirlik değerleri Tablo 4.10'da sunulmaktadır. DAP-R ölçeği puan ortalamaları hemşirelerin 133.00±26.72

(min:32-max:191), hastaların 146.56 ± 25.13 (min:71-max:178), hasta yakınlarının 143.38 ± 26.78 (min:68-max:212) bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin ölüm ilişkin tutum profil ölçeğinin ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarından; ölüm korkusu puan ortalaması 27.86 ± 8.91 (min:7-max:44), ölümden kaçınma puan ortalaması 17.98 ± 6.07 (min:5-max:33), tarafsız kabullenme puan ortalaması 27.41 ± 4.72 (min:5-max:32), kabul edici yaklaşım puan ortalaması 41.57 ± 12.22 (min:10-max:65), kabullenmeme puan ortalaması 18.18 ± 7.6 (min:5-max:35) olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).

Çalışmaya katılan hastaların ölüm ilişkin tutum profil ölçeğinin ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarından; ölüm korkusu puan ortalaması 28.71 ± 8.75 (min:12-max:44), ölümden kaçınma 21.15 ± 6.21 (min:9-max:34), tarafsız kabullenme 29.23 ± 3.11 (min:22-max:35), kabul edici yaklaşım 47.06 ± 12.79 (min:10-max:65) ve kabullenmeme 20.6 ± 7.52 (min:5-max:35) bulunmuştur (Tablo 4.10).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ölüm ilişkin tutum profil ölçeğinin ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarından; ölüm korkusu puan ortalaması 27.76 ± 9.00 (min:7-max:47), ölümden kaçınma 21.26 ± 6.58 (min:5-max:35), tarafsız kabullenme 28.76 ± 4.47 (min:15-max:35) kabul edici yaklaşım 45.95 ± 12.5 (min:11-max:70) ve kabullenmeme 19.22 ± 7.41 (min:5-max:35) bulunmuştur (Tablo 4.10).

4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tutum ve İyi Ölüm Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt grup puan ortalamaları Tablo 4.11’de sunulmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer tanı alma süresi, tedavi süresi ile iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların bireysel özelliklerinden medeni durum ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından kişisel kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan hastaların kişisel alt boyut puan ortalaması bekâr olan hastalardan daha yüksektir (Tablo 4.11).

Hastaların evde yaşadığı kişiler ile iyi ölüm ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ölçek toplam puanı yalnız. anne baba ve eşi ile yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Yalnız yaşayan hastaların iyi ölüm ölçek puan ortalaması en düşüktür (Tablo 4.11)

Çalışmaya katılan hastalardan hastanede ölmek isteyenlerin iyi ölüm ölçek puanı, psikososyal alt boyut, kişisel boyut ve klinik boyut puan ortalamaları evde ve farklı ortamlarda ölmek isteyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$. Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İyi Ölüm Ölçeği ve Ölçek Puan Ortalamaları

TANITICI ÖZELLİKLER	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI										İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN		
	N	Psikososyal alt boyut			Kişisel kontrol alt boyut			Klinik alt boyut			X±SD	F	p
		X±SD	F	p	X±SD	F	p	X±SD	F	p			
Yaş													
22-33 yaş	11	31.27±1.19	0.561	0.692	11±0.42	0.278	0.891	17.72±0.87	1.395	0.242	60±2.32	0.808	0.523
34-44 yaş	24	29.41±0.81			10.83±0.37			16.66±0.74			56.91±1.6		
44-55 yaş	28	30.57±0.78			10.96±0.26			18.37±0.38			60.07±1.32		
56-66 yaş	24	31.21±1.09			11.25±0.41			18.12±0.48			60.73±1.86		
67 yaş ve üzeri	13	30.3±1.54			11.3±0.36			17.76±0.73			59.38±2.42		
Medeni durum													
Evli	58	30.85±4.57	0.913	0.342	15.56±2.49	6.03	0.016	18.01±2.70	1.286	0.256	60.26±7.75	1.733	0.191
Bekâr	42	29.97±4.51			14.09±3.51			17.38±2.82			58.14±8.10		
Eğitim													
İlkokul mezunu	14	31.21±1.46	0.534	0.660	12.07±0.52	2.368	0.075	18.36±0.63	2.279	0.084	61.64±2.22	1.311	0.276
Ortaokul mezunu	17	30.41±1.19			10.82±0.36			17.71±0.59			58.94±2.00		
Lise mezunu	44	30.81±0.71			11.02±0.25			18.23±0.39			60.14±1.21		
Üniversite ve üzeri	25	29.56±0.73			10.68±0.3			16.54±0.66			56.92±1.49		
Evde kiminle kalma durumu													
Yalnız	13	29.15±1.4	2.670	0.052	10.62±0.43	1.671	0.178	16.69±0.64	2.657	0.053	56.46±2.27	3.064	0.032
Eşi	29	28.93±0.99			10.66±0.34			17.07±0.53			56.71±1.68		
Eşi ve çocukları	47	31.64±0.54			11.43±0.24			18.53±0.38			61.6±0.98		
Anne ve baba	11	31.09±1.29			11±0.43			17.4±0.96			60±2.48		
Ölmek istediği yer													
Evde	48	10.77±0.28	3.305	0.041	17.26±0.41	12.732	0.000	59.21±1.23	5.673	0.005	144.69±3.4	5.013	0.009
Hastane	43	11.51±0.17			18.93±0.28			61.14±1.07			152.98±3.96		
Diğer	9	10.33±0.53			14.67±1.09			51.78±1.56			124.25±8.73		

ANOVA testi, p<0.05, p<0.01

Tablo 4.12. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle DAP-R Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	DAP-R ölçeği alt grupları										DAP-R Ölçeği	
	Ölüm korkusu		Ölümden kaçınma		Tarafsız Kabullenme		Kabul edici yaklaşım		Kabullenmeme			
	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p
Yaş												
22-33 yaş	26.45±3.18	0.037	18.36±2.34	0.384	30.81±0.96	0.323	28.9±5.87	0.000	15.09±2.46	0.003	117.9±12.99	0.004
34-44 yaş	31.16±1.56		21.08±1.06		29.37±0.61		47.58±2.16		20.12±1.55		149.33±4.11	
44-55 yaş	30.55±1.45		22.57±1.16		28.76±0.63		46.88±2.34		19.44±1.3		148.17±5	
56-66 yaş	28.45±1.78		21.45±1.24		28.62±0.6		51±1.81		21.7±1.43		151.25±4.31	
67-82 yaş	22.69±2.55		20±1.84		29.69±0.84		53.15±1.53		26.46±1.51		152±3.43	
Cinsiyet												
Kadın	30.48±1.11	0.016	22.21±0.78	0.044	28.77±0.42	0.082	50.6±1.19	0.001	21.37±0.85	0.236	153.53±2.69	0.001
Erkek	26.2±1.34		19.69±0.98		29.88±0.45	42.15±2.43	19.55±1.36		136.74±4.56			
Medeni durum												
Bekâr	27.64±1.97	0.518	19.55±1.47	0.17	29.91±0.68	0.249	36.15±3.97	0.000	15.91±1.67	0.001	128.25±8.1	0.001
Evli	29.01±0.99		21.6±0.67		29.04±0.35	49.86±1.07	21.94±0.79		151.51±2.1			
Ölüm bilgisi verilme durumu												
Evet	24.76±1.47	0.008	17.65±1.1	0.001	29.48±0.67	0.065	47.36±2.64	0.893	19.46±1.39	0.373	137.74±4.78	0.052
Hayır	30.04±1.03		22.38±0.69		29.15±0.35	46.96±1.49	21±0.9		149.42±3			
Ölmek istediği yer												
Ev	26.75±1.13	0.019	19.4±0.8	0.001	29.23±0.42	0.976	48.43±1.83	0.142	21.28±1.15	0.001	31.08±0.64	0.031
Hastane	31.55±1.4		23.79±0.89		29.19±0.49		47.12±1.94		21.35±1.04		30.6±0.71	
Diğer	25.89±2.9		17.89±2.31		29.44±1.44		38.75±4.61		13.44±1.69		26.78±1.01	

ANOVA testi, Kruskal Wallis H testi, $p < 0.05$

Çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile DAP-R ölçeği ve ölçek alt grup puan ortalamaları tablo 4.12’de sunulmaktadır. Hastaların yaşları ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım, kabullenmeme ve DAP-R ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalardan 45-55 yaş grubunda olan hastaların ölüm korkusu puan ortalaması 30.55 ± 1.45 olarak diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur. 67-82 yaş grubunda olan hastaların kabul edici yaklaşım 53.15 ± 1.53 , kabullenmeme 26.46 ± 1.51 ve ölçek toplam puan ortalaması 152 ± 3.43 olup diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksektir.

Hastaların cinsiyetleri ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve DAP-R ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadın olanları ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve DAP-R ölçek toplam puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.12).

Hastaların medeni durumları ile kabul edici yaklaşım, kabullenmeme ve DAP-R ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$). Evli olan hastaların kabul edici yaklaşım, kabullenmeme ve DAP-R ölçek puan ortalamaları bekâr olanlara göre daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumu, meslek, evde birlikte kaldığı kişiler, yaşadıkları il ve tanı alma süreleri ile DAP-R ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastalara öleceği bilgisinin verilme durumu ile ilgili hastalardan verilmemesi isteyenlerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalaması. ölüm bilgisinin verilmesini isteyenlere göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.12).

Çalışmaya katılan hastalardan hastanede ölmek isteyenlerin ölüm korkusu ölümden kaçınma ve ölümü kabullenmeme puan ortalamaları evde ölmek isteyenlerin puan ortalamalarından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastalardan evde ölmek isteyenlerin DAP-R ölçeği puan ortalamaları hastane veya farklı yerlerde ölmek isteyenlerin puan ortalamalarından yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Hastaların ölüme ilişkin tutum profil ölçeği ve iyi ölüm ölçeği puan ortalamalarının ölüme ilişkin tutum profil ölçeği ve iyi ölüm ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 4.13'de sunulmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların ölüm korkusu puanı artıkça, ölümden kaçınma ve tarafsız kabullenme puanlarının azaldığı bulunmuştur. Ölümden kaçınma puanı artıkça tarafsız kabullenme puanının azaldığı ve kabul edici yaklaşım, kabullenmeme, DAP-R, iyi ölüm ölçeği ve klinik boyut puanlarının arttığı saptanmıştır. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma arasında güçlü, ölüm korkusu ile tarafsız kabullenme arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.758$, $p=0,000<0.05$; $r=-0.539$, $p=0,000<0.05$). Ölümden kaçınma ile kabul edici yaklaşım arasında zayıf pozitif yönde bir ilişki ($r:0.304$, $p=0.002<0.05$), DAP-R ölçek toplam puan arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r:0.751$, $p=0,000<0.05$).

Hastaların tarafsız kabullenme ile kabul edici yaklaşım ve kabullenmeme arasında negatif yönde zayıf bir ilişki vardır ($r=-0.350$, $p=0,000<0.05$; $r=-0.374$, $p=0,000<0.05$).

Çalışmaya katılan hastaların iyi ölüm ölçeğinin alt gruplarından psikososyal alt boyut ile kişisel ve klinik boyut arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki vardır ($r:0.574$, $p=0.000<0.05$; $r:0.656$ $p=0.000<0.05$). Psikososyal boyut ile iyi ölüm ölçeği arasında çok güçlü, kişisel boyut ile iyi ölüm ölçeği arasında güçlü pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($r:0.924$, $p=0.000<0.05$; $r:0.783$, $p=0.000<0.05$).

Hastaların iyi ölüm ile DAP-R ölçeği arasında çok zayıf pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r:0.214$, $p=0.041<0.05$). Buna göre hastaların iyi ölüm puanı artıkça ölüme ilişkin tutum profil ölçeğinin puanı çok az da olsa artmaktadır.

Tablo 4.13. Hastaların Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortalamalarının Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Ölüm korkusu	Ölümden kaçınma	Tarafsız kabullenme	Kabul edici yaklaşım	Kabullenmeme	DAP-R	Psikososyal Boyut	Kişisel Boyut	Klinik Boyut	İyi ölüm Ölçeği
Ölüm korkusu	r		.758**	-.539**	.177	.155	.633**	.039	-.026	.094	.045
	p		.000	.000	.082	.128	.000	.706	.795	.355	.658
Ölümden kaçınma	r			-.468**	.304**	.336**	.751**	.158	.136	.297**	.220*
	p			.000	.002	.001	.000	.117	.176	.003	.030
Tarafsız kabullenme	r				-.350**	-.379**	-.487**	-.100	-.006	-.061	-.079
	p				.000	.000	.000	.332	.955	.554	.446
Kabul edici yaklaşım	r					.700**	.843**	.136	.127	.107	.144
	p					.000	.000	.185	.211	.299	.162
Kabullenmeme	r						.763**	.187	.238*	.264**	.247*
	p						.000	.065	.017	.009	.015
Psikososyal boyut	r						.173		.574**	.656**	.924**
	p						.098		.000	.000	.000
Kişisel boyut	r						.164			.699**	.783**
	p						.115			.000	.000
Klinik boyut	r						.241*				.873**
	p						.020				.000
İyi ölüm Ölçeği	r						.214*				
	p						.041				

korelasyon

4.4.2. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile iyi ölüm ölçeği ve alt grup puan ortalamalarının dağılımları Tablo 4.14'de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan 59-78 yaş grupları arasında olan hasta yakınlarının psikosoyal boyut 32.69 ± 1.18 , kişisel boyut 11.92 ± 0.08 , klinik boyut 18.46 ± 0.62 ve iyi ölüm ölçeği topla puan 63.08 ± 1.80 ortalamaları diğer yaş gruplarının puan ortalamaları yüksektir ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Kadınların psikosoyal alt boyut (11.5 ± 0.15), kişisel alt boyut (11.5 ± 0.15), klinik (17.85 ± 0.36) ve iyi ölüm ölçek (60.7 ± 0.92) puanları erkek olan hasta yakınlarının psikosoyal (10.68 ± 0.32), kişisel (10.68 ± 0.32), klinik (16.75 ± 0.33) ve iyi ölüm ölçeği (56.05 ± 1.09) puan ortalamalarından daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının medeni durum, eğitim durumu meslek ile iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). İl merkezinde yaşayan hastaların psikosoyal puan ortalaması (30.73 ± 0.47) ilçede yaşayanların (27.73 ± 1.08) ve köyde yaşayanların ($29 \pm .$) puan ortalamasından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ölmek istedikleri yer, ölüm bilgisinin hastasına verilme durumu, ölümün konuşulma durumu ile iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$)

Tablo 4.14. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri İle İyi Ölüm Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımları

TANITICI ÖZELLİKLER	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI										İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN		
	N	Psikososyal alt boyut			Kişisel kontrol alt boyut			Klinik alt boyut			X±SD	F	p
		X±SD	F	p	X±SD	F	p	X±SD	F	p			
Yaş													
20-32 yaş	18	31.39±1.09	2.707	0.051	11.44±0.25	2.413	0.071	17.56±0.67	0.925	0.432	60.39±1.79	2.428	0.070
33-47 yaş	34	29.15±0.77			11.26±0.22			17.15±0.51			57.56±1.31		
48-58 yaş	35	29.86±0.64			10.66±0.37			17.2±0.37			57.71±1.14		
59-78 yaş	13	32.69±1.18			11.92±0.08			18.46±0.62			63.08±1.80		
Cinsiyet													
Kadın	60	11.5±0.15	0.191	0.002	11.5±0.15	2.563	0.012	17.85±0.36	2.117	0.037	60.7±0.92	3.247	0.002
Erkek	40	10.68±0.32			10.68±0.32			16.75±0.33			56.05±1.09		
Medeni Durum													
Evli	28	29.93±0.92	-0.471	0.639	11.25±0.26	0.306	0.760	17.43±0.5	0.044	0.965	58.61±1.38	-0.197	0.844
Bekar	72	30.39±0.49			11.14±0.2			17.4±0.3			58.93±0.87		
Eğitim durumu													
İlkokul	10	30.9±1.67	0.289	0.834	10.3±0.58	1.706	0.171	17.1±0.86	0.134	0.939	58.3±3.03	0.133	0.940
Ortaokul	22	30.45±0.95			10.86±0.43			17.5±0.69			58.82±1.76		
Lise	37	30.46±0.64			11.38±0.26			17.57±0.37			59.41±1.08		
Üniversite ve üzeri	31	29.68±0.84			11.42±0.22			17.26±0.46			58.35±1.27		
Yaşanılan yer													
İl	84	30.73±0.47	3.154	0.047	11.27±0.17	1.474	0.234	17.55±0.27	0.876	0.420	59.55±0.78	2.672	0.074
İlçe	15	27.73±1.08			10.53±0.46			16.6±0.77			54.87±1.93		
Köy	1	29±.			12±.			18±.			59±.		
Hastasına öleceği bilgisi verilme durumu													
Evet	19	29.32±1.17	-1.046	0.298	11.53±0.32	1.065	0.289	16.79±0.66	1.162	0.248	57.63±1.71	0.795	0.428
Hayır	81	30.48±0.46			11.09±0.19			17.56±0.28			59.12±0.82		
Ölümün hastası ile konuşulması durumu													
Konuşulmalı	21	30.33±4.17	0.007	0.932	11.38±1.53	0.448	0.505	17.00±2.75	0.664	0.417	58.74±6.61	0.008	0.930
Konuşulmamalı	79	30.24±4.46			11.11±1.68			17.51±2.55			58.87±7.56		

ANOVA testi, p<0.05

Tablo 4.15. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri İle DAP-R Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	DAP-R ölçeği alt grupları										DAP-R Ölçeği	
	Ölüm korkusu		Ölümden kaçınma		Tarafsız Kabullenme		Kabul edici yaklaşım		Kabullenmeme			
	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p
Yaş												
20-32 yaş	24.06±1.92	0.009	18.83±1.52	0.011	29.33±0.99	0.130	46.11±3.08	0.072	19.28±1.93	0.350	137.61±6.27	0.675
33-47 yaş	28.59±1.48		23.15±1		29.76±0.65		46.44±1.83		18.76±1.24		146.71±4.3	
48-58 yaş	30.74±1.58		22.17±1.09		27.34±0.83		42.46±2.07		18.37±1.17		141.09±5.16	
59-78 yaş	22.69±1.84		17.23±1.95		29.15±1.31		53±4.1		22.62±2.25		144.69±7.01	
Cinsiyet												
Kadın	29.73±1.14	0.007	21.7±0.84	0.416	28.88±0.54	0.737	46.4±1.42	0.586	19.53±0.93	0.607	146.25±3.1	0.125
Erkek	24.8±1.35		20.6±1.07		28.58±0.78		45±2.3		18.75±1.24		137.73±4.9	
Medeni durum												
Bekar	24.93±1.87	0.049	18.54±1.35	0.009	29±0.79	0.740	42.46±2.55	0.092	17.07±1.56	0.071	132±4.91	0.012
Evli	28.86±1.02		22.32±0.72		28.67±0.54		47.15±1.41		20.06±0.82		147.06±3.14	
Eğitim Durumu												
İlkokul	26.1±2.42	0.052	16.8±1.71	0.012	27.8±1.63	0.079	49.3±5.43	0.130	23.4±2.78	0.009	143.4±9.65	0.044
Ortaokul	29.77±2.3		22.86±1.51		27.27±0.87		48.36±2.79		20.77±1.5		149.05±6.4	
Lise	29.81±1.21		22.97±0.96		28.59±0.8		47±1.62		20.03±1.05		148.41±3.84	
Üniversite	24.42±1.64		19.52±1.18		30.32±0.66		41.55±2.28		15.81±1.33		131.61±4.69	
Yaşanılan yer												
İl	28.3±0.99	0.289	21.83±0.7	0.058	28.95±0.48	0.054	46.45±1.31	0.025	145.1±2.95	0.020	19.61±0.82	0.217
İlçe	25.4±2.22		18.8±1.7		27.6±1.23		44.6±3.41		134.2±5.75		17.8±1.71	
Köy	18±.		10±.		30±.		13±.		79±.		8±.	
Hastasına ölüm bilgisinin verilme durumu												
Verilmeli	21.37±1.33	0.000	17.63±1.3	0.007	28.84±1.5	0.930	48.32±2.89	0.340	18.05±1.73	0.449	134.21±4.87	0.125
Verilmemeli	29.26±1		22.11±0.72		28.74±0.43		45.26±1.39		19.49±0.82		144.86±3.13	
Hastası ile ölümün konuşulması durumu												
Konuşulmalı	24.24±1.91	0.041	19.1±1.32	0.090	28.62±1.2	0.872	48.24±2.88	0.325	18.81±1.63	0.777	139±4.68	0.469
Konuşulmamalı	28.7±1		21.84±0.75		28.8±0.47		45.2±1.39		19.33±0.84		143.86±3.21	

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri İle DAP-R ölçeği ve ölçek alt grup puan ortalamaları Tablo 4.15’de sunulmaktadır.

Hasta yakınlarından 48-58 yaş grupları arasında olanların ölüm korkusu puan ortalaması 30.74 ± 1.58 olup 20-32 yaş, 33-48 yaş ve 59 ve üzeri yaş grubunda olanların ölüm korkusu puan ortalamalarından yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde farkın 48-58 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Hasta yakınlarından 33-47 yaş arasında olanların ölümden kaçınma puan ortalaması diğer gruplardan yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu anlamlı fark 20-32 yaş grubu ve 59 yaş ve üzeri yaş grupları ile karşılaştırmadan kaynaklanmaktadır. Genç ve yaşı ileri olan hasta yakınlarının ölümden kaçınma puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 15).

Çalışmaya katılan evli hasta yakınlarının ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve DAP-R ölçek genel toplamları bekar olanlara göre yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Evli olanların ölüm korkusu puan ortalaması 28.86 ± 1.02 olup bekar olanların ölüm korkusu puan ortalamasından 24.93 ± 1.87 yüksek ve anlamlıdır. Evli olanların ölümden kaçınma puan ortalaması 22.32 ± 0.72 , bekar olanların ölümden kaçınma puan ortalaması 18.54 ± 1.35 ’dir ve aralarındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Hasta yakınlarının evli olanların DAP-R ölçek puanı 147.06 ± 3.14 olup bekar olanların DAP-R puan ortalamasından 132 ± 4.91 yüksek ve anlamlıdır ($p < 0.05$, Tablo 15).

Çalışmada lise mezunu olan hasta yakınlarının ölümden kaçınma, ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının ölümü kabullenmeme ölçek alt puanları daha yüksek ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hasta yakınlarından il merkezinde yaşayanların ölümü kabul edici yaklaşım ve ölümü kabullenme puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölümü kabul edici yaklaşım puan ortalaması il merkezinde yaşayan hasta yakınlarının 46.45 ± 1.31 , ilçe de yaşayanların 44.6 ± 3.41 ve köyde yaşayanların 13 ± 0.02 bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ölümü kabul edici yaklaşımda bu ilişkinin il ve köy arasında olduğu, ölümü kabullenmeme alt boyutunda ise ilişkinin ilçe ile köy arasında olduğu bulunmuştur. İlde yaşayan hasta yakınlarının kabul edici

yaklaşım puan ortalamaları daha yüksektir. Kabul edici yaklaşım ve kabullenme puan ortalamaları köyde yaşayan hasta yakınlarında daha düşüktür (Tablo 4.15).

Hasta yakınlarından hastasına ölüm bilgisinin verilmesini istemeyenlerin ölüm korkusu puan ortalaması (29.26±1.00) verilmesini isteyenlerin ölüm korkusu puan ortalamasından (21.37±1.33) yüksek ve anlamlı bulunmuştur (p<0.05) Ölüm bilgisinin verilmemesini isteyen hasta yakınlarının ölümden kaçınma puan ortalaması (22.11±0.72) hastasına bilgi verilmesi isteyenlerin ölümden kaçınma puan ortalamasından (17.63±1.3) göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Hastası ile ölüm konusunda konuşulmamasını isteyen hasta yakınlarının ölüm korkusu puan ortalaması 28.7±1 olup, konuşulmasını isteyenlerin ölüm korkusu puan ortalamasından 24.24±1.91 yüksek bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Çalışmada hasta yakınlarının ölüm korkusu ile ölümden kaçınma arasında orta şiddette pozitif yönde bir ilişki vardır (r:0.611,p<0.001). Hasta yakınlarının ölüm korkusu artıkça ölümden kaçınma puan ortalamaları da artmaktadır. Hasta yakınlarının ölümü kabul edici yaklaşım ile ölümü kabullenme arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (r:0.856, p<0.001). Hasta yakınlarının DAP-R ölçeği ile iyi ölüm ölçeği arasında zayıf pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r: 0.402,p<0.001).

4.4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölçek Puan Ortalamaları

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt grup puan ortalamaları Tablo 4.16’de sunulmaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve çalışılan klinik, çalışma yılı, yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumu ile iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden medeni durum ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından kişisel kontrol ve klinik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; evli hemşirelerin kişisel kontrol 10.32 ± 0.2 ve klinik boyut 16.87 ± 0.34 puan ortalamaları bekâr hemşirelerin kişisel kontrol 19.00 ± 0.46 ve klinik alt boyut 15.57 ± 0.45 puan ortalamalarından yüksektir.

Hemşirelerin yaşadıkları kaybın yakınlık derecesinde iyi ölüm ölçeğinin psikososyal alt boyutunda birinci derece yakının kaybının puan ortalaması (32.09 ± 0.89), yakın akraba (29.77 ± 0.62) ve arkadaş (27.5 ± 2.06) kaybının puan ortalamasında daha yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın birinci derece yakının kaybı ile arkadaş kaybı arasında anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden ölümü düşünme durumu ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından psikososyal boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; ölümü hep düşünen hemşirelerin psikososyal alt boyut puan ortalamaları ara sıra düşünen ve hiç düşünmeyen hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksektir.

Hemşirelerin çalışma özelliklerinden ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı ile iyi ölüm ölçeğinin alt boyutlarından klinik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizlere göre; bu farkın haftada bir kez ile haftada üç kez arasında ve ayda bir kez ile sürekli arasında anlamlı olduğu bulunmuştur.



Tablo 4.16. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İyi Ölüm Ölçeği ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları

TANITICI ÖZELLİKLER	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI										İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN		
	N	Psikososyal alt boyut			Kişisel kontrol alt boyut			Klinik alt boyut			X±SD	F	p
		X±SD	F	p	X±SD	F	p	X±SD	F	p			
Cinsiyet													
Kadın	94	29.95±0.55	-0.810	0.420	9.89±0.25	0.533	0.595	16.38±0.29	-0.519	0.605	56.12±0.98	-0.472	0.638
Erkek	6	31.66±1.52			9.33±0.91			17.00±0.77			58.00±2.76		
Yaş													
22-28	66	29.48±0.69	0.774	0.464	10.01±0.27	1.904	0.154	16.33±0.36	0.423	0.656	55.83±1.21	0.403	0.670
29-35	24	30.91±0.95			9.08±0.65			16.33±0.53			56.33±1.78		
36 ve üstü	10	90.80±0.95			10.70±0.47			17.20±0.66			58.70±2.49		
Medeni Durum													
Evli	65	30.15±0.69	0.495	0.622	10.32±0.27	2.612	0.010*	16.87±0.34	2.261	0.026*	57.35±1.21		
Bekâr	35	29.60±0.79			9.00±0.46			15.57±0.45			54.17±1.40	1.633	0.106
Eğitim durumu													
Lisans	93	30.01±0.55	0.346	0.730	9.95±0.24	1.429	0.156	16.45±0.28	0.408	0.684	56.41±0.94	0.696	0.488
Yükseklisans	7	29.28±2.11			8.57±1.52			16.00±1.54			53.85±4.73		
Çalışma yılı													
0-1 yıl	36	29.61±1.04	1.253	0.295	10.47±0.41	0.498	0.685	16.41±0.51	0.498	0.498	56.50±1.78	0.824	0.484
2-5 yıl	28	28.75±0.97			9.42±0.37			16.00±0.55			54.17±1.73		
6-10 yıl	24	31.29±0.82			9.08±0.65			16.54±0.52			56.91±1.62		
11 yıl ve üzeri	12	31.16±1.40			10.58±0.43			17.16±0.73			58.91±2.48		
Çalıştığı klinik													
Dâhiliye kliniği	36	30.58±4.97	0.777	0.382	9.30±2.35	2.849	0.95	16.69±2.67	0.507	0.678	57.32±1.87	0.283	0.785
Cerrahi klinik	64	29.60±5.50			10.17±2.52			16.26±2.89			56.05±1.25		
Yaşam sonu eğitim alma													
Evet	79	29.94±4.75	0.017	0.896	9.78±2.54	0.342	0560	16.48±2.35	0.176	0.676	56.18±8.25	0.011	0.918
Hayır	11	30,09±7.18			10,1±2,30			16,19±4.17			56,42±13,0		

*ANOVA testi, Tukey testi, Kruskal Wallis H testi p<0.05

Tablo 4.16. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İyi Ölüm Ölçeği Ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları (devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI									İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN			
	N	Psikososyal alt boyut			Kişisel kontrol alt boyut			Klinik alt boyut			X±SD	F	p
		X±SD	F	p	X±SD	F	p	X±SD	F	p			
Yaşanılan kaybın yakınlık derecesi													
1.derece (anne/baba/kardeş)	22	32.09±0.89	3.321	0.040*	10.5±0.38	0.985	0.377	17.09±0.41	1.987	0.143	59.68±1.48	2.513	0.086
Yakın akraba	64	29.77±0.62			9.66±0.3			16.5±0.34			55.92±1.07		
Arkadaş kaybı	12	27.5±2.06			10.08±1.07			15.17±1.04			52.75±4.07		
Ölümü Düşünme													
Hep düşünürüm	22	30.32±1.33	4.384	0.015*	9.59±0.48	0.226	0.798	17.18±0.84	1.436	0.243	57.09±2.51	2.105	0.127
Ara sıra düşünürüm	74	30.26±0.56			9.96±0.32			16.27±0.28			56.49±1.00		
Hiç düşünmem	4	22.5±1.51			9.5±0.51			15.01±0.22			47±1.41		
Ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı													
Ayda bir kez	61	29.59±5.50	2.163	0.097	10.22±2.36	2.308	0.081	16.19±2.79	4.228	0.007**	56.01±9.88	2.196	0.093
Haftada birkez	10	27.30±6.37			8.60±2.71			14.3±3.94			50.2 ±11.8		
Haftada ilk-üç kez	8	30.5±4.30			10.62±1.50			17.25±1.48			58.37±5.68		
Sürekli	21	32.09±3.92			9.09±2.75			17.76±1.84			56.84±9.56		

*ANOVA testi. Tukey testi. Kruskal Wallis H testi $p<0.05$, $p<0.01$

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ölüme ilişkin tutum ölçeği (DAP-R) ve ölçek puan ortalamaları Tablo 4.17’de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet. ile DAP-R ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden yaş, medeni durum, eğitim durumu, ölümü düşünme, çalışma özelliklerinden çalışma yılı, çalışılan klinik, yaşam sonu hakkında eğitim alma ile DAP-R ölçeği ve ölçek alt grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin yaşları ile DAP-R ölçeğinin ölüm korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yapılan ileri analizlerde bu ilişki hemşirelerin 22-28 yaş grubunda olan ile 34 ve üzeri yaş grubunda olan arasında anlamlı olduğu ve yaşı ileri olan hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalaması yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Hemşirelerden bekar olanların ölüm korkusu puan ortalamaları 31.62 ± 1.47 evli olanların ölüm korkusu puan ortalamasından 25.83 ± 1.04 yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin ölümü kabullenme puan ortalaması 24.14 ± 2.83 . lisans mezunu olanların ölümü kabullenme puan ortalamasından 17.73 ± 0.78 yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hemşirelerin ölümü düşünme durumu ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma. tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım kabullenme ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ölümü sürekli düşünen hemşirelerin DAP-R ölçek toplam puanı, ölümden kaçınma, ölüm korkusu. kabul edici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerinden çalışma yılı fazla olanların ölüm korkusu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma yılı fazla olanların ölüm korkusu puanları daha yüksektir. Ayrıca çalışma yılı ile tarafsız kabullenme puan ortalamaları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır olup çalışma yılı 0- 1 yıl arasında olan hemşireler ile çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin tarafsız kabullenme puan ortalamaları daha yüksektir. Dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölüm korkusu puan

ortalaması cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.17).

Yaşam sonu bakım hakkında eğitim alan hemşirelerin ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşam sonu bakım konusunda eğitim alanların ölçek puan ortalaması almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım verme sıklığı ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Sürekli bakım veren hemşirelerin (37.5 ± 2.22) ayda bir kez (26.13 ± 1.17), haftada bir kez (31.43 ± 2.95) haftada iki üç kez (33.39 ± 1.81) bakım veren hemşirelere göre ölüm korkusu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bakım verme sıklığı fazla olan hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin ölüm korkusu ile ölümden kaçınma arasında orta şiddette pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r:0.681$, $p<0.001$). Ölüm korkusu artıkça ölümden kaçınma da artmaktadır. Hemşirelerin psikososyal alt boyut ile kişisel ve klinik boyut arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki vardır ($r:0.885$, $p<0.001$; $r:0.945$, $p<0.001$)

Tablo 4.17. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm İlişkin Tutum Ölçeği (Dap-R) ve Ölçek Alt Grup Puan Ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	DAP-R ölçeği alt grupları										DAP-R Ölçeği	
	Ölüm korkusu		Ölümden kaçınma		Tarafsız Kabullenme		Kabul edici yaklaşım		Kabullenmeme			
	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p	Ort.±S.D	p
Yaş												
22-28	26.28±1.06	0.015	17.12±0.70	0.124	27.57±0.64	0.695	42.62±1.66	0.492	18.77±1.06	0.466	132.37±3.72	0.865
29-35	29.45±1.85		20.00±1.52		27.45±0.77		39.50±2.01		16.50±0.99		132.91±4.16	
36 ve üstü	34.40±2.15		18.80±0.97		26.20±0.82		39.60±2.01		18.30±1.93		137.30±3.83	
Cinsiyet												
Kadın	28.13±0.91	0.218	18.24±0.61	0.084	27.27±0.49	0.266	42.09±1.21	0.089	18.18±0.78	0.997	133.93±2.65	0.167
Erkek	23.5±3.43		13.83±2.7		29.5±0.92		33.33±6.7		18.16±3.57		118.33±16.2	
Medeni durum												
Evli	25.83±1.04	0.002	17.5±0.8	0.161	27.58±0.61	0.617	41.1±1.65	0.609	18.38±0.94	0.718	130.26±3.58	0.164
Bekâr	31.62±1.47		19.4±0.86		27.08±0.71		42.42±1.67		17.8±1.33		138.08±3.64	
Eğitim Durumu												
Lisans	28.33±0.9	0.052	18.17±0.63	0.250	27.38±0.49	0.861	41.27±1.29	0.389	17.73±0.78	0.032	132.9±2.84	0.896
Yükseklisans	21.57±3.39		15.42±1.65		27.71±1.59		45.42±2.32		24.14±2.83		134.28±5.43	
Çalışma yılı												
0-1 yıl	25.83±1.63	0.004	16.75±1.11	0.250	29.58±0.89	0.003	41.91±2.83	0.579	19.91±1.60	0.076	134.00±6.38	0.894
2-5 yıl	25.25±1.32		17.71±0.82		25.39±0.68		43.75±1.47		18.75±1.24		130.85±3.30	
6-10 yıl	32.87±1.55		18.87±1.07		26.66±0.79		39.91±1.76		17.25±1.28		135.58±2.77	
11 yıl ve üzeri	30.00±2.56		20.50±2.46		27.08±1.29		38.75±2.81		13.50±1.06		129.83±7.00	
Çalışılan klinik												
Dahiliye	31.36±8.84	0.003	19.13±6.32	0.153	25.19±2.75	0.837	44.02±11.76	0.137	19.41±8.01	0.229	141.42±23.4	0.017
Cerrahi	25.89±8.38		5.86±0.73		25.01±4.77		40.18±12.34		17.48±7.44		128.27±24.4	
Yaşam sonu hakkında eğitim alma												
Evet	26.49±1.03	0.003	17.23±0.62	0.015	27.52±0.56	0.657	40.05±1.41	0.015	18.24±0.89	0.879	129.53±3.00	0.011
Hayır	33±1.27		20.81±1.57		27±0.78		47.29±1.96		17.95±1.48		146.05±5.01	
Ölümü düşünme												
Hep düşünürüm	32.95±1.55	0.000	19.36±1.48	0.016	25.5±0.89	0.003	43.77±1.46	0.000	17.05±1.81	0.004	138.64±3.79	0.000
Ara sıra	27.08±1		18±0.66		27.64±0.54		42.51±1.37		19.14±0.82		134.36±3.05	
Hiç düşünmem	14.25±1.25		10.05±0.22		33.75±1.25		12±2.05		6.75±1.75		76.75±3.75	

ANOVA testi, Tukey testi, Kruskal Wallis H testi $p < 0.05$, $p < 0.01$

Hasta, hasta yakını ve hemşirelerin DAP-R ölçek ve ölçek alt gruplarının karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 4.18’de sunulmaktadır. Hasta yakınlarının ölümden kaçınma puan ortalamaları 21.26 ± 0.66 , hastaların ölümden kaçınma puan ortalaması 21.15 ± 0.62 olup hemşirelerin ölümden kaçınma puan ortalamasından 17.98 ± 0.61 yüksektir. Üç grup arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin ölümden kaçınma puan ortalaması ile hasta arasında ve hasta yakını arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Hastaların tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım, kabullenmeme ve ölçek toplam puan ortalamaları hasta ve hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Hemşirelerin ise DAP-R ölçeği ve ölçeğin tüm alt maddelerinin puan ortalamaları hasta yakını ve hastalardan düşüktür.

Hasta, hasta yakını ve hemşirelerin iyi ölüm ölçek ve ölçek alt gruplarının karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 4.19’da sunulmaktadır. Hastaların iyi ölüm ölçeği ve hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları hasta yakını ve hemşirelerden daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hasta ve hasta yakınlarının kişisel kontrol ve klinik boyut puan ortalamaları hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut ortalamaları hasta ve hasta yakınından düşük bulunmuş olup sadece psikosoyal boyut hariç klinik ve kişisel boyutta anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$).

Tablo 4.18. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin DAP-R Ölçek Ve Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılmasının Dağılımı

	DAP-R ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI										DAP-R	
	Ölüm Korkusu		Ölümden Kaçınma		Tarafsız Nötr Kabullenme		Kabul Edici Yaklaşım		Ölümü Kabullememe			
	Ort.±S.D	KW p	Ort.±S.D	KW p	Ort.±S.D	KW p	Ort.±S.D	KW p	Ort.±S.D	KW p	Ort.±S.D	KW p
Hemşire	27.86±0.89	0.340	17.98±0.61	8.783	27.41±0.47	5.124	41.57±1.22	5.284	18.18±0.77	1775.1 0.000	133±2.67	1041.0 0.000
Hasta	28.71±0.88	0.712	21.15±0.62	0.000	29.23±0.31	0.006	47.06±1.29	0.006	20.6±0.76		146.56±2.59	
Hasta Yakını	27.76±0.9		21.26±0.66		28.76±0.45		45.84±1.25		19.22±0.74		142.84±2.72	

Kruskal Wallis H testi p<0.05, p<0.01

Tablo 4.19. Kanser Hastası, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçek Ve Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılmasının Dağılımı

	İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI									iÖÖ		
	Psikososyal manevi boyut			Kişisel kontrol boyut			Klinik boyut					
	Ort.±S.D	KW	p	Ort.±S.D	KW	p	Ort.±S.D	KW	p	Ort.±S.D	KW	p
Hemşire	29.96±0.53	0.304	0.738	9.86±0.25	13.581	0.000	16.42±0.28	6.398	0.002	56.24±0.94	4.064	0.018
Hasta	30.48±0.46			11.05±0.17			17.75±0.28			59.36±0.8		
Hasta Yakını	30.26±0.44			11.17±0.16			17.41±0.26			58.84±0.73		

Kruskal Wallis H testi p<0.05,p<0.01

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda hemşirelerin, hastaların ve hasta yakınlarının iyi ölüme ilişkin düşünceleri ve ölüme ilişkin tutumlarını belirlemek için elde edilen bulgular mevcut literatür ve araştırma soruları ışığında tartışılmıştır.

5.1. Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme ve İyi Ölüme Yönelik Tanımlarının Tartışılması

Çalışmamızda iyi ölüm kavramını, çalışmaya katılan hastaların %39'u '*acı çekmeden süreci yaşamak*', %25'i '*ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması*', %17'si '*aile bireyleri ile süreci paylaşmak*', %12'si '*semptomları yöneterek süreci sürdürmek*' ve %7'si '*hoşça kal diyebilmek*' olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.7) Young ve arkadaşları (60) çalışmasında iyi ölümü kanser hastalarının %27.7'si '*aileye yük olmama*', %24.5'i '*aile ile birlikte olmak*', %18.8'i '*yarım kalan işleri bitirmek*', %11.9 '*acı olmaması*', %7.9'u ise '*hayatı anlamlı hissetmek*' olarak tanımladıklarını belirtmiştir. Bir başka çalışmada kanser hastalarının çoğunluğu iyi ölümü '*acı çekmeden hayatı bitirmek*' olarak tanımlamışlardır (87). Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak literatürde hastalar iyi ölümü acıdan kurtulmak, ağrı acı çekmemek, yakınlarına yük olmamak olarak tanımlamışlardır (58-60,86,87). Hastalar acı çekmeden aniden ölümü beklerler. Ancak aileler, hasta yakınları elveda deme ve ölüm sürecinin son aşamasında hastanın tüm beklentilerini yerine getirmek için çabalarlar (89). Hasta ve hasta yakınlarının literatürde iyi ölümle ilgi ortak tanımlarının olmasının yanı sıra bazı farklılıklarda vardır (22,86,87,89).

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının iyi ölüm tanımlarına bakıldığında %39'u *acı çekmeden süreci yaşamak*, % 24'ü *ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması*, %21'i *aile bireyleri ile süreci paylaşmak*, %7'sinin *hoşça kal diyebilmek* ve *semptomları yöneterek süreci sürdürmek*, %2'sinin ise *aniden ölmek* olarak tanımlamışlardır. Yun ve arkadaşlarının (22) yaptığı çalışmada hasta

yakınlarının iyi ölüm tanımlarına bakıldığında %25.9'unun *aileyle birlikte olmak*, %25.5'inin *aileye bakımda yük olmamak*, %20.8'inin *yarım kalan işleri bitirebilmek*, %9.5'inin *ağrı olmaması*, %8.7'sinin *hayatı anlamlı kılmak*, %5.4'ünün *tanrı ile barış içinde olmak*, %1.3 *mental olarak farkında olmak*, %1.2'si *tedaviyi seçebilmek* ve %0.9'unun *evde ölmek* şeklinde tanımladığı görülmektedir. Rainsford ve arkadaşları (45) yaptığı çalışmada ortaya çıkan iyi ölüm tanımları *ağrısız olmak*, *aile ve arkadaş varlığı*, *resmi ve resmi olmayan topluluk desteği*, *tercih edilen yerde ölümün olması* şeklinde olduğu görülmüştür.

Hemşireler ölümü kaçınılmaz, doğal ve hayatın son bulması olarak tanımlamakla birlikte bir başlangıç olarak görmektedirler (12,16,18,21,35,74,75). Çalışmamızda hemşireler ölümün anlamını; *'fizyolojik fonksiyonların durması'* (%40), *'geri dönüşsüz son'* (%30), *'tıbbi müdahaleye cevap vermemesi'* (%13), *'huzur'* (%10) ve *'hayatın bir parçası'* (%7) olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Haishan ve arkadaşları (35) Finlandiya'da 82 hemşireyle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin iyi ölümü dört farklı kategoride tanımladıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada iyi ölüm; *birinin özerkliği ve insanlık onuruna saygı duyulması*, *iyi bir ölümün niteliği*, *ölüme hazırlanma ve iyi bir ölümün içeriği* şeklindedir. Aynı çalışmada iyi ölüm kavramını hemşirelerin *'daha az acı, korku ve acı çekme, kendi ölüm kararını kendi verebilme, doğal yollarla herhangi bir müdahale olmadan ölmek'* şeklinde tanımladıklarını belirtmişlerdir. İyi ölüm kavramına ilişkin hemşirelerin yaptığı tanımlar arasında *hoşça kal demek ve hazırlık yapmak için yeterli zamanın olması*, *kendi ölümünü ve kaderini kabul etmek*, *bağışlama* gibi tanımlar da bulunmaktadır. Çevik ve Kav (18) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölüm kavramını *'yaşam fonksiyonlarının sona ermesi'* (%31.3), *'yok olmak'* (%13), *'bir yaşamdan başka bir yaşama geçmek'* (%9.3), *'yeni bir başlangıç'* ve *'sonsuzluk'* (%8.3) olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir. Görüş ve arkadaşları (75) hemşireler ile yaptığı çalışmada ölümün anlamını hemşirelerin %29.3'ü *'yaşamı terketmek*, %17.1'i *'yeniden doğuş'*, %14.6'sı *'sonsuzluğa geçiş'* ve *'doğal olay'*, %12.2'si *'sevdiklerinden ayrılma'* şeklinde tanımladıklarını ifade etmişlerdir. Menekli ve Fadıoğlu (12) hemşirelerin %67.3'ünün sık sık ölümle karşılaştıkları ve ölümü kaçınılmaz bir sonuç olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

5.2. Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme İlişkin Tutumlarının Tartışılması

Çalışmamızda hastaların iyi ölüm algısının ve ölüme karşı tutumlarının iyi olduğu söylenebilir. Ölüme ilişkin tutum ölçeğinin literatürde hastalar ile kullanımı içeren bir çalışmaya rastlanmadığı için veriler tartışılmamıştır. Yaşı genç ve 65 yaş üzeri olanların ölüm korkusu puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Ölüm korkusu puan ortalaması en yüksek olan yaş grubu 34-44 yaş ve 44 ve 54 yaş grubunda olan hastalarıdır. Hastaların kabul edici yaklaşım puanlarına bakıldığında 67 yaş ve üzeri olan hastaların puan ortalamasının en yüksek, 22-33 yaş grubunun ise en düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Ölüm doğanın bir gerçeğidir, ancak genelde ölüm yaşlı olanlara, ağır hastalığı olanlara daha çok atfedilmekte olup genç yaşta ölüm kabul edilmemektedir. Yaş ilerledikçe bireylerin ölüme karşı daha olumlu tutumlar sergilediği görülmektedir. Kadınların ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve ölçek toplam puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olup kadınların ölüme karşı tutumlarının olumlu olduğu olarak açıklanabilir. Kadınlar ölmekte olan yakınlarına erkeklere göre daha fazla bakım sorumluluğunu üstlenmekte ve yanlarında daha fazla vakit geçirmektedir. Bu durum kadınların ölüme ilişkin tutumlarını pozitif yönde etkilediği ile açıklanabilir. Yapılan bir çalışmada yas sürecini kadınların erkeklere göre daha kaliteli geçirdikleri belirtilmektedir. Bunun nedeni araştırmacı tarafından kadınların ölüm sürecindeki hastasının bakımını daha fazla üstlenmesinden kaynaklı olduğu savunulmaktadır (87). Evli olanların ölüme ilişkin tutum ölçek puanı, ölümü kabullenme puan ortalamaları bekar olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu durum evli olan hastaların yalnız olmamaları, eş ve çocukları ile paylaşımların olması nedeni ile açıklanabilir. Hastaların ölüm korkusu artıkça ölümü kabullenmeleri azalacaktır, bu süreç hastalar için zor olmakta olup ölüme hazır olamama, ya da hazırlanmama ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Hastaların iyi ölüm ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasına bakılacak olunursa ölçek toplam puanlarına göre hastaların ölüme karşı tutumlarının ve iyi ölüm algısının iyi olduğu söylenebilir. Hasta yakınlarının yaşı arttıkça ölümden korku ve ölümden kaçınma ortalaması düşmektedir. Çalışmamızda hastaların iyi ölüm ölçek puanı hemşire ve hasta yakınlarına göre yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmuştur (Tablo 4.19). Özellikle hastaların iyi ölümü ölçek puanı ile ölüme ilişkin tutum profil ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İyi ölüm algısı ölüme karşı tutumu pozitif yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %65.4'ü ayda bir kez, %21.4'ü ise sürekli terminal dönem hastasına bakım vermektedir. Hemşirelerin %77'si ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin %32.5 ile %82.5 yüzdesi aralığında ölmekte olan hastalara bakım vermek istemedikleri belirtilmektedir. (6,8,11-15,18-21,47,75,76). Zheng ve arkadaşları (47) hemşirelerin, özellikle genç olanların, karşılaştıkları kişisel sınırlamalar ve bu konudaki deneyimsizlikleri sonucu kaliteli bakım sağlayamadıklarını düşündükleri için, yaşam sonu dönemde olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmiştir. bizim çalışmamızda hemşireler iyi ölüm konusunda iyi/olumlu bir düşünceye sahiptirler (Tablo 4.9). Ceyhan ve arkadaşlarının (21) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iyi ölüm algılarını belirlemek için yaptıkları çalışmada; hemşirelerin iyi ölüm ölçek puanı 56.75 ± 8.90 olup bizim ölçek puanı ile benzer bulunmuştur. Hemşirelerin DAP-R ölçeğinden alınabilecek alt ve üst değerlere göre ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım puanları orta düzeyde, kabullenmeme ve tarafsız kabullenme puanları ortanın biraz üzerinde bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının orta düzeyde olduğu olarak açıklanabilir. Zaybak ve Erzincanlı (79) 'nın ve Yılmaz ve Vermişli (19)'nin hemşireler ile yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin ölüme karşı tutumları orta derecede bulunmuştur. Ölüme karşı tutum hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin anlam yüklemelerinde önemlidir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve çalışılan klinik, çalışma yılı, yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumu ile iyi ölüm ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ceyhan ve arkadaşları (21) yaptıkları çalışmada bizim çalışmadan farklı olarak yaş ile iyi ölüm ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, yaşları yüksek olan hemşirelerin iyi ölüm algılarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Ebu Hasheesh ve arkadaşları (78) 40 yaş ve üstü hemşirelerin genç hemşirelere göre ölümü daha kolay kabul ettiğini belirtmişlerdir. Şahin ve arkadaşları (80) genç hemşirelerde ölüme ilgili kaygı oranlarının yüksek olduğunu ve ölmekte olan hastanın bakımına karşı

olumsuz tutum sergilediklerini bildirmiştir. Uzunkaya (81) hemşireler ile yaptığı çalışmada kadın olanların iyi ölüm puan ortancası, erkek hemşirelerin iyi ölüm puan ortancasından daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunduğunu belirtmiştir. Çalışmamız, yaş ortalamasının artması ile hemşirelerin ölüm korkusunun arttığını göstermekte olup literatürdeki sonuçlar ile benzerdir (Tablo 4.12). Çalışmaya katılan hemşirelerden bekar olanların ölüm korkusu puan ortalamaları, evli olanların ölüm korkusu puan ortalamasından yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Gama ve arkadaşları (74) çalışmada hemşirelerin medeni durumunun ölüme karşı tutum üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Önsöz (82) çalışmada evli hemşirelerin tarafsız kabullenme ve ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatürde farklı sonuçlar vardır, ancak bizim çalışmamızda bekarlarda ölüm korkusunun evlilere göre fazla olması eş desteklerinin olmamasına, yalnız olmalarına bağlı olarak düşünülebilir. çalışma yılı ile tarafsız kabullenme puan ortalamaları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. Çevik ve Kav (18) yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı 6-10 ve 10 yıl olanların ölüme ilişkin tutum profili ölçeği alt gruplarından ölümden korkma, ölümden kaçınma ve ölümlü kabullenme puan ortalamaları 0-1 yıl ve 2-5 yıl olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Lange ve arkadaşları (77) hemşire (n=403) ile yaptığı çalışmada, meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ölçeği alt grubu olan ölümden sakınma puanının çalışma yılı 5-10 yıl arasında olan hemşirelerin puanına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada on yıldan daha fazla deneyimi olan yoğun bakım hemşirelerinin ölümü kabullenme puanları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (19). Literatürdeki mevcut olan ve bizim yaptığımız çalışma sonuçlarına göre deneyimi daha çok olan hemşirelerin ölümü kabullenme puanının yüksek olduğu ile açıklanabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda meslekte deneyimin artmış olması paralelinde yaşında ilerlemesine neden olacaktır. Yaş ilerledikçe bireylerin ölüme olan farkındalıkları artmaktadır. Bu nedenle ölüm korkusu puanında artma olduğu ile açıklanabilir. Ceyhan ve arkadaşları (21) yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam %57.8'i bazen ölüm hakkında düşünmekte, %27.5'i sıklıkla ölüm düşünmekte ve %14.7'si ölümlü çok az düşünmekte ya da hiç düşünmemektedir. Ceyhan'ın bu çalışmada hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı

ile iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özen (82) çalışmasında kendi ölümünü düşünen hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğunu, kendi ölümünü sık düşünen hemşirelerin ölüm korkusu, kabullenmeme ve ölümden kaçınma puan ortalamalarının daha düşük, tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Benli (83) çalışmasında hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ile DAP-R ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda literatürdeki çalışmalara benzer olarak hemşirelerin ölümü düşünme durumu ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım kabullenmeme ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ölümü sürekli düşünen hemşirelerin DAP-R ölçek toplam puanı, ölümden kaçınma, ölüm korkusu, kabul edici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.12). Bu sonuçlara göre kendi ölümünü sık düşünen hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu kabul edilebilir. Anne, baba veya kardeş gibi yakın kaybı yaşayan hemşirelerin psikososyal alt boyut ölçek ortalaması, yakın akraba kaybı ve arkadaş kaybı yaşayanlara göre daha fazladır. (Tablo 4.11). Çalışmamızda hemşirelerin yakın akraba/arkadaş kaybı ile ölüme ilişkin tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12). Işık (84)'ın çalışmasında; yakın akraba deneyimi yaşayan hemşireler ile ölüme ilişkin tutum ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Khader ve arkadaşları (64) geçmişte yaşanan ölüm deneyiminin hemşirelerin ölüme karşı olumsuz tutum geliştirmeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamıza benzer olarak Çınar (85) çalışmasında yakın akraba/arkadaş kaybı yaşayan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlara göre; yakın kaybı yaşayan hemşirelerin, kaybın derecesine ve kaybettiği birey ile aradaki bağ ilişkisine göre ölüme karşı olumlu veya olumsuz tutumlar sergileyebilecekleri ile açıklanabilir. Ceyhan ve arkadaşları (21) yaptıkları çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin bakım verme sıklığı ile iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin bakım verme sıklığı ile ölüme ilişkin tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12). Dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalaması cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olup aradaki fark anlamlı

bulunmuştur ($p<0.05$). Buna yönelik ölüm ile daha fazla karşılaşılan servislerde ölüm korkusunun daha fazla ortaya çıktığı söylenebilir. Ölmekte olan hastalara bakım veren hemşireler ölüm olgusuna ilişkin olarak kendi duygularının farkında olmalıdırlar. Ölümü ya da kendi ölümünü kabullenmeyen hemşireler hasta bakımında olumlu tutumlar sergileyemez. Hastası ya da sağlık personeli ile ölümü konuşmaktan kaçınır, yok sayar, iletişimini kısıtlayabilir. Çalışmamızda hemşirelerin ölüm korkusu ile ölümden kaçınma arasında orta şiddette pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Çevik ve Kav (18) tarafından yapılan çalışmada ölüm korkusu yüksek olan hemşireler ölmekte olan hastaya bakım vermeye yönelik tutumları daha az olumlu olduğu belirtilmiştir. Çin’de 15 hastanede toplam 770 hemşire ile yapılan bir çalışmada; hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına yönelik tutumlar ile ölüm korkusu “arasında negatif yönde, tarafsız kabullenme ve kabul edici yaklaşım arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (86). Bizim çalışmamızda iyi ölüm ölçeğinin sonuçlarına benzer olarak Uzunkaya (80) ‘nın onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumları ile ölümün psikososyal-manevi ve kişisel kontrol alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

5.3. Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin İyi Ölüme İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Çalışmamızda hastaya öleceği bilgisini vermesi gereken kişi sorulduğunda hastaların çoğunluğunun (%80,9) doktorun vermesi gerektiği, %14,2’si doktor ve hemşirenin vermesi gerektiğini belirttiği görülmektedir (Tablo 4.7). Günümüzde ülkemizde yapılan uygulamada da ölüm bilgisini doktor vermekte olup bu nedenle katılımcılardan üç grupta doktorun bu bilgi vermesi gerektiğini belirtilmiş olduğu düşünülmüştür. Ayrıca hastaların son dönem tanısını koyan kişi doktor olması bu sonuca bir nedendir. Hasta, hasta yakınları ve hemşirelerin bu bilgiyi vermesi gerekli olan kişide ikinci tercihleri doktor ve hemşire ile birlikte verilmesidir. Hemşirenin primer sorumluluğu hasta bakımı ve tedavisinin yanı sıra yaşam sonu süreçte ölmekte olan hastanın bakımı, desteklenmesi, hasta ve ailenin

cesaretlendirmesi gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle doktor ile birlikte hemşirenin de ölüm bilgisini verme sürecine katılması önemlidir.

Çalışmamızda hastalara yaşamın son sürecinde nerede ölmek istediği sorulduğunda %48'i evde, % 43'ü hastanede ve %9'u diğer (doğa ile iç içe bir yer, çocuklarının görmediği bir yer, rahat edeceğim bir yer, tatil, ev benzeri bir yer) yerlerde ölmek istediğini belirtmiştir (Tablo 4.7). Yao ve arkadaşları (8) yaptığı çalışmada hastaların %82.1'inin hastanede, %17.9'unun evde ölmek istediği görülmektedir Young ve arkadaşları dört grup ile yaptığı çalışmada (kansere hastası, bakım verici, doktor ve genel popülasyon) evde ölmek hepsinde en az önemli bileşen olarak bulunmuştur. Fakat araştırmalar, hastaların evde ölmek istemelerine rağmen hastanede öldükleri, hastaların ev ya da ev benzeri bir yerde ölmesinin iyi ölümü sağlayacağını belirtmektedir (60,86,87). Ancak iyi ölüm için evde ölmek kriter olmasına rağmen, bireysel özellikler, kültürel inançlar, sağlık çalışanlarına olan güven gibi durumlardan etkilenebilmektedir. Ayrıca hastaların evde ölmek istemelerine rağmen hastanede ölmelerinin en büyük etkeni aile yakınları ve bakım vericilerin tercihleridir. Hastalarının son döneminde yakınlarının fiziksel semptomlarını kontrol edememe veya yetersizlik, ölümden korkma, finansal ya da sosyal destek kaynaklarının olmaması gibi etkenler hasta yakınlarının tercihlerini etkilemektedir. İyi ölüm bireysel özellikler, eğitim, kişisel deneyimler ve kültürden etkilenmektedir. Çalışmamızda hastaların iyi ölüm ölçeği ile hastaların yaş, eğitim, cinsiyet, meslek, hastalık tanısı, tanı alma süresi, aldığı tedavi ile ilgili olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.13). Yao ve arkadaşları (8) yaptığı çalışmada da hastaların cinsiyetleri ile ve iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yun ve arkadaşlar (22), hasta, hasta yakını ve hekimlerin iyi ölüme ilişkin algılarını belirlemek için yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Masonori ve arkadaşları (88) Japonya'da yaşayan Japonlar ile Amerika'da yaşayan Japonlar ve Amerikalılar arasında iyi ölüm algısı arasındaki farklılıkları belirlemek için yaptığı çalışmada; Japonya'da yaşayan Japonların diğer iki gruba göre iyi ölüm algısının %20 daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu yapılan çalışmada kültürün iyi ölüm algısını etkilediği açıklanmıştır. Çalışmamızda hastalara ölüme yönelik bilgi verilmesini

isteme durumu ile ölüme ilişkin tutum ölçeği alt grupları puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında, ölüme karşı tutum ölçeği alt grubu olan ölüm korkusu ve ölümden kaçınma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Kendi ölümleri ile bilgi almak istemeyen hastaların ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları daha yüksektir. Ölümleri ile bilgi almak isteyenlerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma davranışı daha azdır. Bu durum hastaların bireysel özellikleri, hastalık ile tedavi süreci, bireyin ölüm algısı ve ölüm deneyimi ile ilgili olup değişkendir. Hastanede ölmek isteyen hastaların psikososyal alt boyut ölçek ortalaması, evde ölmek isteyen hastaların psikososyal alt boyut ölçek ortalamasına göre daha yüksektir. Çalışmamızda hastanede ölmek isteyenlerin iyi ölüm ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yao (8) hastaların hastane ve ev ortamlarında ölmek istemeleri ile iyi ölümün ilişki araştırdığı çalışmada; evde ölmek isteyenlerin hastane ölmek isteyenlere göre iyi ölüm ölçek puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada hastaların çoğunluğu evde ölmek istedikleri belirtilmiştir (22). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda, hastasının ölüm bilgisini hastasına, hasta yakınlarının %78.6'sı doktor, %10.8'i aile yakını, %9.5'inin doktor ve hemşirenin birlikte vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hastanın ölüm süreci hakkındaki bilgi doktor tarafından hasta yakınlarına verilmektedir. Doktorların hastanın ölümü hakkındaki bilgiyi hastalara nasıl, ne zaman verdiği, hasta ve hasta yakınlarının algıları ve bu bilgiyi hastasına verirken yanında hemşire ya da aile üyelerinden biri olmalı mı konularında çok fazla çalışma yoktur. Japonya'da 818 kanser hastası yakını ile yapılan bir çalışmada; hasta yakınlarının hastasının ölümü deneyimi sırasında, yaklaşan ölümün fiziksel belirtileri, ölümü ne zaman olacağı, hastası ile ölümü nasıl konuşacağı, yaklaşan ölüm belirtilerin farkında olunması konularında bilgi almak istediklerini ifade ettikleri belirtilmiştir (60). Ölüm yeri ve ölüm tercihleri arasında hasta ve hasta yakınlarının farklı düşünceleri olduğu literatürde belirtilmektedir (60,87-91). Hastaların çoğunluğu evde ölmek isterlerken hasta yakınları hastane ortamında hastasının ölmesini tercih etmektedir. Tayvan'da ölüm yerinin tercihlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada hasta yakınları, ya da bakım vericilerin hastanın ölüm yeri olarak evde ölmeyi tercih ettikleri belirtildi

(91). Biz çalışmamızda literatürden farklı olarak hasta yakınlarına hastalarının nerde ölmek istedikleri yerine, kendilerinin ölmek istedikleri yerleri öğrenmek istedik. Çalışmamızda hasta yakınlarının %52'si evde, %34'ü hastanede ölmek istediği, %14'ü ise hiç düşünmediği belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Buna göre hasta ve hasta yakınları iyi ölüm için evde ölmeyi tercih etmektedirler. Ancak ölümlerin çoğunluğu hastanelerde olmaktadır. Lee ve arkadaşları (89) iyi ölüm kavramını ölmekte olan hasta, ölüm sürecinde olan hasta yakını ve yas sürecindeki hasta yakınları tarafından algılarını belirlemek için yaptığı çalışmada; ölüme hazırlık, aile ve sosyal ilişkiler, ölüm anında ve yakınında olma, rahatlık/ fiziksel bakım, ve ruhsal iyilik temalarını belirlemiştir. Bu çalışmaya göre hasta ve hasta yakınları iyi ölüm için evde ölmeyi tercih etmekte olup, hasta yakınlarının büyük çoğunluğu hastalarını ölüm sürecinde hastaneye getirdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmada hasta yakınları sürekli yakınlarının yanında olmak isterken, hastalar ölüm sürecinde özellikle çocuklarının içeriğe girmelerini istemediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yas sürecinde hasta yakınları tatmin edici, kaliteli bakım için çabalamak ve bu hizmeti verebilmek, son kez yakınlarına elvada diyebilmenin iyi ölüm için önemli ilkeler olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınların iyi ölüm ölçek puanları ve alt puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir. Bunu nedeni kadınların ölmek üzere olan yakınlarının bakım sorumluluklarını üstlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin %39.1'i keder-üzüntü, %34.5'i başarısızlık, %13.3'ü anksiyete duygularını yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir. Ölmekte olan hastalara sıklıkla bakım veren hemşireler için ölüm üzücü bir süreç olarak algılanabilmektedir. Hemşire bakım verdikleri hastalarının bireysel özellikleri (yaş, tanı, cinsiyet vb) ile kendileri ve yakınlarının bireysel özelliklerini özdeşleştirebilir. Bu özdeşleştirme durumu hemşirelerin empati yapmalarını engelleyerek üzüntü, çaresizlik, korku gibi karmaşık duygular yaşamasına neden olabilir. Literatürde ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin sıklıkla üzüntü, başarısızlık, çaresizlik, korku, anksiyete gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (10-16,18-22,47,70,71,74,75). Ceyhan ve arkadaşları (21) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım sağlarken üzüntü (% 81.3), çaresizlik (% 38.2), öfke (%1.9) ve suçluluk (%

1.9) duygularını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ölüm ve iyi ölüme ilişkin düşünce ve tutumları bireysel özelliklerinden yaş, cinsiyet, sosyoekonomik seviye, eğitim ve kültür gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Literatürde ölüme yaklaşımın ve ölüm algısının özellikle yaşla birlikte değiştiği, bireyin yaşı ilerledikçe ölümü doğal bir süreç olarak kabul ettiği belirtilmektedir (18,21). Marcysiak ve Dabrowska (39) yaptıkları çalışmada 36 yaş ve üzeri yaşta olan hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalamasının daha yüksek olduğunu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada hemşirelerin ölüm korkusu ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu yaş artıkça ölüm korkusunun arttığını bulunmuştur. Çevik ve Kav (18) yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı 6-10 ve 10 yıl olanların ölüme ilişkin tutum profili ölçeği alt gruplarından ölümden korkma, ölümden kaçınma ve ölümü kabullenme puan ortalamaları 0-1 yıl ve 2-5 yıl olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Lange ve arkadaşları (77) hemşire (n=403) ile yaptığı çalışmada, meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ölçeği alt grubu olan ölümden sakınma puanının çalışma yılı 5-10 yıl arasında olan hemşirelerin puanına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada on yıldan daha fazla deneyimi olan yoğun bakım hemşirelerinin ölümü kabullenme puanları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (19). Literatürdeki mevcut olan ve bizim yaptığımız çalışma sonuçlarına göre deneyimi daha çok olan hemşirelerin ölümü kabullenme puanının yüksek olduğu ile açıklanabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda meslekte deneyimin artmış olması paralelinde yaşında ilerlemesine neden olacaktır. Yaş ilerledikçe bireylerin ölüme olan farkındalıkları artmaktadır. Bu nedenle ölüm korkusu puanında artma olduğu ile açıklanabilir. Çalışmamızda hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ile iyi ölüm ölçeğinin alt grubu olan psikososyal alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç görülmektedir ($p<0,05$) Buna göre; ölümü hep düşünen hemşirelerin psikososyal alt boyut puan ortalamaları ara sıra düşünen ve hiç düşünmeyen hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksektir. Ceyhan ve arkadaşları (21) yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam %57.8'i bazen ölüm hakkında düşünmekte, %27.5'i sıklıkla ölüm düşünmekte ve %14.7'si ölümü çok az düşünmekte ya da hiç düşünmemektedir. Ceyhan'ın bu çalışmasında hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ile iyi ölüm ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Özen (82) çalışmasında kendi ölümünü düşünen hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğunu, kendi ölümünü sık düşünen hemşirelerin ölüm korkusu, kabullenmeme ve ölümden kaçınma puan ortalamalarının daha düşük, tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Benli (83) çalışmasında hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ile DAP-R ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda literatürdeki çalışmalara benzer olarak hemşirelerin ölümü düşünme durumu ile ölüm korkusu, ölümden kaçınma tarafsız kabullenme, kabul edici yaklaşım kabullenmeme ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ölümü sürekli düşünen hemşirelerin DAP-R ölçek toplam puanı, ölümden kaçınma, ölüm korkusu, kabul edici yaklaşım puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.12). Bu sonuçlara göre kendi ölümünü sık düşünen hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu kabul edilebilir. Çalışmamızda hemşirelerin yaşam sonu bakım hakkında eğitim alma durumu ile iyi ölüm ölçeği arasında ilişki bulunmazken, ölüme ilişkin tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yaşam sonu bakım hakkında eğitim alan hemşirelerin ölüm korkusu, ölümden kaçınma, kabul edici yaklaşım ve ölçek toplam puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamıza benzer olarak yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme’ ve ‘kabul edici yaklaşım’ puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir (17,64,69 74).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 29.01; çoğunluğu kadın, bekar, lisans mezunu, meslekte çalışma yılı en fazla 0-1 yıl arası olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 50.06, çoğunluğu kadın, evli, lise mezunu, ev hanımı ve ilde yaşamaktadır. Çalışmamızda bulunan hasta yakınlarının yaş ortalaması 45.26, çoğunlukla kadın, evli, lise mezunu ve ev hanımıdır.

2. Hemşirelerin çoğunun lisans eğitimi sırasında yaşam sonu eğitim aldığını (%79), eğitimi yeterli buldukları (%42) saptanmıştır. En fazla kaybı yakın akrabalarında yaşamışlar ve ölümü ara sıra/bazen düşündüklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğunun ölüme daha önce karşılaştığı (%98) saptanmıştır. Hastaların iyi ölüm tanımını acı çekmeden süreci yaşamak olarak tanımladıkları (%39), öleceği bilgisinin verilmesini istemedikleri saptanmıştır. Hasta yakınlarının ise ölümü acı çekmeden süreci yaşamak (%39) olarak tanımladığı ve kendilerine hastalarının öleceği bilgisinin verilmesini istemedikleri saptanmıştır.

3. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verdikleri (%84), bakım verirken çoğunlukla keder-üzüntü hissettikleri (%39.1) saptanmıştır. Hemşirelerin bakım vermek istemedikleri (%77) görülmektedir. Hastaların en çok lösemi tanısı (%27) aldığı ve en çok alınan tedavinin kemoterapi (%58.2) olduğu saptanmıştır.

4. Hemşireler hastanın öleceğini bilmesi (%59) gerektiğini düşünmekte ve bu bilginin doktor (%36) tarafından verilmesi gerektiği saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğunun ölüm kavramını rahat konuşamadıkları (%83), bunun sebebinin de konunun üzücü olması ve kendilerini konuşacak güçte bulmadıkları (%37.4) görülmektedir.

5. Çalışmaya katılan hastaların yaşamın son sürecinde evde (%48) ölmek istediği, hasta yakınının da evde (%52) ölmek istediği saptanmıştır.

6. Çalışmaya katılan hemşirelerin iyi ölüm ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarından; psikosoyal manevi boyut puan ortalaması 29.96 ± 5.32 (min:12-max:42), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 9.86 ± 2.49 (min:3-max:21) klinik boyut puan ortalaması 16.42 ± 2.81 (min:5-max:23) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikosoyal manevi alt boyut 0.87, kişisel kontrol boyut 0.93, klinik boyut 0.72'dir.

7. Çalışmaya katılan hastaların iyi ölüm ölçeği alt grup puan ortalamalarından; psikosoyal manevi boyut puan ortalaması 30.48 ± 4.52 (min:16-max:36), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 11.05 ± 1.61 (min:5-max:18), klinik boyut puan ortalaması 17.75 ± 2.70 (min:7-max:20) olarak bulunmuştur. Hastaların iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikosoyal manevi alt boyut 0.78, kişisel kontrol boyut 0.93, klinik boyut 0.89'dur.

8. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği alt grup puan ortalamalarından; psikosoyal manevi boyut puan ortalaması 30.26 ± 4.37 (min:18-max:36), kişisel kontrol boyut puan ortalaması 11.17 ± 1.62 (min:6-max:12), klinik boyut puan ortalaması 17.4 ± 2.59 (min:9-max:20) bulunmuştur. Hasta yakınlarının iyi ölüm ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri; psikosoyal manevi alt boyut 0.76, kişisel kontrol boyut 0.86, klinik boyut 0.74'dür.

9. Hemşirelerin ölüm korkusu ile ölümden kaçınma arasında orta şiddette pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r:0.681$, $p<0.001$). Ölüm korkusu arttıkça ölümden kaçınma da artmaktadır. Hemşirelerin psikosoyal alt boyut ile kişisel ve klinik boyut arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki vardır ($r:0.885$, $p<0.001$; $r:0.945$, $p<0.001$)

10. Hastaların ölüm korkusu ile ölümden kaçınma alt boyut arasında pozitif yönde yüksek derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastaların ölüm korkusu arttıkça ölümden kaçınma durumu da artmaktadır. Hastaların ölüm korkusu ile tarafsız kabullenme alt boyutu arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki vardır.

11. Çalışmada hasta yakınlarının ölüm korkusu ile ölümden kaçınma arasında orta şiddette pozitif yönde bir ilişki vardır ($r:0.611, p<0.001$). Hasta yakınlarının ölüm korkusu artıkça ölümden kaçınma puan ortalamaları da artmaktadır. Hasta yakınlarının ölümü kabul edici yaklaşım ile ölümü kabullenme arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r:0.856, p<0.001$). Hasta yakınlarının DAP-R ölçeği ile iyi ölüm ölçeği arasında zayıf pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($r: 0.402, p<0.001$).

12. Hastaların iyi ölüm ölçeği puan ortalamaları hasta yakını ve hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının kişisel kontrol ve klinik boyut puan ortalamaları hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin iyi ölüm ölçeği ve ölçek alt boyut ortalamaları hasta ve hasta yakınından düşük bulunmuştur.

6.2 Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- * Yaşam sonu bakım konusunda kurs ve hizmet içi eğitimler planlanmalı
- * Hasta yakınları ile ilgili çalışmaların yapılması
- * ‘İyi Ölüm Ölçeği’nin daha büyük örneklemdaki hasta ve hasta yakınlarına üzerinde uygulanması ve iyi ölüm algılarının araştırılması
- * Hemşirenin ölümle yüzleşmesi, ölümü hasta ve hasta yakını ile konuşabilecek güç ile donatılmasını sağlayıcı eğitim ve destek kaynakların oluşturulması
- * Hemşirenin kendi ölümü ve ölüme yüklediği anlamları fark etmesinin sağlamak için lisans eğitiminde ölüm kavramına daha fazla yer verilmesi
- * Terminal dönem hastalarına özel, yaşam sonu bakım eğitimi almış hemşirelerin bakım vermesi önerilmekte

KAYNAKLAR

1. Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 25(4):62-65.
2. Bahar Z, Beser A, Ersin F, Kıssal A, Aydoğdu NG. Traditional and religious death practices in western Turkey. Asian Nursing Research; (6):107–114, 2012.
3. Türkiye ölüm nedeni istatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi 21.05.2018
4. Türkiye’de kanser istatistikleri. <http://www.turkkanser.org.tr/pdf>. Erişim tarihi: 10.08.2018
5. Stewart BW, Wild CP. (Editors). World cancer report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
6. Johnston B, Smith LN. Nurses’ and patients’ perceptions of expert palliative nursing care. Journal of Advanced Nursing; 54(6): 700-9, 2006.
7. Hick F, Rees E. A ‘pain –free’ death. British Medical Bulletin ; 88:(1)23-41, 2008.
8. Yao CA, Hu WY, Lai YF, Cheng SY, Chen CY, Chiu TY. Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients? J Pain Symptom Manage; (2):3-6, 2007.
9. Birol, L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol), Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara, 2004.
10. Beckstrand RL, Kirchoff KT. Providing end of life care to patients: critical care nurses’ perceived obstacles and supportive behaviors. American Journal of Critical Care ; 14 (5): 395-403, 2005.
11. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. Oncology Nursing Forum ; 32(1):97-104, 2005.
12. Menekli T, Fadıloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 17(4):222-228, 2014.
13. Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. Dimensions of Critical Care Nursing; 22(5): 216-22, 2003.

14. Koç Z, Sağlam Z. Determining the emotions and opinions of nursing students related to end-of-life care and death state. *C. Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* ;12(1), 2008.
15. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *Int J Palliat Nurs*; 11:423–30, 2005.
16. İnci F, Öz F. Palliative care and death anxiety. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*; 4:178–87, 2012.
17. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*; 6:363–369, 2008.
18. Çevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses towards death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing* ;36(6):58-65, 2012.
19. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED*; 2(2):41-46, 2015.
20. Koku F, Metin A. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*; 2(3):99-104, 2016.
21. Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran M. How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies*; 42 (10): 667-672, 2018.
22. Yun YH, Kim YN, Sim JA, Kan EK, Lee J, Choo J. Priorities of a good death according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Support Care Cancer*.: 1-10, 2018.
23. Given, B., Sherwood, P. R., Given, C. W. What Knowledge and Skills do caregivers need?. *American Journal of Nursin* ;108(9):28-34, 2008.
24. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain, *Research in Nursing and Health*;13: 375–384, 1990.
25. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Yunsheng MA, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine* ;6(4):4-7, 2003.

26. Fadiloğlu , Aksu T. İyi lm leğinin geerlilik ve gvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 29: (1-15), 2013
27. Kbler-Ross E. lm ve lmek zerine. Bykal B. (Edt), İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997
28. Miyashita M, Kawakami S, Kato D, et al. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer ‘‘fighting against cancer’’. Support Care Cancer ;23(1): 103-110, 2015.
29. Cottrell L, Duggleby W. The good death: an integrative literature review. Palliat Support Care; 14(6):686–712, 2016.
30. Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of house holds affected by cancer. Support Care Cancer: Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer ;23(3):809–818, 2015.
31. Linda S. Respectful Death: A Model for end of life care. Clinical Journal of Oncology Nursing ; (12):4;621-624, 2007.
32. Scarre G. Can there be a good death? J Eval Clin Pract; 18(5):1082-1086, 2012.
33. Spathis A, Booth S. End of life care in chronic obstructive pulmonary disease: in search of a good death. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis ;3(1):11–29, 2008.
34. Clara G, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally Ill patients, American Journal of Hospice and Palliative Medicine: 29(8) 632-639, 2012.
35. Haishan H, Hongjuan L, Tieying Z, Xuemei P. Preference of chinese general public and health care providers for a good death. Nurs Ethics ;22(2):217–227, 2015.
36. Rietjens JA, Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ, Wal G. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. Palliat Med ;20(7):685–692, 2006.

37. Leung KK, Tsai JS, Cheng SY, Liu WJ, Chiu TY, Wu CH, Chen CY Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit? *J Palliat Med*; 13(12):1433–1438, 2010.
38. Sherwen E. Improving end of life care for adults. *Nurs Stand*; 28(32):51-57, 2014.
39. Marcysiak M, Dabrowska O. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. *Prog Health Sci*; 3(1):104-110, 2013.
40. Cipolletta S, Oprandi N. What is a good death? Health care professionals' narrations on end-of-life care. *Death Stud* ;38(1-5):20-27, 2014.
41. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry* ; 24(4):261–271, 2016.
42. Van der Geest S Dying peacefully: considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social Science & Medicine*: 58:899–911, 2004.
43. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers *JAMA*. 15:(19):2476-82, 2000.
44. Hiroya K, Isseki M, Tatsuya M, Mitsunori M, Akemi Y, Yutaka S, Toru T, Takuhiro Y. et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *Journal of Clinical Oncology* ;33(4):357-363, 2015.
45. Rainsford S, Mac Leod RD, Glasgow NJ, Wilson DM, Phillips CB, Wiles RB. Rural end-of-life care from the experiences and perspectives of patients and family caregivers: A systematic literature review. *Palliat. Med*, 2017
46. Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients *Support Care Cancer* ; 25:933–939, 2017.
47. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How new graduate nurses experience patient death: a systematic review and qualitative metasynthesis. *Int J Nurs Stud* ; 53:320-330, 2016.

48. Anja TM, Tarja K, Anna-Maija P. Autonomy and human dignity are key features of a good death in Finnish nurses' conceptions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*;18(5):450-458, 2016.
49. Periyakoil VS, Stevens M, Kraemer H. Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors in influencing patient dignity at the end of life. *J Am Geriatr Soc*; 3:440-446, 2013.
50. Volker DL, Wu HL. Cancer patients' preferences for control at the end of life. *Qual Health*; 21(12):1618-1631, 2011.
51. Krishna LK, Alsuwaigh R, Miti PT, et al. The influence of the family in conceptions of personhood in the palliative care setting in Singapore and its influence upon decision making. *Am J Hosp Palliat Care*;31(6):645-654, 2013.
52. Long SO. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Social Science & Medicine*; 58:913-928, 2004.
53. Cameron M.E. Older person's ethical problems involving their health. *Nursing Ethics*; 9(5): 537-556, 2002.
54. Counts DA, Counts D. The good, the bad, and the unresolved death in Kaliai. *Social Science & Medicine* ;58: 887-897, 2004.
55. Stajduhar KI, Funk L, Outcalt L. Family caregiver learning-how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliat. Med.*, 27, 657-664, 2013.
56. Norlander L, McSteen K. The kitchen table discussion: a creative way to discuss end of life issues. *Home Health Nurse*; 18: 532-39, 2000.
57. Patrick DL, Engelberg RA. Evaluating the Quality of Dying and Death. *J Pain Sympt Management*; 22 (3): 717-726, 2001.
58. Stajduhar, K.I.; Funk, L.; Outcalt, L. Family Caregiver Learning How Family Caregivers Learn to Provide Care at the End of Life: A Qualitative Secondary Analysis of Four Datasets. *Palliat. Med.* ; 27:657-664, 2013.
59. Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, Ito M, Nakajima S, Shirahase J, Mimura M, Miyashita M. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J. Palliat. Med* : 17;1025-1031, 2014.

60. Young HY, Kyoung NK, Jin AH, Eun KK, Jihye L, Jiyeon C, Shin HY, Miso K, et al. Priorities of a good death according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Supportive Care in Cancer* , 26:3479–3488, 2018.
61. Ay FA. Basic concepts and skills in health care practice. Nobel Press, İstanbul; ss: 698–699, 2011.
62. Çavdar İ. Care of the cancer patient in the terminal period. *Turk J Oncol*; 26:142–147, 2011.
63. Norlander L, McSteen K. The kitchen table discussion: a creative way to discuss end of life issues. *Home Health Nurse*; 18: 532–39, 2000.
64. Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery* ; 2(1): 1-9, 2010.
65. Mak MHJ. Awareness of dying: an experience of Chinese patients with terminal cancer. *Omega* :43(3), 259–279, 2001.
66. Bakanic V, Singleton M, Dickinson GE. Hospice attitudes of physicians and nurses: a pilot study. *Am J Hosp Palliat Care*; 33(1):34-40, 2016.
67. Brown M, Vaughan C. Care at the end of life: how policy and the law support practice. *Br J Nurs*; 22(10): 580–583, 2013.
68. Özdemir Z, Şenol Çelik S. Terminal dönemde olan hastanın bakımı. *Hemşirelik Bilimleri Dergisi* ;3(2): 81-88, 2011.
69. Nguyen LT, Yates P, Osborne Y. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *Int J Palliat Nurs* ;20(9):448-56, 2014.
70. Koku F, Ateş M. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*; 3(2): 99-104, 2016.
71. Şahin M, Demirkıran F, Adnan F. Pursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people, *Journal of Psychiatric Nursing* ;7(3):135–141, 2016.
72. Sorifa B, Mosphea K. Knowledge and Practice of Staff Nurses on Palliative Care; 01(2):41-45, 2015

73. Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs*;19(5):305-312, 2013.
74. Gama G, Barbosa F, Viera M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs* ,18:267–273, 2012.
75. Görüş S, Taşçı S, Özkan B., Ceyhan Ö, Tekinsoy Kartın P, Çeliksoy A, Elmalı F, Eser B. Effect of terminal patient care training on the nurses' attitudes toward death in an oncology hospital in Turkey, *J Canc Educ*, 32:65–71, 2017.
76. Karahisar F. Ölüm psikolojisi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kültürel Faaliyetler Dizisi (1), Erzurum, s.134-156, 2006.
77. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum*, 35(6): 955-359, 2008
78. Abu-Hasheesh, MO., Abozeid AS., El-said, SG., & Alhujaili, AD. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7:384–394,2013
79. Zaybak A. Erzincanlı S. Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları. *UHD*; 6: 16-29,2016
80. Sahin DY, Önal,Ö, İnanç BB. Attitudes of nurses working in emergency and intensive care units toward good death and death anxiety. *Journal Clinical and Anal Medicine*, 8:75–79,2017
81. Uzunkaya P. Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile iyi ölüme yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitüsü, Kadın Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2016
82. Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

83. Benli SS. Hemşirelerin Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzincan, Yüksek Lisans Tezi, 2016
84. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 28-43,2009
85. Çınar B. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlarına etkisinin incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi,2018
86. Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y, Wang L. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China International Journal of Palliative Nursing, 30;(107): 74-82,2017
87. Braun M, Hasson-Ohayon I, Hales S, et al. Quality of dying and death with cancer in Israel. Support Care Cancer ; 22 (7): 1973-1980,2014
88. Mori M, Kuwama Y, Ashikaga T, Parson H. Acculturation and Perception of a Good Death Among Japanese Americans and Japonase Living in the US. Journal of Pain and Symptom Management;55(1):32-40,2018
89. Lee GL, Woo IM, Goh C. Understanding the concept of a "good death" among bereaved family caregivers of cancer patients in Singapore. Palliat Support Care ;11 (1): 37-4,2013
90. Tang ST, Liu TW, Lai MS, et al. Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. Soc Sci Med ;61 (7): 1560-1566,2005
91. Agar M, Currow CD, Shelby-James TM, et al. Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? Palliat Med; 22: 787-795,2008

EKLER

EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşleri

2. KATILIMCI SAYISI

Araştırmanın Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi erişkin klinikler ve gündüz kemoterapi polikliniklerinde yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın örneklemini 15.07.2018-15.11.2018 tarihleri arasında izlenen kanser hastaları, bu hastaların primer bakım vericileri ve bu kliniklerde çalışan kanser hastalarına bakım veren hemşireler oluşturacaktır.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 45-60 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu tez çalışması/araştırma kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar hasta, hasta yakını ve hemşire için şu şekildedir;

Hasta: En az bir yıl süre ile kanser tanısı tedavisi gören, 18 yaşının üstünde olan, okuma ve yazma bilen ve sözel iletişim kurulabilen çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler,

Hemşire: Lisans mezunu olan kanserli hastalara bakım veren, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler,

Primer Bakım Verici; Çalışmamızda hasta tarafından bakım verici olarak tanımlanan, hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan aile bireyi, (kızı, eşi, oğlu, gelini, damadı) primer bakım verici olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı, kabul eden, 18 yaşın üzerinde olan, sözel iletişime kurabilen, okuma yazma bilen primer bakım vericiler araştırmaya dahil edilecektir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu vaka çalışmasında sizden veri toplama formu ile bilgileriniz alınacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde hasta, hasta yakını ve hemşire veri toplama formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu sosyoekonomik durumunuzu içeren sosyo-demografik özellikleriniz ve ölüm kavramı, iyi ölüm kavramı ve ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin düşüncelerinizi içeren sorular bulunmaktadır. Hasta veri toplama formunda sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel ve tüm tıbbi bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır ve bu çalışmanın bulguları dışında hiç bir şekilde kullanılmayacaktır

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Size ait tek sorumluluk soru formundaki tüm sorulara içtenlikle cevap verebilmenizdir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu konunun çalışılması, kanser tanısı almış hasta ve onlara bakım veren hasta yakınlarının ölüm kavramına ilişkin tutum, düşüncelerini ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ve algılarını olumlu ya da olumsuz olarak tanımlamaktır. Yaşamımız süresince kanser hastalığına yakalanabiliriz, ölümü kendimize daha yakın hissedebiliriz, bu durumlarla baş etmek zorunda kalabiliriz. Hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biri ise ölmekte olan ya da ölümü yaklaşan birey ve ailesine bakım vermektir. Ancak hemşire ya da bakım veren hasta yakınının ölüm ile ilgili negatif düşünce, korku ya da endişeleri var ise bu hastanın bakımına olumsuz yansiyacaktır. Ayrıca sürekli onkoloji kliniklerinde çalışan ve ölümle yüzleşen, ölüme ilişkin negatif düşünceleri olan hemşireler içinde bu hastalara bakım vermek sıkıntılı, zor bir duruma gelebilmektedir. Ancak lm hakkında konuşulması, bilinmezliklerin açık, konuşulabilir hale gelmesi, ölümü kaçınılmaz evrensel bir olay olarak kabullenmek ve iyi ölüm kriterlerini belirlemek ölümle ilgili pozitif tutumların gelişmesini sağlayacak, bakımın kalitesini ve memnuniyeti artıracaktır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlarla kanser hastaları, primer bakım veren hasta yakınları ve hemşirelerin ölüme ilişkin tutum ve iyi ölüme ilişkin algılarının belirlenmesi hasta bakım kalitesinin artırılması, hemşire iş doyumunun artırılması ve bu konu hakkında farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Bu çalışmadan kaynaklanabilecek herhangi bir risk mevcut değildir.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Bu çalışmadan kaynaklanabilecek herhangi bir zararlanma durumu mevcut değildir. Hasta, primer bakım verici ve hemşirelere veri toplama formu uygulanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince bu çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili kişiye ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Hekimin Adres ve Telefonları:

DİLAN ÖZYALÇIN

İş: 0312 203 68 68/2007 Cep: 05057431401

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen Başkent Üniversitesi'dir.

14. KATILIMCIYA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi Őemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliŐebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle hekiminiz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir deđiŐikliđe neden olmayacaktır.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırma esnasında size anket soruları dışında herhangi bir uygulama ya da tedavi yapılmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir deđiŐikliđe neden olmayacaktır.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araŐtırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

Sayın Hemşire Dilan ÖZYALÇIN tarafından kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin lme ve iyi ölüme ilişkin görüşlerini değerlendirmeye yönelik çalışma yapılacağı belirtilerek bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bu çalışmaya “katılımcı” olarak davet edildim.Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve sayđı ile yaklaŐılacađına

inaniyorum. Vaka çalışmasının sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çalışmadan çekilebilirim. *Ayrıca*, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.



ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		
ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK 2: HASTALARIN ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMU VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN ALGILARI

Sayın katılımcı,

Ölüm yaşayan tüm organizmaların paylaştığı yaşamın son aşaması olan evrensel bir olaydır. İyi bir ölüm ise temel insan hakkıdır. Bu çalışma sizlerin ölüme ilişkin tutum ve algılarınızı belirlemek amacıyla planlanmış olup elde edilen veriler gizli tutulacak ve başka amaçla kullanılmayacaktır. Katılım ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

I.TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Yaşınız

2. Cinsiyet : () Kadın () Erkek

3. Medeni Durum : () Bekâr () Evli

4. Eğitim Durumu:

() Okuma yazma bilmiyorum

() Ortaokul mezunu

() Okuma yazma biliyorum

() Lise mezunu

() İlkokul mezunu

() Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz

() Ev Hanımı

() Esnaf\serbest meslek

() İşçi

() Emekli

() Memur

() Diğer

6. Birlikte yaşadığınız kişiler?

() Yalnız

() Eşi ile

() Eşi ve çocukları ile

() Anne ve babası ile

() Akrabalarıyla

() Diğer

7. Yaşadığınız yer?

() İl () İlçe () Köy

8. Tanınız:

9. Ne kadar süre önce bu tanıyı aldınız?

.....

10. Hastalığınız için hangi tedavileri aldınız?

() Kemoterapi () Radyoterapi () Cerrahi () Diğer.....

11. Başka bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

() Var (Açıklayınız:.....) () Yok

II. ÖLÜM ve İYİ ÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

1. ‘İyi ölüm’ kavramı hakkında bilginiz var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise; Sizde iyi ölüm ne ifade eder?

() Acı çekmeden süreci yaşamak

() Ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması

() Aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak

() Hoşçakal diyebilmek

() Semptomları yöneterek süreci sürdürmek (ağrı, dispne, duygusal/psikolojik

korcu,anksiyete, dini belirsizlikler,..)

2. Sizde ölmek üzere olan bir bireye öleceği hakkında bilgi verilmeli midir?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise; sizce neden bilgi verilmelidir?

3. Ölmek üzere olan bir bireye ölümü hakkında bilgiyi kim vermelidir?

() Doktor () Doktor ve Hemşire () Hemşire () Aile yakını

4. Sizde yaşamın son döneminde olan bir hasta ile ölüm konuşulmalı mıdır?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise; nedeni açıklayınız

Cevabınız hayır ise; nedenini açıklayınız

5. Yaşamın son sürecinde olsaydınız nerede ölmek istersiniz?

() Evde () Hastanede () Yoğun Bakımda () Diğer

İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ

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

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

EK 3: HASTA YAKININ ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMU VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN ALGILARI

Sayın katılımcı,

Ölüm yaşayan tüm organizmaların paylaştığı yaşamın son aşaması olan evrensel bir olaydır. İyi bir ölüm ise temel insan hakkıdır. Bu çalışma sizlerin ölümüne ilişkin tutum ve algılarınızı belirlemek amacıyla planlanmış olup elde edilen veriler gizli tutulacak ve başka amaçla kullanılmayacaktır. Katılım ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

I.TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Yaşınız
2. Cinsiyet : () Kadın () Erkek
3. Medeni Durum : () Bekâr () Evli
4. Eğitim Durumu:
 () Okuma yazma bilmiyorum () Orta okul mezunu
 () Okuma yazma biliyorum () Lise mezunu
 () İlkokul mezunu () Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz
 () Ev Hanımı () Esnaf\serbest meslek
 () İşçi () Emekli
 () Memur () Diğer
6. Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
 () Evet () Hayır
7. Yaşadığınız yer?
 () İl () İlçe () Köy
8. Herhangi bir hastalığınız var mı?
 () Diyabet () Kanser
 () KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)
 () Hipertansiyon () Diğer
 () Kronik/Akut Böbrek Yetmezliği

9. **Tedavi alıyor musunuz? (Herhangi bir hastalıkla ilgili)**

() Evet () Hayır

10. **Hastanın bakımından primer siz mi sorumlusunuz?**

() Evet () Hayır

II. ÖLÜM ve İYİ ÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

1. **'İyi ölüm'' kavramı hakkında bilginiz var mı?**

() Evet

() Hayır

Cevabınız evet ise; Sizce iyi ölüm ne ifade eder?

() Acı çekmeden süreci yaşamak

() Ağrı ve stres olmadan hayatın sonlanması

() Aile bireyleri ile birlikte süreci paylaşmak

() Hoşçakal diyebilmek

() Semptomları yöneterek süreci sürdürmek (ağrı, dispne, duygusal/psikolojik korku, anksiyete, dini belirsizlikler,..)

2. **Sizce ölmek üzere olan bir bireye ne zaman öleceği hakkında bilgi verilmeli midir?**

() Evet

() Hayır

Cevabınız evet ise; sizce neden bilgi verilmelidir?

3. **Ölmek üzere olan bir bireye ölümü hakkında bilgiyi kim vermelidir?**

() Doktor

() Hemşire

() Aile yakını

4. **Sizce yaşamın son döneminde olan bir hasta ile ölüm konuşulmalı mıdır?**

() Evet

() Hayır

Cevabınız evet ise; nedeni açıklayınız

Cevabınız hayır ise; nedenini açıklayınız

5. Sizce ölmek üzere olan hasta yakınına hastasının ne zaman öleceği bilgisi verilmeli midir?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise; nedenini açıklar mısınız?

Cevabınız hayır ise; nedenini açıklar mısınız?

6. Yaşamın son döneminde olsaydınız, nerede ölmek isterdiniz?

Evde

Hastanede

Yoğun Bakım

Diğer.....

İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ

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

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

EK 4: HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMU VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN ALGILARI

Sayın katılımcı,

Ölüm yaşayan tüm organizmaların paylaştığı yaşamın son aşaması olan evrensel bir olaydır. İyi bir ölüm ise temel insan hakkıdır. Bu çalışma sizlerin ölüme ilişkin tutum ve algılarınızı belirlemek amacıyla planlanmış olup elde edilen veriler gizli tutulacak ve başka amaçla kullanılmayacaktır. Katılım ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

I.TANITICI ÖZELLİKLER

- 1. Yaşınız**
- 2. Cinsiyet :**
 Kadın Erkek
- 3. Medeni Durum :**
 Bekâr Evli
- 4. Eğitim Durumu:**
 Lisans Ön Lisans Yüksek Lisans
- 5. Meslekte Çalışma Yılı:**
 0-1 Yıl
 2-5 yıl
 6-10 yıl
 11 yıl ve üzeri
- 6. Çalıştığınız Klinik:**
 Dâhiliye Kliniği
 Cerrahi Kliniği
 Hematoloji Kliniği
 Poliklinik

II. İYİ ÖLÜM ve ÖLMEKTE OLAN HASTAYA BAKIM VERMEYE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

1. Yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır

2. Soruya cevabınız evet ise, eğitimi nereden aldınız?

- Lisans eğitimi Kitap ve dergiler
 Hizmet İçi Eğitim Programı İnternet
 Seminer

3. İkinci soruya cevabınız evet ise, aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- Evet
 Hayır

4. Sizce ölümün anlamı nedir?

5. Daha önce çevrenizde ölüm ile karşılaştınız mı?

- Evet
 Hayır

6. Beşinci soruya cevabınız evet ise, yakınlık derecesi nedir?

- Yakın akraba
 1. derece yakın kaybı
 Arkadaş kaybı

7. Ölümü düşünme sıklığınız nedir?

- Hep düşünürüm
 Arada düşünürüm
 Hiç düşünmem

8. Çalıştığınız klinikte ölümle karşılaştınız mı?

- Evet
 Hayır

9. Cevabınız evet ise; ölüm olgusu ile ilk karşılaştığımızda hissettiğiniz duygunuz ne oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Hiçbir şey hissetmedim
 Korktum
 Ağladım ve çok üzüldüm
 Doğal karşıladım, doğanın bir gerçeği olduğunu düşündüm
 Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüm
 Diğer

10. Kliniğinizde ölmekte olan hastaya bakım verdiniz mi?

- Evet
 Hayır

11. Ölmekte olan hastaya bakım verirken duygularınız ne oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Suçluluk
 Başarısızlık
 Öfke
 Anksiyete
 Çaresizlik
 Keder-üzüntü
 Korku
 Diğer

12. Kliniğinizde ölmekte olan hastaya ne kadar sıklıkla bakım veriyorsunuz?

- Ayda bir kez
 Haftada bir kez
 Haftada 2-3 kez
 Kliniğimizde sürekli terminal dönem hastası yatmaktadır

13. Ölmekte olan bireye bakım vermek ister miydiniz?

- Evet
 Hayır

14. Sizce yaşamın son döneminde olan hastanız öleceğinizi bilmeli mi?

- Evet
 Hayır

15. Cevabınız evet ise; Bu bilgiyi kim vermelidir?

- Doktor
 Hemşire
 Doktor ve hemşire birlikte
 Akrabası ya da yakını
 Diğer

16. Hastanız ile ölüm konusunu rahatlıkla konuşabilir misiniz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise; nedenini açıkla mısınız?

Cevabınız hayır ise; nedenini açıkla mısınız?

17. Ölmekte olan hastanızın yakınları ile iletişime geçer misiniz?

Evet

Hayır

Cevabınız hayır ise; nedenini açıkla mısınız?

18. Sizce ölmekte olan hasta ve yakınlarına hastanın ne zaman öleceği bilgisi verilmeli midir?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise; nedenini açıkla mısınız?

Cevabınız hayır ise; nedenini açıkla mısınız?

İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ

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

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

EK-5(DAP-R) (2 SAYFA)

ÖLÜME İLİŞKİN TUTUM PROFİLİ-YENİDEN DÜZENLENMİŞ (DAP-R)

Bu soru formu ölüm hakkında farklı tutumlara ilişkin çeşitli ifadeler içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyarak katılma ya da katılmama yönündeki kararınızı yandaki 7 dereceli ölçek üzerinde belirtiniz. Örneğin, bir maddede yer alan "ölüm bir arkadaşdır" ifadesine ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı sıralanan seçenekler içerisinde size uygun olanı (X) işaretleyiniz. Ölçeğin "tamamen katılıyorum" dan "kesinlikle katılmıyorum"a doğru ilerlediğine dikkat ediniz. Ancak kararsızım kategorisini mümkün olduğunca işaretlememeye çalışınız. Lütfen hiçbir cümleyi atlamamaya ve tek seçeneği işaretleyerek, değerlendirmeye özen gösteriniz. İfadeler birbiri ile aynı görünebilir, fakat her biri küçük de olsa bazı farklılıkları içermektedir.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Ölüm şüphesiz acı bir deneyimdir							
2. Kendi ölme ihtimalim bende kaygı yaratır							
3. Ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanıyorum							
5. Ölüm tüm sıkıntılara son verecektir							
6. Ölüm, doğal, inkar edilemez ve kaçınılamaz bir olay olarak görülmelidir							
7. Ölümle yok oluş beni huzursuz ediyor							
8. Ölüm, sonsuz memnuniyet verici bir yere giriştir							
9. Ölüm, bu berbat dünyadan kaçışı sağlar.							
10. Ölüm düşüncesi her aklıma geldiğinde kafamdan uzaklaştırmaya çalışırım.							
11. Ölüm, acı ve ızdıraptan kurtuluştur.							
12. Sürekli ölümü düşünmemeye çalışırım							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olduğuna inanıyorum.							
14. Ölüm hayatın doğal bir parçasıdır.							
15. Ölüm tanrıya kavuşma ve ebedi bir huzurdur							

EK-5 (DAP-R) (2 SAYFA)

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16. Ölüm yeni ve harika bir hayatı vaat eder							
17. Ölümden ne korkarım ne de onu beklerim							
18. Yoğun bir ölüm korkum var							
19. Ölüm hakkında düşünmekten tamamen kaçınıyorum							
20. Ölümden sonra hayat konusu beni fazlasıyla rahatsız eder							
21. Ölümün herşeyin sonu olacağı anlamına gelmesi gerçeğini bilmek beni korkutur							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle bir araya gelmeyi bekliyorum							
23. Ölümü dünyevi ızdıraptan kurtuluş olarak görürüm							
24. Ölüm, basit bir anlatımla yaşam sürecinin bir parçasıdır							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm							
26. Ölüm konusuna yönelik bir şey yapmamaya çalışırım							
27. Ölüm ruha harika bir özgürlük sağlar							
28. Ölüm ile yüzleşmemde bana rahatlık veren tek şey ölümden sonraki hayata olan inancımdır							
29. Ölümü bu hayatın yükünden kurtuluş olarak görürüm							
30. Ölüm, ne iyi ne de kötüdür							
31. Ölümden sonraki hayatı özlemle bekliyorum							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemenin yarattığı belirsizlik beni kaygılandırıyor							

EK 6: İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ

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

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

EK-7(ETİK KURUL İZNI)



BAŞKENT 25. Yılı
ÜNİVERSİTESİ

Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 24118
Konu : Proje Onayı

30/06/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik'in danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dilan Özyalçın'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA18/207 nolu "Kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşleri" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

DAĞITIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59
E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Lilifer TAŞBİLEK
Unvan: Sekreter
Telefon No: 2129065-2228



EK-8 İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ İZİN MAİLİ

Posta - dilan özyalçın - Outlook x

→ <https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATY0MDABLWQ4NjltNGM3Ni0wMAItMDAKAEYAAAOZzb48rHFrR4ge8CWVtk4AEwcAOoes%2Ff5ukmZErzBuis4zQAAAgEMAAAAAC>

Outlook Ara

+ Yeni ileti Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayr

Sık Kullanılanlar

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-pösta

Tasıklar

Gönderilmiş Ög..

Silinmiş Ögeler

Arşiv

Conversation Hi...

Yeni klasör

Şununla Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikleri

Re: İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ

Yrd. Doç. Dr. Tuğba MENEKLİ
Harran Üniversitesi Viranşehir Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü
E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com

Asst. Assoc. Dr. Tuğba MENEKLİ
Harran University Viranşehir Health School,
Department of Nursing
E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com

3 Mart 2018 11:45 tarihinde dilan özyalçın <dilan.74391@hotmail.com> yazdı:

Tuğba Hanım merhaba;

Ben Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Kemik İliği ve Transplantasyon hemşiresiyim, ismim Dilan Özyalçın. Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları dalında yüksek lisans yapmaktayım, Sultan Kav ve Banu Küçük'ün tez öğrencisiyim. Şu an tez dönemine geçtim ve iyi ölüme ilgili bir tez yapacağım, bunun için İyi Ölüm Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Prof. Dr. Çiçek Hoca'ya mail attım fakat herhangi bir dönüş olmadı. Bu ölçeğin orijinalini kullanmak istiyorum bu yüzden izin ve ölçeğin orijinalini isteyecektim.

Saygılarımla.
İyi günler dilerim.

iOS için Outlook uygulamasını edinin

EK-8 DEVAM

The screenshot shows the Outlook web interface. The top bar includes the Outlook logo, a search bar with the text "Ara", and navigation icons for "Yeni ileti", "Yanıtla", "Sil", "Arşivle", "Gereksiz", "Süpür", "Taşı", "Kategorilere Ayır", and a menu icon. The left sidebar shows the "Sık Kullanılanlar" section with "Klasörler" expanded, listing "Gelen Kutusu", "Gereksiz E-posta", "Taslaklar", "Gönderilmiş Öğ...", "Silinmiş Öğeler", "Arşiv", "Conversation Hi...", and "Yeni klasör". Below this is a "Şununla Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikleri" link. The main content area displays an email from "tuğba menekli <tugbamenekli2013@gmail.com>" dated "Cmt 3.03.2018, 23:48" to "Siz". The email subject is "Re: İYİ ÖLÜM ÖLÇEĞİ". It contains a Word document attachment named "iyi_ölüm_ölçegi_türkçesi.d..." (42 KB) with a download icon and the text "İndir OneDrive'a kaydet". The email body text reads: "Merhaba Dilan hanım Ölçüğimizi kullanabilirsiniz ek olarak gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim Sevgilerimle". Below the text is the sender's contact information: "Yrd. Doç. Dr. Tuğba MENEKLİ", "Harran Üniversitesi Viranşehir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü", and "E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com". At the bottom, there is another contact information block: "Asst. Assoc. Dr. Tuğba MENEKLİ", "Harran University Viranşehir Health School, Department of Nursing", and "E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com". The bottom of the screenshot shows a Windows taskbar with icons for Internet Explorer, Google Chrome, and other applications, along with a URL bar containing a long URL.

KANSER HASTALARI, YAKINLARI VE HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE İYİ ÖLÜME İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 12	% 10	% 6	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	lib.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
5	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	dosyamerkez.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1

9	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
10	angora.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
11	kanser.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	logosyayincilik.com İnternet Kaynağı	<% 1
13	Havva Erdem, Cemal Gündoğdu, Sare Şipal. "Correlation of E-cadherin, VEGF, COX-2 expression to prognostic parameters in papillary thyroid carcinoma", Experimental and Molecular Pathology, 2011 Yayın	<% 1
14	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
15	www.jret.org İnternet Kaynağı	<% 1
16	florencenightingale.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
18	www.khsdergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1

19

Hızır ULVİ, İlker BEBEK, Recep DEMİR, Lütfü ÖZEL, Musa DÜDÜKÇÜ, Recep AYGÜL. "Brain Natriuretic Peptide Level and Microproteinuria in Patients with Ischemic Stroke", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2013

Yayın

<% 1

20

library.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

21

acikarsiv.ankara.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

22

uludagbalkansporbilimleri.org

İnternet Kaynağı

<% 1

23

www.phdernegi.org

İnternet Kaynağı

<% 1

24

Mallegni, F.. "New Middle Pleistocene human remains from Northern Italy", HOMO - Journal of Comparative Human Biology, 2002

Yayın

<% 1

25

acikerisim.deu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

26

hemsirelik.ege.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

27

www.fizyoterapirehabilitasyon.org

İnternet Kaynağı

<% 1

28

www.balancegunesli.com.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

29

abstractpicker.com

İnternet Kaynağı

<% 1

30

Satı Ünal, Filiz Hisar, Bülent Çelik, Zeynep Özgüven. "Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları", *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2010

Yayın

<% 1

31

earsiv.atauni.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

32

Submitted to Istanbul Gelisim University

Öğrenci Ödevi

<% 1

33

Submitted to Cumhuriyet University

Öğrenci Ödevi

<% 1

34

KOKU, Feride and ATEŞ, Metin. "Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Deneyim ve Tutumları", Logos Yayıncılık, 2016.

Yayın

<% 1

35

Submitted to Beykent Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

36

Arslan, Sevban, Evsen Nazik, Derya Tanriverdi, and Seher Gurdil. "DETERMINING THE LEVEL

<% 1

OF SATISFACTION OF PATIENTS IN
NURSING CARE AND HEALTH SERVICES",
TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012.

Yayın

37

Submitted to Bahcesehir University

Öğrenci Ödevi

<% 1

38

BOSTAN, NALAN and BEŞER, AYŞE.

"Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi
Davranışlarını Etkileyen Faktörler",
Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017.

Yayın

<% 1

39

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

40

mersin.mitosweb.com

İnternet Kaynağı

<% 1

41

web.inonu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

42

tahudegitsel.org

İnternet Kaynağı

<% 1

43

afyonluoglu.org

İnternet Kaynağı

<% 1

44

library.cu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

45

katalog.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

46

DİRİMEŞE, Elif and DİCLE, Aklime.

"Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin değerlendirilmesi", Atatürk Üniversitesi, 2012.

Yayın

<% 1

47

www.tpog.org.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

48

www.kadinkongre.sakarya.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

49

toad.edam.com.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

50

BİLGE, Ayşegül, EMBEL, Nadide and KAYA, Fatma Gül. "Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013.

Yayın

<% 1

51

dosyasb.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

52

dergipark.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

53

Submitted to Konya Necmettin Erbakan University

Öğrenci Ödevi

<% 1

KARADAĞ, Ezgi and İNKAYA VARDAR, Bahar. "Hemşirelik İntörn Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları", Türk Tabipleri Birliği, 2018.

Yayın

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

