

**TC.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM  
VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLARI VE DENEYİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
BANU ÇEVİK**

**Ankara  
2010**

**T.C**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

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

Tez Savunma Tarihi:20/01/2010

"Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Deneyimleri"

**TEZ DANIŞMANI: Doç.Dr.Sultan KAV**

**TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ**

Doç.Dr.Sultan KAV



Doç.Dr.Firdevs ERDEMİR



Yrd.Doç.Dr.Sağ.Yb.Nuran TOSUN



**ONAY:**Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 03.02.2010 tarih, 024 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

  
Prof.Dr.Rengin Erdal  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Çalışma sürecince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğin esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Sultan KAV' a,

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için izin veren sayın Prof. Dr. Kay FROMMELT ve Prof. Dr. Paul WONG'a,

Uzman görüşü ile katkıda bulunan Doç.Dr. Hüseyin ABALI, Uzm. Hem. Elif AKYÜZ, Prof Dr.İşıl BULUT, Yrd. Doç.Dr. Ayşe CANATAN, Yrd. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Prof.Dr. Güler ÇİMETE, Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR, Prof. Dr. Nermin ERSOY, Doç.Dr. Halit EV, , Hem. Necibe KAYA, Doç. Dr. Doğan KÖKDEMİR, Dr. Şeyda ÖKDEM, Prof. Dr. Nesrin ŞAHİN, Yrd. Doç. Dr Ebru TÖRÜNER ve Prof. Dr. Betsi ÜSTÜN' e

Araştırmamın yapılandırılmasında başından sonuna kadar değerli görüş ve önerilerine ihtiyaç duyduğum, sabırla ve hoşgörü ile destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Lale ALGIER, Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR, Öğr. Gör. Ziyafet UĞURLU, Yrd. Doç.Dr. Azize KARAHAN'a

Yüksek Lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, devamlılığımı sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, hoşgörüyü cömertçe gösteren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Aysel ABBASOĞLU, Müdür yardımcısı Nuran KURAL'a

Yüksek lisans dönemim boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen değerli aileme ve çalışmam süresince zor zamanlarımda sabır, hoşgörü ve tüm desteğiyle yanımda olan sevgili eşim Erkan ÇEVİK'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

**TC.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM  
VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLARI VE DENEYİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
BANU ÇEVİK**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. SULTAN KAV**

**Ankara  
2010**

## ÖZET

### HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLARI VE DENEYİMLERİ

Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bu hastanelerin erişkin yataklı servis ve yoğun bakımlarda görev yapan 300 hemşire oluşturmuştur.

Çalışmada veriler, literatürden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik form, Ölüme İlişkin Tutum Profili (Death Attitude Profile-Revised /DAP-R) ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) kullanılarak elde edilmiştir. Her iki ölçeğin “dil eşdeğerliğinin sağlanması için Türkçe’ye çevirisi, geri çevirisi ön uygulaması yapılmış ve 100 hemşireye uygulanmıştır. Ölüme ilişkin tutum profili için kapsam geçerlilik indeksi 0.99; alfa değeri 0.80, FATCOD ölçeği için kapsam geçerlilik indeksi 0.83; alfa değeri ise 0.69 olarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; One-Way ANOVA, chi-square, Pearson Korelasyon ve Regresyon testleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaş ortalamasının 28; çoğunluğunun kadın, bekâr ve lisans mezunu, meslekte çalışma süresi ortalamasının 6 yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yarıdan fazlası (%52.3) dini inancının güçlü olduğunu ve inançlı olmanın ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumunu çok etkilediğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu (%83.3) ölmekte olan hastaya bakım verdiğini ve bakım verirken sıklıkla keder (%37.5) yaşadıklarını belirtirken yarıdan fazlası ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini ve çoğunluğu ölüm kavramını hasta ve yakınları ile rahat konuşamadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin tamamına yakını hasta ve yakınları için ziyaret

kurallarının geçerli olmamasını, son dönemlerinde yakınları ile birlikte olmasının sağlanmasını ve ölmekte olan kişinin dini inanç ve değerlerine önem verilmesini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin DAP-R ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının 3.5–5.5 arasında; FATCOD ölçeğinden elde edilen puan ortalamasının ise  $99.9 \pm 8.7$  olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin medeni durumu, çalışma yılı, çalıştıkları klinik ve dini inancına göre DAP-R ölçeği alt grupları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında FATCOD ölçeği puan ortalamasının daha düşük olması hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim programlarında yaşam sonu bakım konusuna yer verilmesi; hemşirelerin ölmekte olan hastalara sergiledikleri olumlu ya da olumsuz tutumlarının farkındalığını sağlayacak, iletişim becerilerini arttıracak ve başetme yöntemlerini güçlendirecek programların oluşturulması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler;** Ölüm, yaşam sonu bakım, ölüme ilişkin tutum, ölmekte olan bireye bakım, hemşirelik

**ABSTRACT**

**ATTITUDES AND EXPERIENCES OF NURSES TOWARDS DEATH AND  
CARING FOR DYING PEOPLE**

Aim of this study was to examine nurses' attitudes and experiences toward death and caring for dying patients. Descriptive and cross-sectional type of this research was conducted at two universities and one state hospitals located in Ankara, Turkey. Sample of this study was 300 nurses whom working in adult inpatient clinics and intensive care units at these hospitals.

In data collections, socio-demographics form, the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) and Frommelt's Attitude Towards Caring for Dying Patients (FATCOD) were used. Turkish translation, back translation and validation has been done for this study and applied to 100 nurses. For DAP-R Content Validation Index computed as 0.99, Cronbach's alpha 0.80; for FATCOD content validation index was 0.83 and Cronbach's alpha 0.69. Data analyzed with using descriptive, one-way ANOVA, chi-square, correlation and regression tests.

Mean age of nurses was 28; majority of them were women, single and has BSN degree, mean working duration in nursing was 6 years. More than half of the nurses has strong religious belief (52.3%) and indicated that their religious beliefs are a strong influence on their attitude toward death and dying. Most of them indicated direct involvement with caring for dying patients (83.3%); experiencing grief (37.5 %) and not want to care for dying patients (62.3%). Majority of them were not comfortable to talk about death with their patients. Almost all of them were agreed that the family and friends of the patient should be permitted to visit at any time and stated the importance of respecting to dying patient and families religious belief and cultural values.

The mean DAP-R scale subgroups were from 3.5 to 5.5; mean FATCOD scores was  $99.9 \pm 8.7$ . Statistically significant relationships were found among marital status, working years in nursing, level of education, previous experience with caring for terminally ill patients, religious belief and scores on the FATCOD and DAP-R ( $p < 0.05$ ). When compared with other studies in literature it was found that FATCOD mean score was lower and showed less positive attitudes.

Based on these results, end of life care should be included in the educational programs that would provide awareness of nurses' own negative or positive attitudes towards dying patients, increase their communication skills and enhance the coping strategies has been suggested.

**Key words;** Death, end of life care, death attitude, caring for dying people, nursing



# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İç kapak	
Kabul-onay sayfası	
Teşekkür	
Özet ve anahtar sözcükler	
İngilizce özet (Abstract & Key Words)	v
İçindekiler	vii
Şekiller dizini	ix
Kısaltmalar ve simgeler dizini	xii
Tablolar dizini	xiii
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2.1.Ölüm ve Ölümle İlgili Kavramlar	5
2.2. Tutumun tanımı ve tutumların oluşumu	9
2.3. Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Karşı Tutumu ve Etkileyen Faktörler	10
2.4.Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Uygulamaları	14
<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2 Araştırmanın Yeri	19
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4 Verilerin Toplanması	22
3.4.1 Veri Toplama Araçları	22
3.4.2 Ön Uygulama	25

3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	28
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.6.Araştırmanın Etik Yönü	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
<b>4.BULGULAR</b>	<b>30</b>
4.1 Hemşirelerin Demografik Özellikleri	31
4.2 Hemşirelerin Ölüme İlişkin Mesleki Bilgi Durumları ve Ölmekte Olan Hastaya Deneyimleri	34
4.3 Hemşirelerin Ölüm Kavramına ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Görüş ve Uygulamaları	39
4.4 Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Deneyimlerini Etkileyen Faktörler	49
4.5 Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumları	54
4.6 Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörler	58
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>66</b>
<b>6.ŞONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>76</b>
6.1 Sonuçlar	76
6.2 Öneriler	78
<b>7.KAYNAKÇA</b>	<b>80</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK I</b> Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu	
<b>EK II</b> Hemşire Bilgi Formu	
<b>EK III</b> Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği	
<b>EK IV</b> Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	

**EKV** Başkent Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

**EKVI** Gazi Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

**EKVII** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

**EKVIII** FATCOD ölçeği yazarı Kay Frommelt'le yazışma

**EKIX** DAP-R ölçeği yazarı Paul Wong' la yazışma

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa no</b>
<b>Şekil 1.</b> Yöntem	21
<b>Şekil 2.</b> Veri toplama araçlarının oluşturulması	26
<b>Şekil 3.</b> Ön Uygulama	27

## Kısaltmalar ve Simgeler Dizini

<b>Ark.</b>	Arkadaşları
<b>DSÖ – WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DAP-R</b>	The Profile Concerning Attitudes Towards Death -Revised (Ölüme İlişkin Tutum Profili )
<b>FATCOD</b>	Frommelt AttitudeToward Care of the Dying Scale (Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği)
<b>KGI</b>	Kapsam geçerlilik indeksi
<b>KGO</b>	Kapsam geçerlilik oranları
<b><math>\alpha</math></b>	Cronbach alpha

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.1.</b> Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
<b>Tablo 4.1.2.</b> Hemşirelerin Dini İnancı, İnançlı Olma ve Olmama Durumunun Ölmekte Olan Hastaya Karşı Tutumu Etkilemesine İlişkin Görüşleri	33
<b>Tablo 4.2.1</b> Hemşirelerin Ölüm Kavramı ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Bilgi Durumu, Bilgi Kaynakları ve Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu	34
<b>Tablo 4.2.2</b> Ölmekte Olan Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Bilgi Ve Beceriler Konusundaki Görüşleri	35
<b>Tablo 4.2.3</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Hizmet İçi Eğitim Programının Varlığına ve Ölmekte Olan Hasta ve Ailesine Bakım Talimatı Geliştirilmesi Gerekliliği Konusundaki Görüşleri	36
<b>Tablo 4.2.4</b> Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumu	37
<b>Tablo 4.2.5</b> Hemşirelerin Ölüm Olgusu İle İlk Karşılaştıklarında Yaşadıkları Duyguların Dağılımı	38
<b>Tablo 4.3.1</b> Hemşirelerin Ölümün Anlamına İlişkin Tanımlamaları	39
<b>Tablo 4.3.2</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastasının Öleceğini Bilmesi ve Kimin Söylemesi Gerektiğine İlişkin Görüşleri	40
<b>Tablo 4.3.3</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastasına Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Yaşadığı Duygular ve Bakım Verme Sıklığının Dağılımı	41
<b>Tablo 4.3.4</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeyi İsteme Durumları ve Nedenlerine İlişkin İfadeleri	42
<b>Tablo 4.3.5</b> Ölüm Olgusu Karşısında Yaşanılan Durumlarla İlgili	43

Kullanılan Başetme Yöntemlerinin Dağılımı	
<b>Tablo 4.3.6</b> Hemşirelerin Hastasıyla Ölümle İlgili Konuları Konuşabilme Durumu	44
<b>Tablo 4.3.7</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta ve Yakınları İle İletişime Girme Durumu ve İletişime Girmeme Nedenleri	45
<b>Tablo 4.3.8</b> Ölmekte Olan Hastaya ve Yakınlarına Nerede Ölmek İstedığının Sorulmasına ve Nedenlerine İlişkin Görüşleri	46
<b>Tablo 4.3.9</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Yakınları İçin Ziyaret Saatine İlişkin görüşleri	47
<b>Tablo 4.3.10</b> Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Ve Yakınlarının Dini İnanış Ve Kültürel Değerlerine Önem Verilmesine İlişkin İfadeleri	47
<b>Tablo 4.3.11</b> Ölmekte Olan Hastanın Fiziksel Bakımını Verme ve Hastaya Dokunmada Güçlük Yaşama Durumu	48
<b>Tablo 4.4.1</b> Hemşirelerin eğitim düzeyine göre yaşam sonu bakım hakkında bilgi durumu	49
<b>Tablo 4.4.2</b> Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ve Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Bilgisinin Yeterlilik Durumu	50
<b>Tablo 4.4.3</b> Hemşirelerin çalışma yılına göre ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumları	51
<b>Tablo 4.4.4</b> Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumları	52
<b>Tablo 4.4.5</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniğe Göre Ölmekte Olan Hasta ve Yakınları İle İletişime Girme Durumlarının Dağılımı	53
<b>Tablo 4.5.1.</b> Ölümle İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Grupları Cronbach Alfa Değerleri ve Madde Ortalamaları	54
<b>Tablo 4.5.2</b> Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) puan ortalamalarının dağılımı	56
<b>Tablo 4.5.3</b> Ölümle İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Gruplarının	57

Korelasyonu

<b>Tablo 4.6.1</b> Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Ölüm İlişkin Tutum Profil Ölçeğinin Alt grup Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
<b>Tablo 4.6.2</b> Hemşirelerin Demografik Özelliklerine göre FATCOD puan ortalamaları	60
<b>Tablo 4.6.3</b> Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği( FATCOD) ve Ölüm İlişkin Tutum Profil ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları	62
<b>Tablo 4.6.4</b> Hemşirelerin dini inançlarına göre FATCOD puan ortalamaları	63
<b>Tablo 4.6.5</b> Hemşirelerin Dini İnançlarına Göre DAP-R ( Ölüm Tutum Profili Ölçeği) ve FATCOD Puan Ortalamaları	64
<b>Tablo 4.6.6</b> Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği ve Ölüm İlişkin Tutum Profil ölçeği ile hemşirelerin demografik özelliklerinin korelasyonu	65



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir. Ölüm kavramı yüzyıllardan beri insanı düşünmeye yöneltmiş, tarihler boyunca tüm kültürlerde insanlar arasında bir esrar ve saygıyla karışık bir korku yaratmıştır (Uçar,1997). Bilim adamları ve bazı filozoflar ölümü “yok olma” olarak nitelerken, kimi filozoflar da ölümün “biçim değiştirme” olduğuna inanmışlardır. Yaşamımızda en belirgin olan şey “bir gün öleceğimiz” gerçeğidir. Ancak, ne zaman, nerede, nasıl ve ne nedenle öleceğimiz belli değildir. Ölümümüz belirgin olduğu kadar belirsizliklerle yüklüdür (Keskin, 2005).

Dünyada ve ülkemizde bilimsel ve tıp alanındaki ilerlemeler kronik ve yaşamı tehdit edici hastalıkla yaşayan bireylerin sayısı giderek artırmaktadır. Dünya genelinde 2005 yılında kronik hastalıklar nedeniyle 35 milyon insan kaybedilmiştir. Bu rakam toplam ölümlerin %60'dır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2005 yılı verilerine göre ölüm nedenlerinin %49 kardiyovasküler hastalıklar, %21'ini kanser, %11 KOAH, %8'i AIDS ,%5'ini tüberküloz, % 3 DM ve %3'ini sıtma oluşturmaktadır (Zorlutuna, 2008). Türkiye'de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmaktadır. Sağlık Bakanlığının 2004 yılı Türkiye'deki ölüm nedenlerine bakıldığında %21.7 ile iskemik kalp hastalıkları ilk sırada, kanser ikinci sırada ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) üçüncü sırada yer almaktadır (Önal, 2007).

Akut ya da kronik hastalıklar ya da doğrudan yaşa bağlı olarak, haftalar aylar içinde ölümün söz konusu olduğu zaman dilimi “yaşamın son dönemi” olarak adlandırılır ve tıbbi girişimler bu süreci önleyemez. Hekim ve hemşirenin bu dönemi tanması hem hastalara uygulanacak tedavi stratejilerini hem de hastanın bundan sonraki zamanını nasıl değerlendireceği konusunda kararlarını belirlemeleri açısından önemlidir (Von ve ark,1993). Ölüm sürecindeki hastaların bakımında temel amaç, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden

rahatlığının sağlanması ve kalan yaşam süresinin kalitesinin artırılması olmalıdır (Biol, 2004).

Ölüm sürecinde olan hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan pek çok problemlerle karşılaşmakta ve yaşamlarının sonuna yaklaştıkça daha çok yardıma gereksinim duymaktadırlar. Sağlık sistemlerinin bu hastaların yardım gereksinimlerini dikkate alarak yaşam kalitesini artıracak ve kalan zamanlarını en iyi şekilde yaşamasını sağlayacak önlemleri alması gerekmektedir. Bu nedenle ülkemizde ve dünyada yaşam sonu bakım giderek önem kazanmaktadır (Çimete, 2002).

Yaşamının son dönemindeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmette en önemli rol hemşirelere düşmektedir. Yaşam sonu dönemde hemşirenin; hastanın konforunu sağlamak, yaşam kalitesini olabildiğince düzeltmek ve hastanın ölüme hazırlanmasına yardım etme sorumluluğu vardır. Hemşirelik sürecinin amacı; hastada görülebilecek semptomların yönetimi, yaşam kalitesini koruma, barışçıl, saygın/ itibarlı ölümü sağlayabilme, bireyin ve ailenin bu dönemi nasıl yönetilmesini istediklerini öğrenme ve hasta ve ailesinin düşüncelerine inançlarına saygı duymayı sağlayabilmektir. Ailelerin ölmekte olan aile bireyini nasıl rahatlatılacağı ve destek sağlayacağına dair bilgiye gereksinimleri olacaktır (Linda, 2007 ).

Hemşire, ölümü yaklaşan birey ve ailesine, aile bireylerinin inancı ve isteği doğrultusunda fiziksel ve duygusal açıdan destek olmalıdır. Hemşirenin ölmekte olan hastasıyla ölümü konuşabilmesi önemlidir. Ancak bu kolay değildir. Hemşire ölmekte olan bireylere ve yakınlarına yardım sağlamak için, ölüm konusunda kendi korkularını, duygularını tanımalı ve bu duyguları ile baş etmeyi öğrenmelidir. Hemşirenin ölüme ilişkin kişisel duygularını anlayabilmesi de kolay değildir. Hemşire ölümün kendisi için ne ifade ettiğini tanımlayabilmeli ve ölümü tartışabilmelidir. Dunn ve Stephen'ın (2005) Onkoloji servisinde çalışan 58 hemşire ile yaptığı çalışmada yaşamın son dönemindeki hastalarla

sık karşılaşılan hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin daha olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir.

Çalışmalarda dini inanç, tanrı ve ölüm sonrası yaşam inancının hemşire, doktor ve genel popülasyonda ölüm ve ölmeye ilişkin daha pozitif tutumla ilişkilendirildiği görülmektedir. Alvarado ve ark (1995) güçlü dini inanış ve yaşam sonrası dünyaya (ahrete) inanmanın daha az ölüm endişesi ve ölüm anksiyetesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Sherman (1996) hemşirelerin AIDS'li hastalara isteyerek(gönüllü) bakım vermeleri ve spiritüalite arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bakımda gönüllülük ölüm anksiyetesi ile negatif olarak ilişkilendirilmiştir.

Ülkemizde, ölümcül hastalar, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla (n=230) yapılan tanımlayıcı bir çalışmada; hastaların %42.2' si ölümü Allah'ın takdiri %17.4'ü sonsuzluk, %15.6'sı yeni bir hayat ve göç olarak tanımlamıştır. Hemşirelerin %49.1' inin ve hekimlerin %25.8'inin ölümün anlamını tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak tanımladığı, hemşirelerin %65.5'inin ve hekimlerin %74.2'sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri, hemşirelerin %70.9'unun ve hekimlerin %48.2'sinin ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları belirtilmiştir (Karahisar, 2006).

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamaları” nı belirlemek amacıyla (n=100) yapılan çalışmada; hemşirelerin %42'sinin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını yetersiz buldukları belirlenmiş, bu durumun nedenlerini hemşire sayısının yetersizliği ve yoğun bakım ünitelerinin huzurlu bir ölüm için uygun ortam olmaması şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %43.9' unun yaşam sonu bakımı geliştirmeye yönelik; hemşirenin hasta yakınlarıyla yeterli ilişki kurması ve daha fazla zaman geçirmesi gibi önerilerde buldukları belirtilmiştir (Özdemir, 2007).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının ve hastaların ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri, kaygı düzeyleri, bilgi düzeyleri ve ölüm tercihleri konularında çeşitli araştırmalar yapıldığı görülmüştür.(Tatar, 1998; Öztunç,2003; Özdemir, 2007; Ünsal, 2008) Ancak hemşirelerin ölüme ve ölüm sürecindeki hastanın bakımına ilişkin tutumlarına yönelik araştırmaya rastlanmamıştır.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutum ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Soruları**

1. Hemşireler ölümün anlamını nasıl tanımlamaktadır?
2. Hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım verme sıklığı nedir?
3. Hemşirelerin ölüme ilişkin bireysel tutumları nasıldır?
4. Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastaya ilişkin tutumları ile daha önce aldığı eğitim arasındaki ilişki nasıldır?
5. Hemşirelerin demografik özellikleri ile ölüm ve ölmekte olan hastaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişki nasıldır?
6. Hemşirelerin çalışma süresi ile ölüm ve ölmekte olan hastaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişki nasıldır?
7. Hemşirelerin dini inancı ölüm ve ölmekte olan hastaya ilişkin tutumlarını etkiliyor mu?
8. Hemşirelerin ölüm olgusu karşısında kullandığı baş etme yöntemleri nelerdir?

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Ölüm ve Ölümle İlgili Kavramlar

Ölüm, yaşayan tüm organizmaların paylaştığı evrensel bir gerçektir ve kaçınılmaz bir olaydır. Ölüm, insan hayatının önemli bir safhasıdır. İnsanın doğumu ve ölümü kendi elinde olmayan ve kontrol edilemeyen bir olaydır. Doğum nasıl gerçek ve evrensel, ölüm de gerçek ve evrensel. Ölüm kavramı evrensel bir olay gibi görünse de herkes bu gerçeği kolayca kabul etmez ve her insanda içgüdüsel olarak “hayatını koruma” ve “sonsuzluğa kadar yaşama” arzusu, ölüme karşı tutum ve tepkilerin oluşmasına neden olur. Ölüme karşı her birey kendi tavır ve tutumunu sergiler. Ölüme ilişkin tutumların belirlenmesinde dini, tıbbi, iktisadi ve ideolojik değişik etkiler altında sosyal ve kültürel çevrenin etkileri önemli rol oynamaktadır. Böylece varoluşa verilen anlam ölüme yaklaşımı belirlerken, ölüm de insanın hayat ve varoluş karşısındaki tutumunu etkilemektedir (Rooda ve ark.1999; Yalom, 1999).

Ölüm tarih boyunca tüm kültürlerde yaşayan insanların derin ilgi, tecrübe ve düşüncelerine konu olmuş; insanlar üzerindeki etkisi kültürlere ve zamana göre değişiklik göstermiştir. Ölüm yaşanan bir tecrübe değil dışarıdan görülüp farkına varılan objektif bir konudur. Günümüzde de ölüm kavramına kültürler ve dinler tarafından farklı anlamlar yüklenmektedir. Antik Yunan dönemi filozoflarından Epikür, “benim olduğum yerde ölüm yok ve ölümün olduğu yerde ben yokum. Bu nedenle ölüm bana hiç bir şey ifade etmiyor” şeklinde belirtirken Eflatun için ölüm, hayatın gerçek anlamı ve tek gayesidir (Redfern, 1991; Hökelekli, 1991).

İslâm'ın ölüm karşısında belirlediği temel yaklaşım, “dünya hayatından sonsuz dünyaya bir geçiş olduğu ya da insan ruhunun bedenden alınarak Allah'ın katına yükseltilmesi” şeklindedir. Bu inanç, ölüm anını yaşamakta olanlara ve yakınlarına güç vermekte ve ölüm gerçeği karşısında oluşabilecek

çaresizlik, fiziksel ve ruhsal acıları en aza indirilmesini sağlamaktadır. Yahudiliğe göre ölüm cezaların en ağırıdır ve o korkunç bir gerçek olarak algılanmaktadır, Hıristiyanlığa göre ölüm kavramı; insan ruh ve bedenden oluşmaktadır ve ölen sadece bedendir. Ölümle hayat sona ermemekte daha güzel ve daha değişik bir şekle bürünmektedir (Redfern,1991; Hökeleli 1991; Karaca, 1996).

Yalom'a göre ölüm ilk anksiyete kaynağıdır. İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda varolmama tehdidini de temsil etmektedir. Dolayısıyla ölümden kaçamayacağına farkında olabilen tek varlık olan insan, varoluşsal bir kaygı ile karşı karşıya gelmektedir. Kendi koruma güdüsüyle hareket eden insan, varoluşun yokluğu anlamına gelen ölümden endişe ve korku duymaktadır (Yalom,1999 ).

Gelişim dönemleri içerisinde bireyin ölüm kavramını algılaması, açıklama biçimi ve hissettiği duygular farklılık göstermektedir. İki yaş ve daha küçük çocuklar ölümü; ayrılma, yok olma olarak algılar ve bu durum onlarda çok stres yaratırken 2–5 yaşındaki çocuklarda daha az stres ve korkuya sebep olur. Çünkü okul öncesi dönemde çocuklarda bilişsel olarak süreklilik kavramı gelişmediği için ölümün geri dönülmez ve sürekli olduğunu anlayamazlar. Ancak bu dönemde ölümün büyükler için korkutucu bir şey olduğunu kavrarlar (Loney, 1998). Adolesanlar / ergenler de soyut düşüncenin gelişmesiyle ölümü hayal ederler ve ölen kişi için endişe duyarlar. Kayıp yaşayan ergenler güçlü inkâr, öfke, suçlanma, üzüntü, sevdiğine kavuşma (intihar fikirleri) gibi duygusal tepkiler verebilmektedir. Olası belirtiler olarak da suça yönelme, ilaç, alkol kullanımı, bedensel yakınmalar, depresyon, intihar davranışları ve okul başarısızlığı gözlenebilmektedir (Erden, 2000).

Yetişkinlerin ölüm kavramı; sosyal, kültürel değerlerin, inançların, kişisel ve duygusal konuların, dini ve kavramsal anlayışların bir bileşkesidir. Yetişkin

için ölüm; temel olarak biyolojik bir olaydır, tüm yaşananlarla gelebilir, yaşam çemberinin son aşamasıdır, kaçınılmaz ve geri döndürülemezdir ve inkâr edilemezdir. Sonuç olarak ölüm, bedensel fonksiyonların bozulmasının sonucunda gelişen bir durumdur (Slaughter, 2005). Yaşlılık dönemi gelişim aşamasının son kısmı olduğu için birey bu dönemde hayatın sınırlılığı ve yok oluşun kaçınılmazlığının daha çok farkındadır. Birey ölümün ertelenemez olduğunu bilir, teslimiyet ya da tümüyle inkâr yolunu seçebilir (Loney,1998).

Günümüze kadar ölüm kavramı üzerine çeşitli tanımlar yapılmıştır. Amerikan Tıp Derneği' nin tanımına göre ölüm; "fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması" olarak tanımlanmaktadır (Eues, 2007). Ölüm doğal olmasına rağmen yaşamın bir döneminde gelişir. Bilimsel ve tıbbi ilerlemeler ölümü geciktirmekte ve buna bağlı olarak terminal dönem, yaşam sonu bakım kavramları önem kazanmaktadır (Uçar, 1997; Çimete, 2002; Esper ve Kuebler, 2008).

Terminal dönem yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır (Çimete, 2002; Birol, 2004). Hastalığın son evresinde bulunan ve herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşü olarak kaybetmiş olan ve belirli bir süre içinde ölümü beklenen hastaya "terminal dönem hastası" denilmektedir (Akbayrak,1998; Çimete, 2002; Birol, 2004). Terminal evredeki hasta; başkalarına yük olma, ölümler fiziksel ve mental yeteneklerin kaybolması, ölüm ile ilgili ağrı beklentisinde olma ve önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme korkusu içinde olabilir. Ölüm sürecinde olan hastalar sağlık sorunları ile başa çıkmada ve gereksinimlerini karşılamada yardıma ihtiyaç duyarlar ve bu dönemde yaşam sonu bakım kavramı önem kazanır (Çimete 2002; Birol, 2004).

Yaşam sonu bakım, tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için psikososyal beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerektiren bir kavramdır

(Georges ve ark, 2002). Yaşam sonu bakım; ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da ortadan kaldırmayı, kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamayı amaçlar (Ferrell,1998; Georges ve ark, 2002; Frommelt, 2003). Yaşam sonu bakım, hasta/ailisine en kaliteli hizmeti, rahatlığı ve saygınlığı sağlamayı hedeflemekte ve bu süreçte özellikle hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Yaşam sonu bakımın en önemli hedefi “iyi ölüm” ve iyi ölüm sürecini başarmaktır. Ancak iyi ölüm kavramı halen açık olmadığından, son dönem bakımın hedef noktasını belirleyebilmek zordur. Bu nedenle iyi ölüm kavramının birleşenlerinin tanımlanması gereklidir. Batı toplumunda yapılan güncel çalışmalar “iyi ölüm” ve “kaliteli ölümün” birleşenlerini tanımlamayı başarmışlardır (Hattori ve ark, 2006; Goldsteen ve ark, 2006; Hicks ve Rees, 2008). Payne ve arkadaşlarının (1996) sağlık personeli ve hastaların “iyi ölüm” algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; sağlık personeli iyi ölümü “stresten uzak, yeterli semptom yönetimi ve ailesinin yanında olması” ile ve kötü ölümü de “kontrol edilmemiş semptomlar, genç yaşta ve kabullenmeden ölme,” şeklinde belirtirken hastaların iyi ölümü “uykuda, sakin ölüm, itibarlı ölüm, ağrısız olarak ve aniden ölüm” şeklinde tanımladıklarını belirtmiştir (Payne ve ark, 1996).

Beckstrand ve arkadaşları çalışmalarında ölüm sürecinde olan bir hasta da iyi ölümü sağlayabilmek için ölüm anında kişinin yalnız bırakılmaması gerektiğini belirtmişlerdir (Beckstrand ve ark, 2006). Japonya’da kanser bakımında iyi ölümü değerlendirmek için yapılan diğer bir çalışmada tanısını bilen ileri evre kanser hasta ve yakınları ile 2 yıldan daha uzun süre kanser kliniklerinde çalışan hemşire ve doktorları kapsayan niteliksel bir çalışma gerçekleştirmişler; çalışmada kanser hastalarının yarısından fazlasının iyi ölümü; “ağrıdan ve fiziksel sıkıntıdan kurtulmuş olma” “ölümünün istediği yerde



gerçekleşmesi” “aile üyeleri ile birlikte yeterince zaman geçirebilme”; “sakin olma”; “güvenilir bir doktorunun olması” ve “aile desteğinin olması” şeklinde ifade etmişlerdir (Hirai ve ark, 2006). Hunt (1992) iyi ölümün elementlerini, fiziksel semptomların kontrolü, kanseri ve prognozu kabullenme, ümidi koruma, yaşamda eğlenceyi sürdürebilme ve evde huzurlu bir ölüm olarak tanımlamıştır.

İyi ölüm; hastalar, aileler ve bakım vericilerin gereksiz stresten kaçınmaları, acı çekmemeleri, hasta ve aile isteklerinin dikkate alınması, klinik-kültürel-etik standartlara uygun yaklaşımları içerir. Bazı insanlar için iyi ölüm sevdiği insanla olup, onlarla vedalaşma fırsatı bulabilmek, saygılı ve yeterli bakım alma iken, bazılarına göre bağımlı olmadan, ağrı, inkontinas ve deliryum yaşamadan ve travmatik tedavi ve müdahalelere maruz kalmadan ölmek olarak kabul edilmektedir. Kötü ölüm ise; gereksiz acıların yaşandığı, hasta ve ailesinin istek ve değerlerinin önemsenmediği, ihmal, şiddet, istenmeyen ve yanıtı olmayan tedavilerin zorla uygulandığı durum olarak belirtilmektedir (Çimete, 2002; Brazil ve ark, 2004; Costello .2006; Hattori ve ark, 2006; Hicks ve Rees, 2008).

## **2.2. Tutum ve Tutumun Gelişimi**

Tutum, “bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik nesne ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir” (Kağıtçıbaşı, 1996). Başka bir tanıma göre tutum “bireylerin belirli bir kişiyi, grubu, kurumu veya bir düşünceyi kabul ya da reddetme şeklinde gözlenen duygusal bir hazır oluş hali veya eğilimdir” (Özgüven1994). Tutumlar bireyin yetişme tarzı ya da yaşam boyu geçirdiği deneyimleri sonucu çevresindeki herhangi bir konuya karşı ( somut ya da soyut, canlı ya da cansız) zaman içinde oluşan ve zamanla değişebilen, güçlenebilen veya yok olabilen, doğrudan gözlemlenemeyen, varlıkları sözlü ifadelerle ya da davranışlarla anlaşılabilen, bireyi yönlendiren ve bireyi diğer insanlardan ayıran olumlu ya da olumsuz bir tepki ön eğilimi olarak tanımlanabilmektedir (Eren,2001; Şimşek ve ark.2001) .

Tutumların varlığı davranışlardan anlaşılabilirse de kendi kendilerine oluşmazlar. Tutum, bireyin bir konuda istenen ya da istenmeyen sonuçlarla (ödüllendirici- cezalandırıcı) ilişkilendirilmesi, konuya ilişkin doğrudan deneyim geçirmesi ya da başkalarından öğrenmesi yolu ile oluşur (Şimşek ve ark, 2001).

Literatürde tutumun oluşumu konusunda çeşitli yaklaşımlar ortaya atılmış olup; bazıları genetik faktörler, fizyolojik koşullar, doğrudan deneyim, kişilik ve toplumsallaşma süreci (topluma uyum) şeklinde sıralanmıştır. Bu faktörlerin hepsi değişik şekillerde tutum oluşumuna katkıda bulunurken özellikle de toplumsallaşmanın tutum oluşumunda etkisi daha fazla olduğu belirtilmektedir. Toplumsallaşma sürecinde içinde bulunduğu topluma uyma birey için büyük önem taşımakta ve birey, kişilerarası ilişkiler yolu ile içinde bulunduğu toplumun rol beklentilerini, değerlerini ve tutumlarını öğrenmektedir (Cüceloğlu,1992; Eren 2001).

Tutumlar bireyden bireye değişir, gerçeklerle açıklanamaz ve bireylerin davranışlarını etkiler. Tutumlar davranışa yol gösterendir; yani tutumlar belli bir davranışın oluşabileceğine işaretler, mutlaka olacağı anlamına gelmemektedir. Tutumun davranışların öncü uyararı, bireyi davranışa hazırlayan ve bireylerin ne yapacaklarını belirlemelerine yardım eden bilgi birikimi olduğu vurgulanmaktadır (Cüceloğlu,1992; Özgüven 1994).

### **2.3. Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Karşı Tutumu ve Etkileyen Faktörler**

Ölüme karşı tutum ölüm deneyimine tepki olup bu tepki tehdit, korku ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanmaktadır. Ölüm esnasında ölüme karşı tepkileri tahmin etmek veya genellemek zordur. Hemşirelerin ölüme yüzleştiği zaman göstereceği tepkiler, daha önce ölüme karşılaştığı zamanlardaki deneyimlerine göre değişebilir (Brosche, 2007).

Ölüm toplumumuz tarafından tartışılmayan tabu bir konudur. Bu nedenle ölüm konusunda bireylerin olumlu beklentileri gelişmemiştir. Sağlıkla ilgili mesleklerde çalışan bireyler; özellikle hemşireler ölüm ve ölmekte olan hasta ile sürekli karşılaşmak zorundadırlar. Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunun bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler farklıdır (Akbayrak,1998; Çimete, 2002; Birol, 2004).

Birçok hemşire kayıp ve yas yaşayan birey ve aile ile gün içinde bir araya gelmektedir. Hasta birey ve ailesinde yas ve kayıp terminal hastalığın tanısının konulması ile başlar. Birey-aile-hemşire ilişkisi nedeniyle, bakım verirken hemşire de kayıp deneyimini yaşar. Hemşirelerin çoğu hastalığa eşlik eden fiziksel problemlerin daha kolay bir şekilde çözüleceğine inanır ancak duygusal sorunlarla ilgilenmenin daha zor olduğunu düşünürler (Çimete, 2002; Brosche, 2007).

Terminal dönemdeki veya ölmekte olan hastaya hemşireler tarafından verilen bakım hemşirelerin ölüme karşı tutumlarından etkilenebilir. Hemşirenin ölüm sürecinde olan hasta ve ailesine bakım verirken sergilediği tutumlar, kültür, din, sosyal çevre ve aile yapısı, teknoloji, iletişim, eğitim ve deneyimi ile yakından ilişkilidir. Rooda ve arkadaşlarına göre; ölüm ve ölecek kişiye karşı tutumların belirleyicileri sadece kültür, sosyal, felsefi ve dini inanç sistemlerini, değil; ölüm ve ölmekte olan kişiye karşı tutumların oluşmasında ve yorumlanmasında bireysel ve bilişsel yapıları da kapsar. Bu yüzden ölmekte olan hasta ile baş edebilme konusunda hemşireler duygusal olarak etkilenebilirler (Rooda, 1999; Eues, 2007; Jo ve ark, 2009).

Ölüm tüm kültürlerde yaşayan insanlar için evrensel bir deneyimdir. Kültür bireylerin yaşamları süresince geliştirdiği ve öğrendiği inançları, normları

ve bireysel değerlerinin göstergesidir. Bireylerin yaşam biçimi, yaşam süresi, çevresel konular kişilerin kültürel deneyimlerine katkıda bulunur (Warren, 2005).

Kültür terminal dönemdeki hastanın ağrı, rahatsızlık, yas ve kayıp sürecini önemli ölçüde etkiler. Ölüm insan için kaçınılmaz olmasına rağmen, bazı kültürlerde çok rahatça tartışılıp konuşulabilirken bazı kültürlerde ölüm konusu üzerinde konuşulmaz. Geleceğe yönelik sürekli sağlığı geliştirmeye yönelik plan yapan ve sağlığa değer veren, daha genç olabilme çabasında olan toplumlarda ölüm başarısızlık olarak görülebilir. Kore’de yapılan araştırmalarda Kore’li hemşirelerin gelişmiş modern tıp ve bilime dayanarak yaşam süresini uzatamamayı başarısızlık olarak düşündükleri ve ölümü kabul etmek istemedikleri bulunmuştur (Jo ve ark, 2009). Bazı kültürlerde kişi evde ölürse aile üyeleri ya evi terk eder ya da bir ayın töreni ile evi temizler, başka bir kültürde de ölmüş kişinin isminin konuşulması dahi uygun görülmez. Bazı dinlerde ölecek bireyleri yağlamak veya dini tören yapmak önemlidir (Eues, 2007; Jo ve ark, 2009).

Tüm insanların ölüm deneyimi ve ölüme verdiği anlam, ölüme ilişkin kültürel ve dini uygulamaları farklıdır. Bu zor süreçlerde hemşirenin bu insanlara yaklaşımı çok önemlidir. Hemşire kendi dini uygulamalarını ve inançlarının yanında hasta ve ailesinin dini uygulamalarını ve kültürel değerlerini de korumalıdır. Ölüm sürecinde olan hasta ve ailesine bu zor dönemlerinde yapılan bazı yanlış uygulamalar aşırı stres ve üzüntüye neden olabilir ve hastanın yaşam kalitesini ve verilen bakımın kalitesini etkileyebilir. Hemşirelerin bakım verdikleri tüm hasta ve ailelerinin kendisi ile aynı kültüre ve dini inanıca sahip olmadığını bilmesi önemlidir. Literatürde ölümlle karşılaşan sağlık personellerinin, kendi deneyimlerine dayalı düşünce ve duygularının ölüme ilişkin değer ve inanç sistemlerini önemli derecede etkilediği belirlenmiştir (Neimeyer ve ark, 2004; Eues, 2007; Jo ve ark, 2009).

Hastaların tedaviye yanıt vermemesi ve yaklaşan ölümü, ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelere duygusal yönden acı verebilir ve bu süreç

tehlikeli olabilir (Mok ve ark, 2002). Çalışmalar yoğun bakım ve hospislerde ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin diğer alanlarda çalışan meslektaşlarına göre daha fazla stres yaşadıklarını göstermektedir. (Rashotte ve ark, 1997; Yam ve ark, 2001). Çalışma ortamındaki bu yoğun stres hemşirelerde tükenmişlik, anksiyete ve kendini yetersiz hissetme, benlik saygısında azalma, kendinden şüphe etme, ajitasyon, depresyon ve sağlığında bozulma gibi durumlara neden olmaktadır (Yam ve ark, 2001).

Hastalığı tedavi edilemeyen ve ölümü yaklaşan hastalara bakım vermek hemşireler için çoğu zaman duygusal olarak acı veren, üzüntülü bir deneyim olup bazen de ölüm kaygısı yaratabilir. Hemşireler bakım verdikleri hastalarının ölümü karşısında korku, kaygı, suçluluk, depresyon, başarısızlık ve çaresizlik yaşayabilirler. Bu nedenle eğitim sürecinde ve mesleki çalışma hayatında kendi ölüm kaygısıyla baş etme, ölmekte olan hastaya bakım verirken kendi tutumlarının farkında olarak hasta ve ailesine yardım edebilme ve ölüm sürecinde yaşadığı duyguları ifade etme konusunda yeterli bilgi ve beceri sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir (Shih ve ark, 2009).

Ölüme ilişkin eğitimin amacı kişilerin ölüm olgusu karşısında kendi tutum ve davranışlarını belirlemelerini sağlamaktır. Bu eğitim ölüm olgusu karşısında hemşirenin farkındalık geliştirmesini sağlayarak ölüm kaygısının azaltılmasında ve ölümcül hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumların değişmesinde etkili olabilmektedir (Mok ve Chiu, 2004). Literatür incelendiğinde ölüme ilişkin eğitimin 1960'lı yılların sonlarında tartışılmaya ve araştırılmaya başlandığı görülmektedir. İlk kez ABD'de başlayan ölüme yönelik eğitim programları kısa sürede Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde yaygınlaşmış ve ölüm kavramına ilişkin eğitim programları oluşturulmuştur. Bu ülkelerde ölüm eğitimi fakültelerin müfredat programlarında tüm yıllara entegre edilmiş bir şekilde verilmektedir (McGovern, ve Barry, 2000). Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin bilgi ve tutumlarının sundukları bakımı nasıl etkilediğini fark etmeleri önemlidir. Çünkü ölüm gibi insan yaşamını derinden etkileyen bir konuda tek başına bilişsel bilginin davranışı belirleyici olması mümkün değildir. Bu nedenle ölüme ilişkin

eğitimler sadece bilgi aktarmak şeklinde değil, aynı zamanda bireysel tutumların ağığa çıkarıldığı, farkındalık geliştirici şekilde düzenlenmelidir (Mok ve Chiu, 2004).

#### **2.4. Ölmekte Olan Hastanın Bakımı**

lm yaklaşan hastanın bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşireler ölmekte olan hastalara bakım verirken, ölüm olgusunu yakından yaşamakta; kendi ölüm gerçeği ile yüzleşmekte, aynı zamanda ölmekte olan hasta ve ailesine yardım etmek ve bakım vermek durumunda kalmaktadır. Ölüm karşısında her bir bireyin gösterdiği tepki aynı değildir. Bu nedenle hemşirenin; ölmekte olan bireye ve ailesine bütüncül bakım anlayışı ile bakım verebilmesi, ölüm karşısında hasta ve ailenin tepkilerinin farkında olabilmesi ve onları yaklaşan lme ve yas sürecine hazırlaması için, önce kendi duygularını tanınması gerekir (Akbayrak, 1998; Eues, 2007; Brosche, 2007). Hemşirenin diğer insanlarda farklı olarak hastalık, yaşlılık ölüm gibi konular karşısında yaklaşımlarının farkına vararak mesleki rolünün gereği; yaşam kalitesini yükseltmesi, (kişiyi hastalıklardan koruması), hastalandığında en iyi bakımı sağlaması ve hastanın ölürken fiziksel ve psikososyal çevreyi oluşturması beklenmektedir ( Brosche, 2007).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, hemşirelerin bilgi ve beceri sahibi olmasını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmak için hemşirelerin ölüm ve ölümcül hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin i gr kazanmalarını sağlamak önemlidir. Kendi lmllkleri ile yzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen hemşireler, ölümcül hasta ve ailesinden uzaklaşabilir ya da ölüm korkularını onlara da yansıtabilirler (Sahlberg-Blom ve ark, 2001; Brosche, 2007)

Duygular insanın hayatta kalmasında önemlidir. Hasta insanların da hastalıklarına yönelik hissettikleri duygular önemli ve sürekli tartışılan bir

konudur. Ölümü yakın olan hastaların sıklıkla sergiledikleri negatif duygular; korku, kızgınlık, anksiyete, üzüntü, nefret ve yalnızlık; pozitif duygular ise umut, tatminkârlık, hoşnutluk, mutluluk gibi duyguları içermektedir (Mansson et ark, 1991; Ali ve ark, 1993; Kuuppelomaki, 1999; Sahlberg-Blom ve ark, 2001). Hastaların içinde buldukları bu duygusal dengeyi korumak önemlidir. Özellikle de hastaların içinde buldukları negatif duyguları ile baş edebilmesini sağlamak önemlidir. Bu hastalara bakım verirken duygusal desteğin oluşmasında; saygılı, anlayışlı, gerçekçi tutum sergileme, onların umut ve cesaretlerini sürdürürebilme, duygu ve düşüncelerini açıklamalarına izin verme ve dinleme hemşirelik uygulamalarının önemli öğelerindedir, çünkü hastalar duygusal desteği sadece arkadaşları ve akrabalarından almaz, çoğunlukla bu desteği sağlık çalışanlarından almak isterler (Kuuppelomaki, 1999). Çalışmalarda da hastaların hemşireler ile daha fazla zaman geçirdikleri ve bu nedenle primer olarak hemşirelerden duygusal destek almak istedikleri belirtilmektedir (Mansson et ark, 1991; Ali ve ark, 1993; Kuuppelomaki, 1999; Sahlberg-Blom ve ark, 2001).

Terminal dönemdeki hastalar yoğun keder yaşayabilir. Keder, acı ve ızdırabın oluşmasına neden olur. Özellikle keder; bir bireyin bütünlüğünü tehdit eden bir olay ile ilişkilidir ve bu olaya hızla eşlik eden başka durumların ortaya çıkması ile oluşur. Hemşireler ölmek üzere olan bu hastalara bakım verirken, verdiği bakım ve çabayla hastası rahatlamazsa zaman zaman hayal kırıklığı, anksiyete ve acı yaşayabilirler. Hemşirenin yaşadığı bu duygular bireysel deneyimi ve eğitimi ile yakından ilgilidir. Ayrıca kendi din ve kültürel değerleriyle de ilişkilidir. Hemşireler ölmek üzere olan hastalarına bakım verirken hasta ve ailesine karşı empati yapabilmelidir. Empati yapabilmek ise acıyı ve kederi kabul ederek, acıyı ve ızdırabı yöneterek ve etkili bir yaşam sonu bakım vererek sağlanabilir (Rooda ve ark. 1999; Eues, 2007).

Sevilen birinin beklenmedik ölümü çok trajik bir deneyimdir. Hemşirelerin kayıp yaşayan aileleri acı çekme ve telafisi mümkün olmayan travmalardan korumak için yapacakları yardım son derece önemlidir. Yeterince yardım

alamayan pek çok kişinin yıllar boyunca keder yaşamaları ve daha sonra psikiyatrik yardıma gereksinim duymaları önlenemez (Kübler-Ross, 1995). Ancak, hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında uygun hemşirelik girişimlerinin kullanılması, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olabilmektedir (Wheeler, 1996). Thompson ve McClement (2002) yaptıkları bir çalışmada hasta ve yakınlarının iyi bir ölüm için; etkin bir ağrı ve semptom yönetimi, açık kararlar alınması ve uygulanmasını, yararsız tedavilerle ölüm sürecinin uzatılmamasını, ölüm için hazırlanabilmeyi, vedalaşabilmeyi, yakınlarıyla zaman geçirebilmeyi, yaşamı gözden geçirebilmeyi, kişilik bütünlüğüne saygı gösterilmesini ve diğer insanlarla paylaşımında bulunabilmeyi talep ettiklerini belirtmişlerdir.

Ölüm yaklaşırken anksiyete ve korku genellikle fiziksel semptomların kötüleşmesi ile ortaya çıkar, kontrol kaybı ve ölüm sürecinin bilinmezliği endişeyi yaratır. Hemşire bu dönemde ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişimin sürdürülmesi, ait olma ve güvenlik hissini ve kimliğini sürdürebilmesini sağlamalıdır (Tang, 2000). Hemşireler ölen bir hastaya sürekli iletişimde bulunması gereken kişilerdir. Ölecek hastalara bakmak hemşirenin çok güçlü duygularını uyandıran eşsiz, önemli bir deneyimdir. Hemşirenin terminal dönemdeki hastayla kurduğu etkili iletişim, hastanın ağrı kontrolünü kolaylaştırmada, iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırmada katkı sağlamaktadır (Rooda ve ark, 1999).

Yaşamının sonundaki hastaların, sakin ve güven verici bir çevrede bakım almaları önemlidir ki; böyle bir ortam hemşireler tarafından sağlanabilir. (Merja, 2003; Eues, 2007). Bu bağlamda hastaya karşı dürüst olunmalı, hastanın beklentileri ve amaçları açıklanmalı ve gerçekçi beklentiler geliştirmesine yardımcı olunmalıdır. Hasta ile iletişim kanalları her zaman açık tutulmalı, mümkün olduğu kadar birlikte olunmalı, soruları açık bir şekilde yanıtlanmalı, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli ve hasta ailesi ve yakınları ile birlikte olmaya desteklenmelidir (Terakye, 1994).



Ölmekte olan hastaya bakım verirken hemşirenin hastaya dokunması en etkili ve güven verici bir yöntemdir. Düşünen, fakat konuşma güçlüğü olan, yatağa bağımlı bir hastaya bilinçli ve dostça dokunan bir hemşirenin yaklaşımı ve bakımı, hastanın hemşiresine güven duymasını ve kendini güvende hissetmesini sağlar. Ölüm sürecindeki kişiler, dokunmaya daha fazla gereksinim duyarlar. Hemşire sadece kendisi değil ölmekte olan hastasının yakınlarını da hastaya dokunması için cesaretlendirmelidir (Kübler-Ross, 1995).

Yaşam sonu bakımda umut önemli bir kavramdır. Feudtner (2005) umudun bizim yaşantımızda, her yerde ve ölecek hastada bile çok güçlü etkilerinin olduğunu belirtmiştir. Hemşire ölmekte olan hastasına ölüm süreci ve yaklaşan ölümü hakkında bilgi verildiğinde hastasının umudunu sürdürebilmelidir. Periyakoil ve ark (2005) göre; hemşireler acı çeken/üzüntü içinde olan ölecek hastaların umudunun değişebileceğini ancak hiçbir zaman kaybolmayacağını farkında olmalarını belirtmişlerdir.

Ölüme ilişkin olumlu tutumlar bakım vericiler tarafından sürdürülür ve bu tutumlar ölüm sürecinde olan hastaların ölüm hakkındaki korku ve endişelerini rahatlatır, memnuniyet verici, güvenli bir ortam hazırlar. Eğer bir hemşirenin ölüm ve yaşama ilişkin düşünceleri güçlü ise sadece hastalarının fiziksel semptomlarını rahatlatmada yardımcı olmaz aynı zamanda aile üyelerinin matem/ yas durumunda da destek olur ( Frommelt, 2003; Eues, 2007).

Hemşirelerin ölüme ilişkin pozitif/olumlu tutumları eğitim ve deneyimle gelişir. Stephanie'nin belirttiğine göre, Cherny ve Catane terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin deneyimi ile ölüme karşı pozitif tutum arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Eues, 2007). Rooda ve arkadaşları 403 hemşireyi içeren bir araştırmasında fazla sayıda ölecek hastaya bakım veren ve ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin daha az bakım verenlere göre daha pozitif tutum sergilediklerini bulmuştur (Rooda ve ark,1999).

Yaşam sonu bakımın hemşireler tarafından daha etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için, “ölümün göstergelerini tanımlayabilme ve yönetebilme” ve “hasta ve ailesine empati yapabilme” yetisinde olmaları

gereklidir. Hemşire, ölüm sürecindeki hastasının gelecek ve içinde bulunduğu durum hakkında karar verebilmesi, acı ve ızdıraplarının azaltması, duygularını paylaşması için hastasına yeterli zamanı ayırabilmelidir (Eues, 2007).

Ölmekte olan hastaların yüksek kalitede hizmet almaya, saygı ile tedavi edilmeye, başkalarının desteğini almaya, özellikle yalnızlıktan kaçınmak için arkadaşlık etmeye, yakınları ile iyi iletişim kurmaya, pişmanlık ve utangaçlık hislerinden ziyade sakin bir zihne, rüyalarını doldurmaya tercih ettiği dini desteği almak için hemşirelerin yardımına ihtiyaçları vardır.

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan tanılardan biri olan “*Ölüm Anksiyetesi*: ölüm ve ölmekle ilgili yoğun endişe, kaygı, korku yaşayan bir bireydeki durumu tanımlar”. Ölmekte olan bireyin bakımında iletişim, hastalık ve tedavinin etkileri, duruma uyum boyutlarında gereksinimlerine yönelik “*Doku perfüzyonunda bozulma*”, “*Bireysel baş etmede yetersizlik*” “*Barsak inkontinansı*”, “*Ümitsizlik*” “*Güçsüzlük*” gibi birçok hemşirelik tanısı geçerli olabilir (Erdemir, 2005). Hemşirelik girişimleri sınıflamasında ise “*Ölme Sürecinde Bakım: Yaşamın son evresinde fiziksel rahatlığın ve psikolojik huzurun sağlanması*” ve “*Post-mortem Bakım: Ölen bir hastanın vücuduna fiziksel bakım sağlanması ve ailesinin cesedi görünürken desteklenmesi*” şeklinde tanımlanmıştır. Ölme sürecinde bakım girişiminde 24 aktivite; Post-mortem bakım girişimi altında ise 16 aktivite yer almaktadır (Dochterman ve Bulechek, 2004).

Hemşire, yaşamın son evresindeki bakım verdiği hastanın, ağrısını değerlendirmeli ve rahatsızlık veren semptomların kontrolünü sağlayabilmelidir. Hemşire hastayı anksiyete yönünden değerlendirmeli ve hastalığı ve ölümü hakkında konuşmaya cesaretlendirebilmelidir. Hemşire bakım verirken hastanın mahremiyet ve itibarını korumalıdır. Özetle hemşire, hastasının hem fiziksel rahatlığını, hem de psikolojik huzurunu sağlayabilmelidir

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi:**

Bu çalışma, hemşirelerin ölüme ve ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanan, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

#### **3.2 Araştırmanın Yeri**

Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin yataklı kliniklerinde yapılmıştır.

Başkent Hastanesi 300 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede 250 hemşire görev yapmaktadır. Klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler 08:00–20:00, 20:00-08:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Araştırma Başkent Hastanesinin Dâhiliye, Genel Cerrahi, Üroloji, Ortopedi ve Beyin Cerrahi, Transplantasyon, Onkoloji ve Hematoloji, Jinekolojik Onkoloji ve Kadın Doğum, Kardivasküler Cerrahisi ve VİP servislerinde, Dâhiliye, Beyin Cerrahi ve Nöroşiroloji, Genel Cerrahi, Kardivasküler Cerrahi, Koroner, Transplantasyon, Yanık ve Anestezi Yoğun Bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere yapılmıştır.

Gazi Hastanesi 923 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede 650 hemşire görev yapmaktadır. Yatak kapasitesinin 829 yatağını erişkin yataklı klinikler oluşturmakta, 580 hemşire erişkin yataklı klinik ve polikliniklerde hizmet vermektedir. Klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler 08:00–16:00, 16:00–24:00, 24:00–08:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Araştırma Gazi Hastanesinin; özel hastaların yattığı VİP servisi, Üroloji, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Onkoloji- Hematoloji, Fizik Tedavi, Kadın Doğum ve Jinekoloji, Göğüs Hastalıkları ve Nöroloji servislerinde, Anestezi, Göğüs Hastalıkları, Dâhili-Nöroloji, İç Hastalıkları ve

Kalp Damar Cerrahisi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır.

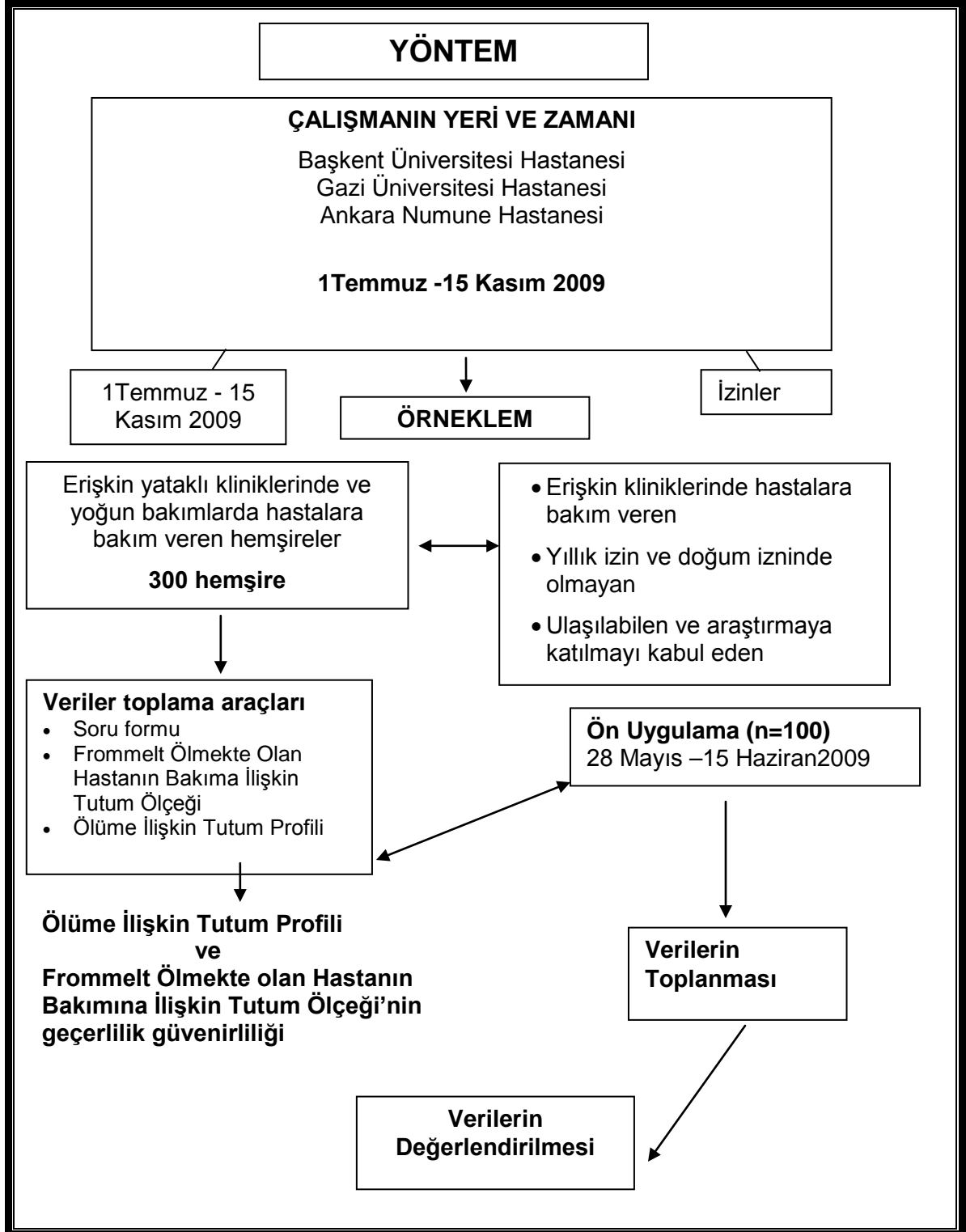
Ankara Numune Hastanesi 1109 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede 516 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma Ankara Numune Hastanesinin; Cerrahi 3,4,7 servisleri, Beyin cerrahi ve Nöroloji servisi, Kalp Damar Cerrahisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Onkoloji, Hematoloji, Göğüs Hastalıkları, Gastroenteroloji, Dahiliye servislerinde, Dahiliye, Nöroloji, Kalp Damar Cerrahisi ve Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır.

### **3.3 Araştırmanın Evreni ve örneklemi**

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Gazi Hastanesi ve Ankara Numune Hastanesinin erişkin yataklı servis ve yoğun bakımlarda, 1 Temmuz 2009 – 15 Kasım 2009 tarihleri arasında görev yapan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmada evrenin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçimine gidilmemiş olup 1 Temmuz - 15 Kasım tarihleri arasında raporlu ve izinli olmayan 370 hemşireye anket verilmiştir. Ancak 55 hemşire anketleri doldurmak istemediklerinden, örnekleme dâhil edilmemiştir. Ayrıca 15 hemşirenin anketi eksik doldurduğu için değerlendirilmeye alınmamıştır. Anketleri gönüllü olarak doldurmayı kabul eden 300 hemşirenin 115'i Ankara Başkent Hastanesi, 95'i Gazi Üniversitesi Hastanesi, 90'ı Ankara Numune Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Şekil 1. Yöntem



### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1 Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler, literatürden yararlanılarak (Cimete 2002; Frommelt 2003; Jo ve ark, 2009; Linda, 2007) hazırlanan soru formu, Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği ve Ölüme İlişkin Tutum Profili (Death Attitude Profile-Revised /DAP-R) ölçekleri kullanılarak elde edilmiştir.

Soru formu açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı 3 bölümden oluşmaktadır (Ek 2).

1. Hemşirelerin demografik özelliklerini içeren bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalıştıkları klinik, dini inançlarını belirlemek için sorulan toplam 8 sorudan oluşmaktadır.
2. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin bilgi durumlarını belirlemeye yönelik bölüm 9 soru içermektedir,
3. Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik bölümde ise 18 soru yer almaktadır.

#### **3.4.1.1 Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD)**

FATCOD, 1988 yılında Katherine H.Murray Frommelt tarafından oluşturulmuş 30 maddeli bir ölçektir. Ölçek pozitif/ olumlu ve negatif/ olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler içermektedir. Ölçek likert tipi olup, 1- kesinlikle katılmıyorum ve 5- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında, toplam puan negatif tutumları içeren maddeler tersine çevrilip pozitif yanıtlarla birlikte toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasında değişmekte olup yüksek puanlar daha olumlu tutumu göstermektedir.

Frommelt Ölüm Sürecinde Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD) Amerika, Japonya, İran ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçeye çevrilerek güvenilirlik ve geçerliliğinin yapılması için profesör Kay Frommelt'den gerekli izin alınmıştır (Ek.8). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisinde dil geçerliliğini sağlamak için çeviri ve geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.

### **3.4.1.2 Ölüme İlişkin Tutum Profili**

#### **(Death Attitude Profile-Revised /DAP-R)**

Ölüme İlişkin Tutum Profili (DAP-R) 1994 yılında Wong T.P. ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş 32 maddeli çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek likert tipi olup 1-kesinlikle katılmıyorum ve 7-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte 5 alt grup yer almaktadır:

Ölüm Korkusu 7 madde (1.2.7.18.20.21.32. maddeler)

Ölümden Kaçınma 5 madde (3.10.12.19.26 madde )

Tarafsız (Nötr) Kabullenme 5 madde (6.14.17.24.30).

Kabul Edici Yaklaşım 10 madde (4.8.13.15.16.22.25.27.28.31)

Ölümü Kabullenmeme 5 madde (5.9.11.23.29)

Ölmek üzere olan hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme ve ölümcül hastalara bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek amaçlı kullanılan "Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği" ve "Ölüme İlişkin Tutum Profili" birçok dile uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Tablo 3.4.1.2.'de ölçek ile ilgili olarak yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları araştırmayı yapan yazar, uyarlamanın yapıldığı ülke ve yılı, çalışılan örneklemin büyüklüğü ve Cronbach alfa değerleri ile birlikte verilmiştir. (Frommelt, 2003; Michelle ve ark, 2008; Mitsonori ve ark, 2003; Karen ve ark, 2005).

**Tablo. 3.4.1.2. FATCOD ve DAP-R ölçeği ile ilgili yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmaları**

Yazarlar	Yıl	Uyarlamanın yapıldığı ülke	Örneklem	Cronbach Alpha Değeri	
				FATCOB	DAP-R
Frommelt	2003	Amerika	115	0.94	-
Michelle, Bridgette, Nancy	2008	Amerika	355	0.90	0.94
Mitsonori, Yuko, Tomoyo	2003	Japonya	178	0.73	0.84
Karen, Cecile, Elizabeth	2003	Amerika	58	0.94	0.90

### **3.4.1.3. Ölüme İlişkin Tutum Profili ve FATCOD Ölçeklerinin Türkçe'ye Uyarlanmasında Kullanılan Geçerlilik ve Güvenilirlik Yöntemleri**

Bu çalışmada her iki ölçek için, dil eşdeğerliği, içerik geçerliliği, kapsam geçerlilik yöntemleri kullanılmıştır.

**Dil eşdeğerliği ve içerik geçerliliği;** Her iki ölçek dil geçerliliği için üç akademisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe çevirilerin uygunluğu, hemşirelik ve tıp alanlarından öğretim üyesi / elemanı olan 4 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzmanların ifadelerine yönelik önerileri doğrultusunda ölçeğin Türkçe versiyonunun son şekli verilmiştir.

Ölçeğin Türkçe formundaki ifadeleri geri çeviri için üç akademik dil bilimcisi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen ifadelerle orijinal İngilizce ifadeler arasındaki ifadelerin anlaşılabilirliği ve uygunluğu için tıp, hemşirelik, sosyolog, psikolog, felsefe, ilahiyat ve iletişim fakültesinde öğretim elemanları olan 12 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzmanlara ölçekteki her bir maddenin içerik değerlendirmesini yapmaları için ölçüm değeri ile ilgili olarak: 1= uygun değil; 2= maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir; 3= uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4= çok uygun; olmak üzere dört puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir. Uzmanların



önerileri doğrultusunda ölçeğin tüm ifadeleri tekrar düzenlenmiştir. Yeni oluşturulan bu İngilizce soru ifadeleri Kay Frommelt ve Paul Wong'a gönderilmiş, geri çevirisi yapılan ölçek ile orijinalinin eşdeğer olduğuna dair onayı alınmıştır (Ek.9 ).

Her iki ölçekte de bütün maddelerin kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve kapsam geçerlilik indeksi(KGİ) bakılmıştır. DAP-R ölçeğinin bütün maddelerin kapsam geçerlilik oranları değerlendirildiğinde; KGO değerlerinin 0.83–1 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu değerlerin  $\alpha=0.05$  düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlilik değeri 0.99 (KGİ:0.80, Yurdugül, 2005) bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alpha değerine bakılmış ve 0.80 bulunmuştur.

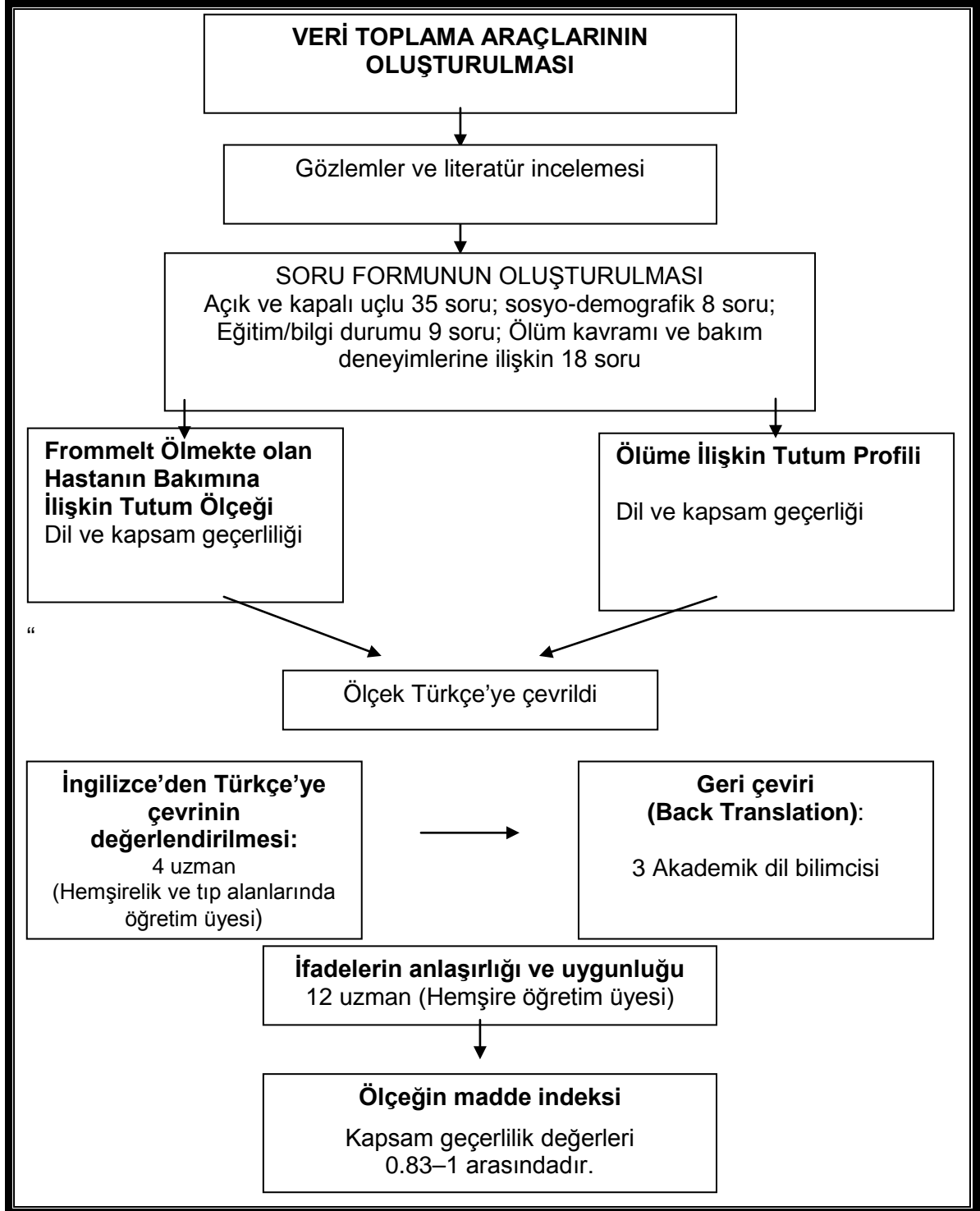
FATCOD ölçeğinin bütün maddelerinin kapsam geçerlilik oranları değerlendirildiğinde; KGO değerlerinin 0.70 -1 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu değerlerin  $\alpha=0.05$  düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlilik değeri 0.83 (KGİ: 0.80, Yurdugül, 2005) bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alpha değerine bakılmış ve 0.73 bulunmuştur.

### **3.4.2 Ön Uygulama**

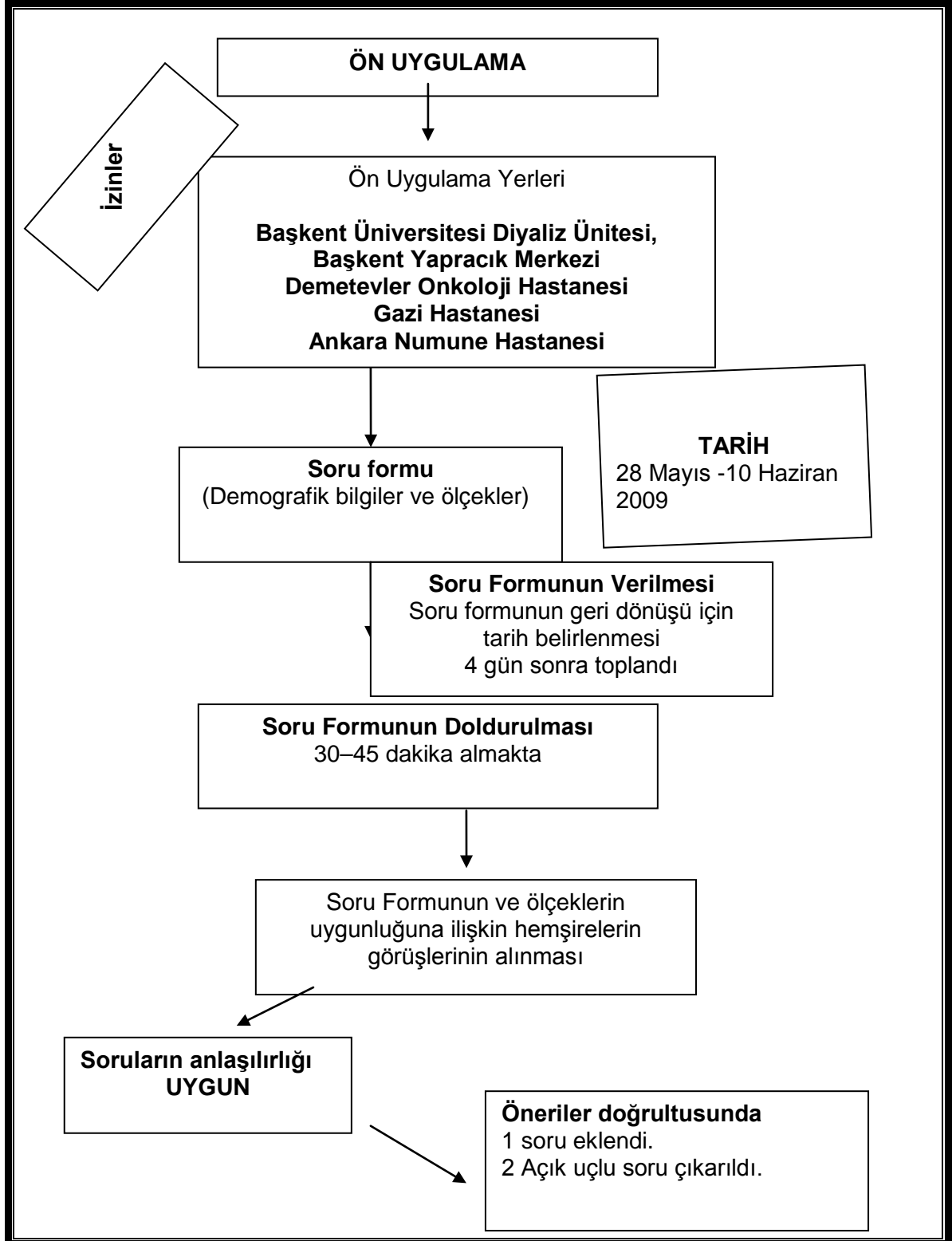
Anketle birlikte her iki ölçek 28 Mayıs–15 Haziran 2009 tarihleri arasında gerekli izinler alınarak Başkent Üniversitesi Diyaliz Ünitesi, Başkent Yapracık Merkezi ve Demetevler Onkoloji Hastanesinde çalışan toplam 40 hemşire ile her bir uygulama alanından 20'şer hemşireye olmak üzere 100 hemşireye uygulanmıştır.

Ön uygulamanın sonucunda; DAP-R ölçeği için alfa değeri 0.78, FATCOD ölçeği için alfa değeri 0.69 olarak elde edilmiştir (Wood ve Haber, 2006).

**Şekil 2.** Veri Toplama Araçlarının Oluşturulması



Şekil 3. Ön Uygulama



### 3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, 1.07.2009–15.11.2009 tarihleri arasında 4 aylık bir sürede toplanmıştır. Araştırmacı tarafından üç hastanenin de erişkin kliniklerde çalışan hemşire sayıları belirlenmiştir. Başkent Hastanesi ve Gazi Hastanesinde örneklem koşullarını sağlayan öncelikle klinik sorumlu hemşirelerine araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve uygulama süresi açıklanmış ve klinikte çalışan hemşire sayısına göre anket formu bırakılmıştır. Formlar verildikten sonra geri dönüş için 1 haftalık bir süre belirlenmiş, gerektiğinde kullanılmak üzere araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Başkent hastanesinde formlar bir haftanın sonunda toplanmış, ancak Gazi hastanesinde birçok klinikte formların doldurulamaması nedeniyle tekrar görüşüldüğü için formlar 3 aylık süre içerisinde toplanabilmiştir.

Ankara Numune Hastanesinde çalışan hemşirelerle 07.00–16.00 ve 15.00–23.00 saatleri arasında hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin hemşire odalarında gidilmiş ve formları verdikten sonra doldurma sürelerinde yanlarında olunmuştur. Anketlerin doldurulması yaklaşık 30–45 dakika sürmüştür ve veriler 1 aylık sürede toplanmıştır. Hemşirelerin yazılı ve sözlü izinleri alınmıştır.

### 3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 11.5 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler nitel ve nicel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde parametrik testler kullanılarak; One-Way ANOVA ve chi-square testleri ile değerlendirme yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye ise Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. İki değişken arasındaki ilişki incelendikten sonra Doğrusal (Linear) Regresyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup  $p < 0.05$  olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu,  $p > 0.05$  olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

### **3.6 Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu' ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek. 5). Ayrıca Gazi Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Numune Hastanesi başhekimliğinden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır ( Ek.6 ve Ek. 7).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışmanın amacı ile ilgili bilgiyi içeren yazılı onam formu okutulmuş, yazılı ya da sözlü izinleri alınmıştır (Ek.1).

Ölüme ilişkin tutum Profili ve FATCOD ölçeğinin Türkçe'ye çevirisi ve araştırmada kullanımı için yazarlardan gerekli izin alınmıştır (Ek.8 ve Ek.9).

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıklar**

Anket uygulaması sırasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmış; bazı hemşireler konunun iç karartıcı, can sıkıcı olduğunu, ölüm konusunu sevmediklerini ve anket formunun uzun olduğunu ve doldurmak istemediklerini belirtmiştir. Bu nedenle bazı açık uçlu soruları cevaplayan hemşirelerin sayısı düşük kalmıştır.

Örneklem kapsamına alınan hemşireler yalnızca erişkin kliniklerinde çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki hemşirelerin öz-bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

## 4.BULGULAR

Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular yer almaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında özetlenmiştir.

4.1.Hemşirelerin demografik özellikleri

4.2.Hemşirelerin ölüme ilişkin mesleki bilgi durumları ve ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimlerine ilişkin bulgular

4.3.Hemşirelerin ölüm kavramına ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin görüş ve uygulamaları

4.4.Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım deneyimlerini etkileyen faktörler

4.5.Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları

4.6.Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler

#### 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Tablo 4. 1.1 Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler	Sayı	(%)
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Ankara Başkent Hastanesi	115	38.3
Gazi Üniversitesi Hastanesi	95	31.7
Ankara Numune Hastanesi	90	30.0
<b>Yaş</b> $\bar{X} = 27.88 \pm 4.94$ ; min-max: 18–48		
18–25 yaş	113	37.7
26–30 yaş	114	38.0
31 ve üzeri	73	24.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	263	87.7
Erkek	37	12.3
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	172	57.4
Evli	124	41.3
Boşanmış/ayrı yaşıyor	4	1.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Lisans	210	70.0
Önlisans	44	14.6
Sağlık meslek lisesi	39	13.0
Yüksek Lisans	7	2.1
<b>Meslekte çalışma yılı</b> ( $\bar{X} = 6.07 \pm 5.5$ , min- max:1–29)		
0–1 yıl	67	22.3
2–5 yıl	113	37.7
6–10 yıl	55	18.3
11 yıl ve üzeri	65	21.7
<b>Çalışılan klinikler</b>		
Cerrahi klinikleri	77	25.7
Dâhili klinikleri	72	24.0
Cerrahi yoğun bakım üniteleri	60	20.0
Dâhili yoğun bakım üniteleri	54	18.0
Onkoloji klinikleri	37	12.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1.1'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin %38.3'ü Başkent Üniversitesi Hastanesi, %31.7'si Gazi Üniversitesi Hastanesi ve %30'u Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin %87.7'si kadın, %12.3'i erkektir. Hemşirelerin yaş ortalamaları 27.8 olup %37.7'si 18–25 yaş grubu arasında, %38'si de 26–30 yaş grubu arasında dağılım göstermiştir.

Örnekleme oluşturan hemşirelerin % 57.4'ü bekâr % 41.3'ü ise evlidir. Hemşirelerin %70'i lisans mezunu ve % 37.7'si meslekte 2–5 yıl, %22.3'sinin mesleklerinde çalışma yılı 0–1 yıl arasındadır.

Hemşirelerin %25.7'si cerrahi kliniklerde, % 24'ü dâhili kliniklerde, %20'si cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır.



Tablo 4.1.2 Hemşirelerin Dini İnancı, İnançlı Olma ve Olmama Durumunun Ölmekte Olan Hastaya Karşı Tutumu Etkilemesine İlişkin Görüşleri (n=300)

<b>Dini inancı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Zayıf	3	1.0
Orta	92	30.7
Güçlü	157	52.3
Çok güçlü	48	16.0
<b>İnançlı olmanın Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumu etkilemesine ilişkin görüşler</b>		
Çok etkiler	135	45.0
Az etkiler	86	28.7
Etkilemez	79	26.3
<b>İnançlı olmamanın Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumu etkilemesine ilişkin görüşler</b>		
Çok etkiler	92	30.7
Az etkiler	78	26.0
Etkilemez	130	43.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1.2’de hemşirelerin dini inancı, inançlı olma ve olmama durumunun ölmekte olan hastaya karşı tutumu etkilemesine ilişkin görüşleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin %52.3’ü dini inançlarının çok güçlü olduğunu ve %30.7’sinin ise orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %45’i inançlı olmanın ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumunu çok etkidiği görüşünde ve %43.3’ü inançlı olmamanın ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumunu etkilemediği görüşünü ifade ettikleri belirlenmiştir.

## 4.2 Hemşirelerin Ölüme İlişkin Bilgi Durumları ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Deneyimleri

Tablo 4.2.1 Hemşirelerin Ölüm Kavramı ve Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Bilgi Durumu, Bilgi Kaynakları ve Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n=300)

	Sayı	%
<b>Yaşam sonu bakım konusunda bilgi alma durumu</b>		
Evet	255	80
Hayır	45	15
<b>Yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi kaynakları (n= 255)</b>		
Lisans eğitimi	179	42.9
Hizmet içi eğitim programları	103	24.8
Kitap ve dergiler	62	14.9
İnternet	37	8.8
Kongre ve Seminerler	36	8.6
<b>Toplam</b>	<b>417*</b>	<b>100.0</b>
<b>Ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili alınan bilgiyi yeterli bulma durumu</b>		
Evet	243	81.0
Hayır	57	19.0
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken yetersiz hissettiğiniz konular</b>		
Hasta ve hasta yakınları ile iletişim	25	44.6
Ağrı kontrolü	11	19.6
Ölüm kavramına ilişkin sorulara cevap verme	10	17.8
Ölmekte olan hastaya bakım verme	6	11.0
Ölmekte olan hastaya resusütasyon	2	3.5
Ölüme ilişkin kendi korku ve endişeleri ile baş edebilme	2	3.5
<b>Toplam</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.2.1’de hemşirelerin ölüm kavramı ve ölmekte olan hastanın bakımına yönelik bilgi durumuna ilişkin özellikler sunulmaktadır. Hemşirelerin

%80'inin yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını ve bu bilgileri %42.9'u lisans eğitiminden, %24.8'i hizmet içi eğitim programlarından , % 14.9'ı kitap ve dergilerden %8.8 'i internetten ve %8.6'si kongre ve seminerlerden edindiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %81'ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Yetersiz hissettiğini belirten hemşireler yetersiz hissettiği konuları “hasta ve hasta yakınları ile iletişim” (%44.6); “ağrı kontrolü” (%19.6); “ölüm kavramına ilişkin sorulara cevap verme”( %17.8) şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.2 Ölmekte Olan Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Bilgi Ve Beceriler Konusundaki Görüşleri (n=300)

<b>Hemşirelerin sahip olması gereken bilgi ve beceriler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yaklaşan ölüm belirtilerini ve ölmekte olan hastanın bakımını bilmesi	270	24.1
Kanuni ve etik konularda bilgi sahibi olması	235	21.0
İletişim becerilerine sahip olması	226	20.3
Kültürel farklılıkları bilmesi	192	17.3
Ağrı yönetimini bilmesi	192	17.3
<b>Toplam</b>	<b>1115*</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.2.2'de ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin sahip olması gereken bilgi ve becerilere ilişkin görüşleri sunulmaktadır. Verilen cevapların yaklaşan ölüm belirtileri ve ölmekte olan hastanın bakımını bilme (%24.1); kanuni ve etik konularda bilgi sahibi olma (%21) ve iletişim becerileri (%20.3) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 4.2.3 Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Hizmet İçi Eğitim Programının Varlığına ve Ölmekte Olan Hasta ve Ailesine Bakım Talimatı Geliştirilmesi Gerekliliği Konusundaki Görüşleri (n=300)

	Sayı	%
<b>Kurumda yaşam sonu bakım konusunda hizmet içi eğitim programının varlığı</b>		
Var	67	22.3
Yok	233	77.7
<b>Kurumda ölmekte olan hasta ve ailesine bakım talimatı geliştirilmesi gerekliliğine ilişkin görüşleri</b>		
Gerekli	259	86.3
Gerekli değil	41	13.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2.3'de hemşirelerin çalıştıkları kurumda yaşam sonu bakıma ilişkin hizmet içi eğitim programının varlığına ve ölmekte olan hasta ve ailesine bakım talimatı geliştirilmesi gerekliliği konusundaki görüşleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin %77.7'si çalıştıkları kurumda yaşam sonu bakım konusunda hizmet içi eğitim programının olmadığını ve %86.3'ü çalıştıkları kurumda ölmekte olan hasta ve ailesine bakım talimatı geliştirilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.4 Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumu (n=300)

	Sayı	%
<b>Daha önce yakın çevresinde ölüm olgusu ile karşılaşma durumu</b>		
Evet	267	89.0
Hayır	33	11.0
<b>Yakınlık derecesi (n=267)</b>		
1. Yakın akraba kaybı	205	68.0
2. Birinci derecede yakının kaybı	67	22.3
3. Arkadaş kaybı	46	15.3
<b>Toplam</b>	<b>318*</b>	<b>100</b>
<b>Çalıştığı klinikte ölümle karşılaşma durumu</b>		
Evet	250	83.3
Hayır	50	16.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.2.4'de hemşirelerin ölüm olgusu ile karşılaşma durumları görülmektedir. Hemşirelerin % 89' u yakın çevresinde ölüm olgusu ile karşılaştığını; bunların % 68'i yakın akraba ve % 22'si de birinci derece yakınının kaybını yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 83.3' ü çalıştıkları klinikte ölüm olgusu ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.5 Hemşirelerin Ölüm Olgusu İle İlk Karşılaştıklarında Yaşadıkları Duyguların Dağılımı

Yaşanılan duygular	Sayı	%
Doğal karşıladım ve hayatın bir gerçeği olduğunu düşündüm	132	33.3
Acılarının sona erdiğini düşündüm	107	27.0
Ağladım ve çok üzüldüm	74	18.7
Korktum	69	17.3
Hiçbir şey hissetmedim	15	3.7
<b>Toplam</b>	<b>397*</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.2.5’de hemşirelerin ölüm olgusu ile ilk karşılaştıklarında yaşadıkları duygular sunulmaktadır. Ölüm olgusu ile ilk karşılaşan hemşirelerin %33.3’ ü “doğal karşıladım ve hayatın bir gerçeği olduğunu düşündüm”, %27’si “acılarının sona erdiğini düşündüm”, % 18.7’si “ağladım ve çok üzüldüm” %17.3’ü “korktum” şeklinde duygularını ifade ettikleri bulunmuştur.

### 4.3 Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Görüş ve Uygulamaları

Tablo 4.3.1 Hemşirelerin Ölümün Anlamına İlişkin Tanımlamaları (n= 300)

Ölümün anlamına ilişkin görüşleri	Sayı	%
Yaşam fonksiyonlarının sona ermesi	94	31.3
Yok olmak	39	13.0
Bir yaşamdan yeni bir yaşama geçmek	28	9.3
Yeni bir başlangıç	25	8.3
Sonsuzluk	25	8.3
Ruhun bedenden ayrılması	18	6.0
Kaçınılmaz, inkâr edilmez son	11	3.7
Yanıtsız	60	20.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.1’de hemşirelerin ölümün anlamına ilişkin ifadeleri sunulmaktadır. Hemşirelerin ölümün anlamına ilişkin tanımlamalarının çoğunlukla “yaşam fonksiyonlarının sona ermesi” (% 31.3); “yok olmak” (% 13); “bir yaşamdan yeni bir yaşama geçmek” (% 9.3); “yeni bir başlangıç” ve “sonsuzluk” (%8.3) şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3.2 Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastasının Öleceğini Bilmesi ve Kimin Söylemesi Gerektiğine İlişkin Görüşleri (n=300)

	Sayı	%
<b>Ölmekte olan hastanın öleceğini bilmesi gerektiğine ilişkin görüşler</b>		
Bilmeli	169	56.3
Bilmemeli	131	43.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Bu bilgiyi kimin söylemesi gerektiğine ilişkin görüşler (n=169)</b>		
Doktor ve hemşire	87	48.8
Doktor	78	43.8
Akrabası ya da yakını	12	6.8
Hemşire	1	0.6
<b>Toplam</b>	<b>178*</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.3.2' de hemşirelerin bakım verdikleri hastalarının ölümünü bilmesi durumuna ve bu bilgiyi verecek sağlık çalışanına ilişkin görüşleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin % 56.3'i bakım verdikleri bireyin öleceğini bilmesi gerektiği, % 43.7'si ise ölümünü bilmemesi gerektiği düşüncesinde oldukları görülmektedir. Hastanın öleceğini bilmesi gerektiğini belirtenlerin bu bilgiyi % 48.8'i doktor ve hemşire birlikte, %43.8'i sadece doktorunun vermesinin uygun olacağını ifade etmişlerdir.



Tablo 4.3.3 Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastasına Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Yaşadığı Duygular ve Bakım Verme Sıklığının Dağılımı (n=300)

	Sayı	%
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verme durumu</b>		
Bakım veren/deneyimi olan	250	83.3
Bakım verme deneyimi olmayan	50	16.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verme sıklığı</b>		
Sürekli terminal dönem hastası yatmaktadır	111	37.0
Ayda bir kez	87	29.0
Haftada 2–3 kez	50	16.7
Haftada bir kez	17	5.7
Yılda 1–2 kez	5	1.6
Terminal dönem hastası yatmamaktadır	15	5.0
Yanıt vermeyen	15	5.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Bakım verirken hemşirelerin yaşadıkları duygular</b>		
Keder	164	37.5
Çaresizlik	149	34.0
Anksiyete	47	10.7
Korku	46	10.5
Başarısızlık	21	4.7
Öfke	9	2.1
Umutsuzluk	2	0.5
<b>Toplam</b>	<b>438*</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.3.3’de hemşirelerin ölmekte olan hastasına bakım verme durumu ve bakım verirken yaşadığı duygular ve bakım verme sıklığının dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin %83.3'ü ölmekte olan hastaya bakım verdiklerini ve bakım veren hemşirelerin %37.5'i keder,% 34'i çaresizlik, %10.7'si anksiyete ve %10.5 korku yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin % 37'si çalıştıkları klinikte sürekli terminal dönem hastası yattığını,%29'u ayda bir kez ,% 16.7'si haftada 2–3 kez ve % 5.7'si haftada bir kez ölmekte olan hastalara bakım verdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3.4 Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeyi İsteme Durumları ve Nedenlerine İlişkin İfadeleri (n=300)

	Sayı	%
<b>Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumu</b>		
İster	113	37.7
İstemiyor	187	62.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Bakım vermeyi isteme nedenleri (n=66)*</b>		
Ölmekte olan hastanın kaliteli bakım alma hakkının olması ve bakım vermenin hemşirenin görevi olması	36	54.5
Hastanın rahatlamasını ve huzurunu sağlama	18	27.3
Ölümün doğal bir süreç olduğunu düşünme	12	18.2
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>
<b>Bakım vermeyi istememe nedenleri (n=64)*</b>		
Çaresizlik ve üzüntü hissine yol açması	34	53.2
Yıpratıcı ve yorucu bir süreç olması	15	23.4
Tüm çabalara rağmen hep aynı sonunun değiştirilemeyeceği	9	14.2
Başarısız olduğunu düşünme	3	4.6
Taburcu olacak (iyileşecek) hastalara bakım verme isteği	3	4.6
<b>Toplam</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.4 'de Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeyi isteme durumları ve nedenlerine ilişkin ifadeler yer almaktadır.

Hemşirelerin % 62.3'ü ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri belirtmişlerdir. Ölmekte olan bireye bakım vermek istememe nedenini “çaresizlik ve üzüntü hissi”( % 53.2); “ yıpratıcı ve yorucu olması”( % 23.4); “tüm çabalara rağmen hep aynı sonun olması” (%14.2) şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir. Ölmekte olan bireye bakım vermek istediğini belirten hemşireler ise bakım vermeyi isteme nedenlerini “ölmekte olan hastanın kaliteli bakım alma hakkının olması ve bakım vermenin hemşirenin görevi olması” (% 54.5); “rahatlmasının ve huzurunun sağlanması” (%27.3) “Ölümün doğal bir süreç olduğunu düşünme” (%18.2) gibi ifadelerle açıklamışlardır.

Tablo 4.3.5 Ölüm Olgusu Karşısında Yaşanılan Durumlarla İlgili Kullanılan Başetme Yöntemlerinin Dağılımı (n=300)

<b>Ölüm olgusu karşısında yaşanan durumlarla ilgili kullanılan başetme yöntemleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Ölümün doğal olduğunu düşünerek kendisini rahatlatmak	235	43.4
Dua etmek	135	24.9
Arkadaşlarıyla konuşmak	91	16.9
Ailesi ile konuşmak	63	11.7
Hiçbir şey yapmamak	15	2.8
Beni etkilemez	2	0.3
<b>Toplam</b>	<b>541*</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.3.5’de hemşirelerin ölüm olgusu karşısında yaşadıkları durumlarla ilgili kullandıkları başetme yöntemleri sunulmaktadır. Ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin % 43.4’ünün ölümün doğal olduğunu düşünme, % 24.9’ünün dua etme,% 16.9’ünün arkadaşları ile konuşma,%11.6’sının ailesi ile konuşma gibi başetme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4.3.6 Hemşirelerin Hastasıyla Ölümle İlgili Konuları Konuşabilme Durumu

	Sayı	%
<b>Hastası ile ölümle ilgili konularda rahat konuşabilme durumu</b>		
Rahat konuşabiliyor	55	18.3
Konuşamıyor	245	81.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Rahat konuşamamasının nedenleri</b>		
Hastasının korkmasını istememe	41	43.6
Konuşulması çok zor bir konu olması	25	26.0
Hastasının üzülmesini istememe	12	12.6
Kendisini çaresiz hissettiği için konuşamama	6	6.2
Ölümü kabul etmenin çok zor olduğunu düşünme	5	5.3
Eğitilmiş kişilerin konuşmasının uygun olacağı düşünme	5	5.3
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.6'da hemşirelerin ölmekte olan hastasına bakım verirken ölüm kavramını konuşabilme durumları sunulmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%81.7) ölüm kavramını hastası ile rahat konuşamadıklarını belirtirken sadece % 38.3'ü nedenlerini açıklamıştır. Hemşireler konuşamama nedenini sıklıkla "hastasının korkmasını istememe" (% 43.6); "konuşulması çok zor bir konu olduğunu düşünme" (% 26) ve "hastasının üzülmesini istememe" (% 12.6) şeklinde açıkladıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3.7.Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta ve Yakınları İle İletişime Girme Durumu ve İletişime Girmeme Nedenleri ( n= 300)

	Sayı	%
<b>Ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişime girme</b>		
Evet	214	71.3
Hayır	86	28.7
<b>İletişime girmeme nedenleri</b>		
Hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacağını bilememe	10	52.6
Ölüm konusunu doktorların konuşmasının uygun olacağını düşünme	5	26.3
Konuşulmasının zor bir konu olduğunu düşünme	4	21.1
<b>Toplam</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.7’de hemşirelerin ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişime girme durumları sunulmaktadır. Hemşirelerin %71.3’ü hasta ve hasta yakınları ile iletişime girdiklerini %28.7’si ise iletişime girmediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin iletişime girememe nedenleri incelendiğinde; 86 hemşireden 19’ u neden belirtmiştir.Bu hemşirelerin %52.6’sı “ölmekte olan hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacaklarını bilememe” ve %26.3’ü “ölüm konusunda konuşması uygun olan kişinin doktor olduğu” ve %21.1’i ise “ölümün konuşulması çok zor bir konu” olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3.8. Ölmekte Olan Hastaya ve Yakınlarına Nerede Ölmek İstedığının Sorulmasına ve Nedenlerine İlişkin Görüşleri

	N	%
<b>Ölmekte olan hasta ve yakınlarına nerede ölmek istediğinin sorulması gerektiği</b>		
Sorulmalı	199	66.3
Sorulmamalı	101	33.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Sorulması gerekliliğine ilişkin görüşler</b>		
Ölmek istediği yerin kararını vermek hastanın hakkıdır	65	64.3
Hastanın son isteği olabilir	16	15.8
Evde ölmeyi isteyebilir	20	19.9
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.8’de hemşirelerin ölmekte olan hasta ve yakınlarına nerede ölmek istediğinin sorulması ve nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Hemşirelerin % 66.3’ünün ölmekte olan hasta ve yakınlarına nerede ölmek istediğinin sorulması gerektiğini ve % 33.7’isinin ise sorulmaması gerektiği düşüncesini savundukları saptanmıştır. Ölmek istediği yerin sorulmasının gerektiğini düşünen hemşirelerin “ölmek istedikleri yere karar verme hastaların hakkı”( %64.3); “son isteği olabilir” (% 15.8); ve “evde ölmeyi isteyebilir” (%19.9) şeklinde görüşlerini belirttikleri saptanmıştır.

Tablo 4.3.9. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Yakınları İçin Ziyaret Saatine İlişkin görüşleri

<b>Hastanın Ziyaret Saatine İlişkin görüşleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sadece ziyaretçi saatlerinde yakınları alınmalıdır	37	12.3
Ziyaret saati sınırlaması olmamalı uygun oldukça son dönemlerinde yakınları ile birlikte olması sağlanmalıdır	263	87.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.9'da hemşirelerin ölmekte olan hasta yakınları için ziyaret saatine ilişkin görüşleri sunulmaktadır. Hemşirelerin % 12.3'ünün hasta yakınlarının ziyaret saatlerinde alınması, %87.7'sinin hastane kurallarının ölmekte olan hasta ve yakınları için geçerli olmamasını ve uygun oldukça son dönemlerinde yakınları ile birlikte olmasının sağlanmasını ifade ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.3.10 Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Ve Yakınlarının Dini İnanış Ve Kültürel Değerlerine Önem Verilmesine İlişkin İfadeleri (n=300)

	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Dini inanış ve kültürel değerlerine önem verilmesi gerektiğine ilişkin görüşleri</b>		
Önem verilmeli	276	92.0
Önem verilmesi gerekmez	24	8.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b>Önerileri</b>		
Hasta ve yakınlarının kültürel ve dini inanışlarına saygı gösterilmeli	114	89
Hastane kuralları doğrultusunda dini uygulamalarını (kuran okunması, zembek suyu içirilmesi gibi) yapabilmelerine izin verilmeli	14	11
<b>Toplam</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.10'de hemşirelerin ölmekte olan hasta ve yakınlarının dini inanış ve kültürel değerlerine önem verilmesine ilişkin ifadeleri sunulmaktadır. Hemşirelerin %92'si ölmekte olan hasta ve yakınlarının dini inanış ve kültürel değerlerine önem verilmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerden kültürel ve dini inanışlara değer verilmesine yönelik yapılması gereken uygulamalar incelendiğinde “hasta ve yakınlarının kültürel değer ve dini inanışlarına saygı gösterilmeli” (%89) “hasta kuralları ölçüsünde dini uygulamalarına izin verilmeli”( %11) ifadeleri saptanmıştır.

Tablo 4.3.11. Ölmekte Olan Hastaya Fiziksel Bakımını Verme ve Hastaya Dokunmada Güçlük Yaşama Durumu

	N	%
<b>Hastaya fiziksel bakım verme ve dokunmada güçlük yaşama durumu</b>		
Güçlük yaşayan	45	15.0
Yaşamayan	255	85.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3.11'de hemşirelerin ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını verme ve hastaya dokunmada güçlük yaşama durumu yer almaktadır. Hemşirelerin %85 'inin ölmekte olan hastaya dokunmada ve bakım vermede zorluk yaşamadıkları saptanmıştır.



#### 4.4 Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Deneyimlerini Etkileyen Faktörler

Tablo 4.4.1 Hemşirelerin eğitim düzeyine göre yaşam sonu bakım hakkında bilgi durumu

Eğitim Düzeyi	Yaşam sonu bakım hakkında bilgi alma durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık Meslek Lisesi	24	61.5	15	38.5	39	100
Önlisans	40	90.9	4	9.1	44	100
Lisans	191	88.0	26	12.0	217	100
<b>Toplam</b>	255	85.0	45	15.0	300	100

$X^2:18.8$   $p: < 0.05$

Tablo.4.4.1'de hemşirelerin eğitim düzeyine ile yaşam sonu bakım hakkındaki bilgi alma durumu sunulmaktadır. Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %61.5'i, Önlisans mezunu olanların %90.9'u ve Lisans mezunu hemşirelerin ise %88'i yaşam sonu bakım hakkında bilgilerini olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyine ile yaşam sonu bakım konusuna ilişkin bilgi durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2:18.8$ ,  $p < 0.05$ ).

Tablo 4.4.2 Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ve Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Bilgisinin Yeterlilik Durumu

Eğitim düzeyi	Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin bilgisini yeterli bulma durumu						Toplam	
	Evet		Kısmen		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Meslek Lisesi	5	12.8	24	61.5	10	25.6	39	100
Önlisans	12	27.3	26	59.1	6	13.6	44	100
Lisans	49	22.6	127	58.5	41	18.9	217	100
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>22.0</b>	<b>177</b>	<b>59.0</b>	<b>57</b>	<b>19.0</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b><math>\chi^2:3.707</math> <math>p: &lt; 0.05</math></b>								

Tablo4.4.2'de hemşirelerin eğitim düzeyi ile ölmekte olan bireyin bakımında bilgisinin yeterlilik durumuna bakılmıştır. Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %12.8'inin, Önlisans mezunlarının %27.3'ünün ve Lisans mezunlarının ise %22.6'sının aldıkları eğitimin yeterli olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2:3.707$ ,  $p: < 0.05$ )

Tablo 4.4.3 Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeyi İsteme Durumları

Meslekte çalışma yılı	Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-1 yıl	34	50.7	33	49.3	67	100
2-5 yıl	35	31.0	78	69.0	113	100
6-10 yıl	28	50.9	27	49.1	55	100
11 yıl ve üzeri	16	24.6	49	75.4	65	100
<b>Toplam</b>	<b>113</b>	<b>37.7</b>	<b>187</b>	<b>62.3</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

$\chi^2: 15.862, p < 0.05$

Tablo 4.4.3'de hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumlarının dağılımı sunulmaktadır. Meslekte 0-1 yıl arasında çalışanların %50.7'sinin, 2-5 yıl arasında çalışanların %31'inin, 6-10 yıl çalışanların %50.9'unun ve 11 yıl ve üzerinde çalışma yılı olanların %24.6'sinin ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istedikleri saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2: 15.862, p < 0.05$ ).

Tablo 4.4.4 Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumları

Meslekte çalışma yılı	Ölmekte olan hastaya bakım verme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
0-1 yıl	45	68.2	22	31.8	67	100
2-5 yıl	101	89.4	12	10.6	113	100
6-10 yıl	47	85.5	8	14.5	55	100
11 yıl ve üzeri	57	87.7	8	12.3	65	100
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>83.6</b>	<b>50</b>	<b>16.4</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

$X^2: 15.138, p < 0.05$

Tablo 4.4.4’de hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Meslekte 0-1 yıl arasında çalışanların %68.2’sinin, 2-5 yıl arasında olanların %89.4’ünün; 6-10yıl olanların %85.5’inin ve 11yıl ve üzerinde çalışanların %87.7’sinin ölmekte olan hastaya bakım verdikleri saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2: 15.138, p < 0.05$ ).

Tablo 4.4.5 Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniğe Göre Ölmekte Olan Hasta ve Yakınları İle İletişime Girme Durumlarının Dağılımı

Çalışılan ünite adı	Ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişime girme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Dâhili klinikler	57	79.2	15	20.8	72	100
Dâhili yoğun bakımlar	37	68.5	17	31.5	54	100
Onkoloji klinikleri	32	86.5	5	13.5	37	100
Cerrahi klinikler	53	68.8	24	31.2	77	100
Cerrahi yoğun bakımlar	35	58.3	25	41.7	60	100
<b>Toplam</b>	214	71.3	86	28.7	300	100

**$\chi^2:11.719$   $p: < 0.05$**

Tablo4.4.5’de hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişime girme durumları sunulmaktadır.

Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin %79.2’sinin, Cerrahi Kliniklerinde çalışanların %68.8’inin, Dâhili yoğun bakım ünitelerine çalışanların %68.5’inin, Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışanların %58.3’ünün ve Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin %86.5’ ölmekte olan hasta ve yakını ile iletişime girdikleri saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel analizlerde anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

#### 4.5 Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumları

Tablo 4.5.1. Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Grupları Cronbach Alfa Değerleri ve Madde Ortalamaları

Ölçekteki alt maddeler	$\alpha$	$\bar{X}$	SD
<b>Ölüm korkusu</b>	0.72	<b>4.2</b>	<b>1.1</b>
1.Ölüm şüphesiz acı bir deneyimdir		5.78	1.62
2.Kendi ölme ihtimalim bende endişe yaratır		5.26	1.72
3.Ölümlerle yok oluş beni huzursuz ediyor		3.83	2.11
4.Yoğun bir ölüm korkum var		2.77	1.66
5.Ölümden sonra hayat konusu beni rahatsız eder		3.14	1.78
6.Ölümün her şeyin sonu olacağı anlamına gelmesi gerçeğini bilmek beni korkutur		3.63	1.96
7.Ölümden sonra ne olacağını bilmemenin yarattığı belirsizlik beni kaygılandırıyor		4.65	1.93
<b>Ölümden Kaçınma</b>	0.67	<b>4.0</b>	<b>1.2</b>
1. Ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum		4.07	2.01
2. Ölüm düşüncesi her aklıma geldiğinde kafamdan uzaklaştırmaya çalışırım		3.89	1.91
3. Sürekli ölüm hakkında düşünmemeye çalışırım		4.27	2.02
4.Ölüm hakkında düşünmekten bütünüyle kaçınıyorum		3.54	1.85
5.Ölüm konusuyla ilgilenmemeye çalışırım		4.27	1.75
<b>Tarafsız (Nötr) Kabullenme</b>	0.42	<b>5.5</b>	<b>0.7</b>
1. Ölüm, doğal, inkâr edilemez ve kaçınılamaz bir olay olarak görülmelidir		6.09	1.36
2. Ölüm hayatın doğal bir parçasıdır		6.40	0.98
3. Ne ölümden korkarım ne de onu hoş karşılarım.		4.62	1.76
4. Ölüm, basitçe yaşam sürecinin bir parçasıdır		5.96	1.30
5. Ölüm, ne iyi ne de kötüdür		4.54	1.74
<b>Kabullenmeme</b>	0.80	<b>3.5</b>	<b>1.4</b>
1.Ölüm tüm sıkıntılara son verecektir		3.46	1.95
2.Ölüm, bu berbat dünyadan kaçışı sağlar		3.17	1.89
3.Ölüm, acı ve ızdıraptan kurtuluştur		3.69	1.96
4.Öldükten sonra sevdiğilerimle bir araya gelmeyi bekliyorum		3.66	1.94
5. Ölümü bu hayatın yükünden kurtuluş olarak görürüm		3.61	1.89
<b>Kabul Edici Yaklaşım</b>	0.81	<b>4.8</b>	<b>1.0</b>
1. Öldükten sonra cennette olacağıma inanıyorum		4.18	1.58
2 Ölüm, sonsuz memnuniyet yerinin girişidir		4.31	1.72
3.Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olduğuna inanıyorum		5.68	1.65
4. Ölüm tanrıya kavuşma ve ebedi bir huzurdur		5.68	1.53
5. Ölüm yeni ve harika bir hayatın müjdesini verir		4.63	1.62
6.öldükten sonra sevdiğilerimle bir araya gelmeyi bekliyorum		5.11	1.67
7. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm		5.23	1.72
8. .Ölüm ruha harika bir serbestlik sağlar		4.29	1.65
9. Ölüm ile yüzleşmemde bana rahatlık veren tek şey ölümden sonra hayata olan inancımdır		5.41	1.56
10. Ölümden sonra ne olacağını bilmemenin yarattığı belirsizlik beni kaygılandırıyor		3.25	1.72
<b>Toplam</b>	<b>0.80</b>	<b>142.2</b>	<b>20.99</b>

Tablo 4.5.1’de çalışmaya katılan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum profil ölçeğinin toplam puan ortalaması  $142.2 \pm 20.99$  ve Cronbach’s alpha değeri 0.80 olarak saptanmıştır. Ölçekte yer alan alt grup puan ortalamalarının 3.5 (*kabullenmeme*) ve 5.5 (*tarafsız kabullenme*) arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki maddelerin puan ortalaması incelendiğinde; madde puan ortalamaları 2.77- 6.40 arasında bulunmuştur. Ölüm korkusu alt grubunda yer alan “*Yoğun bir ölüm korkum var*” ifadesi en düşük puan ve ölüm korkusu alt grubunda yer alan “*Ölüm hayatın doğal bir parçasıdır*” en yüksek puan olduğu görülmektedir.

Ölçeğin faktör analizi sonuçları incelendiğinde; ölçeğin faktör yapısının orjinal ölçekteki faktör yapısından farklı olduğu belirlenmiştir. Faktör analizinde ölçeğin yoğunlukla üç faktör grubunda toplandığı saptanmıştır. Bu faktör gruplarının; 1.faktör “kabul edici yaklaşım ve tarafsız kabullenme”, 2. faktör “ölüm korkusu ve ölümden kaçınma”, 3. faktör “kabullenmeme” olduğu belirlenmiştir. Yapılan “madde analizi” sonucunda ölçekteki maddelerin madde yüklerinin 0.52-0.82 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu madde yükleri dikkate alınarak hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 4.5.2 Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) puan ortalamalarının dağılımı (n=300)

Ölçek maddeleri	$\alpha$	$\bar{X}$	SD
1. Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir	0.73	4.28	0.83
2. Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir		3.56	1.19
3. Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım		2.30	1.04
4. Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir		3.39	1.13
5. Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim		3.25	1.19
6. Aileden olmayan bakımvericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.		2.78	1.22
7. Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.		2.95	1.18
8. Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzüldürüm.		2.05	0.91
9. Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.		2.50	1.08
10. Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.		2.43	0.92
11. Bir hasta "ölüyor muyum?" diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.		3.07	1.18
12. Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.		2.13	1.10
13. Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.		3.11	1.25
14. Ölmekte olan bir kişi ile arkadaş olmaktan korkarım		3.18	1.23
15. Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim		3.48	1.08
16. Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.		4.23	0.69
17. Hasta ölümüne yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır		3.45	1.11
18. Aileler, ölmek üzere olan bireylerinin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir		4.28	0.77
19. Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.		3.34	1.30
20. Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır		4.08	0.76
21. Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır		4.34	0.71
22. Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsmalıdır		4.14	0.88
23. Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.		4.18	0.84
24. Asıl karar - vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.		3.91	0.96
25. Ölmekte olan bir birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır		3.96	1.01
26. Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum		2.50	1.21
27. Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.		3.79	0.99
28. Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir		3.12	1.20
29. Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar.		2.37	1.05
30. Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölümüne hazırlanmasına yardım edebilirler.		3.70	0.99
Toplam		99.9	8.7



Tablo 4.5.2’de çalışmaya katılan hemşirelerin Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği puan ortalaması  $99.9 \pm 8.7$  olup, puanların 77 ile 129 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0.73 olarak saptanmıştır.

Ölçekteki maddelerin puan ortalaması incelendiğinde; madde puan ortalamalarının 2.05 ile 4.34 arasında dağılım gösterdiği görülmektedir. Hemşireler ölçekteki “*Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm*” en düşük puan ve “*Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır*” ifadesi yüksek puan olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5.3 Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği Alt Gruplarının Korelasyonu (n=300)

Alt gruplar	Ölüm korkusu	Ölümden Sakınma	Kabullenme	Kabul edici yaklaşım	Kabullenmeme
Ölüm korkusu	-	0.605**	0.006	-0.106	0.190**
Ölümden kaçınma	0.605**	-	0.091	- 0.011	0.171**
Kabullenme	0.006	0.091	-	0.264**	0.124*
Kabul edici yaklaşım	-0.106	-0.011	0.264**	-	0.428**
Kabullenmeme	0.190**	0.171**	0.124*	0.428**	-
FATCOD <sup>a</sup>	-0.181**	-0.223**	0.073	-0.039	-0.111*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

a Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği

Ölüme ilişkin tutum profili alt grupları ve Frommelt ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki tabloda görülmektedir. DAP-R ölçeğinin alt gruplarında Ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve kabullenmeme ile ölmekte olan hastanın bakıma ilişkin tutum ölçeğinden alınan puanların negatif korelasyonda olduğu belirlenmiş olup, ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğunu göstermektedir.

#### 4. 6. Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Tablo 4.6.1 Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeğinin Alt grup Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.6.1’de hemşirelerin demografik özelliklerine göre DAP-R ölçeğinin alt maddelerinin puan ortalamaları sunulmaktadır. Hemşirelerin yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre DAP-R ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark incelenmiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre DAP-R ölçeğinin alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde; DAP-R ölçeğinin tüm gruplarının puan ortalamalarında evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek saptanmış ve ölümden korkma, ölümden kaçınma ve kabul edici yaklaşım gruplarının puan ortalamaları ve arasındaki fark istatistiksel analizde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre DAP-R ölçeğinin alt grupları puan ortalamalarına bakıldığında; ölümden korkma, ölümden kaçınma ve kabul edici yaklaşım grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). 11 yıl ve üzerinde çalışma yılı olanların ölümden korkma ( $4.41\pm 1.1$ ), ölümden kaçınma ( $4.32\pm 1.2$ ) kabullenme( $5.58 \pm 0.5$ ) puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre DAP-R ölçeğinin alt grupları puan ortalamalarına bakıldığında; ölümden kaçınma ve ölümü kabullenme grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Dâhili klinik ve dâhili yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölümden kaçınma ve korkma; onkoloji kliniklerinde çalışanların ölümü kabullenme puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6.1 Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Ölümle İlişkin Tutum Profil Ölçeğinin Alt grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=300)

	Ölümle İlişkin Tutum Profil Ölçeği										
	Ölümden korkma			Ölümden kaçınma		Kabullenme		Kabul edici yaklaşım		Kabullenmeme	
Demografik veriler	N	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p
<b>Yaş</b>											
18–25	113	4.13±1.2	0.181	4.00±1.3	0.416	5.50±0.8	0.596	4.63±1.1	0.142	3.48±1.4	0.787
26–30	114	4.01±1.0		3.92±1.1		5.50±0.7		4.89±0.8		3.48±1.2	
31 ve üzeri	73	4.35±0.9		4.16±1.2		5.60±0.6		4.81±0.9		3.62±1.4	
<b>Cinsiyet</b>											
Kadın	263	4.20±1.1	0.056	3.97±1.2	0.217	5.50±0.7	0.596	4.74±0.9	0.124	3.52±1.4	0.938
Erkek	37	3.82±0.9		4.24±1.0		5.67±0.6		5.01±1.3		3.50±1.4	
<b>Medeni durum</b>											
Evli	124	4.31±1.0	0.040*	4.19±1.2	0.030*	5.55±0.6	0.673	4.94±0.8	0.017*	3.56±1.3	0.666
Bekâr	176	4.04±1.1		3.87±1.2		5.51±0.8		4.66±1.0		3.48±1.4	
<b>Çalışma yılı</b>											
0–1 yıl	67	3.99±1.1	0.122	3.67±1.3	0.007*	5.50±0.8	0.912	4.47±1.1	0.029*	3.42±1.5	0.371
2–5 yıl	113	4.06±1.1		4.13±1.2		5.50±0.7		4.85±0.9		3.56±1.4	
6-10yıl	55	4.23±1.2		3.77±0.9		5.53±0.8		4.97±0.9		3.29±1.3	
11yıl ve üzeri	65	4.41±1.0		4.32±1.2		5.58±0.5		4.78±0.9		3.72±1.4	
<b>Çalışılan klinik</b>											
Dâhili klinikler	72	4.34±1.1	0.207	4.35±1.2	0.002*	5.46±0.8	0.404	4.76±0.9	0.957	3.26±1.3	0.002*
Cerrahi klinikler	54	4.09±1.1		4.04±1.3		2.60±0.7		4.76±0.9		3.50±1.4	
Dâhili yoğun bakım	37	4.28±1.1		4.39±1.1		5.56±0.6		4.87±0.9		4.24±1.2	
Cerrahi yoğun bakım	77	4.16±1.1		3.67±1.2		5.42±0.7		4.72±1.1		3.71±1.3	
Onkoloji klinikleri	60	3.89±1.0		3.75±1.0		5.65±0.8		4.81±0.9		3.14±1.5	

Tablo 4.6.2 Hemşirelerin Demografik Özelliklerine göre FATCOD puan ortalamaları

Demografik özellikleri	Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin Tutum ölçeği (FATCOD)					
	N	$\bar{X}$	SD	Min- max	F	P
<b>Yaş</b>						
18–25	113	100.5	8.2	82–119	0.587	0.556
26–30	114	99.8	8.9	77–129		
31 ve üzeri	73	99.1	9.0	79–128		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	263	101.1	8.7	77–129	0.909	0.341
Erkek	37	98.6	8.7	79–118		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		
<b>Medeni durumu</b>						
Evli	124	98.6	8.9	79–128	4.53	0.034*
Bekâr	176	100.8	8.4	77–129		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		
<b>Çalışma yılı</b>						
0–1 yıl	67	102.0	7.8	82–119	4.916	0.002*
2–5 yıl	113	98.5	8.2	77–118		
6–10 yıl	55	102.4	9.4	84–129		
11 ve üzeri	65	98.1	8.8	79–128		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		
<b>Mezun olduğu okul</b>						
Sağlık meslek lisesi	39	97.4	7.8	84–115	5.49	0.005*
Önlisans	44	97.2	7.5	79–118		
Lisans	217	100.9	8.8	77–129		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		
<b>Çalışılan klinik</b>						
Dâhili klinikler	72	99.5	8.4	85–128	1.015	0.40
Cerrahi klinikler	54	99.7	9.2	83–129		
Dâhili yoğun bakımlar	37	97.8	7.6	84–110		
Cerrahi yoğun bakımlar	77	100.1	9.8	77–118		
Onkoloji klinikleri	60	101.2	7.5	79–124		
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>99.9</b>	<b>8.7</b>	<b>77–129</b>		

\*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Tablo 4.6.2’de hemşirelerin demografik özelliklerine göre FATCOD ölçeği puan ortalamaları sunulmaktadır

FATCOD ölçeği temel alındığında; hemşirelerin yaş grubu, cinsiyet ve çalışılan klinik gruplarının arasındaki ortalama puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre FATCOD leği puan ortalamaları incelendiğinde; evli olanların ortalaması 98.6, bekâr olan hemşirelerin ortalaması 100.8 olarak saptanmış ve FATCOD puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin alışma yılı ortalamalarına göre FATCOD leği puan ortalamaları incelendiğinde; meslekte çalışma yılı gruplarının ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu anlamlılık 0-1yıl ile 6–10 yıl grup ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin mezun oldukları okulların ortalamalarına ile FATCOD leği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p< 0.05$ ). Lisans mezunlarının puan ortalaması ( 100.9) nlisans ve Sağlık Meslek Lisesi mezunlarından daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6.3 Hemşirelerin cinsiyetlerine göre FATCOD ve DAP-R ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları ( n=79)

	N	$\bar{X}$	SD	Min- max	F	P
<b>FATCOD<sup>a</sup></b>						
Kadın	42	100.4	7.1	82–117	0.93	0.337
Erkek	37	98.6	8.7	79–118		
<b>Ölümden korkma</b>						
Kadın	42	4.2	1.2	1.0–7.0	2.22	0.140
Erkek	37	3.8	0.9	1.2--6.0		
<b>Ölümden kaçınma</b>						
Kadın	42	3.9	1.3	1.0–7.0	1.20	0.276
Erkek	37	4.2	1.0	1.8–5.8		
<b>Ölümü kabullenme</b>						
Kadın	42	5.7	0.7	3.6–7.0	0.70	0.791
Erkek	37	5.6	0.6	4.0–6.8		
<b>Kabul edici yaklaşım</b>						
Kadın	42	4.7	1.0	2.0–7.0	1.32	0.254
Erkek	37	5.0	1.0	1.2–6.4		
<b>Kabullenmeme</b>						
Kadın	42	3.2	1.5	1.0–7.0	0.468	0.496
Erkek	37	3.5	1.4	1.0–7.0		

*a Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği*

Örneklemede erkek hemşirelerin sayısının az olması nedeniyle örneklemedeki bayan grubunda rastgele örnek seçilmiş ve sayılar denkleştirilerek elde edilen dağılımda; hemşirelerin cinsiyetlerine göre FATCOD ölçeği ve DAP-R ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları tablo 4.6.3'de sunulmuştur.

Örneklemede kadın hemşirelerin ölüm korkusu alt grup puan ortalamaları ( $\bar{X}=4.2\pm 1.2$ ) ve FATCOD puan ortalamaları ( $\bar{X}=100.4\pm 7.1$ ) erkeklerden yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca DAP-R ölçeğinin diğer alt grupları ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.6.4 Hemşirelerin Dini İnançlarına Göre FATCOD Ölçeği Puan Ortalamaları (n=300)

	N	$\bar{X}$	SD	Min- max	F	P
<b>Dini inanç</b>						
Zayıf	3	111.6	12.5	100–125	2.4	0.067
Orta	92	99.0	8.5	77–129		
Güçlü	157	99.9	8.8	78–128		
Çok güçlü	48	100.9	8.9	77–118		
<b>İnançlı olmam</b>						
Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu:						
Çok etkiler	135	99.6	9.7	78–129	5.3	0.005*
Az etkiler	86	98.1	7.1	77–113		
Etkilemez	79	102.4	7.7	85–125		
<b>İnançlı olmamam</b>						
Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu:						
Çok etkiler	92	99.6	10.4	78-129	4.0	0.018*
Az etkiler	78	97.9	7.2	77-118		
Etkilemez	130	101.3	7.9	84-125		

*FATCOD; Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği*

Tablo 4.6.4'de Hemşirelerin dini inançlarına göre FATCOD ölçeği puan ortalamaları verilmektedir.

Hemşirelerin dini inancına göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dini inancı zayıf olan grubun puan ortalaması ( $\bar{X}=111.6\pm 12.5$ ) diğerlerinden daha yüksektir.

Ölmekte olan hastaya karşı dini inanç durumunun hastaya karşı tutumunu etkileme / etkilememe ile FATCOD ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

FATCOD puan ortalamaları ve hemşirelerin inançlı olmam hastaya karşı tutumunu etkiler grup ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır( $p < 0.05$ ). “Dini inancım ölmekte olan hastaya karşı tutumumu çok etkiler / etkilemez “diyenlerin grup ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6.5 Hemşirelerin Dini İnançlarına Göre DAP-R ve FATCOD Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölüme İlişkin Tutum Profili Alt Grupları	Zayıf-orta $\bar{X} \pm SD$	Güçlü /çok güçlü	F	P
Ölüm korkusu	4.4 $\pm$ 1.0	4.0 $\pm$ 1.1	6.93	0.009*
Ölümden kaçınma	4.2 $\pm$ 1.3	3.9 $\pm$ 1.2	4.15	0.042*
Kabullenme	5.5 $\pm$ 0.7	5.5 $\pm$ 0.8	0.51	0.474
Kabul edici yaklaşım	4.3 $\pm$ 1.0	4.9 $\pm$ 0.8	29.9	0.000*
Kabullenmeme	3.4 $\pm$ 1.3	3.5 $\pm$ 1.4	0.89	0.345
FATCOD <sup>a</sup>	99.4 $\pm$ 8.8	100.1 $\pm$ 8.6	0.49	0.481

Tablo 4.6.5’de hemşirelerin dini inançlarına göre DAP-R ölçeği ve FATCOD ölçeği puan ortalamaları sunulmaktadır.

Dini inancı zayıf/ orta olanların “Ölüm korkusu” grup ortalamasının 4.4  $\pm$ 1.0, güçlü/çok güçlü olanların 4.0 $\pm$ 1.1; “ölümden kaçınma” zayıf/orta 3.7 $\pm$ 1.32, güçlü/çok güçlü 4.1 $\pm$ 1.21; bulunmuştur ve hemşirelerin dini inanç durumuna göre “ölüm korkusu”, “ölümden kaçınma ” ve “kabul edici yaklaşım” grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).



Tablo 4.6.6 FATCOD ve DAP-R Ölçekleri ile Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Korelasyonu (n= 300)

	Yaş	Eğitim Düzeyi	Medeni Durum	Meslekte çalışma Yılı	Dini inancı
<b>FATCOD<sup>a</sup></b>	0.104	0.171**	0.122*	-0.087	0.035
<b>DAP-R</b> Ölüme ilişkin tutum profili ölçeğinin alt grupları					
<b>Ölüm korkusu</b>	0.064	0.073	-0.119*	0.136*	-0.085
<b>Ölümden kaçınma</b>	0.044	-0.017	-0.125*	0.128*	-0.028
<b>Tarafsız Kabullenme</b>	0.049	0.059	-0.024	0.040	0.011
<b>Kabul edici yaklaşım</b>	0.078	-0.143*	- 0.138*	0.102	0.310**
<b>Kabullenmeme</b>	0.034	-0.119*	-0.025	0.045	0.087

\* $p < 0.05$  ( 2 -tailed)

*a Frommelt Ölmekte olan Bireye bakım vermeye İlişkin Tutum Ölçeği*

Tablo 4.6.6 da hemşirelerin demografik özellikleri ile FATCOD ölçeği ve DAP-R ölçeği arasındaki ilişki sunulmaktadır. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile FATCOD ölçeği arasında %17 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

DAP-R ölçeğinin alt maddeleri ile hemşirelerin demografik özellikleri arasındaki korelasyon incelendiğinde; ölüm korkusu ve ölüm kaçınma ile medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, meslekte çalışma yılı ile pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kabul edici yaklaşım ile eğitim düzeyi ve medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, dini inanç durumu arasında ise pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Erişkin klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm hakkındaki düşüncelerini, ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutum ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $28\pm 4.9$  çoğunluğu kadın, (%87.7), bekâr (%57.4), lisans mezunu (%70) ve meslekte çalışma süresi ortalaması 6 yıl olduğu belirlenmiştir. Örnekleimde yer alan erkek hemşirelerin sayısı azdır. Bu durum oldukça genç ve bekâr bir grup üzerinde araştırma yaptığımız sonucuna götürmektedir (Tablo 1).

Hemşirelerin çoğunluğu (%68) dini inançlarının güçlü ve çok güçlü olduğunu belirtmiştir. Yarisına yakını (%45) inançlı olmanın ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumunu çok etkidiğini hemşirelerin %43.3'ü inançlı olmamanın ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumunu etkilemediğini ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 1.2). Konu ile ilgili çalışmalarda dini inancın ve inançlı olmanın ölüme ve ölmekte olan bireye bakımı etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Dunn ve ark, 2005; Eues 2007; Iranmanesh ve ark, 2008).

### **Hemşirelerin Ölüme İlişkin Bilgi Durumları ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Deneyimleri**

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%80) yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını ve bilgi kaynaklarına bakıldığında çoğunluğu (% 42.9) lisans eğitimi sırasında ve hizmet içi eğitim programları (%24.9) şeklinde sıralandığı saptanmıştır. Literatürde lisans eğitimi sırasında verilen eğitimin hemşireleri ölmekte olan hastaya bakıma hazırlamada yeterli olmadığı; meslek yaşantısında hizmet içi eğitim/ sürekli eğitim programları ile desteklenmesi

gerektiği vurgulanmaktadır (Karen ve ark,2005, Karahisar; 2006, Shih ve ark. 2006). Levy ve arkadaşları (2005) yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakımı geliştirmek için sürekli hizmet içi eğitim programlarının gerekli olduğunu belirtmiştir. Akın (1996)'ın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada; hemşirelerin %74.5'i eğitimleri sırasında kendilerine verilen ölüme ilişkin eğitimi yetersiz bulduklarını, %58.6'sı ise terminal dönemdeki hastaya fiziksel ve psikolojik bakım verme konusunda eğitime gereksinimleri olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir. Ülkemizde öğrenci hemşireler ile yapılan başka bir çalışmada hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma verilen önemin hasta bakımını etkileyip/etkilemeyeceği sorulduğunda öğrencilerin %60'ının "oldukça etkileyeceği" görüşünü paylaştıkları ve yaşam sonu bakım konusuna eğitim müfredatında daha fazla önem verilmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Koç ve Sağlam, 2008). Karahisar (2006) yaptığı çalışmada (n=55) hemşirelerin çoğunluğunun (% 70.9) ölüme ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir.

Enes ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada hemşireler, yaşam sonu bakım ve ölüm kalitesini geliştirmeye yönelik semptom kontrolü, hasta ve yakınları ile iletişim konularında verilen eğitimin artırılmasını istediklerini belirtmişlerdir. Becstrand ve arkadaşları (2006), hemşirelerin yaşam sonu bakımı geliştirmeye yönelik ağrı ve diğer semptomların kontrolünün sağlanması, hasta ve hasta yakınları ile iletişimin geliştirilmesi, yaşam sonu bakım konusunda eğitimin artırılması, hastanın yaşamının sonunda isteklerine değer verilmesi gerektiğini ifade ettiklerini belirtmiştir.

### **Hemşirelerin Ölüm Ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Görüş Ve Uygulamaları**

Hemşirelerin ölümün anlamına ilişkin tanımlamalarının çoğunlukla "yaşam fonksiyonlarının sona ermesi" (% 31.3); "yok olmak" (% 13); "bir yaşamdan yeni bir yaşama geçmek" (% 9.3); "yeni bir başlangıç" ve "sonsuzluk" (%8.3) şeklinde saptanmıştır. İnci (2008) ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin

kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisini ölçmek amaçlı yaptığı bir çalışmada (n=45) hemşirelerin ölümün tanımını; “yaşamın sona ermesi” (%33.3); “ayrılık”(26.7); “yok olmak” (%24.4); “yeni bir yaşamın başlangıcı”(15.6) olarak tanımladıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %49.1’ inin ve hekimlerin %25.8’inin ölümün anlamını tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak tanımladığı, hemşirelerin %65.5’inin ve hekimlerin %74.2’sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri, hemşirelerin %70.9’unun ve hekimlerin %48.2’sinin ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları belirtilmiştir (Karahisar, 2006).

Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından çoğu (% 56.3) bakım verdikleri bireyin öleceğini bilmesini; bu bilgiyi % 48.8’i doktor ve hemşire birlikte, %43.8’i sadece doktorunun vermesinin uygun olacağını ifade ettikleri saptanmıştır. Tatar (1988) yılında yaptığı çalışmasında (n=30) hemşirelerin çoğunluğunun (%67) ölmekte olan hasta ve yakınlarına ölüme ilişkin bilgiyi doktor ve hemşire birlikte vermesinin uygun olacağını ifade ettiklerini belirtmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada hemşirelerin %87.3’ünün bakımını üstlendiği hastanın öleceğini bilmemesini tercih ettiklerini belirtilmiştir (Akın, 1996)

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu yakın çevresinde (%89) ve çalıştıkları klinikte (%83.3) ölüm olgusu ile karşılaştıklarını; ölüm olgusu ile ilk karşılaştıklarında yaşadıkları duyguları “doğal karşıladım ve hayatın bir gerçeği olduğunu düşündüm” (%33.3); “acılarının sona erdiğini düşündüm” (%27); “ağladım ve çok üzüldüm” % (18.7); “korktum” (17.3) şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.5). Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada (n=43), hemşirelerin çoğunluğunun meslek hayatında ölümle ilk karşılaşmada üzüntü ve %21.2’sinin çaresizlik hissettikleri belirtilmiştir (Ünsal, 2008). Tatar (1988) koroner yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmasında (n=30) hemşirelerin yarısının ölümle ilk karşılaştıklarında yoğun üzüntü yaşadıklarını, %20’sinin çaresizlik ve %13’ünün başarısızlık hissettiklerini belirtmiştir.

Çalışmamızda ölmekte olan hastaya bakım verenlerin keder (%37.5) ve çaresizlik (% 34) yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Öztunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003) hemşirelerin terminal dönemdeki hasta ile çalışırken, %41.7'si hemen her zaman hayal kırıklığı, %32.3'ü de depresyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada da, hemşirelerin yarından fazlasının ölüm karşısında duyguları ile başa çıkmada yetersizlik hissettikleri belirtilmiştir (Karahisar, 2006).

Çalışmamızda hemşirelerin % 62.3'ü ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir. Ölmekte olan bireye bakım vermek istememe nedenini "çaresizlik ve üzüntü hissi" (% 53.2); "çok yıpratıcı ve yorucu"(% 23.4); "tüm çabalara rağmen hep aynı sonun olması" (%14.2) şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3.4). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %34.5'i ölümcül hastaya bakım vermek istemediklerini, %70.9'u ölüm ve ölümcül hastaya bakımla ilgili aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir (Karahisar; 2006)

Çalışmamızda ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin % 43.4' ünün ölümün doğal olduğunu düşünme, % 24.9'unun dua etme,% 16.9'unun arkadaşları ile konuşma,%11.6'sının ailesi ile konuşma gibi başetme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Iranmanesh ve arkadaşlarının (2008) hemşirelerin ölüm sürecinde ve ölmekte olan hastaların bakımında kendilerini nasıl hazırladıklarını ve kullandıkları başetme yöntemlerini içeren bir çalışmada (n=18); hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastasına karşı karışık duygular hissettiğini ve mesleklerinde yeni olan hemşirelerin hastaları öldükleri zaman günlerce acı ve üzüntü yaşadıklarını belirtmiştir. Ancak deneyimli hemşirelerin ölüme daha profesyonel yaklaştıkları ve ölüm sürecinde hasta ve ailelerinin ağrı ve acılarını hafifletmenin ölüm sonrasında kendilerini daha da

rahatlattığını ve onlara huzurlu ölümü sağlayınca kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade ettiklerini belirtmişlerdir (Iranmanesh ve ark, 2008).

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%81.7) ölüm kavramını hastası ile rahat konuşamadıklarını ve nedenini ise “hastasının korkmasını istememe” (% 43.6) ve “konuşulması çok zor bir konu olduğunu düşünme” (% 26) olarak belirtmişlerdir. Ancak hemşirelerin %71.3’ü hasta ve hasta yakınları ile iletişime girdiklerini, iletişime giremeyenlerin yarısı “hastası ile ölüm hakkında ne/ nasıl konuşacaklarını bilememeyi” neden olarak belirtmişlerdir. Çalışmalarda hemşirelerin ölmekte olan hastası ile ölüm kavramını konuşamama ve iletişim güçlükleri yaşadıkları belirtilmektedir ( Shih ve ark, 2006; Beckstrand ve ark,2006; Eues, 2007). Bir çalışmada; ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların kızgınlık, anksiyete ve endişelerini konuşmada zorluk yaşadıkları ve ölmekte olan hasta ile nasıl konuşmaları konusunda kendilerini güvensiz hissettikleri saptanmış ve terminal evredeki hasta ve hemşire arasında iletişim güçlüklerinin azaltılması sonucunda hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımında daha olumlu tutumlar geliştirdikleri belirtilmiştir (Sasara ve ark, 2003). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Akın (1996), hemşirelerin %43.6’sının terminal dönemdeki hasta ile ölüm hakkında konuşmaktan çekindiklerini; Öztunç (2003) ise hemşirelerin yarıdan fazlası öleceği kendisine söylenmiş olan hastalar ile çalışmanın zor olduğunu ve %44.8’inin terminal dönemdeki hastası ölümden söz ederse rahatsızlık hissettiklerini ifade ettiklerini belirtmiştir.

Hemşirelerin yarıdan fazlası (% 66.3) ölmekte olan hasta ve yakınlarına ölmek istediği yerin sorulması gerektiğini ve nedenini ise “ölmek istedikleri yere karar verme hastaların hakkı” (%64.3) şeklinde açıkladıkları saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğu hastane kurallarının ölmekte olan hasta ve yakınları için geçerli olmamasını ve uygun oldukça son dönemlerinde yakınları ile birlikte olmasının sağlanmasını ifade ettikleri saptanmıştır.

Japonya’ da kanserli hastaların bakımında iyi ölümü değerlendirmek için yapılan diğer bir çalışmada tanısını bilen ileri evre kanser hasta ve yakınları ile 2 yıldan daha uzun süre kanser kliniklerinde çalışan hemşire ve doktorları kapsayan niteliksel bir çalışmada “ağrı ya da fiziksel/psikolojik semptomlardan kurtulmuş olma”; “aile ilişkilerinin iyi olması”; “ölümünün istediği yerde olması”; “sağlık personeli ile iyi ilişki içinde olma”; “başkalarına yük olmama”, “tedavisini tartışabileceği sakin ve güvenilir bir doktorunun olmasını” istediklerini belirtmişlerdir (Hirai ve ark, 2006). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu iyi ölümü sağlamak için gerekli uygulamaları “hastalara ölmek istediği yerin mutlaka sorulmasının gerekli olduğu”; “hastane kurallarının ölmekte olan hasta ve yakınları için geçerli olmamasını ve uygun oldukça son dönemlerinde yakınları ile birlikte olmasının sağlanması” ve “hasta ve yakınlarının kültürel değer ve dini inanışlarına saygı gösterilmesi” gibi ifadelerle belirtmişlerdir.

### **Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Deneyimlerini Etkileyen Faktörler**

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile yaşam sonu bakıma yönelik bilgi alma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, Önlisans ve Lisans mezunlarının daha fazla bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin ölüm deneyimi ve ölüm konusunda bilgisinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (Dunn ve ark.2005). Bizim çalışmamızda da Önlisans ve Lisans mezunu hemşirelerin yarıdan fazlasının ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu saptanmıştır.(Tablo 4.2).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre ölmekte olan hastaya bakım vermeyi durumlarına bakıldığında; meslekte çalışma yılı arttıkça ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarında arttığı görülmektedir. Meslekte çalışma yılı 0-1 yıl arasında olanların yarıdan fazlası ( %68.2) , çalışma yılı 2-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üzerinde olanlarının çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimlerinin olduğu saptanmıştır. Ancak bakım vermeyi isteme

durumları sorulduğunda meslekte çalışma yılı artıkça bakım vermeyi isteme durumu azalmaktadır (Tablo 4.3-4).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre ölmekte olan hasta ve yakınları ile iletişime girme durumları incelendiğinde onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin (%86.5) diğer kliniklerde çalışanlara göre daha fazla iletişime girdiği dikkati çekmektedir. Bu sonuç bizi ölmekte olan hastalarla sürekli çalışan hemşirelerin daha fazla iletişime girdikleri sonucuna götürebilir.

Ülkemizde “Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamaları” nı belirlemek amacıyla (n=100) yapılan çalışmada; hemşirelerin %42’sinin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını yetersiz bulduklarını, bu durumun nedenlerini hemşire sayısının yetersizliği ve yoğun bakım ünitelerinin huzurlu bir ölüm için uygun ortam olmadığı şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %43.9’ unun yaşam sonu bakımı geliştirmeye yönelik; hemşirelerin hasta yakınlarıyla yeterli ilişki kurması ve daha fazla zaman geçirmesi gibi önerilerde buldukları belirtilmiştir (Özdemir, 2007).

#### **4.5 Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumları**

Çalışmaya katılan hemşirelerin DAP-R ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının en düşük 3.5 (*kabullenmeme*) ve en yüksek 5.5 (*tarafsız kabullenme*) olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızda hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt grup puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; *kabul edici yaklaşım ve kabullenmeme* alt grup puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve tarafsız (nötr) kabullenme alt grup puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir (Rooda ve ark, 1999; Dunn ve ark, 2005; Lange ve ark, 2008).



FATCOD ölçeğinden elde edilen puan toplamlarının ortalaması  $99.9 \pm 8.7$  olup, puanların 77 ile 129 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde Rooda ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ( $n=403$ )  $125.9 \pm 11$ ; Dunn ve ark (2005) çalışmasında ( $n=58$ )  $130 \pm 12.7$ ; Lange ve ark, (2008) çalışmasında ( $n=355$ ) 129; Miashita ve arkadaşlarının (2009) Japonya da yaptığı çalışmada ise ( $n=178$ ) 112.3 olduğu ve çalışmamızda hemşirelerin FATCOD ölçeğinden elde edilen puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az pozitif olduğunu göstermektedir.

DAP-R ölçeğinin alt grupları ve FATCOD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve kabullenme ile ölmekte olan hastanın bakıma ilişkin tutum ölçeğinden alınan puanların negatif korelasyonda olduğu belirlenmiş olup, ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada; FATCOD ölçeği ile Ölüm korkusu arasında negatif bir ilişkinin olduğu ( $r=-0.34, p<0.001$ ), ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölüm korkusu az olan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha az pozitif tutum sergiledikleri, FATCOD ile ölümlü kabullenme arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Rooda ve ark.1999). (Tablo5.6).

### **Ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler**

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre DAP-R ölçeğinin alt maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde; medeni durum, çalışma yılı ve çalıştıkları kliniklere göre DAP-R ölçeğinin alt grupları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olduğu saptanmıştır. Ancak hemşirelerin yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre DAP-R ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmalarda cinsiyetin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir. Rooda ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada (n=403) DAP-R ölçeğinin alt grubunda olan ölümü kabullenme alt grup puan ortalamasını erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ancak literatürler cinsiyetin ölmekte olan hastaya bakım etkilemediğini göstermektedir (Frommelt, 2003, Rooda,1999,). Çalışmamızda erkek hemşirelerin sayısının az olması nedeniyle cinsiyete göre DAP-R ölçeği ve FATCOD ölçeğinden elde edilen puan ortalamasını karşılaştırmak için örneklemden bayan grubundan rastgele örnek seçilerek sayılar eşitlenerek yapılan analizde cinsiyete bakıldığında; DAP-R ölçeği ve FATCOD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Meslekte çalışma yılı 6–10 ve 10 yılın üzerinde olanların DAP-R ölçeğinin alt gruplarından “ölümden korkma”, “ölümden kaçınma”, ve “kabullenme” puan ortalamaları 0-1yıl ve 2–5 yıl olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışma yılları ile “ölümden kaçınma” ve “kabul edici yaklaşım” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.6.1). Lange ve arkadaşlarının ( 2008) 403 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmalarında meslekte çalışma yılı 11 ve üzeri olanların DAP-R ölçeğinin alt grubu olan “ölümden kaçınma” alt grup puanının, çalışma yılı 5–10 yıl arasında olanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamız da benzer şekilde çalışma yılı fazla olanların “ölümden kaçınma” alt grup ortalama puanı daha yüksektir.

Dâhili klinik ve dâhili yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin DAP-R ölçeğinin alt grupları olan “ölümden kaçınma” ve “ölüm korkusu”; onkoloji kliniklerinde çalışanların “ölümü kabullenme” puan ortalamaları ve Onkoloji kliniği ve Cerrahi yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin FATCOD ölçeği puan ortalamaları diğer kliniklerden daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin dini inancı güçlü olanların; ölüme ilişkin tutum profil alt grubunda yer alan “ölüm korkusu” ve “ölümden kaçınma” puan ortalamasının ( $\bar{X}=4.4 \pm 1.0$ ;  $4.2 \pm 1.3$ ) zayıf olanlardan daha yüksek olduğu ( $\bar{X}=4.0 \pm 1.1$ ;  $3.9 \pm 1.2$ ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Dini inancı güçlü olanların kabul edici yaklaşım puan ortalamasının ( $\bar{X}=4.9 \pm 0.8$ ) zayıf olanlarda daha yüksek olduğu ( $\bar{X}=4.3 \pm 1.0$ ) bulunmuş ve istatistiksel analizde de anlamlı saptanmıştır. Hemşirelerin dini inancı ile “kabul edici yaklaşım” korelasyonuna bakıldığında; “kabul edici yaklaşım” ile hemşirelerin dini inanç durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6.5-Tablo 6.6). Dini inancının güçlü olduğunu ifade eden hemşirelerin ölümü daha kolay kabullendikleri söylenebilir. Çalışmalarda dini inanç, tanrı ve ölüm sonrası yaşam inancının hemşire, doktor ve genel popülasyonda ölüm ve ölmeye ilişkin daha pozitif tutumla ilişkilendirildiği görülmektedir. Alvarado ve ark.(1995) güçlü dini inanış ve yaşam sonrası dünyaya (ahrete) inanmanın daha az ölüm endişesi ve ölüm anksiyetesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Fehring ve ark (1997) 100 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada, manevi mutluluk ve dini inanışları güçlü olanların, dini inanışları ve spiritüel durumları daha zayıf olanlara göre daha az olumsuz tutumlar sergilediklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda FATCOD ölçeği maddeleri ile hemşirelerin yaş ve dini inancı arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile FATCOD arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin demografik özellikleri ile DAP-R ölçeği alt gruplarının korelasyonuna göre; “ölüm korkusu” ve “ölüm kaçınma” ile medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, meslekte çalışma yılı ile pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. “Kabul edici yaklaşım” ile eğitim düzeyi ve medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, dini inanç durumu arasında ise pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Rooda ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları benzer bir çalışmada, hemşirelerin ölüm korkusu ile yaş ve mesleki deneyimi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Ankara Başkent Hastanesi, Gazi Hastanesi ve Numune Hastanesinin erişkin yataklı kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölüme ve ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Hemşireler ölümün anlamını “yaşam fonksiyonlarının sona ermesi” (% 31.3); “yok olmak” (% 13); olarak tanımlamışlardır.(Tablo 4.3.1).
2. Hemşirelerin yarından fazlasının bakım verdikleri hastasının öleceğini bilmesini ve bu bilgiyi çoğunluğu “doktor ve hemşire birlikte” ve %43.8’ü “sadece doktorunun vermesinin” uygun olacağını ifade ettikleri belirlenmiştir.(Tablo 4.3.2).
3. Hemşirelerin çoğunluğu yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını ve bilgi kaynaklarına bakıldığında lisans eğitimi (%42.9) sırasında, hizmet içi eğitim programları (%24.8), kitap ve dergiler (%14.9) şeklinde sıralandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu yaşam sonu bakıma ilişkin edindikleri bilgileri yeterli bulduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.(Tablo 4.2.1–3).
4. Hemşirelerin DAP-R ölçeğinin toplam puan ortalaması  $142.2 \pm 20.99$  ve Cronbach’s alpha değeri 0.80; FATCOD ölçeği puan ortalaması  $99.9 \pm 8.7$  olup, puanların 77 ile 129 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiş ve ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0.73 olarak saptanmıştır ( Tablo 4.5.1-2).
5. Ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.3).

6. Hemşirelerin medeni durum, çalışma yılı ve çalıştıkları kliniklere göre DAP-R ölçeğinin alt grupları puan ortalamaları ile “ölümden korkma”, “ölümden kaçınma” ve “kabul edici yaklaşım” gruplarının puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.6.1).
7. Hemşirelerin medeni durumu, eğitim durumu ve meslekte çalışma yılına göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; bekar, lisans mezunu ve meslekte çalışma yılı 6-10 yıl olanların FATCOD puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). (Tablo 4.6.2)
8. Hemşirelerin dini inançlarının ölmekte olan hastaya karşı tutumunu etkileme ve etkilememe durumuna göre FATCOD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup; hemşirelerin dini inancının ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumunu etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.6.4).
9. Hemşirelerin dini inancı zayıf/ orta olanların “ölüm korkusu”, “ölümden kaçınma” davranışı dini inancı güçlü/ çok güçlü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Dini inancı güçlü/ çok güçlü olan hemşirelerin “kabul edici yaklaşım” ve “ölümü kabullenme” puan ortalamaları daha yüksektir. (Tablo 4.6.4).
10. Hemşirelerin “ölüm korkusu” ve “ölümden kaçınma” puan ortalamaları ile medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, meslekte çalışma yılı ile pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. “Kabul edici yaklaşım” ile eğitim düzeyi ve medeni durum arasında negatif yönde bir ilişki varken, dini inanç durumu arasında ise pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6.5).

11. Hemşirelerin çoğunluğu ölmekte olan hastaya bakım verdiğini, üçte birinin çalıştıkları klinikte sürekli terminal önem hastasının yattığını ve bakım verirken sıklıkla keder ve çaresizlik yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin “ölümün doğal olduğunu düşünme”, “dua etme” ve “arkadaşları ile konuşma” gibi başetme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

## 6.2.Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerle ilişkin yöneticilerin farkında olması
- Yaşam sonu bakım konusuna, hizmet içi eğitim konuları içinde sürekliliği ve güncelliğini sağlanarak yer verilmesi,
- Hemşirelerin farkında olarak ya da olmayarak ölmekte olan hastalara sergiledikleri pozitif ya da negatif tutumlarının farkındalığını sağlayacak eğitim programlarının sağlanması ve bu konuda başka çalışmaların da yapılması
- Onkoloji veya ölmekte olan hastaların yattığı kliniklerde çalışan hemşirelerle belli aralıklarla yaşadıkları duyguların konuşulması ve başetme yöntemleri konusunda eğitim verilmesi / destek kaynaklarının oluşturulması
- Çalışmamızda hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istememe durumunun yüksek olması sonucuna dayanarak bunun nedenlerine ilişkin kalitatif çalışma yapılması
- Ölmekte olan hastalarla çalışan hemşirelerin “ölmekte olan hasta ve yakını ile iletişim” konusunda becerilerinin artırılmasına yönelik sürekli

eğitim programlarının dñzenlenmesi ve bu konuda gñzleme dayalı araştırmaların yapılması

- Çalışmamızda geçerliliğini yaptığımız “lñme Karşı Tutum leđi” nin bireylerin lñm ùzerine sorgulamaları ve lñme karşı tutumlarının analiz edilmesinde kullanılması
- Ve “Frommelt lmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum leğinin” kullanımının ileri çalışmalarla değerlendirilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. AKBAYRAK, N. (1998). Ölümü yaklaşan hasta ve bakımı, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed. N, Akdemir, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, s:24–30
2. AKIN, B. (1996). Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
3. ALI, N., KHALIL, H., YOUSEF, W. (1993) A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs. *Cancer Nursing* 16(3): 193–203
4. ALVARADO, K.A., TEMPLER, D.I., BRESLER, C., THOMAS-DOBSON, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 51(2): 202–204
5. BECKSTRAND, R., CALLISTER, C., KIRCHHOFF, K.D (2006). Providing a “Good Death”: Critical Care Nursing’ Suggestions for Improving End of Life Care. *American Journal of Critical Care*. 15(1): 38–47
6. BECKSTRAND, R.L., MOORE, J., CALLISTER, L., BOND, A.E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncol Nurs Forum*. 36(4):446–53
7. BRAZIL, K., MCAİNEY C., CARON-O'BRIEN M., KELLEY M.L., O'KRAFKA P., STURDY-SMITH C. (2004). Quality End-of-Life Care in Long-Term Care Facilities: Service Providers’ Perspective. *Journal of Palliative Care*. 20(2), 85–92.
8. BİROL, L. (2004). “Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol, Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara.



9. BROSCHÉ, T.A. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs.* 26(1):21–28.
10. CİMETE, G.(2002). Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalara Bütüncül Yaklaşım: İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
11. COSTELLO, J. (2006) Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 54(5), 594–601
12. CÜCELOĞLU, D. (1992) İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul, Remzi Kitabevi,
13. DOCHTERMAN, J.M., BULECHEK, G.M. (2004). Nursing Interventions Classification (NIC) (4th Ed.), Mosby
14. DUNN, K.S., OTTEN, C., STEPHENS, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum.* 32(1):97–104.
15. ENES,P., VRIEN,K. (2004). A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people. *Nursing Ethics.* 11(2):150–164
16. ERDEN, G. (2000) Çocuklarda Yas ve Acıyla Baş Etmede Yardım. *Türk Psikoloji Bülteni.* 76 (2): 16–17
17. ERDEMİR, F., (2005), Bakım Verici Rolünde Zorlanma, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevi, s: 39-44
18. EREN, E.(2001).Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi.7.Baskı. Beta yayınları; İstanbul
19. EUES, S.K (2007). End-of-life Care; Improving Quality of Life at the End of life. *Professional Case Management.* 12(6):339–344
20. EVY, R.C., ELY, W.E., PAYNE,K., ENGELBERG, R.A., PATRICK, D.L., CURTIS, J.R. (2005). Quality of Dying and Death in Two Medical ICUs: Perceptions of Family and Clinicians. *Chest.* 127(5):1775–1783

21. FEHRING, R.J., MILLER, J.F., SHAW, C. (1997) Spiritual well being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 24(4): 663–671
22. FERRELL, B.R. (1998) How can we improve care at the end of life? *Nursing Management*, 29(9): 41–43.
23. FEUDTNER, C. (2005) Hope and the prospects of healing at the end of life. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11(1), 23–30.
24. FREUD, S. (1999). *Sanat ve Edebiyat*, (Çev: E. Kapkın, A.T. Kapkın). İstanbul: Payel Yayınevi
25. FROMM, E. (1995). *Sahip Olmak ya da Olmak*, (Çev: A. Arıtan). İstanbul: Arıtan Yayınevi
26. FROMMELT, K. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*. 20(1):13–22.
27. GEORGES, J.J., GRYPDONCK, M., DIERCKX DE CASTERLE, B. (2002) Being a palliative care nurse in a academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing* .11(6): 785–793.
28. GOLDSTEEN, M., HOUTEPEN, R., PROOT, I. M., ABU-SAAD, H. H., SPREEUWENBERG, C., WIDDERSHOVEN, G. (2006). What is a good death? Terminally ill patients dealing normative expectations around death and dying. *Patient Education and Counseling* 64:378–386
29. GOTT, M., SEYMOUR, J., BELLAMY, G., CLARK, D., AHMEDZAI, S. (2004). Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med* 18(5):460–467.
30. HEIDRICH, D.E (2008). Death and Dying. In: *Palliative Practices From A-Z for the Bedside Clinician* (Eds: Esper P, Kuebler K) Second Edition, Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, p: 85-94.

31. HATTORI, K., (2006) McCubbin MA and Ishida DN Concept analysis of good death in the Japanese community, *Journal of Nursing Scholarship* 38: 165–170
32. HICKS, F., REES E. (2008). A 'pain-free' death. *British Medical Bulletin*, 88(1): 23 - 41.
33. HIRAI, K., MIYASHITA, M., MORITA, T., SANJO, M (2006). Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 31(2):140–147
34. HÖKELEKLİ, H.(1991) Ölüm ve Ölüm Ötesi Psikolojisi, *Uludağ Üniv. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3( 3): 151–153
35. HUNT, M. (1992) 'Scripts' for dying at home- displayed\_in nurses', patients' and relatives' talk. *J Adv Nurs*, 17(11):1297–1302.
36. JO K.H., DOORENBOS, A.Z., GYEONG, J. A. (2009) Effect of an End-of-Life Care Education Program Among Korean Nurses *Journal Of Hospice and Palliative Nursing*, 11(4):230–238
37. KAĞITBAŞI, Ç.(1996) İnsan ve insanlar. İstanbul, Evrim Basım Yayım,
38. KARA, N. (2002). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
39. KARACA, F. (1996). Ölüm Psikolojisi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kültürel Faaliyetler Dizisi ( 1), Erzurum, s. 134–156.
40. KARAHİSAR, F. (2006) Ölümcül Hasta, Hemşire Ve Hekimlerin Ölüm Ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
41. KAREN. S., CECILE. O., ELIZABETH. S. (2005) Nursing Experience and Care Of Dying Patients, *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97–103

42. KESKİN, G.U.(2005).Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(2):125–134.
43. KOÇ,Z., SAĞLAM, Z.(2008) Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Univ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.12(1).
44. KRAFF, W.A., LITWIN, W.J., BARBER, S.E. (1986). Religious Orientation and Assertiveness: Relationship to Death Anxiety. *The Journal of Social Psychology*. 127(1), 93–94.
45. KUBLER-ROSS, E (1995). Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri, Çev. Ed. G. Terakye, Ankara ,Hürbilek Matbaacılık.
46. KUUPPELOMA" KI, M. (1999) Cancer patients' experiences of suffering and factors supporting their coping. *European, Journal of Oncology Nursing* 3(1): 48—50
47. LANGE M, THOM B, KLİNE NE. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum*, 35(6):955–359
48. LINDA, S. (2007). Respectful Death: A Model for End-of – Life Care, *Clinical Journal of Oncology Nursing*,12(4): 621–624
49. LONEY, M.(1998). Death, Dying and Grief in the Face of Cancer.İn: Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care. Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, p: 152-156
50. MANSSON, A., JOHNSON,G., MANSSON, W. (1991). Psychosocial adjustment to cystectomy for bladder carcinoma and effects on interpersonal relationships. *Scandinavian, Journal of Caring Sciences* 5(3): 129—134

51. MERJA, K. (2003). Emotional Support for dying patient the nurses's perspective, *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2): 120–129
52. MCGOVERN, M., BARRY, M.M. (2000). Death Education: Knowledge, Attitudes, and Perspectives of Irish Parents and Teachers. *Death Studies*. 24(4):325–333
53. MICHELLE.L., BRIDGETTE.T., NANCY.E. (2008) “Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center” *Oncology Nursing Forum* 35(6): 955-959
54. MITSONORI. M., YUKO, N., TOMOYO, S. (2007). Nursing Autonomy Plays an Important Role in Nurses' Attitudes Towards Caring For Dying Patients *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(3):202–210
55. MOK, E., LEE, W.M., WONG, F.K. (2002). The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*. 22(4): 319–329
56. MOK, E., CHIU, P.C. (2004). Nurse-Patient Relationships in Palliative Care. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5):475–483.
57. NEIMER, R.A., WITTOWSKI, J., MOSER, R.P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death stud*. 28(4):309–340
58. IRANMANESH, S., DARGAHI, H., ABBASZADEH, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*. 6(4):363-369
59. ÖNAL, EA. (2007). Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi  
Erişim: <http://www.publichealth.pitt.edu/supercoursePPT/4011-5001>  
Erişim Tarihi: 13.12.2009
60. ÖZDEMİR, Z. (2007) Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik

Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

61. ÖZGÜVEN, I.E. (1994) Psikolojik testler, Ankara, Yeni Doğu Matbaası,.
62. OZCAN, N.K. (2007) Temel Hemşirelik Kavram, İlkeler ve Uygulamalar. F Ay (Ed), İstanbul, Medikal Yayıncılık, s.117- 125.
63. ÖZTUNÇ, G. (2003). Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastanın Bakımına ilişkin Duygu ve Görüşlerinin incelenmesi. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 254–257.
64. PAYNE, SA., LANGLEY-EVANS A, HILLIER R (1996). Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliat Med.* 10(4):307–312
65. PERIYAKOIL, V.S., KRAEMER, H.C., NODA, A., MOOS, R., YESAVAGE, J.A. (2005). The development and initial validation of the Terminally Ill Grief or Depression Scale (TIGDS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 14(4):202– 212.
66. RASHOTTE, J., FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F., CHAMBERLAIN, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: a phenomenological study. *Heart and Lung.* 26(5): 372–386.
67. REDFERN, S. (1991). Nursing Elderly People, 2nd Ed, Edinburg s:391–398
68. ROODA, L.A., CLEMENTS, R., JORDAN, M.L. (1999) Nurses' attitudes toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum.* 26(10):1683-1687
69. ROFF, L.L., BUTKEVICIENE, R., KLEMMACK, D.L. (2002). Death Anxiety and Religiosity Among Lithuanian Health and Social Service Professionals. *Death Studies.* 26(9):731- 742.

70. SAHLBERG-BLOM, E., TERNESTEDT, B-M., JOHANSSON, J-E. (2001) IS good quality of life possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing* 10(4): 550—561
71. SASAHARA, T., MIYASHITA, M., KAWA, M., KAZUMA, K.(2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med.* 17(6): 520–526
72. SHERMAN, D.W.(1996) Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support and death anxiety. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 28(2): 205–213
73. ŞİMŞEK, M.Ş., AKGEMCI, T, ÇELİK, A.(2001) Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. 2.Baskı. Nobel Yayın Dağıtım.
74. SHIH, F.J., GAU, M.L., LIN, Y.S., PONG ,S.J., LIN ,H.R.(2009) Death and help expected from nurses when dying, *Nurse Ethics*, 13(4):360-375
75. SLAUGHTER, V. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 12(4): 525–535
76. TANHAN, F., ARI, F.(2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim\_Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi\_Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34–43
77. TANG, S.T. (2000). Meanings of dying at home for Chinese patients in Taiwan with terminal cancer; aliterature review. *Cancer Nurs*, 23(5):367-370.
78. TATAR, Ü. (1988). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
79. TERAKEYE, G. (1994) Hasta -Hemşire İlişkileri. Aydoğdu Ofset, Ankara

80. THOMAS, C., MORRIS, S.M., CLARK, D. (2004) Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc\_Sci Med*, 58(12):2, 431–44.
81. THOMPSON, G., MCCLEMENT, S. (2002). Defining and Determining Quality in End-of-life Care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(6), 288-293.
82. UÇAR, H (1997) Hemşirelik Esasları El Kitabı: Ölüm Kavramı Ve Ölümcül Hastada Hemşirelik Bakımı. M Atalay (Eds.), İstanbul, Birlik Ofset Ltd Sti., s.195-201
83. USTUN, B., AKGUN, E., PARLAK, N. (2005) Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi: Ölümü Beklenen Hasta Ve Ailesine Yaklaşım. İzmir, Okullar Yayınevi Matbaacılık ve Elektronik\_Sanayi Ticaret Ltd. Sti., s.213-216
84. ÜNSAL, S (2008). Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
85. WARREN, B.J. (2005). The cultural expression of death and dying. *Case Manager*. 16(1):44–47
86. WONG, PTP., REKER GT., GESSER, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. (pp. 121–148). Washington, DC: Taylor & Francis
87. WOOD, G.L., HABER, J (2006). Nursing Research Methods and Critical Appraisal for Evidence- Based Practice, 6 ed. St Louis, p:335-356
88. WHEELER, S.R. (1996). Helping Families Cope With Death and Dying. *Nursing*. 26(7): 25–30.



- 89.VON ROENN, J.H., CLEELAND, C.S., GONIN R, (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Inter Med*; 119(2):121–126
- 90.YALOM, I. (1999); “Varoluşçu Psikoterapi”, Çev.: Zeliha İyidoğan Babayiğit, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
- 91.YAM, B.M., ROSSITER, J.C.,CHEUNG, K.Y. (2001).Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 10(5): 651–659.
- 92.ZORLUTUNA, Y .(2008). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki, Erişim: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>  
Erişim tarihi: 13.03.2009



**GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU**

Araştırmanın konusu	: Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri
Araştırmanın amacı	: Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimlerinin belirlenmesi
Araştırmaya katılma süresi	: 40 dakika
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı	: 300

Sayın katılımcı,

Bu çalışma sizlerin ölüm ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutum ve yaklaşımlarınızı belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sizlerin ölüm kavramına ve ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin tutumlarınızın ve gereksinimlerinizin belirlenmesi ölmekte olan hasta ve ailelerinin bakım kalitesinin artırılmasına yönelik eğitim programlarının planlanmasına yol göstereceği ve sizlerin ölmekte olan bireyin bakımında daha az stres yaşamalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir anket formu verilecektir. Çalışmadan elde edeceğimiz veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

**Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.**

<b>GÖNÜLLÜ</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Adresi:	Faks : (0 )
Bilgi verebilecek kişi:	<i>İmza</i>
<b>VELİ , VASI VEYA VEKİL</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Adresi:	Faks : (0 )
Yakınlığı:	<i>İmza</i>
<b>ARAŞTIRMACI</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Adresi:	Faks : (0 )
<b>GEREKTIĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BILGI İÇİN BAŞVURABİLECEĞİ KIŞI</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Adresi:	Faks : (0 )
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Görevi:	Faks : (0 )
Adresi:	<i>İmza</i>
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Görevi:	Faks : (0 )
Adresi:	<i>İmza</i>

*Not. Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.*

## EK II

### I DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyet  Kadın  Erkek

3. Eğitim düzeyiniz.

- Sağlık Meslek Lisesi  Önlisans  Lisans  
 Yüksek Lisans  Diğer:.....

4. Medeni durumunuz

- Evli  Bekâr

5. Meslekte çalışma yılınız.....

6. Çalıştığınız Klinik

- Dâhili klinikler  Cerrahi klinikler  
 Dâhili yoğun bakımlar  Cerrahi yoğun bakımlar  
 Onkoloji  Hematoloji  
 Diğer:.....

7. Dini inancınız:

- Zayıf  Orta  Güçlü  Çok güçlü

8. Aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz

**İnançlı olmam;**

- Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu çok etkiler  
 Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu az etkiler  
 Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu etkilemez

**İnancımın olmaması;**

- Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu çok etkiler  
 Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu az etkiler  
 Ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumumu etkilemez

### II. EĞİTİM / BİLGİ DURUMU

1. Yaşam sonu bakım (ölmekte olan hastanın bakımı) hakkında bilginiz var mı?

- Evet  Hayır

2. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Lisans eğitim sırasında  Kitap ve dergilerden  
 Hizmet içi eğitimlerden  Kongre ve seminerlerden  
 İnternet  Diğer:.....

3. Ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- Evet  Kısmen  Hayır

4. Çalıştığınız kurumda yaşam sonu bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programları var mı?

- Evet  Hayır

5. Ölmekte olan hastaya bakım verirken kendinizi yetersiz hissettiğiniz konular nelerdir?

6. Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler sizce aşağıdakilerden hangi bilgilere sahip olmalıdır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- İletişim becerileri
- Kültürel farklılıkları bilmesi
- Kanuni ve etik konularda bilgi sahibi olma
- Yaklaşan ölüm belirtilerini ve ölmekte olan hastanın bakımını bilme
- Ağrı yönetimi
- Diğer.....

9. Sizce çalıştığınız kurumda ölmekte olan hasta ve ailesine bakım talimatı geliştirilmeli mi?

- Evet
- Hayır

### 3. ÖLÜM KAVRAMINA İLİŞKİN SORULAR

1. Sizce ölümün anlamı nedir?

2. Daha önce yakın çevrenizde ölüm olgusuyla karşılaştınız mı?

- Evet
- Hayır

3. Cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz.

- Birinci derece yakınınızın kaybı ( anne, baba, kardeş)
- Yakın akraba kaybı
- Arkadaş kaybı
- Diğer

4. Çalıştığınız kliniğinizde ölümle karşılaştınız mı?

- Evet
- Hayır

5. Cevabınız evet ise ölüm olgusu ile ilk karşılaştığınızda hissettiğiniz duygunuz ne oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Hiçbir şey hissetmedim
- Korktum
- Ağladım ve çok üzüldüm.
- Doğal karşıladım - doğanın bir gerçeği olduğunu düşündüm( insanlar doğar ve ölür)
- Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüm
- Diğer.....

6. Kliniğinizde ölmekte olan hastaya bakım verdiniz mi? (cevabınız hayır ise 9.soruya geçiniz.)

- Evet
- Hayır

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

- Suçluluk
- Başarısızlık
- Öfke
- Anksiyete
- Çaresizlik
- Keder –üzüntü
- Korku
- Diğer .....

8. 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.

9.Ölmekte olan hastaya bakım vermek ister miydiniz?

- Evet  Hayır

Nedenini açıklayınız:.....

10.Ölüm olgusu karşısında yaşanan durumlarla ilgili kullandığınız başetme yöntemleriniz nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Ağlarım  
 Dua ederim  
 Arkadaşlarımla bu durumu konuşurum  
 Ailemle bu durumu konuşurum  
 Ölümün doğal olduğunu düşünürüm ve rahatlamaya çalışırım  
 Hiç bir şey yapmam.  
 Diğer .....

11. Sizce ölmekte olan hastanız öleceğini bilmeli mi?

- Evet  Hayır

12.Evet ise sizce, bu bilgiyi hastaya kim söylemeli?

- Doktor  Hemşire  Doktor ve hemşire birlikte  
 Akrabası yada yakını ile  Diğer.....

13.Hastanız ile ölüm konusunu rahatlıkla konuşabilir misiniz?

- Evet  Hayır

Cevabınız evet ise nedenini açıklar mısınız? .....

Cevabınız hayır ise nedenini açıklar mısınız?.....

14.Ölmekte olan hastanızın yakınları ile iletişime girer misiniz?

- Evet  Hayır

Cevabınız hayır ise nedenini açıklar mısınız?

15.Sizce ölmekte olan hastaya ve yakınlarına nerde ölmek istediği sorulmalı mıdır?

- Evet  Hayır

Cevabınız evet ise nedenini açıklar mısınız?.....

Cevabınız hayır ise nedenini açıklar mısınız?.....

16.Sizce, hastanenizin ziyaretçi kuralları ölmekte olan hastalarda geçerli olmalı mıdır?

- Evet, olmalıdır sadece ziyaretçi saatlerinde yakınları alınmalıdır  
 Hayır, olmamalı uygun oldukça son dönemlerinde yakınları ile birlikte olması sağlanmalıdır.

17.Sizce, ölmekte olan hastaların ve ailesinin dini inanışlarına, kültürel değerlerine önem verilmeli midir?

- Evet  Hayır

Cevabınız evet ise sizce neler yapılmalıdır?.....

18.Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmada zorluk yaşıyor musunuz?

- Evet  Hayır

Cevabınız evet ise nedenini açıklar mısınız?

**EK III**  
**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 arkadaşır" 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							

	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							

## THE PROFILE CONCERNING ATTITUDES TOWARDS DEATH -REVISED (DAP-R)

This questionnaire includes various statements of fact concerning different attitudes towards dying. After reading each statement carefully, evaluate your decision on the scale changing from degree 1 to 7. For example in one of the statements "dying is kind of friend" choose one of the choices indicating how much you agree and put a (X) cross next to it.

Please pay attention to the range that change from "totally agree" to "by no means disagree". Pay attention not to circle the choice "indecisive" and not to skip any of the statements also evaluate by not choosing more than one choice. Some of the statements may look similar, however there are differences, which may seem few, though.

	Totally agree	Agree	Partially Agree	Undecisive	Partially disagree	Disagree	By no means disagree
1. Dying without doubt is a bitter experience.							
2. The probability of my death causes anxiety.							
3. I avoid thinking about death.							
4. I certainly believe that I will be heaven after I die.							
5. After death, all my worries will end up.							
6. Death should be accepted as an event which is natural, unavoidable, undeniable							
7. Ceasing to exist by death makes me feel uneasy.							
8. Death is entering somewhere in which you can find eternal happiness							
9. Death provides escaping from this horrible world.							
10. whenever the idea of death comes to my mind. I try to keep it a way.							
11. Death is a kind of escape from pain and suffering.							
12. I try not to think about death continuously.							
13. In my opinion heaven is somewhere better than the world.							
14. Death is unavoidable part of life.							



	Totally agree	Agree	Partially Agree	Undecisive	Partially disagree	Disagree	By no means disagree
15. Death is meeting with the Gog and feeling of an eternal peace.							
16. Death gives us a promise of a new and wonderful life.							
17. death is something neither I am afraid nor wait for it.							
18. I am afraid of death profoundly.							
19. I avoid thinking of death continuously.							
20.The idea of life after death makes me uneasy.							
21.Knowing the truth that death is the end of everything makes me terrified.							
22. I hope to meet my beloved ones after death.							
23 In my opinion death is a kind of escape from grief.							
24. Death is simply a part of living process.							
25. I think of death as living something eternal and holly.							
26. I try not to do anything related to death issue.							
27. Death provides excellent freedom for the soul.							
28. the only thing that makes me reaxed about death is my belief in the life after death.							
29. To me; death is, in a way, salvation from this world.							
30. Death is neither good nor bad.							
31.I am looking forward to the life after death.							
32. The ambiguity about what would happen after death makes me anxious..							

#### EK IV

### Frommelt Ölmekte olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale: FATCOD, Form B)

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

Aşağıda verilen tutum ya da duruma ilişkin kendi düşüncelerinize uygun seçeneği (X) işaretleyiniz. Lütfen 30 maddenin tümünü cevapladığınızdan emin olunuz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir					
2. Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir					
3. Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım					
4. Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir					
5. Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim					
6. Aileden olmayan bakımvericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.					
7. Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.					
8. Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma umidini kaybederse üzülürüm.					
9. Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.					
10. Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					
11. Bir hasta "ölüyor muyum?" diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.					
12. Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.					
13. Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.					
14. Ölmekte olan bir kişi ile arkadaş olmaktan korkarım					

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

*\*Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastanın ailesinden birisi değildir.*

<http://www.google.com.tr/Frommelt> Ölmekte olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

(Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale: FATCOD, Form B)

In the statements is given below the aim is to learn the facts and the feelings of the people who take aren't members of the family and care of dying. All the statements given below include taking care of the dying person and his/ her family members. In this questionnaire the term "dying person" is used for the people who have terminal illnesses and who are expected to live for six months or less than that.

Please put a cross (X) next to the statements which are closer to you in meaning and make sure that you answered all the items which consist of 30.

	Strongly agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly disagree
1. Taking care of the person, who is about to die, is a valuable experience.					
2. Death is not the worst thing that one can experience.					
3. I feel worried about talking about death with the person who is about to die.					
4. Taking care of the family members whose relatives died should continue during their grief period.					
5. I would rather not take care of a person who is about to die.					
6. The care takers who aren't family members should not be the ones who will talk about the death.					
7. The period of the care given to the dying person may bore me.					
8. I would become worried if another person whom I care for loses his/ her hope to become healthy again.					
9. It is difficult to have an intimate relationship with the person dying.					
10. There are times when a dying person welcomes death.					
11. In my opinion when a dying person asks a question like "Am I dying ?" it is better to change the situation into something enjoyable.					
12. Family members should exist while taking physical care of the dying person.					
13. I hope not to see the dead body of the person whom I take care of.					

	Strongly agree	Agree	Uncertain	Disagree	Sytrongly disagree
14. I am scared of having friendship with the person about to die.					
15. I might think of runnig away when the person I take care of dies.					
16. Families need emotional support to accept the changes in the dying person's behaviours.					
17. The care takers should lessen their relationship with the person dying.					
18. Family members should be interested in providing better living standarts before they die.					
19. It must be forbidden for the dying person to decide on his/her physical care.					
20. Family members should treat the dying person as usual.					
21. It is useful for the dying person to utter his/ her feelings.					
22. Taking care should also contain the family members..					
23. Care takers should be flexible with the hours to visit the dying person.					
24. the ones who take decisions should be the family members and the dying person himself.					
25. The addiction to painkillers that will be used does not matter when it comes to the dying person.					
26. I would be uneasy, if I see the person suffering from terminal illness crying.					
27. The person who is about to die should be honest in his/her answers.					
28. It is not the responsibility of the care taker to inform the family members about death.					
29. most of the time family members interfere.with the care takers' work.					
30. care takers might help the person dying to get prepared for his/ her death..					

*\* care takers are the people who take care of the dying person and they aren't one of the family members. They may be Professional or unprofessional.*



1993

**Başkent Üniversitesi**  
**Tıp ve Sağlık Bilimleri**  
**Araştırma Kurulu**

Dr. Zeynep Kayhan  
Dr. Hakan Özkardeş  
Dr. A. Eftal Yücel  
Dr. Feride Şahin  
Dr. Lale Algier  
Dr. Sina Uçkan  
Dr. Handan Özdemir

Başkent Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
16. Sokak No. 11  
Bahçelievler, 06490  
Ankara

Tel : 0312 212 90 65  
Faks : 0312 221 37 59

[arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr)

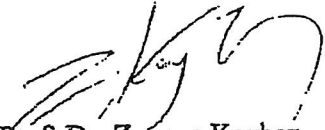
EK V

Sayı: B.30.2.BŞK.0.05.05.01/329  
Konu: Proje onayı

02/04/2009

Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına,

Bölümünüzde öğrenci olan Banu Çevik tarafından yürütülecek KA09/109 nolu ve "Hemşirelerin ölüm ve ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri" başlıklı araştırma projesi bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüş olup, projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

  
Prof. Dr. Zeynep Kayhan

LD

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde [arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr) e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı:- Araştırma Kurulu Sekreteri: Liliyer Demirağ).

02/04/2009 11:01

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
01/04/2009	09/99	KA09/109

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Banu Çevik tarafından yürütülecek KA09/109 no'lu ve "Hemşirelerin ölüm ve ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri" başlıklı araştırma projesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

• Prof. Dr. İ. Haldun MÜDERRİSOĞLU  
Başkan

• Prof. Dr. A. Eftal YÜCEL

• Doç. Dr. Banu BİLEZİKÇİ

• Doç. Dr. Derya ALDEMİR

• Doç. Dr. Zerrin YILMAZ

• Doç. Dr. Bülent ÖZTÜRK

• Doç. Dr. Murat DERBENT

• Doç. Dr. Remzi ERDEM

• Yrd. Doç. Cevahir HABERAL

• Yrd. Doç. Dr. Erhan BÜKEN

• Ecz. Münire TURAN

EK VI



Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00  
Konu:

T.C.  
Gazi Üniversitesi  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği

/ 1567



26/06/2009

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' ne,

İlgi: 11.06.2009 tarih ve 125 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile bildirilen, Enstitünüz Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Banu ÇEVİK' in "Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri" başlıklı tez çalışmasının sorularını, Hastanemizde görev yapmakta olan Hemşirelere uygulama isteğine dair talebiniz değerlendirilmiş ve Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.  
Gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Peyami ÇINAZ  
Başhekim/Vekili

02/07/2009

01.07, 245

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beşevler/ANKARA

Tel : 0 312 202 50 90  
Fax : 0 312 223 05 28



EK VII



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞTABİPLİĞİ

SAYI : B.10.4.ISM.4.06.00.13/Per.774  
KONU: Tez Çalışması

Ankara ....../..../2009

26.06.2009\* 15588

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE  
ANKARA

İLGİ:11.06.2009 tarih ve 126 sayılı yazınız.

İlgili yazınızda adı geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans programı öğrenciniz Banu ÇEVİK'in "Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri" başlıklı tez çalışmasının hastanemizin tüm yataklı erişkin kliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere uygulanabilmesi hususunda Bakanlığımızdan izin alınması uygundur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm.Dr.Dilek ÖZTAŞ  
Baştabip a.  
Baştabip Yardımcısı

Rektör  
Yardımcılığı'na

Sağ. Bil. Enst.  
MS

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ Evrak Kayıt / Havale	
Üniversite	03 Temmuz 2009 Tarih :...../...../20.....
Evrak	Kurum İçi Evrak Tarihi: 02.07.2009 Kurum Dışı ✓ Evrak No: 2280 Sayfa say.:(.....)

Not:Cevabınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

## EK. VIII

From: "Kay Frommelt" [mailto:Kay.Frommelt@clarke.edu ]  
Sent: Friday, February 27, 2009 5:09 PM  
To: [skav@baskent.edu.tr](mailto:skav@baskent.edu.tr)  
Cc: [bnkucuk@yahoo.com](mailto:bnkucuk@yahoo.com)  
Subject: Re: permission request

Dear Sultan,

I am giving you permission to translate the FATCOD into Turkish. Are you planning on using the FATCOD in its original form or Form B. The original was designed for nurses only. I later adapted the tool and made a Form B which can be used by persons from any discipline, which includes nurses. Form B also has more demographics. You have my permission to use either one but I would like to know which one you are using. I would also like a copy of the translated tool sent to me.

Best of luck with your research.

Sincerely,

Kay Frommelt  
Katherine H Murray Frommelt, PhD, RN, FT

>> -----Original Message-----

From: Sultan [mailto:[skav@baskent.edu.tr](mailto:skav@baskent.edu.tr)]  
Sent: Thursday, February 26, 2009 5:19 PM  
To: '"Kay Frommelt" <[Kay.Frommelt@clarke.edu](mailto:Kay.Frommelt@clarke.edu)>'  
Cc: '[bnkucuk@yahoo.com](mailto:bnkucuk@yahoo.com)'  
Subject: Permission request

Katherine H. Frommelt, PhD, RN, PDE  
Clarke College  
Dubuque, IA

Dear Katherine H. Frommelt,

I am currently working as a faculty member at one of the universities in Turkey. We were interested to do research on nurses' practices and attitudes towards care of dying patients. This will be a master study for my student, Banu Kucuk, who has a great interest on this subject. We would like to use FROMMELT ATTITUDES TOWARD CARE OF THE DYING (FATCOD) SCALE and kindly asking your permission to translate your scale in to Turkish.

Looking forward to hearing from you,

Yours sincerely,

Sultan Kav RN, PhD  
Associate Professor  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY  
Phone (Work): +90 (312) 234 1049  
Fax: +90 (312) 234 11 54

## EK.IX

From: Paul Wong [mailto:[pwong@tyndale.ca](mailto:pwong@tyndale.ca)]  
Sent: Thursday, March 12, 2009 5:09 PM  
To: [skav@baskent.edu.tr](mailto:skav@baskent.edu.tr)  
Cc: [greker@trentu.ca](mailto:greker@trentu.ca)  
Subject: Re: permission request

Dear Dr. Kav:

You are most welcome. Please send us a copy of your translation upon completion.

Paul Wong

Paul T. P. Wong, Ph.D., C. Psych.  
Professor of Psychology  
Chair, Division of Social Sciences & Business Administration  
Tyndale University College  
25 Ballyconnor Court  
Toronto, ON M2M 4B3  
Email: [pwong@tyndale.ca](mailto:pwong@tyndale.ca)  
Phone: 416-226-6620 Ext. 6734  
Websites: [www.tyndale.ca](http://www.tyndale.ca); [www.meaning.ca](http://www.meaning.ca)

>>> <[skav@baskent.edu.tr](mailto:skav@baskent.edu.tr)> 3/12/2009 8:12 AM >>>

Dr. Paul T. P. Wong  
Professor of Psychology  
University of Toronto

Dear Dr. Paul T. P. Wong

I am currently working as a faculty member at one of the universities in Turkey. We were interested to do research on nurses' practices and attitudes towards care of dying patients. This will be a master study for my student, Banu Kucuk, who has a great interest on this subject. We would like to use "Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)" and kindly asking your permission to translate your scale in to Turkish.

Looking forward to hearing from you,

Yours sincerely,

Sultan Kav RN, PhD  
Associate Professor  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY  
Phone (Work): +90 (312) 234 1049  
Fax: +90 (312) 234 11 54