



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIM  
ALGILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**DOKTORA TEZİ**

**Asuman ŞENER**

**Samsun  
Nisan-2019**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ACİL HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIM ALGILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**DOKTORA TEZİ**

**Asuman ŞENER**

**Danışman  
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun  
Nisan-2019**

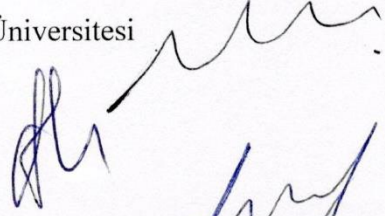
**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Asuman ŞENER tarafından Doç.Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 17/04/2019 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında DOKTORA Tezi olarak kabul edilmiştir.

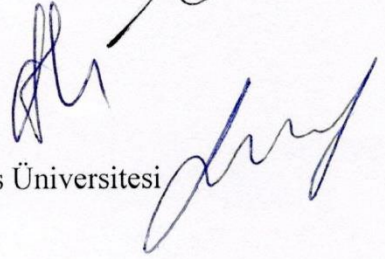
Başkan: Doç.Dr. Zeliha KOÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



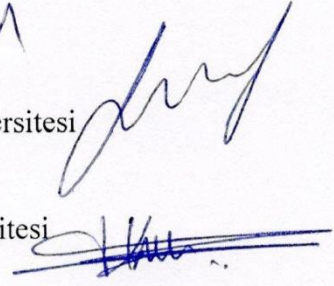
Üye : Doç.Dr. Nurşah BAŞOL, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. Ali Kemal ERENLER, Hitit Üniversitesi



Üye : Dr.Öğr. Üyesi Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr.Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

...../...../2019

Prof. Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren öğretim üyeleri Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Prof. Dr. Türker YARDAN, Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç. Dr. Celal KATI, Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR, Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT, Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN, Dr. Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN'e,

Acil hemşireliği doktora arkadaşlarım Öğr. Gör. Tuğba ÇINARLI ve Öğr. Gör. Dr. Selin KESKİN KIZILTEPE'ye,

Hastane yöneticileri, sağlık bakım hizmetleri müdürleri, servis sorumlu hemşireleri ve acil servis hemşirelerine,

Eşim Tayfun ŞENER ve bu günlere gelmemi kolaylaştıran aileme,  
En derin ve içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.16.004 proje numarası ile desteklenmiştir.

## ÖZET

### ACİL HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIM ALGILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Amaç:** Bu araştırma acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

**Materyal ve Metot:** Araştırma örneklemini 01.11.2016-01.05.2017 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan toplam 264 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği, Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen en önemli engelleyici davranışın hemşirelerin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda olması, en önemli destekleyici davranışın ise acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölüme yaklaşmakta olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi olarak belirlenmiştir. Nitel görüşmeler sonrasında yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği, ölüm olayı ile karşılaşıldığında hissedilenler, yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler, yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı zorluklar, hemşirelerin ölmek üzere olan hasta ve yakınlarına yaklaşımı ve iyi bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenler olmak üzere 6 tema belirlenmiştir.

**Sonuç:** Acil hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil; hemşire; palyatif; yaşam sonu bakım

**Asuman, ŞENER, Doktora Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Nisan - 2019**

## ABSTRACT

### FACTORS AFFECTING EMERGENCY NURSES' PERCEPTIONS OF END OF LIFE CARE

**Purpose:** This study was carried out as a descriptive, relational and methodological study to determine the factors affecting the emergency nurses' perceptions of end-of-life care.

**Material and Method:** The population of the study consists of a total of 264 nurses working at the emergency services of 17 hospitals affiliated to Samsun General Directorate of Public Hospitals Association and at Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center between 01.11.2016 and 01.05.2017. Data was collected through the personal information form prepared by the author, and Emergency Nurses' Perceptions of End of Life Care Scale, Death Attitude Profile-Revised Scale, and Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. A semi-structured interview form was used in the collection of qualitative data.

**Findings:** In this study, the most important inhibitory factor affecting the emergency nurses' perceptions of end-of-life care was found to be the fact that they have to deal with frustrated family members, whereas the most important supportive behavior was found to be the assistance of the emergency medical technicians/paramedics in the resuscitation process of the patients that are about to die. Six themes have been identified after the analysis of the data obtained through qualitative interviews: awareness on the concept of end-of-life care, feelings when faced with a death case, factors inhibiting the end-of-life care activities, the challenges that the patient relatives experience at the emergency service, approaching of the nurses to the patients who are about to die and to their relatives, and what should be done to present a good end-of-life care.

**Conclusion:** It was found that the Emergency Nurses' Perceptions of End of Life Care Scale is a valid and reliable scale that can be applied to the nurses in our country.

**Keywords:** End-of-life care; emergency; nurse; palliative

Asuman ŞENER, Doctoral Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, April - 2019

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>AIDS</b>	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
<b>Ex</b>	: Exitus Letalis
<b>ELNEC</b>	: Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Müfredatı
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KGO</b>	: Kapsam Geçerlilik Oranı
<b>Min-Mak</b>	: Minimum-Maksimum
<b>n</b>	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
<b>N</b>	: Evrendeki Birey Sayısı
<b>AEB</b>	: Algılanan Engelin Büyüklüğü
<b>POM</b>	: Perceived Obstacle Magnitude
<b>ADDB</b>	: Algılanan Destekleyici Davranışın Büyüklüğü
<b>PSBM</b>	: Perceived Supportive Behavior Magnitude
<b>ÖKTÖ</b>	: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
<b>MMBDÖ</b>	: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
<b>p</b>	: Anlamlılık Düzeyi
<b>q</b>	: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı
<b>r</b>	: Korelasyon Katsayısı
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b><math>\alpha</math></b>	: Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Kavramsal Çerçeve .....	4
1.3. Araştırmanın Amacı .....	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Yaşam Sonu Bakım Kavramı .....	6
2.1.1. Dünya’da Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları .....	7
2.1.2. Türkiye’de Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları .....	10
2.1.3. Acil Serviste Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları .....	11
2.2. Yaşam Sonu Bakımda Ağrı ve Semptom Yönetimi .....	12
2.2.1 Ağrı Yönetimi .....	12
2.2.2. Semptom Yönetimi .....	15
2.3. Yaşam Sonu Bakım Etiği .....	17
2.4. Yaşam Sonu Bakımda Kültürel Konular.....	21
2.5. Yaşam Sonu Bakımda İletişim .....	23
2.6. Yaşam Sonu Bakımda Kayıp, Keder ve Yas .....	27
2.6.1. Kayıp.....	28
2.6.2. Keder.....	29
2.6.3. Yas .....	31
2.7. Yaşam Sonu Bakımda Hemşirelerin Rolü .....	33
2.8. Ölçek Uyarlama Süreci .....	34
2.8.1.Geçerlik.....	37
2.8.2.Güvenirlilik .....	40
2.9. Odak Grup Görüşmesi.....	43
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>46</b>
3.1. Materyal .....	46
3.1.1. Araştırmanın Şekli .....	46

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	46
3.2. Metot .....	47
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	47
3.2.2. Verilerin Toplanması .....	48
3.2.3. Veri Toplama Araçları .....	49
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi .....	54
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	55
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	55
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>59</b>
4.1. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri .....	59
4.1.1. Dil Geçerliği .....	59
4.1.2. Kapsam Geçerliği .....	59
4.1.3. Güvenirlik Analizleri .....	62
4.2. Nicel Bulgular .....	66
4.2.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	66
4.2.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	72
4.2.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	86
4.2.4. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	110
4.3. Nitel Bulgular .....	132
4.3.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	132
4.3.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular.....	132
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>148</b>
5.1. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması .....	148
5.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nicel Bulguların Tartışılması.....	150
5.3. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nitel Bulguların Tartışılması.....	157
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>166</b>

6.1. Sonuçlar .....	166
6.2. neriler .....	168
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>170</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>187</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>217</b>



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tıp ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak kronik bir hastalığa sahip bireylerin yaşam süresi uzamış, bu doğrultuda günümüzde yaşam sonu bakıma olan ilgi giderek artmıştır (Menekli Amaç, 2017; Fadiloğlu ve Hançerlioğlu, 2017). Yaşam sonu bakımda amaç holistik yaklaşım doğrultusunda bireye yüksek kalitede bakım sunmak, hasta yakınlarının bakım sürecine katılımlarını sağlamak ve ölüme yaklaşan bireylerin ölüm yeri tercihlerini dikkate almaktır. Bununla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin hastanın konforuna özen göstermesi, saygıya dayalı bir iletişim kurması, kültürel farklılıklara karşı duyarlı olması yaşam sonu bakımın diğer amaçları arasında yer almaktadır (Kebudi, 2006; Fadiloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

Yaşam sonu bakım palyatif bakım sürecinin bir evresidir. Yaşam sonu bakım palyatif bakımdan farklı olarak ölüme yaklaşan bireyin bakımına odaklanmaktadır (Şener ve Çınarlı, 2019). Aynı zamanda yaşam sonu bakım kronik bir hastalığa sahip olan bireylerde agresif semptom yönetimini de içinde barındırmaktadır (Mierendorf ve Gidvani, 2014). Yaşam sonu bakım ekibi hemşire, tıbbi bakım uzmanları, cerrah, sosyal hizmet uzmanı, hasta hakları savunucuları ile din görevlilerinden oluşmakta ve bu ekip içerisinde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Yaşam sonu bakım ekibinin hastanın yaşam kalitesini artırabilmesi, huzurlu bir ölümü sağlayabilmesi için kapsamlı bir değerlendirme yaparak hastanın bakımını planlaması ve güvene dayalı bir tedavi ortamı oluşturması son derece önemlidir (Fadiloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

Bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresi olan ölüm, tüm yaşayan organizmaların paylaştığı evrensel bir olaydır (Sabuncu ve ark., 2014). Ölüm kronik ölümcül hastalıklarda kaçınılmaz bir son olmakla birlikte, yaşamın son haftalarını, günlerini ve saatlerini kapsayan bir süreçtir. Ölüm fizyolojik yönden dolaşım, solunum ve beyin işlevlerinin geriye dönüşümsüz bir şekilde durması olarak tanımlanabilir (Fadiloğlu ve Hançerlioğlu, 2017). Bazı bilim adamları ve filozoflar, ölümü tümüyle yok olma olarak tanımlarken kimi filozoflar ise ölümü biçim değiştirme olarak açıklamaktadır. Ölümün kişisel anlamları bireyin yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir. Bu doğrultuda bireyler ölüme olumlu veya olumsuz değişik anlamlar yükleyebilmektedir. Ölüme yaklaşan bir hastanın ölüme yüklediği anlam ne olursa

olsun hastanın huzurlu ölümü sağlanmalı (Sabuncu ve ark., 2014), bireyi rahatsız edecek yaşam sonu bakım uygulamalarından kaçınılmalıdır.

Bireyin huzurlu ölümü yaşam sonu bakım uygulamalarının sunulduğu çevrenin iyi yapılandırılmasına, hasta ve ailelerinin beklenti ve gereksinimlerinin karşılanmasına, kültürel ve etik standartlara uygun bir bakım geliştirilmesine bağlıdır. Huzurlu ve iyi ölüm, her birey için farklı bir anlam taşımakla birlikte genellikle ölüm sürecine hazırlıklı olma, aile üyeleri ve yakınlarına yük olmama, ağrı ve semptom kontrolünü sağlama, yaşamı uzatan gereksiz tedavilerinden kaçınma, bireyin itibarını ve onurunu koruma ile eş anlamlı olarak kullanılabilir (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

Yaşamın son dönemlerinde ölüme yaklaşan hastalarda yorgunluk, ağrı, dispne, depresyon, anksiyete, bulantı-kusma, konfüzyon gibi semptomlar ile birlikte fonksiyonel kapasitede azalma, uykuya meyil, zayıflık, çevreye yönelik ilgide azalma gelişebilmekte ve hastaların sağlık bakım profesyonellerinin bakım ve desteğine olan ihtiyaçları artabilmektedir (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017). Sağlık bakım profesyonelleri mesleki görev ve sorumlulukları gereği ölüm olayıyla oldukça sık karşılaşabilmektedir. Günümüz modern toplumlarında artık ölümlerin büyük çoğunluğu hastanelerde gerçekleşmekte, bu durum ölümü genel toplumdan izole etmekte, buna karşın duygusal yükü sağlık bakım profesyonellerine yüklemektedir. Ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma, sağlık bakım profesyonellerini en çok etkileyen durumlardan biridir. Sağlık bakım profesyonelleri ölüme yaklaşmakta olan hastalara nasıl yardım edeceklerini bilememekte, destekleyici bir ilişki kurma konusunda yetersiz kalabilmekte ve sundukları bakımın kalitesi bu durumdan etkilenebilmektedir (İnci ve Öz, 2012).

Literatürde sağlık bakım profesyonellerinin hastanın bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan korktukları için ölüme yaklaşan hastaların olmadığı kliniklerde çalışmayı tercih ettikleri ve ölümcül hastalara bakım sunarken çeşitli savunma mekanizmaları geliştirdikleri bildirilmiştir (Akça Ay, 2008). Ayrıca literatürde hemşirelerin büyük çoğunluğunun ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldıkları da belirtilmektedir (İnci ve Öz, 2012). Hemşirelerin yaşamın son döneminde olan ve ölüme yaklaşan hastalara daha iyi bakım sunabilmesi, hastaların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin neler olduğunu bilmelerine ve olumlu bir ölüm algısı geliştirmelerine bağlıdır (Akça Ay, 2008). Bakımın anlamı, hemşirelerin görev yaptığı birçok alanda araştırılmış olmasına karşın bu konudaki literatür incelendiğinde acil hemşirelerinin hastalara sundukları bakımın

anlamını belirlemeye yönelik araştırma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Enns ve Sawatzky, 2016).

Hastanelerde acil servislerin kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin tanı ve tedavisinde yadsınamaz önemli bir yeri vardır. Acil servisler, tanısı konulmamış ya da ileri müdahale gerektiren, gerçek ya da olası fiziksel ya da duygusal sağlık değişimleri yaşayan her yaştan bireyin bakımında rol oynamaktadır (Koç, 2019). Acil servisin aşırı kalabalık olması, hasta başına düşen hemşire sayısının az olması bu servislerde çalışan hemşirelerin sundukları bakımın kalitesini etkileyebilmektedir (Enns ve Sawatzky, 2016). Acil bir durum meydana geldiğinde hemşireler genellikle hastanın iyileştirilmesine odaklanabilmekte ve bu durum hemşirelik bakım sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Beckstrand ve ark., 2008). Acil müdahalenin birincil, hastayı rahatlatmanın ikincil amaç olduğu acil servislerin günümüz koşullarına göre iyileştirilmesi, hastanın acil servise gelişiyle birlikte bakım sürecinin başlatılması önemlidir (Kandarian ve ark., 2014).

Diğer yandan acil servislerde hastaların ölümü oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu konuda yapılan bir çalışmada 2006 yılında Amerika'da 249.000'den fazla hastanın acil servise geldikten sonra yaşamının sonlandığı rapor edilmiştir (Beckstrand ve ark., 2012). Acil hemşireleri yaşam sonu bakımın iyileştirilmesinde önemli adımlar atabilir. Acil hemşirelerinin sundukları yaşam sonu bakımın niteliğinin artırılabilmesi için bu bakımı sunan hemşirelerin yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüzleştirilmesi, ölüme ilişkin duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesi, ölüme karşı gösterilen aile tepkilerini anlamaya ve onlara destek olmaya hazırlanması gerekmektedir (İnci ve Öz, 2012). Ayrıca acil hemşirelerinin resüsitasyon çabalarının ötesine geçmesi, hastanın rahatlatılmasına ve konforuna özen göstermesi, ölüme yaklaşan hasta ve ailesine bakım sunmaya hazır olması oldukça önemlidir (McClain ve ark., 2002).

Bu doğrultuda acil serviste görev yapan hemşirelerde yaşam sonu bakım algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi büyük önem arz etmektedir (Enns ve Sawatzky, 2016). Acil serviste ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım sunarken ve bakımın kalitesini artırmaya yönelik destekleyici davranışları belirlenirken, hemşireleri bekleyen engeller de tanımlanmalıdır. Hangi davranışların öncelikli olduğu, hangi davranışların desteklenmesi gerektiği, destekleyici davranışların ya da engellerin sıklığının artırılması, azaltılması ya da ortadan kaldırılmasının gerekli olup olmadığı belirlenmelidir (Beckstrand ve ark., 2008).

Ülkemizde, hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte (Koç ve Sağlam, 2008; Yılmaz 2015, Yalçınkaya 2017, Akyol ve ark., 2017), acil servis hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu, araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinin hemşirelerin sundukları bakım uygulamalarının kalitesinin artırılmasında yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörler belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun öneri ve stratejiler geliştirilecektir.

## **1.2.Kavramsal Çerçeve**

Bu çalışmanın kuramsal çerçevesi Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na dayanmaktadır. Konfor ve hasta konforu oldukça karmaşık, bireye özgü ve bütüncül kavramlardır. Hemşirelikte konfor; hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanılanması, gereksinimlere yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Kolcaba'ya göre konfor, bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuçtur. Kolcaba, bireysel konfor gereksinimlerini ve konfor kavramının bileşenlerini ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme durumu olarak açıklamıştır (Karabacak ve Çoşkuner Potur, 2017).

Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar kavramını da ilk kez Kolcaba kullanmış; içsel davranışlar, dışsal davranışlar ve huzurlu ölüm olarak kavramsallaştırmıştır. Kolcaba sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar ile konfor arasında karşılıklı ilişkinin var olduğunu ve konforun sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları artırdığını bildirmiştir. Huzurlu ölümü ise bireyin çatışmalarının çözümlenmesi, semptomlarının iyi yönetilmesi, hasta ve ailesinin desteklenmesi olarak açıklamıştır (Karabacak ve Çoşkuner Potur, 2017).

Konfor kuramının fiziksel konfor, psikospiritüel konfor, çevresel konfor, sosyokültürel konfor olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır. Fiziksel konfor, bireyin fiziksel durumunu etkileyen, dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtı, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile boşaltım fonksiyonları gibi fizyolojik faktörleri içermektedir.

Psikospiritüel konfor mental, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır. Çevresel konfor ise hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını desteklemektedir. Işık, gürültü, renk, ısı, pencerelerden görülen manzara gibi dış ortam ile ilgili kavramlar çevresel konfor bileşenleri arasında yer almaktadır. Finansal destek sistemlerinden yararlanma, bilgi ve danışmanlık vererek taburculuğun planlanması, kişilerarası ilişkiler, aile ve sosyal ilişkiler sosyal konfor kapsamında ele alınmaktadır (Karabacak ve Çoşkun Potur, 2017).

Yaşam sonu bakım ihtiyacı olan hastaların sık aralıklarla değerlendirilerek, semptomların tanınması ve Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı doğrultusunda bakım sunulması oldukça önemlidir (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017). Kolcaba'nın kuramı rehber alınarak geliştirilecek olan hemşirelik bakım planı aracılığıyla, bireyin gereksinimlerine ilişkin verilerin toplanacağı, konforu artırıcı hemşirelik girişimlerinin planlanacağı ve uygulanacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte konfor kuramından yararlanarak yaşam sonu bakım hastalarına bütüncül bakım sunulabilecek ve hastaların yaşam kalitesinde artırılabilir (Karabacak ve Çoşkun Potur, 2017).

### **1.3.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma acil hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

### **1.4.Araştırmanın Hipotezleri**

- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Türk toplumunda hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- Acil hemşirelerinin ölüme karşı tutumları sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
- Acil hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım tutumları sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık göstermektedir.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşam Sonu Bakım Kavramı

Yaşam sonu bakım, ağrı ve ızdırabı azaltan, disiplinler arası işbirliğine dayalı bir yaklaşımdır. Bireylere uygulanan iyileştirici tedaviler artık yarar sağlamadığında (Fadıloğlu, 2017a), hasta ve yakınları ağrı ve semptomların tedavisine yönelik bir yaklaşım olan yaşam sonu bakıma başvurmaktadır (Topgül, 2016). Yaşam sonu bakım; bireye yüksek kalitede bakım sunulmasını, ölüme yaklaşan bireylerin ölüm yeri tercihlerinin dikkate alınmasını, aile ve yakınlarının ölüm sürecine katılımlarının sağlanmasını ve bakım vericilerin hastanın konforuna özen göstermesini içermektedir (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

National Health Service 2012 yılı raporunda, kaliteli yaşam sonu bakım için gerekli temel prensiplerin neler olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte ölüme yaklaşan hastalarda yaşam sonu bakım uygulamalarını etkili bir şekilde yönetebilmek için bu konuda birçok rehber (Liverpool Care Pathway, Gold Standards Framework, End of Life Care Strategy ve NICE End of Life Care For Adults Guidance vb.) geliştirilmiştir. Geliştirilen bu rehberler sağlık bakım profesyonelleri ile birlikte bakım verici/ailelerine ölüme yaklaşan hastaların bakım ve tedavisi ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada yol gösterici olabilmektedir. Diğer yandan bu rehberler yaşam sonu bakım hastalarının tanılanması, bakımının planlanması, bakım verici/aile desteğinin sağlanması ve hastaya nasıl bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiği ile ilgili bakım standartlarını da içermektedir (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

Yaşam sonu bakım, palyatif bakım ve hospis bakımından oldukça farklıdır (Mierendorf ve Gidvani, 2014). Yaşam sonu bakım, bireyin ilerleyen ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olduğunda, yaşamını mümkün olduğunca daha iyi ve kaliteli bir şekilde sürdürebilmesi için bireyin yaşamı sonlanıncaya kadar sunulan bakımdır (Kuebler ve ark., 2005). Yaşam sonu bakım, prognozu kötü olan hastalarda, hasta ya da ailesinin tedaviyi sonlandırma kararı aldıktan sonrası verilen bakım ve destek hizmetleri olarak da tanımlanmaktadır (Latour ve ark., 2009). Aynı zamanda yaşam sonu bakım, bireyin alması gereken en önemli insan hakları arasında yer almaktadır (Gültekin ve ark., 2010).

Günümüzde terminal dönemde olan hastaların ağrı ve ızdırabını azaltmak üzere işbirliğine dayalı, ekip tabanlı bir yaklaşım olan yaşam sonu bakıma oldukça sık

başvurulmaktadır (Kandarian ve ark, 2014). Literatürde yaşam sonu bakımın bireye son haftalarda, günlerde ve saatlerde sunulan bakımı çağrıştırdığı bildirilmektedir (Kuebler ve ark., 2005). Yaşam sonu bakım sadece kanser ve AIDS gibi kronik bir hastalığa sahip olan bireylere değil, aynı zamanda yaşamı tehdit eden ve ani ölüme neden olabilen bir hastalığa sahip bireylere de uygulanabilmektedir (Matzo ve ark., 2004). Yaşam sonu bakımda amaç spesifik bilgi ve beceriler yoluyla, hasta ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönden mümkün olan en iyi yaşam kalitesine ulaştırmaktır (Kandarian ve ark., 2014).

Hastaların yaşam sonu bakım ihtiyaçları iki aşamada karşılanmaktadır. Birinci aşama iyileşme sürecinin sürdürülmesinden konforun sağlanması ve ağrının giderilmesine kadar devam eden ortak karar verme sürecinin uygulandığı aşamadır. İkinci aşama ise hasta ve ailesinin ihtiyaçlarının hümanistik bazı tekniklerden yararlanarak karşılandığı ve birinci aşama ile ilgili olağan dışı bir durum geliştiğinde yapılacak eylemlerin belirlendiği aşamadır (Truog ve ark., 2001). Yaşam sonu bakımda, ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için psikososyal beceri ve tekniklerden yararlanılmalıdır (Georges ve ark., 2002). Yaşam sonu bakım, hasta ve ailesine konfor ve saygınlık sunmayı hedeflemekle birlikte bu konuda sağlık bakım profesyonellerine özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Koç ve Sağlam, 2008).

### **2.1.1. Dünya’da Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları**

20. Yüzyılın ortaları modern tıbbın ortaya çıkışına bağlı olarak bireyin evinde ailesiyle birlikte yaşamının sonlanması düşüncesinin değiştiği bir dönemdir. Evlerde ağrı ve semptom yönetiminin yetersiz kalması, bireylerin duygusal ve manevi ihtiyaçlarının daha az dikkate alınması bu yüzyılın sonlarında ölümün gerçekleştiği yerin hastaneler ve bakım evleri olmasına neden olmuştur. 1960’lı yıllar ise ölüme yaklaşan bireyin bakımında değişikliklerin gerçekleştiği bir dönemdir. Bu dönemde maneviyat ve ölüm arasındaki bağın yeniden kurulması gerektiği düşüncesi doğmuştur (Puchalski ve Ferrell, 2010). Bu doğrultuda hem sağlık bakım profesyonelleri hemde toplum, özellikle ölüme yaklaşan hastaların deneyimledikleri problemlerin çözümüne odaklanmaya başlamıştır (Fadıloğlu 2017a).

1967 yılında İngiltere’de modern hospis hareketinin ortaya çıkmasına bağlı olarak ölüme yaklaşan hastalarda ağrı ve semptom yönetimi ile birlikte duygusal ve

manevi desteğin de sağlanması ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Puchalski ve Ferrell, 2010). Bu konuda yapılan bir çalışmada yaşam sonu bakımında hasta ve sağlık ekibi arasında zayıf bir iletişim olduğu, ölüm sürecinde olan hastaların birçoğunda yüksek düzeyde ağrı tespit edildiği, hastaların ölüm yeri tercihleri evleri olmasına karşın ölümlerin genellikle yoğun bakım ünitelerinde veya hastanelerde gerçekleştiği bildirilmiştir (Connors ve ark., 1995).

Bununla birlikte, hemşirelik ders kitaplarında yaşam sonu bakım ile ilgili içeriğin de yetersiz olduğu belirlenmiştir. Ferrell ve arkadaşları (1999) hemşirelik ders kitaplarındaki içeriğin yalnızca %2'sinde ölüme yaklaşan hastanın bakımıyla ilgili bilgilerin bulunduğunu saptamışlardır. Kirchhoff ve arkadaşları (2003) ise 14 yoğun bakım ders kitabını gözden geçirmişler ve yaşam sonu bakım ile ilgili bilginin çok az olduğunu belirlemişlerdir. Diğer yandan Elizabeth Kubler Ross'un ölüm ve ölüm süreci üzerine çığır açan çalışmalarının ise ancak 1969 yılında yayınlanmaya başladığı görülmektedir (Dickinson, 2006).

Sağlık bakım profesyonelleri içerisinde özellikle hemşireler, hasta ve aileleri ile hasta başında en fazla zaman geçiren sağlık ekibi üyeleri olmalarına karşın, literatürde birçok hemşirenin yaşam sonu bakım konusunda çok az eğitim almış olduğu ya da hiç eğitim almadığı bildirilmiştir. Bu doğrultuda, 1999 yılında ABD'de yaşam sonu bakımın geliştirilmesiyle ilgili olarak ELNEC (Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Müfredatı) adında ulusal bir eğitim projesi başlatılmıştır (Matzo ve ark., 2004, Ferrel ve ark., 2005). ELNEC, hemşirelikte ihtiyaç duyulan bakım eğitimini karşılamak için planlanmış olan uluslararası bir müfredattır (Ferrel ve ark., 2010). ELNEC, yaşam sonu bakım ile ilgili hemşire eğitiminin doğasını değiştirmiştir (Pace ve Lunsford, 2011).

ELNEC; birçok konudan oluşan çok modüllü bir program olmakla birlikte bazı hemşirelik okulları, müfredat tasarımlarını yapılandırırken bu programdan yararlanmaktadır. ELNEC projesi kapsamında, daha iyi bir yaşam sonu bakım sunabilmek için 10 yıllık bir zaman sürecinde 50 eyalette ve 70 ülkede yaklaşık olarak 14.000 hemşire ve sağlık bakım profesyoneline eğitim verilmiştir (D'Antonio, 2017). ELNEC projesi yaşam sonu bakım ile ilgili önemli bilgi ve uygulama eksikliklerini belgeleyen kapsamlı araştırmalara dayanmaktadır. ELNEC projesi kapsamındaki eğitim programları, konferanslar, rol-play, küçük grup çalışması ve vaka tartışması gibi birçok eğitim modelini içermektedir (Ferrel ve ark., 2005).

Yaşam sonu bakımında kullanılan ELNEC eğitim modülleri; palyatif hemşireliğine giriş, ağrı yönetimi, semptom yönetimi, etik konular, kültürel ve manevi konular, iletişim, kayıp, keder, yas ve bireyin son saatlerini kapsamaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 1 Palyatif Hemşireliğine Giriş:* Bu modül, ELNEC-Uluslararası müfredatının temelini oluşturmaktadır. Hemşirenin disiplinler arası bir ekibin üyesi olarak kaliteli bakım sağlamada üstlendiği rol ile palyatif bakımın iyileştirilmesi ihtiyacına genel bir bakış açısı sunmaktadır. Bu modülde hospis ve palyatif bakım ile ilgili temel tanımlamalar ve ilkeler yer almaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 2 Ağrı Yönetimi:* Bu modül, yaşam sonundaki hastada ağrının değerlendirilmesi ile birlikte yönetiminin temel prensiplerini gözden geçirmektedir (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 3 Semptom Yönetimi:* Bu modül, ilerlemiş hastalığa sahip olan bireylerde görülen diğer semptomları ve bu semptomları yönetmede hemşirenin rolünü ele almaktadır. (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 4 Etik Konular:* Bu modül, yaşam sonu/palyatif bakımdaki bazı temel etik konular ile yasal yönden kaygı oluşturabilecek konuları tartışmaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 5 Kültürel ve Spiritüel Konular:* İlerlemiş bir hastalığa sahip olan bireyin bakımını etkileyen kültürü gözden geçirmektedir. Bu modülde kültürel ve spiritüel değerlendirmelerin, kültürel olarak yetkin bir bakım sağlamak ve yeterli iletişim kurmak için gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 6 İletişim:* Yaşam sonu bakımında iyi iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Kritik zamanlarda hastalarla ve aileleriyle iletişim kurma zorlukları bakım önerileriyle birlikte tanımlanmaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 7 Kayıp, Keder ve Yas:* Bu modül hastalar, aileleri ve bakım sağlayıcılar yönünden kayıp, keder ve yas tutma konularını ele almaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

*Modül 8 Son Saatler:* Bu modül, hastalığın prognozu doğrultusunda en iyi bakımı sunmak için gerekli olan hazırlığın önemini vurgulayarak, ölümün gerçekleştiği zamana ilişkin bakıma odaklanmaktadır (Ferrel ve ark., 2015).

ELNEC Afrika (Mısır, Etiyopya, Kenya, Malavi, Nijerya, Ruanda, Güney Afrika, Svaziland, Tanzanya, Zambiya, Zimbabwe), Asya (Hindistan, İsrail, Japonya, Kore, Lübnan, Malezya, Moğolistan, Çin Halk Cumhuriyeti, Filipinler, Suudi

Arabistan, Singapur, Sumatra, Tayvan, Tayland), Avustralya, Yeni Zelanda, Avrupa (Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Azerbaycan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Almanya, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Kazakistan, Kosova, Kırgızistan, Litvanya, Makedonya, Malta, Moldova, Norveç, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsviçre, Tacikistan, Türkiye, Ukrayna), Kuzey Amerika (Antigua, Belize, Kanada, Jamaika, Meksika, Birleşik Devletler) ve Güney Amerika (Arjantin, Brezilya, Şili, Kolombiya, Guyana, Peru, Venezuela) başta olmak üzere birçok ülkede uygulanmıştır (Ferrel ve ark., 2015).

### **2.1.2. Türkiye’de Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları**

Türkiye’de 1990’lı yıllarda palyatif bakım hizmetleri ile hospis hizmetlerinin gelişimi doğrultusunda yaşam sonu bakımın önemi giderek artmıştır (Fadıloğlu, 2017a). Yaşam sonu bakım, palyatif bakım ve hospis bakımından oldukça farklıdır (Mierendorf ve Gidvani, 2014). Yaşam sonu bakım, yaşamın son birkaç haftasını içeren ve ölümden hemen önce sunulan bakım olarak tanımlanmaktadır. Palyatif bakım, bir yandan yaşamı desteklemeyi onaylarken diğer yandan ölmeyi normal bir süreç olarak kabul etmektedir. Palyatif bakım, ölümü ne hızlandırmaya ne de geciktirmeye çalışmaktadır. Palyatif bakım, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını ele alırken ekip yaklaşımından yararlanmaktadır. Palyatif bakım, ağrı ve diğer sıkıntı verici semptomların hafifletilmesini sağlamakta; hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerine odaklanmaktadır. Palyatif bakım yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Hasta ve ailesinin hastalık sırasında ve ölümden sonra olumsuz durumlarla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Ölüme yaklaşan hastalar artık resüsitasyon ya da hayat kurtarma çabalarına ihtiyaç duymadıklarında palyatif bakıma ya da yaşam sonu bakıma ihtiyaç duymaktadır (Norton ve ark., 2011).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Palya-Türk projesi kapsamında Evde Sağlık Hizmetini başlatmıştır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı 2023 yılına kadar 292 palyatif bakım merkezi açmayı planlamıştır (Fadıloğlu, 2017a). Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, palyatif bakım hizmetlerini 81 ilde ve 317 sağlık kurumunda yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı bu tesisler toplamda 4.066 yatak kapasitesine sahiptir. Palyatif bakım tesislerinin yatak kapasiteleri il bazında farklılık göstermektedir. İzmir’de 19 sağlık tesisinde toplam 261, Bursa’da 11 sağlık tesisinde toplam 218, Balıkesir’de 11 sağlık tesisinde toplam 205, Ankara’da 12 sağlık tesisinde

toplam 192, Antalya’da 12 sağlık tesisinde toplam 178 palyatif bakım yatağı bulunmaktadır (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr>, 2018). Diğer yandan ilk hospis girişimi de Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı’nın desteği ile başlamış ve Ankara’da 12 yataklı bir hospis merkezi açılmıştır (Fadıloğlu, 2017a).

### **2.1.3. Acil Serviste Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları**

Acil servisler, sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilgili kararları kısa süre içerisinde aldığı, hızlı, tempolu ve yüksek strese sahip ortamlardır. Acil servisler aynı zamanda, hastaların ilk tedavilerinin yapılarak sevk veya taburcu edildiği bir hastaneye giriş noktası olarak da hizmet vermektedir (şener ve ınarlı, 2019). Yaşamı sürdürmek, acıyı hafifletmek, ölümü engellemek, mortaliteyi en aza indirmek ve resüsitasyon çabaları, acil bakımın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır (<https://www.ahajournals.org/journal/circ>, 2018).

Acil servise, ileri palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar ile konjestif kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), demans tanısı alan hasta ve aileleri başvurabilmekte; acil servise başvuran hastaların birçoğu yaşam sonu bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hastalar acil servise ağrı, dispne veya bulantı gibi birçok sağlık problemi nedeniyle de gelebilmektedir (şener ve ınarlı, 2019). Diğer yandan acil serviste hasta ölümüyle karşılaşma, hemşirelerin oldukça sık deneyimledikleri bir durumdur (Beckstrand, 2011). Acil müdahalenin birincil, hastayı rahatlatmanın ikincil amaç olduğu acil servislerde bazen hemşirelik bakımı ile ilgili problemler yaşanabilmektedir. Bu doğrultuda acil servis hemşirelerinin resüsitasyon çabalarının ötesine geçmesi, hastanın rahatlatılmasına ve konforuna gereken önem vermesi, lme yaşlaşan hasta ve ailesini bu sürece hazırlama konusunda gereken bilgi, beceri ve tutuma sahip olması önemlidir. Acil hemşiresinin özellikle lme yaşlaşan hasta ve ailesine bakım sunmaya hazırlıklı olması hayati önem taşımaktadır (Becstrand ve ark., 2008).

Hasta ve aileleri, genellikle sıkıntı veren semptomlar nedeniyle panik halinde acil servise başvurmakta ve mevcut durumla baş etme konusunda zorlanmaktadır. Bu süreçte hasta ve aileleri, karşılanması oldukça zor isteklerde bulunabilmekte ve kontrol dışı davranışlar sergileyebilmektedir. Bu doğrultuda acil servis hemşirelerinin hasta ve ailesini duygusal, psikolojik, sosyal ve manevi yönden desteklemesi ve onların mevcut durumla başetme becerilerini güçlendirmesi önemlidir (şener ve ınarlı, 2019). lme

yaklaşan hastaların son anlarını konforlu ve rahat bir şekilde geçirebilmeleri bir sağlık ve insan hakkıdır. Türkiye’de özellikle acil servislerin yoğunluğu gözönüne alındığında etkili yaşam sonu bakım uygulamalarının sunulabilmesi için, acil servis ortamlarının hasta ve ailesinin konforunu sağlayacak şekilde dizayn edilmesine, acil servis çalışanlarına özellikle palyatif ve yaşam sonu bakım uygulamaları hakkında eğitimler verilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## **2.2. Yaşam Sonu Bakımda Ağrı ve Semptom Yönetimi**

Yaşam sonu bakımda yaygın olarak görülen semptomlara pulmoner (dispne, öksürük, baş/burun konjesyonu, solunum sıkıntısı/solunum depresyonu), nörolojik/fonksiyonel (ağrı, spinal kord kompresyonu, güçsüzlük, yorgunluk, hareketsizlik, uykusuzluk, konfüzyon/demans/deliryum, hafıza değişiklikleri), gastrointestinal (bulantı/kusma, disfaji, anoreksiya, kilo kaybı, ağızda hoş olmayan tat, konstipasyon, bağırsak obstrüksiyonu, diyare, bağırsak inkontinansı, hıçkırık), üriner (mesane inkontinansı, mesane spazmları, mesane fonksiyon veya kontrolündeki değişiklikler), integumental (dekübitüs, mukozitis, kandidiyazis, pruritus, ödem, hemoraji, enfeksiyon, diyaforez), psikiyatrik (depresyon, anksiyete) ve diğer (ateş vb.) semptomlar örnek olarak verilebilir (Şener ve Çınarlı, 2019). Ölüme yaklaşan hastalar genellikle ölümün gerçekleşmesinden değil, bu süreçte yaşayacakları semptomların şiddetinden korkmaktadır. Bu doğrultuda yaşam sonu bakımda hastanın deneyimlediği semptomların rahatlatılması önemlidir (Perkins, 2016). Semptom yönetiminde hastada var olan problemler tanılanmalı ve uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Fadıloğlu, 2017b).

### **2.2.1 Ağrı Yönetimi**

Ağrının tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. Literatürde insanoğlunun varoluşundan itibaren ağrı çektiği bildirilmektedir (Erdine, 2016). Ağrının tanımı, kişinin deneyimlerine, ağrının nitelik ve niceliğine, hastalıklara, hastanın kognitif ve kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir (Tütüncü ve Günay, 2011). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (1979) ağrıyı “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden ve bu hasar ile tanımlanabilen hoş gitmeyen duygusal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlamaktadır (Tel Aydın ve Öztürk Birge, 2017).

Ağrı, yaşam sonu bakım gereksinimi olan hastaların en sık yaşadığı semptomlardan biridir. AIDS veya onkoloji hastalarının %80’i ile kardiyovasküler

hastalık tanısı alan veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların %67'si yaşamlarının son dönemlerinde şiddeti bireyden bireye farklılık gösteren bir ağrı deneyimleyebilmektedir (WHO, 2017). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsünün yaşam sonu bakım ile ilgili bir raporunda, ağrının ve diğer semptomların yönetiminin hasta bakımında oldukça önemli rol oynadığı, pek çok bireyin var olan tedavi yöntemleriyle önlenilecek veya hafifletilebilecek ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (McCahill ve Ferrell, 2002).

Ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin en çok kaygı duydukları semptom ağrıdır (McClain ve ark., 2002). Acil servis hemşiresi, genellikle ağrılı bir hastayı ilk tanıyan ve değerlendiren sağlık profesyoneli (Acar ve Başer, 2019). Ağrı, subjektif bir semptomdur. Bu nedenle hastanın öz bildirim ağrının değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Şener ve Çınarlı, 2019). Bu doğrultuda acil hemşireleri, ağrının semptom ve bulguları, hastanın ağrıya yanıtı, ağrının fizyolojisi, ağrının tipi, ağrının kontrolünde yararlanılan yöntemler ile birlikte bu yöntemlerin uygulanma nedenleri hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Tel Aydın ve Öztürk Birge, 2017).

Kronik ağrı, bir hastalık olarak kabul edildiğinde tedavi hakkını da beraberinde getirmektedir. Ağrının dindirilmesi hümaniter bir haktır. Bugün tıptaki gelişmeler doğrultusunda kronik ağrıların %90'ı dindirilebilmektedir. Ancak hastaların ağrı şikâyetlerini doktorlarına yeterince iletmemesi ya da ağrıyı azaltma yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olmasına bağlı olarak kronik ağrıların yalnızca %30'u tedavi edilebilmektedir (Erdine, 2016). Bu nedenle de ölüme yaklaşan hastalarda ağrı kontrolü hedeflenen düzeyde gerçekleştirilememektedir (McClain ve ark., 2002). Hastadaki ağrı düzeyini en iyi hasta ve hasta ailesi tanımlayabileceği için sağlık bakım profesyonelleri hasta ve yakınlarıyla iletişime geçerek bireyde ağrı ve diğer semptomların varlığını değerlendirmelidir (Şener ve Çınarlı, 2019).

Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlara opioidler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), parasetamol (asetaminofen), adjuvan analjezikler (norepiletikler, antikonvülzanlar, kortikosteroidler, antidepresanlar vb.) ve lokal anestezi (Aksoy ve Pamir Aksoy, 2014), nonfarmakolojik yöntemlere ise meditasyon, gevşeme, ritmik solunum, biofeedback, terapötik dokunma, kütanöz stimülasyon, müzik, sıcak-soğuk uygulama, hipnoz ve buz masajı örnek olarak verilebilir (Gökçınar, 2014).



Ağrısının olduğunu ifade edemeyen ve ölüme yaklaşan hastalarda davranışsal tepkilerden, fizyolojik parametreler ile davranışsal ağrı ölçeklerinden yararlanılmalı, ihtiyaç duyulduğunda ağrı değerlendirilmesinde aile bireylerinin desteği de alınmalıdır (Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2014). Ağrı, bireyselleştirilmiş bir deneyim olması nedeniyle hemşire, hastanın ağrı ifadelerine güven duymalı; bireyin yaş, ırk, cinsiyet, kültür, biliş, duygu ve geçmiş deneyimlerini göz önünde bulundurmalıdır (Acar ve Başer, 2019). Diğer yandan başarılı bir ağrı yönetimi için kurum prosedürlerinin oluşturulması, ağrı ile ilgili formların ve dokümantasyon kaynaklarının standardize edilmesi, hastaların algoloji bilim dalına erken dönemde yönlendirilmesi ve yaşam sonu bakımda görev alan hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin rehberler hakkında farkındalıklarının artırılması önemlidir (Eyigör ve Uyar, 2017).

### **2.2.2. Semptom Yönetimi**

Malignite olsun ya da olmasın, terminal dönemde olan ve yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastalar birden fazla semptom ile sağlık bakım kurumlarına başvurabilmektedir (Claessens ve ark., 2008). Semptomlar ölüme yaklaşan hastaların stres düzeyi, yaşam kalitesi ve sağ kalım oranlarını etkilediği için sağlık bakım profesyonellerinin kapsamlı bir değerlendirme yapması önemlidir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017). Örneğin yutma güçlüğü nedeniyle oral yoldan tedavinin mümkün olmadığı hastalarda paraneural yol ile tedavi yöntemine geçilebilmekte, hastanın ölüm anı yaklaştığında ise en belirgin semptomlardan biri olan hırıltılı solunum hem hastayı hemde bakım verenleri etkileyebilmektedir. Bu nedenle bu süreçte hastanın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilecek invaziv girişimlerden kaçınılmalıdır. Hasta ve ailesine sakin, rahat ve huzurlu bir ortam sağlanmalıdır (Menekli Amaç, 2017). Hemşireler yaşam sonu bakım sunarken semptomları değerlendirebilmeli ve hastanın yaşadığı bu semptomların şiddetini azaltmak için uygun girişimlerde bulunabilmelidir (Şener ve Çınarlı, 2019).

#### **Dispne**

Dispne, yaşamı tehdit eden hastalıklarda (KOAİ, kanser, pnömoni, pulmoner emboli, konjestif kalp yetmezliği, son evre böbrek hastalığı, anksiyete, metabolik bozukluklar vb) oldukça yaygın görülen bir semptomdur. Dispnenin şiddeti yaşamın son dönemlerine doğru giderek artmakta, hastalarda boğulma hissi ve ölüm korkusuna neden olmaktadır (Beyce İncazlı ve Yıldırım, 2017; Şener ve Çınarlı, 2019). Ölüme

yaklaşan bir hastanın solunumu yüzeyleşmekte, ara ara apne periyoduna girebilmekte ve cheyne-stokes solunum görülebilmektedir. Bir hastada dispne gelişirse öncelikle altta yatan neden tanımlanmalı ve hastaya uygun tedavi uygulanmalıdır (Menekli Amaç, 2017). Bazı hastalarda dispnenin altında yatan neden tam olarak tanımlanamayabilir. Bu nedenle dispnenin subjektif bir semptom olduğu ve tedavinin hastanın yaşadığı dispnenin düzeyine göre planlanması gerektiği bilinmelidir (Şener ve Çınarlı, 2019). Hemşireler hastada gelişebilecek bronkospazm, raller, efüzyon ve hava yolu obstrüksiyonunu izlemeli ve dispnesi olan hastanın konforunu sağlamaya yönelik uygun hemşirelik yaklaşımları geliştirmelidir (McClain, 2002).

### **Bulantı ve Kusma**

Bulantı ve kusma, ileri evre onkoloji hastaları ile günlük yaşam aktivitelerini sınırlayıcı bir hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir semptomdur (Kav, 2017). Bulantı ve kusmanın gastrointestinal (gastrit, pankreatit, karaciğer yetmezliği, inatçı öksürük), metabolik (hiperkalsemi, üremi, enfeksiyonlar, beyindeki bölgeyi sitümüle eden kemoreseptörler), vestibüler bozukluklar (harekette bozukluğu, toksik ilaçlar ya da beyin tümörleri) ve psikolojik hastalıklar (Sherman ve ark., 2004) gibi birçok nedeni bulunmaktadır. Bulantı ve kusma, acil servise başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bulantı ve kusma, altta yatan patofizyolojinin doğru değerlendirilmesine bağlı olarak etkili bir şekilde yönetilebilen bir semptomdur. Bu nedenle hemşireler bulantı ve kusmanın patofizyolojisini iyi bilmelidir (Şener ve Çınarlı, 2019).

Bulantı ve kusmanın tedavisinde bulantı ve kusma ataklarının sıklığı, rengi, hacmi, kusmaya neden olan faktörlerin varlığı değerlendirilmekte , böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, elektrolit ve kalsiyum düzeyi gibi laboratuvar değerleri, batın grafisi ve tanılayıcı testlerden yararlanılabilmektedir (Sherman ve ark., 2004). Bulantı ve kusma semptomlarının yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik birçok yöntem kullanılabilir (Kahveci, 2014; Kav, 2017). Bulantı ve kusmanın farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerine rahatlama teknikleri, akupunktur, hipnoz ya da müzik tedavisi ile diyet örnek olarak verilebilir. Bununla birlikte yemeklerin oda sıcaklığında sunulması, kokuların önlenmesi, hastanın yavaş yemesi için cesaretlendirilmesi ve aspirasyonu önlemek amacıyla pozisyon verilmesi hastalarda bulantı ve kusmayı önlemeye yönelik diğer yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Sherman ve ark., 2004).

## **Öksürük**

Öksürük, hasta ve ailesi için önemli bir stres kaynağıdır. Yaşam sonu bakım alan hastalarda öksürük insidansının %29 ile %74 arasında değiştiği bildirilmektedir (Beyece İncazlı ve Yıldırım, 2018). Vagal bir refleks olan öksürük yaşam kalitesini etkilemekte (Beyece İncazlı ve Yıldırım, 2018), kanser, AIDS, son evre kalp veya akciğer hastalıklarının bir belirtisi olabilmektedir. Öksürüğü olan bir hastaya genellikle ağrı, yorgunluk, kusma ve uykusuzluk gibi semptomlarda eşlik edebilmektedir. (Sherman ve ark., 2004). Öksürüğün farmakolojik tedavisi antitüssif ilaçlar, opioidler, kortikosteroidler, ekspektoranlar, lidokain, inhale antikolinerjik, albuterol ve diğer farmakolojik tedavileri kapsamaktadır. Öksürüğün nonfarmakolojik tedavisi ise hastaya uygun pozisyon vermeyi, postüral drenaj uygulamayı, derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırmayı, çevresel düzenlemeyi, beslenme, aspirasyon ve psikososyal girişimleri içermektedir (Beyece İncazlı ve Yıldırım, 2017).

## **Konstipasyon**

Konstipasyon karın krampları, distansiyon, rektal basınç, ıkınma, şişkinlik, dışkılamada zorlanma, sert dışkılama, boşaltım sıklığında azalma ile karakterize bir semptomdur. İlerlemiş onkoloji hastaları ile terminal dönem hastalarında konstipasyon insidansı %20 ile %50 arasında değişmektedir (Sayın Kasar ve Yıldırım, 2017). Konstipasyonun birçok nedeni vardır. Kısmi veya tam bağırsak tıkanıklığı, hiperkalsemi, hipokalemi, omurilik basısı, diyabet, hipotroidizm veya divertikülit gibi hastalıklar, cerrahi adhezyonlar, dehidratasyon, hareketsizlik ve ağrı konstipasyon gelişimine neden olabilmektedir (Sherman ve ark., 2004). Rektal kanama, bulantı-kusma, anal ağrı, halsizlik, baş ağrısı, distansiyon, hemoroid, asit, sert dışkı, konfüzyon, bağırsak hareketlerinde azalma, gaz çıkarma, dışkılama sırasında zorlanma, rektumda dolgunluk veya basınç hissi, kramp ve ağız kokusu konstipasyon belirti ve bulgularına örnek olarak verilebilir (Sayın Kasar ve Yıldırım, 2017).

## **Deliryum**

Akut konfüzyon durumu olarak tanımlanan deliryum, beynin işlev bozukluğu nedeniyle ortaya çıkan ciddi bir nöropsikiyatrik durumdur (Karadakovan, 2017). Yaşam sonu dönemde olan ve ölüme yaklaşan hastaların %80'inde deliryum geliştiği bildirilmektedir (Kahveci, 2014). Deliryumda, altında yatan nedenin belirlenmesi önemlidir (Şen ve ark., 2016). Deliryumda bilişsel ve işlevsel sorunların dopaminle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu doğrultuda beyindeki dopamin artışının deliryumda

önemli rolü vardır. Dikkat, düşünme, konuşma, bellek, oryantasyon ve duygulanım bozukluğu, bilinçte, algılamada, psikomotor aktivitede ve uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma deliryum belirti ve bulguları arasında yer almaktadır (Karadakovan, 2018). Deliryum hastalarında, fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gelişen kontrol kaybı ya da korkuya bağlı anksiyete ölümün yaklaştığına işaret etmektedir (Wilden ve Nancy, 2002).

### **2.3. Yaşam Sonu Bakım Etiği**

İnsan eylemlerini konu edinen etik, Latince “moral” kelimesi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ahlak felsefesi olarak da tanımlanan etik Yunanca ethos= töre anlamına gelmektedir. Ahlaki tutum ve davranışlara belirli bir yöntemle yaklaşmaya çalışan etik, yanlış doğrudan, iyiyi kötüden ayırt edebilmek için ahlak kavramını anlamaya çalışan bir felsefedir (Şentürk, 2013). Etik, ahlaki inançları yansıtan bir süreçtir. Hemşirelikte etik, hasta haklarını koruma, hastaya zarar vermeden yarar sağlama, hasta ile birlikte hasta için en iyi ve doğru kararın verilmesidir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

Hemşirelik etiği, etiğin biyoetik boyutunu içermektedir (Zerwekh, 2006b). Hemşirelik, sağlıklı/hasta bireyi bütüncül bir yaklaşımla ele alarak ailesi, yakın ve geniş çevresiyle birlikte değerlendiren hümanistik ve holistik bakım felsefesine odaklanmaktadır. Etik temelli bir hemşirelik uygulaması, hemşirelerin kendi değerlerini bilmesini ve bu değerleri uygun şekilde kullanmasını gerektirir (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016). Bununla birlikte sağlık bakım profesyonelleri etik bir sorunla karşılaştığında, etik ikilemleri yönetebilmeli, hasta haklarını savunabilmeli ve onların kararlarına saygı gösteren etik bir duyarlılığa sahip olabilmelidir (Schluter ve ark., 2008). Sağlık bakım profesyonellerinin etik sorunları tanımlama ve alınacak kararların etik sonuçlarını yorumlama yetenekleri etik duyarlılıklarının gelişiminde önemli rol oynar (Dikmen, 2013). Hemşireler, hastasının en hassas, güçsüz, mahrem ve özel yönlerini görebilmelidir. Onların acı ve keder ile yalnızlık, umutsuzluk duygularına şahitlik edebilmelidir. Bu şahitlik bazen hastalar adına karar almayı gerektirmekte, bazen de alınan çok basit bir karar ahlaki bir yargılamaya dönüşebilmektedir (Cerit, 2010).

Hemşireler deneyimsizlik, ihmal veya klinik araştırmalar nedeniyle hastaların zarar görmesini önlemeli ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin riskleri en aza

indirgemelidir. Sağlık bakım profesyonelleri, hasta güvenliğini sağlamalı ve bu konuda gerekli önlemleri almalıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda hemşirelik bakımı sunmalıdır (Şentürk, 2013). Hemşireler, hasta kayıtlarının gizliliğine de önem vermelidir. Hastanın bakım ve tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan bireylerin hasta kayıtlarına ulaşmalarını engellemelidir. Hastanın kendisi ya da ailesi ile ilgili paylaştığı bilgileri hastasının rızası olmadan başka bireylerle paylaşmamalıdır. Hemşireler acil durumda hastasına gerekli müdahaleyi yapabilmelidir. Bedensel bütünlüğüne yönelik uygulamalarda hastadan sözlü ya da yazılı rızasını almalıdır. Hasta karar veremeyecek durumda olduğunda ise hasta yakınlarının onayına başvurmalıdır. Hastayı ve yakınlarını sunduğu bakım hakkında bilgilendirmelidir (Şentürk, 2013).

Bakım, evrensel bir kavramdır. Bakım, hemşireliğin teori ve uygulamasının temel bir değeri olarak görülmektedir (Enns ve ark., 2016). Hemşirelik araştırmacıları, sağlık kavramını bireylerin bakım gereksinimi ile ilişkilendirmektedir (Yekefallah ve ark., 2015). Bakım, hemşirelik uygulamalarının özü olmakla birlikte (Hajinezhad ve ark., 2011; Enns ve ark., 2016), hemşireliğin amacı bireye kaliteli bakım sunmaktır (Hajinezhad ve ark., 2011). Ölüm tıbbi bir olayın ötesinde bireyi, ailesini ve toplumu etkileyen spiritüel bir süreçtir. Ölüme yaklaşan hastanın acısının azaltılmasında, kaliteli ve huzurlu bir ölümün sağlanmasında hemşireler önemli rol oynamaktadır (Şentürk, 2013).

### **Yaşam Sonu Bakımda Biyoetik Hususlar**

Yaşam sonu bakım ile ilgili biyoetik problemler; organ ve doku bağıışı, postmortem prosedürler, otopsi, yaşam sonu desteğin durdurulması ve ötenaziyi içermektedir (Şener ve Çınarlı, 2019). Bununla birlikte yaşam sonu bakım alan hastaların %50'sinden fazlasına sedasyon uygulanmakta ve sedasyon uygulamasına bağlı olarak etik ikilemler ortaya çıkmaktadır (Skyes ve ark., 2003; Graeff ve Dean, 2007).

### **Organ ve Doku Bağıışı**

Bazı aileler organ veya doku bağıışı yapmayı kendileri talep etseler de, hasta yakınlarıyla organ ve doku bağıışı ile ilgili görüşmeleri başlatmak oldukça zordur (Şener ve Çınarlı, 2019). Bununla birlikte kardiyopulmoner resisütasyonun ne zaman ve hangi sıklıkla yapılacağı halen tartışmalı bir konudur. Bazı kurumlarda hemşirelerin organ ve doku bağıışı hakkında aile ile iletişime geçmeleri istenebilmektedir. Bu nedenle organ ve

doku bağışı konusunda ilk olarak hemşireler kendi duygularının farkında olmalıdır (Ecevit Alpar ve ark., 2013). Hemşireler organ veya doku bağışı sürecinde ailenin yas tutma sürecine saygı duymalı ve onların kendilerini rahat hissedebilecekleri tüm bilgileri sunmalıdır (Şener ve Çınarlı, 2019).

### **Postmortem Prosedürler**

Ölümü yeni gerçekleşmiş hastalar üzerinde postmortem prosedürlere (endotrakeal entübasyon, krikotirotomi, santral kateter yerleşimi gibi ) ilişkin bazı becerilerin uygulanması oldukça hassas bir konudur. Sağlık bakım profesyonellerinin bu becerileri geliştirmelerine ihtiyaç duyulmasına karşın ölüm süreci öncesi hastanın ve yakınlarının isteklerinin göz önünde bulundurulması son derece önemlidir. Diğer yandan postmortem invaziv girişimlerin yerine getirilebilmesi için aileden onam alınması da dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur (Şener ve Çınarlı, 2019).

### **Otopsi**

Bilinen veya şüphelenilen cezai bir fiil ile ilişkili herhangi bir ölüm otopsi nedenidir. Otopsiler her türlü ani, travmatik veya beklenmeyen ölüm nedenini belirlemek için uygulanmaktadır. Bir otopsinin gerekli olup olmadığını belirlemek için bazı faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan ilki ölüm nedenidir. Otopsi yapma kararı genellikle tıbbi muayeneyi yapan doktor ya da hastanın vefat ettiği idari bölgedeki adli tıp doktoru tarafından verilmektedir. Buna karşın şüpheli durumlarda aile üyeleri de hastalarına otopsi yapılması talebinde bulunabilmektedir (Şener ve Çınarlı, 2019).

### **Yaşam Sonu Desteğin Sonlandırılması**

“Yararı olmayan tedavi” kavramı ilk olarak 1980 yılında tanımlanmıştır. Bu kavram 1990 yılında tıp etiği literatürüne girmiştir (Gabbay ve ark., 2010). Tıpta yararı olmayan tedavi kavramı yıllardır tartışılmasına karşın son yıllarda bu konuya olan ilgi giderek artmıştır. Teknolojik gelişmeler, insanların yaşam süresinin uzaması, modern tıbbi ekipmanların gelişmesi, sağlık harcamalarındaki artış ve hasta özerkliğine verilen önem bu kavram üzerine odaklanılmasına neden olmuştur (Madani, 2013).

Bireyin acısını azaltmak, önlemek ya da sonlandırmak ötenaziden farklı bir durum olmasına karşın bazı hasta ve yakınları tedaviden yarar sağlanamadığında, tedavinin sınırlandırılması gerektiğini kabul etmekte zorlanabilmektedir (Karnik ve Kanekar, 2016). Yaşamsal tedaviler, hastada iyileşmeyi hızlandırmak yerine ölüm sürecini daha da uzatabilmektedir (Carlet ve ark., 2004). Bu doğrultuda yararı olmadığı

düşünülen tedavinin durdurulmasında hemşireler önemli rol oynayabilmektedir (Yekefallah ve ark., 2015). Yararı olmadığı düşünülen tedavinin sonlandırılması ile ilgili bir kriter olmamasına karşın karar verirken uzman görüşüne başvurulabilir ve mevcut vakanın prognozu değerlendirilebilir (Karnik ve Kanekar, 2016). Yaşam desteğine son verilmesi kararı genellikle ülkenin bu konudaki yaklaşımı, kültür ve dini inançları gibi birçok faktörden etkilenebilir (Carey ve Cosgrove, 2006).

### **Çift Etki İlkesi**

Çift etki ilkesi, bazı vakalarda bir eylemin iyi ve kötü iki etkisinin olmasıdır. Ölmek üzere olan bir hastaya ağrı kesici ilaçlar verilmesi çift etki ilkesine örnek olarak verilebilir. Opioidler, ağrı ve acıyı hafifletmek için kullanılmasına karşın bu ilaç grubunun advers birçok etkiside bulunmaktadır. Burada hemşirenin gözönünde bulundurması gereken en önemli nokta, hastanın ölümüne kadar olan süreçte acı çekmesine izin verip vermeyeceği, hastanın acısını azaltmak için gereken çabayı gösterip göstermeyeceğidir (Şener ve Çınarlı, 2019).

### **Ötenazi**

Ötenazi, kişinin hayatını sona erdirmeye niyeti olarak tanımlanır. Ülkemizde ötenazi yasal olmamasına karşın, Hollanda, Avustralya ve Kolombiya gibi ülkelerde yasaldir. Bununla birlikte Hollanda gibi bazı ülkeler ötenaziye gerçekleştirmek için spesifik kriterler ile ana esasları belirlemişlerdir (Şener ve Çınarlı, 2019).

### **Aile ile Paylaşılması Gereken Etik Konular ve Karar Verme Süreci**

Tıp ve teknolojiadaki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresi uzamasına karşın, ölüm insanoğlu için kaçınılmaz bir olgu olmayı sürdürmektedir. Günümüzde sağlık bakım sistemi hasta ve yakınlarını kendi tedavisine karar verme konusunda karar verici olarak kabul etmesine karşın, hasta ve yakınları yaşam sonu bakım konusunda etik birtakım ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Karnik ve Kanekar, 2016). Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonelleri yararı olmadığı düşünülen bir tedaviyi sonlandırma veya erteleme konusunda hasta ile konuşabilmeli, tedaviye yönelik gerçekçi olmayan beklentileri olan hasta ya da ailesini bu durumun dezavantajları hakkında bilgilendirmelidir (Winzelberg, 2005).

Yaşam sonu bakımda sessizliği koruma davranışlarının ya da hastaya durumu ile ilgili doğruların söylenmemesinin hasta ve ailesine yarardan çok zarar verdiği kabul edilmektedir. Burada önemli olan nokta hastaya gerçeklerin söylenip söylenmemesi

değil, bilginin nasıl, ne zaman, ne sıklıkla ve kimin tarafından verileceğinin belirlenmesidir. Bu nedenle yaşam sonu bakımında bilgi yönetimi oldukça önemlidir. Bilginin yönetimi aşamasında sağlık bakım profesyonelleri ile hasta ve ailesi arasında etik sorunlar gelişebileceği için bu konuda hassas davranılması gerekmektedir. Yaşam sonu bakımında sağlık bakım profesyonelleri hasta ve ailesine spontan bir şekilde cevap vermemeli ve her durumu etik açıdan değerlendirmelidir (Akın Korhan ve Üstün, 2017). Diğer yandan yaşam sonu bakımında hasta ve ailesinin onurunun korunması oldukça önemlidir. Hasta ve ailesinin korkularını, endişelerini, umutlarını ve bakım tercihlerini ifade etmelerine fırsat verilmelidir. Hasta ve yakınlarının kardiyovasküler resisütasyon, solunum cihazına bağlama, antibiyotik uygulama gibi hasta bakımı ile ilgili tercihleri dikkate alınmalıdır. Hastalara uygulanacak girişimlerin yarar ve zararları hasta, hasta yakını ve sağlık bakım profesyonellerinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından değerlendirilmelidir. Ayrıca ileri direktifler ile ilgili bir form hazırlanarak hasta ve ailesine bu form imzalatılmalıdır (Fadıloğlu ve Hançerlioğlu, 2017).

#### **2.4. Yaşam Sonu Bakımda Kültürel Konular**

Kültür, bir grup insanı birbirine bağlayan, onların kimliğini belirleyen bir inanç ve gelenek topluluğudur (Ekblad ve ark., 2000; Koenig ve Gates-Williams, 1995). Belirli bir kültürden söz edildiğinde, ortak değer, norm, yaşam tarzı, kural ile dil ve inançları paylaşan bireyler anlaşılmaktadır (Taylor, 2001). Kültür; ırk, etnik köken, din, dil, ulusal köken ve diğer faktörleri içeren bir kavramdır (Bullock, 2011). Kültür, grup veya bireyi karakterize eden baskın tutum ve davranışlarla ilgilenir. Bu nedenle kültür, bireylerin kendi çevrelerini anlamalarında ve nasıl davranmaları gerektiğini belirlemelerinde bireylere yardımcı olur (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001).

Kültürle ilişkili bir diğer kavram da maneviyattır (Taylor, 2001). Maneviyatın özellikle yaşam sonu bakımında oldukça önemli yeri vardır. Maneviyat “ruh ile ilgili veya ruhu etkileyen unsurlar” olarak tanımlanmaktadır. Maneviyat, dini inançlarla karşılaştırıldığında daha karışık görüldüğü için genellikle ihmal edilmektedir. Bununla birlikte bireylerin manevi ihtiyaçlarını ele alma konusundaki yetersizlik, kaygı, sıkıntı ve potansiyel çatışmalara neden olabilmektedir (Carey ve Cosgrove, 2006).

Kültürü etkileyen birçok faktör mevcuttur. Bu faktörlerden biri de kültürel farklılıkları kabul etme becerisi olarak tanımlanan kültürel farkındalıktır. Kültürel duyarlılık ise sağlık profesyonelinin farklılıkları kabul etme ve bunlara saygı gösterme



becerisine ilişkin anlayışını ifade etmektedir. (Clark ve Philips, 2010). Kültürel duyarlılık ve kültürel yetkinlik, kültürel açıdan yetkin bir bakımın sağlanması ile ilgili tutum ve becerileri tanımlamaktadır (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001). Aynı zamanda kültürel duyarlılık, yabancı olduğumuz inanç ve uygulamalara karşı yargılayıcı olmayan bir tutum ile uzlaşma istekliliğinin gelişmesini sağlamaktadır (Crawley ve ark., 2002). Klinik ortamda kültürel konuların yönetimini sağlayan beceri ve bilgilerin edinilmesi ise kültürel yetkinlik olarak tanımlanmaktadır. Kültürel farklılıkların ele alınması ve bu farklılıklara saygı duyulması hasta ve yakınlarının güven duygusunu artırmakta ve bakımın gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001; Carey ve Cosgrove, 2006).

Kültürel duyarlılık eksikliği, sağlık profesyonellerinin ölüm sürecindeki hasta ve ailesi ile etkileşim kurmasını engelleyen bir durumdur. Aynı zamanda kültürel duyarlılık eksikliği yanlış algılamalar ile birlikte istenmeyen ve uygun olmayan klinik sonuçlara yol açabilmektedir (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001). Yaşamın sonundaki hastalara kültürel açıdan duyarlı bakım sunmak, hemşirelerin birincil hedefi olmalıdır. Örneğin acil hemşireleri, ölüme yaklaşan bir hastaya bakım sunarken huzurlu ve onurlu bir ölümü sağlamak için gerekli girişimlerde bulunmalıdır (Skilback ve Payne, 2003).

Kültürel değişkenler, bir toplumda yaşam ve ölümün anlamı ile yaşam sonu karar verme yaklaşımını belirleyebilmektedir (Shrank ve ark., 2005; Bullock ve ark., 2005). Cruz-Oliver ve arkadaşlarının (2014) kültürün yaşam sonu bakım üzerine etkisini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada, Latin Amerikalıların yaşam sonu bakım merkezleri yerine hospis merkezlerini daha çok tercih ettikleri ve bu durumun yaşam sonu bakım hizmetlerinin daha maliyetli olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Cruz-Oliver ve ark., 2014).

Batılı ülkelerde karar alma sürecinin temel odak noktasını hasta otonomisi oluşturmaktadır. Hastanın kendi durumunu, tedavisini, sunulan bakımı seçme veya reddetme konusunda bilgilendirilme hakkı bulunmaktadır. Ancak, tüm kültürler hasta otonomisine aynı önemi vermemektedir. Batılı olmayan birçok kültürde aileler, kendilerinden önce hastalarına bilgi aktarılmasını tercih etmemektedir. Ailelerin bu tutumu hastanın gereksiz bir acı yaşamasına neden olabileceği düşüncesinden kaynaklanmaktadır (Searight ve Gafford, 2005). Eğer hasta, hastalığının sonuçlarını anlama kapasitesine sahipse ve mevcut durumunu öğrenmek isterse onun bu isteğine saygı duyulmalıdır (Carey ve Cosgrove, 2006).

Manevi ve dini uygulamalar, hastanın ölümüne hazırlanmasında önemli rol oynar (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001). Bazı toplumlarda ölümüne geçişi kolaylaştırmak için hasta başında törenler yapılabilir. Aile üyeleri ile dini liderler hasta başında birlikte dua edebilir (Lobar ve ark., 2006). Bazende kültürel ve fiziksel engeller nedeniyle bu ihtiyaçları karşılamak oldukça zor olabilir. Kültürel uygulamaları kolaylaştırmak için ziyaret süresi ile izin verilen ziyaretçi sayısında esnek davranılabilir. Bu nedenle çatışmalardan kaçınmak için açık ve empatik bir iletişime ihtiyaç duyulabilir. Dini liderlerle önceden iletişime geçilmesi ve bu konuda personelin eğitilmesi, klinisyenlerin kültürel olarak etkili yaşam sonu bakım vermelerini sağlamaya yardımcı olabilir (Carey ve Cosgrove, 2006).

Leininger, bireye kültürel olarak yetkin bir bakım sunmak için, hemşirelerin manevi faktörlerin sağlığı nasıl etkilediğini dikkate almaları gerektiğini bildirmiştir. Bu doğrultuda Leininger, hemşirelere yardımcı olmak amacıyla kültürlerin ve sosyal yapıların boyutlarını gösteren bir “gündoğumu modeli” tasarlamıştır. Bir hemşirenin farklı kültürel özelliklere sahip hastaların manevi inançlarını ve uygulamalarını destekleyici bir tutum sergileyebilmesi için diğer dinlerin özelliklerini yakından bilmesi gerekmektedir (Taylor, 2001).

Hemşirelerin bireylerin manevi-kültürel değerlerini ve inançlarını anlayabilmeleri için öz-farkındalık düzeylerinde yüksek olması gerekmektedir. Örneğin, bir hemşirenin ölmek üzere olan bir hastayla ölüm hakkında konuşarak hastayı rahatlatmaya çalışması, hasta ve ailesini hem öfkeli edebilir hem de üzebilir. Bu tür bir çatışma yaşandığında hemşirenin kendisine sorması gereken soru: “Kimin değerlerini destekliyorum?”dur. Ayrıca hemşireler, tıbbi gelenekler ve kurumsal politikalara karşı dini isteklerde bulunan hastalarla ilgili sempatik bir tutum geliştirmelidir. Onların bu tür isteklerinin yaratabileceği sorunları çözmek için yaratıcı davranmalıdır. Hemşirenin hassas ve saygılı bir şekilde maneviyatı değerlendirebilmesi ve ruhu besleyen bir bakım sunabilmesi son derece önemlidir (Taylor, 2001).

## **2.5. Yaşam Sonu Bakımda İletişim**

İletişimin insan yaşamında önemli bir yeri vardır. İnsanlar, iletişim yoluyla bilgi, duygu, düşünce ve sorunlarını paylaşarak yaşamdan doyum alabilir (Akyurt, 2009). İletişim, hastalık veya tedavi ile ilgili mitlerin ve önyargıların ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. İletişimin temelinde gerçeklere dayalı bilgilerin

aktarılması söz konusudur. İletişimin yaşam sonu bakımında da önemli rolü vardır. İletişim ve işbirliği, sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve aileleriyle etkin iletişim kurulabilmelerini sağlar. İletişim, bireyin bakım, tedavi ve uygulamaları ile ilgili karar verme sürecini kolaylaştırır. İletişim, aynı zamanda disiplinler arası işbirliğini güçlendirir (Matzo ve ark., 2003a).

İnsan, iletişim aracılığıyla gelişir ve olgunlaşır. Bilgisini, görgüsünü ve deneyimini artırır. İletişim kişinin kendisinin farkına vararak sınırlarını çizmesine yardımcı olur. Diğer insanlarla benzer ve farklı yönlerini keşfetmesini sağlar (Gülbahçe, 2010). Diğer tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de iletişim önemlidir. Hemşirelik bakım sürecinin etkinliği, hemşirelerin diğer bireylerle etkin bir şekilde iletişim kurabilme yeteneğine bağlıdır. Hemşire, sözel ve sözel olmayan iletişim yoluyla karşısındaki bireyin yaşadıklarını anlamaya ve yardım etmeye çalışır (Tutuk ve ark., 2002).

Yaşam sonu bakımında hemşirenin yaşam ve ölümün doğal bir süreç olduğunu kabul etmesi ve iyi bir iletişim yeteneğine sahip olması son derece önemlidir. Hemşire, hasta ve yakınlarıyla dürüst ve güvene dayalı bir iletişim kurmalıdır. Kültür ve etnik yapının iletişim üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili, dini, tanısı ve ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya hakkı olduğu unutulmamalıdır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler hastanın dilini, spiritual ve dini inançlarını, hastalığa, ölmeye ve ölüme bakış açısını değerlendirmelidir. Hastanın umudunu korumasına yardımcı olmalıdır. Hemşire, hasta ve ailesiyle terapötik bir ilişki kurmalıdır. Onları güçlendirecek bir bakım sunmalıdır. Hasta ve ailesinin bütünlüğünü koruyarak yaşamlarının anlam bulmasına yardımcı olmalıdır (Filiz ve Dikmen, 2017).

Yaşam sonu bakımında hasta ve ailesi, geleceğe yönelik belirsizlik yaşamları nedeniyle iletişim becerilerini etkin bir şekilde kullanmakta problem yaşayabilmektedir. Aynı zamanda sağlık bakım profesyonellerinin birçoğu, ölüme yaklaşmakta olan hastaya karşı nasıl bir tutum geliştirmeleri gerektiğini bilememektedir. Yaşamın son günleri hasta ve yakınları için ölümün her an hissedilip ızdırıp yaşandığı bir dönemdir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri, onurlu bir sonlanış ve vedalaşma yaşayabilecekleri terapötik bir ortamın sağlanması önemlidir (Bilge, 2017).

Sağlık bakım profesyonellerinde “ölüme sebebiyet nedeniyle suçlanma korkusu” önemli bir endişe kaynağıdır. Hasta veya yakınlarının sorusunun cevabını bilememe ve soruyu cevaplarken doğruyu söyleme/söylememe iletişimi engelleyen en önemli faktörlerden biridir. Bu durum hasta ya da ailesinin yaşam sonu hedefleri, istekleri veya ihtiyaçlarına ilişkin bilgi ya da anlayış eksikliği ile birlikte hastaların/ailelerinin değer ve hedeflerine uygun olmayan kararların alınmasına yol açabilmektedir (Matzo ve ark., 2003a). Bununla birlikte kişinin kendi ölümünden korkması, sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve ailesine yönelik tutum ve davranışını etkileyebilmektedir (Matzo ve ark., 2003a).

Hastanın bakımı konusunda hasta ve aile üyeleri ile sağlık profesyonelleri arasında anlaşmazlığa neden olabilecek etik konuların tartışılması oldukça güç olmasına karşın hasta ya da ailelerinin görüşlerini ifade etmelerine fırsat verilmelidir. Diğer yandan bu konuda etik bir sorun yaşandığında ise bir danışma ekibi veya etik kuruldan destek alınmalıdır (Matzo ve ark., 2003a). Bununla birlikte hastanın sosyal statüsü, yaşı, cinsiyeti, ırkı ile utanma, suçluluk ve korku gibi duygusal özellikleri iletişime engel olabilir (Bilge, 2017). Bu doğrultuda hasta ve yakınları aile içi anlaşmazlıklar, maddi problemler, eğitimle ilgili sorunlar, fiziksel kaygılar ve sınırlamalar, yetersiz başa çıkma yöntemleri ve keder gibi faktörlere bağlı olarak iletişim problemleri yaşayabilir (Matzo ve ark., 2003a).

Sağlık bakım profesyonellerinin hasta ya da yakınları ile etkileşimde bulunurken terapötik iletişim tekniklerinden yararlanması önemlidir. Terapötik iletişim teknikleri dinleme, yansıtma, mizah kullanma, bir durumu açıklığa kavuşturma, bilgi verme, soru sorma, algıları paylaşma, sessizliği kullanma, odaklanma ve özetlemeyi; terapötik iletişim davranışları ise sıcaklık, empati, dokunma, samimi olma, güven duyma, pozitif yaklaşım ve profesyonel olmayı kapsamaktadır (Bilge, 2017). Sağlık bakım profesyonelleri özellikle yatağa bağımlı olan ve bilinci kapalı olan hastalara bakım sunarken iletişim problemleri yaşayabilmektedir. Bilinci kapalı olan hastalar sağlık bakım profesyonellerine geribildirimde bulunamadıkları için kurulan iletişim tek yönlü ve sözsüz olabilmektedir. Bu nedenle yatağa bağımlı olan ve prognozu kötü olan hastalarla iletişim kurarken aileden yardım ve destek alınması önemlidir (Menekli Amaç, 2017).

## Aile Üyeleri İle İletişimin Önemi

Yaşamın sonuna yaklaştıkça hastaların prognozu giderek kötüleşmekte, hastalar kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekmekte, idrar ve gaita inkontinansı gelişebilmekte, kişilik özelliklerinde değişimler, fiziksel görünümünde bozulmalar ve şiddetli ağrılar ortaya çıkabilmektedir. Yaşamın sonunda aile üyelerinin sorumlulukları arttığı için duygusal olarak yıpranma başlayabilmektedir. Bazen hasta yakınları yaşadıkları yoğun üzüntü ve ümitsizlik nedeniyle depresyona girebilmektedir. Diğer yandan sağlık profesyonelleri de hastanın mevcut durumundan etkilendiği için hasta ile göz temasından kaçınabilmektedir. Bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve ailesine sıcak bir yaklaşımda bulunması ve onlara değer verdiklerini hissettirmesi önemlidir (Aslan, 2014).

Hasta ailelerine, hastalarının bilinci kapalı olsa da onları anlayabilme yetisinin devam ettiği açıklanarak hastalarıyla konuşmaya teşvik edilmelidir. Bazen bilinci kapalı olan hastalar, yaşam bulgularındaki değişim ile birlikte gözünden yaş akıtılabilmekte ve yakınları tarafından iletilen mesajlara bu şekilde yanıt verebilmektedir. Sözsüz iletişimin diğer bir şekli olan dokunma, hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, saygı, empati, sıcaklık, destek, anlayış, kabullenme ve yardımcı olma gibi mesajlar iletmektedir (Menekli Amaç, 2017).

Genellikle aile üyeleri sağlıklı ve pozitif ilişkilere sahip olmasına karşın hasta ile ilgili bazı kararlar alınırken çatışmalar yaşanabilmektedir. Bu doğrultuda hasta, kendisi ile ilgili karar veremiyorsa, karar alma sürecinde hangi aile üyesinin yasal sorumluluğa alacağı önceden belirlenmelidir. Bireye gelecekte sunulacak olan bir bakımı planlarken bir aile görüşmesi düzenlemek yararlı olabilir. Ayrıca düzenlenecek bu aile görüşmelerinde hasta ve ailesi yaşam sonu bakımla ilgili gereksinimlerini ve isteklerini ifade etme fırsatı bulabilir (Dahlin, 2001).

Hemşireler ölüme hazırlık aşamasında, hasta ve ailesi ile tıbbi terminolojiden uzak, basit ve karmaşık olmayan bir iletişim kurmalıdır. Hasta, düşündüklerini ve hissettiklerini hemşiresi ile her an paylaşabilmelidir. Hemşireler ise yaşamı sonlanıncaya kadar bakım ve tedavisini üstlendikleri hastalarına varlıkları ile yanında bulduklarını hissettirmelidir. Hastalar ölüme yaklaşırken kabullenme veya inkâr gibi değişik duygular yaşayabilir. Ailelerin birçoğu, tanı ve ölümlle ilgili konularda sağlık profesyonelleri ile iletişime geçmekten çekinebilir. Hemşireler, ölüm sürecinde hasta ve ailesini nelerin beklediği konusunda onları hazırlayarak başa çıkma becerilerini

geliştirme konusunda yardımcı olabilir. Özellikle aileleri dikkatle dinlemek, onları bu konuda cesaretlendirebilir (Sherman ve ark., 2005).

Aile üyeleri, fiziksel veya duygusal olarak hastalarına yeterli bakım sunma konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerinde sıkıntı yaşayabilmekte, ihtiyaç duydukları desteği bulamadıklarında ise kendilerini terk edilmiş ve izole hissedebilmektedir. Sevilen bir aile üyesinin yaklaşan ölümü, aile üyelerinin bilgileri anlama ve yorumlama yetisini etkileyebilmektedir. Terminal dönemde olan bir hastaya sahip olma, aile üyelerinde anksiyete, stres ve kedere neden olabilmektedir. Aile üyelerinin eğitim düzeyi ve okuma yetisi, hastalığın potansiyel etkisini anlama ve tedavi hakkında bilinçli kararlar alma yetilerini etkileyebilmektedir. Tıbbi bilgi fazlalığı, birden fazla kişinin bakım sunması, karmaşık tedavi protokolleri ve tıbbi terminoloji kullanımı hasta yakınlarında aşırı bilgi yüklenmesine neden olabilmektedir. Tıbbi müdahaleler, hastalık süreçleri, komorbid koşullar, uyku yoksunluğu ve fiziksel bitkinlik ise hastaların anlama ve iletişim kurma yeteneğini etkileyebilmektedir. Ölüm yaklaşan hastaya bireyselleştirilmiş bakım sunabilmek için sağlık ekibi üyeleri arasında açık bir iletişimin olması önemlidir. İletişim, aynı zamanda ekip üyeleri arasındaki işbirliğini güçlendirmektedir (Matzo ve ark., 2003a).

## **2.6. Yaşam Sonu Bakımda Kayıp, Keder ve Yas**

Ölüm, hayatın bir parçasıdır (Fleming, 2016). Hemşire, hastanın huzurlu ölümü için gerekli çevre düzenlemesini yapmalı, hasta ve ailesinin mahremiyetini korumalıdır. Bununla birlikte aileyi ölüm sırasında gelişebilecek belirti ve bulgular yönünden bilgilendirmelidir. Ailenin endişe ve korkularını azaltmaya yönelik girişimler planlanmalıdır (Elçilgil, 2012). Braun ve arkadaşları (2010), hemşirelerin ölüme karşı kişisel tutumlarının, ölmek üzere olan hastalara verdikleri bakımı etkilediği için hemşirelere ölümden kaçınma, ölüm korkusu ve ölüme karşı tutum ile ilgili bir eğitim verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Braun ve ark., 2010). Lange ve arkadaşlarının (2008) bir onkoloji bakım merkezindeki hemşirelerin tutumlarını değerlendirdikleri diğer bir çalışmada, deneyimi fazla olan onkoloji hemşirelerinin ölüme karşı daha pozitif bir tutum sergiledikleri saptanmıştır (Lange ve ark., 2008).

Bütüncül ve duyarlı bir bakım alma her bireyin hakkıdır. Bu doğrultuda ölmek üzere olan bir hastaya sunulan holistik bakım daha da önem kazanmaktadır. Yaşam sonu bakım alan hastayla çalışan sağlık profesyonelleri, hem ölüm olgusunu daha

yakından takip etmekte hem de kendi ölüm gerçekleri ile yüzleşmektedir (Beckstrand ve Kirchoff, 2005). Sağlık bakım profesyonelleri, yaşam ve ölümle yüzleşmeli, ölüme karşı kendi duygularını kritik etmeli, ölüm karşısında ailenin tepkisini anlamaya çalışmalı ve onlara yas sürecinde yardım etmeye her koşulda hazır olmalıdır (Menekli ve Fadiloğlu, 2014).

Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunan bir hemşire; aile ile iletişim kurmalı, ölüm süreci hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmeli ve hastanın konforunu sağlayarak destekleyici girişimlerde bulunmalıdır. Bu süreçte ölüme yaklaşan bir hastanın bakımına ailenin dâhil edilmesi önemlidir. Çünkü hastanın yaşamı sonlandığında, hasta yakınları suçluluk duygusu yaşayabilir. Anksiyete ve keder ile birlikte yaşanan suçluluk duygusu aile üyeleri arasında tartışmalara neden olabilir (Dahlin, 2001).

Ölüm süreci, hasta ve yakınlarının uzlaşmasına, olgunlaşmasına ve manevi olarak zenginleşmesine de fırsat verir. Bazen bu süreç, fiziksel ve duygusal kederi tetikleyen bir acı çekme süreci haline de gelebilir (Rousseou, 2004). Ölüm, benzersiz bireysel bir deneyimdir. Hemşireler hastaların değerleri, inançları ve isteklerini tanıyarak onlara huzurlu ölümü sunabilmelidir (Sherman ve ark., 2005). Aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri zaman zaman ölümle başetmekte zorlanabilir. Ölüm sürecinde çocukların, ailelerin ve bakım vericilerin özel soruları olabilir. Bu doğrultuda hastanın bakım sürecinde yer alan tüm bireylere ölüm ile ilgili temel bir bilgi verilebilir (Ferris ve ark., 2003). Sağlık bakım profesyonelleri çalıştıkları kurumlarda hasta ya da yakınlarına kötü bir haber iletme zorunda kalabilir. Özellikle ani ve beklenmeyen bir ölüm geliştiğinde hasta yakınlarını bilgilendirmek, klinisyenler için oldukça stresli olabilir. Bu konuda uygun bir yaklaşım geliştirilmesi ve gerekli hassasiyetin gösterilmesi son derece önemlidir (Menekli Amaç, 2017).

### **2.6.1. Kayıp**

Kayıp, kişinin sevdiği birini yitirmesi nedeniyle içinde bulunduğu durumun nesnel anlamda ifadesidir (Ateş ve Fadiloğlu, 2017). Bireylerin kayba karşı ilk tepkileri inkâr ve kabullenmeme olmakla birlikte kaybedilen kişi her an geri dönecekmiş gibi hissedilir. Kayba uyum sağlamak için kaybı kabullenmek önemlidir (Baştu ve ark., 2016). Kaybın yarattığı acı ve keder, bireyin yaşamını, ölümünü, kendi gerçekliğini ve bütünlüğünü sorgulamasına neden olabilir. Bu doğrultuda birey, bir kayıp karşısında

ikilemler yaşayabilir (Düzgün ve ark., 2016). Her birey yaşamı boyunca birçok kayıp ya da kaybın tehdidiyle karşı karşıya kalabilir (Bildik, 2013). Ölmek üzere olan hastalar, fiziksel kontrol ve fonksiyon kaybı, bağımsızlık, ilişki ve yaşamın kaybı olmak üzere önemli kayıplar yaşayabilir. Bu kayıplar, aile üyeleri ve arkadaşlar için sevilen birinin kaybı, geçici konsantrasyon kaybı, karar verme sürecinde ve iş performansında bozulma gibi birçok olumsuz duruma neden olabilir (Egan ve Arnold, 2003).

Bireyler karşılaştığı zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş edebilmek için, yaşamı boyunca ailesinde ve sosyal çevresinde gördüğü ve öğrendiği baş etme yöntemlerini kullanarak kendisine özgü yetiler geliştirebilir. Bireyleri farklı şekillerde etkileyebilen kayıplar, yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır (Bonanno ve Kaltman, 2001). Hastanın ölümü, aile içinde önemli bir yıkıma neden olabilir. Sevilen kişinin aniden kaybedilmesi ile aile keder yaşamaya başlayabilir (Yiğit, 1998). Beklenen bir ölüm gerçekleştiğinde bakımın odak noktası hastadan aileye doğru yer değiştirir. Bazen kayıp, tahmin edilen bir durum olsa bile kayıp gerçekleşene kadar hiç kimse ne hissedeceğini bilemez. Bu nedenle bir kaybın etkisinin ortaya çıkması saatler, günler, haftalar ve aylar alabilir (Ferris ve ark., 2003). Hasta yakınlarının ölüm sürecinden etkilenmesi birey ile olan yakınlıklarına göre değişiklik gösterebilir (Bonanno ve Kaltman, 2001). Birinci derecede yakınına kaybeden bireyler kayıptan sonra psikolojik sorunlar yaşayabilir. Psikolojik bir desteğe ihtiyaç duyabilir (Çelik, 2006). Çünkü onlar için ölüm bir sonlanıştır (Bildik, 2013).

### **2.6.2. Keder**

Keder, yaklaşan bir ölüme ilişkin herhangi bir kayıptan kaynaklanan duygusal tepkileri ifade etmektedir (Egan ve Arnold, 2003). Bireylerin keder tepkileri fiziksel, emosyonel ve kognitif davranışların bir bütünü olmakla birlikte bazı insanlar kayıpla baş edebilmek için çaba harcayabilmekte, bazı insanlar ise kayıpla başa çıkmaktan kaçınarak inkâr edebilmektedir. Zaman zaman bazı bireyler sigara, alkol ve ilaç kullanımı, fazla çalışma ve intihar düşüncesi gibi istenmeyen başa çıkma stratejilerinden yararlanabilmektedir (Ferris ve ark., 2003). Yaşanan keder durumu bireyin deneyimi, kültürü, sosyal statüsü ve kaybedilen kişiyle olan yakınlık derecesine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle yaşamın bir alanında meydana gelen değişikliklerin, yaşamın diğer tüm alanlarındaki değişiklikleri etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır (Egan ve Arnold, 2003).



Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler keder sürecini yoğun bir şekilde yaşayan hasta ailesi ve arkadaşlarına nasıl bir destekte bulunmaları gerektiğini bilmelidir (Egan ve Arnold, 2003). Ölüme tanıklık eden hemşireler keder ve yas sürecini çözümlenebilmek için duygusal ve ruhsal açıdan destekleyici adaptasyon mekanizmalarından yararlanmalıdır (Matzo ve ark., 2003b). Keder ve matem yaşayan kişilere yeterli destek sağlanamadığında bireylerin ruh sağlıkları bu durumdan olumsuz yönde etkilenebilir. Diğer yandan keder ve matem yaşayan bireylere gerekli yardım sunulduğunda ise bireyler yaşamın anlamını bulmaya çalışır (Egan ve Arnold, 2003).

Kayıp yaşayan bir bireyin, bu durumla etkili bir şekilde baş edebilmesi için ilk olarak kayıp ya da ölümün gerçekten meydana geldiğinin farkına varabilmesi ve bu durumu kabullenebilmesi önemlidir. Genellikle sağlık bakım profesyonelleri bu durumu ilaçlarla azaltmaya çalışsalar da, bireylerin kaybın neden olduğu ağrıyı ya da acıyı yaşaması ve bu doğrultuda da yaşamlarını yeniden düzenleyerek enerjisini yeni aktivite ve ilişkilere yönlendirmesi önemlidir (Ferris ve ark., 2003).

Kederin birçok türü tanımlanmıştır. Önceden veya eşzamanlı yaşanan kayıplar, hastaların ve ailelerin yaşayacağı kederin türünü belirleyebilir. Aynı zamanda aile fertleri, arkadaşlar ve bakım vericiler, yaşadıkları hasta kaybının yanı sıra kendileri için de keder duyabilir. Hemşirelerin keder türlerini tanıması ve ayırt edebilmesi oldukça önemlidir. Bireyin kederle nasıl başedebileceği kişiye sağlanan desteğe göre farklılık gösterebilir. Beklentsel keder genellikle tanı koyulma sırasında ve ölümden önce meydana gelir. Beklentsel kederin bazı faydaları olmasına karşın hayatta kalan kişilerin kederini azaltmada yardımcı olmayabilir (Egan ve Arnold, 2003).

Gecikmeli keder ise acının üstesinden gelebilmek için hayatta kalan bireyin bilinçli veya bilinçsiz olarak duygularını bastırması, ölen kişi ile ilgili konuşmalardan kaçınması, çok fazla çalışması veya başka kişilerin problemlerine yönelik ilgili düzeyinin fazla olması ile kendini gösterebilir. Hayatta kalan kişi, sadece düşünmeye zaman ayırdığında kederlenmeye başlayabilir. Bu süreçte arkadaş gibi destek grupları mevcut duygularıyla başa çıkmada bireye yardımcı olabilir (Egan ve Arnold, 2003).

Abartılı keder ise genellikle önemli bir kayıp sonrası şiddetli stres ile oluşmaktadır. Abartılı keder durumunda birey, potansiyel olarak zararlı başa çıkma stratejilerinden yararlanabilmekte, duygusal ve ruhsal acısını hafifletmeye çalışabilmektedir. Bu nedenle abartılı keder yaşayan bireylerde madde bağımlılığı, güvensiz cinsel uygulamalar, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi semptomların

değerlendirilmesi, gerekli görüldüğünde kişinin bir ruh sağlığı uzmanına sevk edilmesi önemlidir (Egan ve Arnold, 2003).

Maskeli/gizli kederde ise birey yaşadığı kayba gösterdiği tepkinin, fonksiyon gösterme yetisine engel olduğunun farkında değildir. Genellikle daha fazla kayıp yaşamaktan korktuğu için yardımı reddetmektedir. Fiziksel mesafenin korunması, duyguların saklanması, eleştirel ve yaralayıcı yorumlarda bulunma maskeli/gizli keder gösterge davranışlarına örnek olarak verilebilir (Egan ve Arnold, 2003).

Hastanın da ölmek üzere olduğunu kabullenerek ölümü için hazırlanması, yaşamsal fonksiyonlarını yitirdikçe ortaya çıkacak değişikliklere adapte olması, yaşamını gözden geçirmesi, açığa kavuşturulmamış sorunlara yönelmesi ve hayatındaki karmaşayı çözmesi önemlidir. Aile üyeleri ve arkadaşların, kayıp sonrası hastanın yokluğuna alışarak yeni beceriler geliştirmesi, kaybettiği hastası olmadan hayatını yaşamaya başlayabilmesi ve yeni sorumluluklar alabilmesi gereklidir (Egan ve Arnold, 2003).

Keder, yalnızca hasta yakınlarını değil aynı zamanda sağlık bakım profesyonellerini de etkileyen bir durumdur. Çevik'in (2010) bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun ölmek üzere olan hastaya bakım sunarken keder yaşadıkları saptanmıştır. Dunn ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu diğer çalışmada ise ölümlerle karşılaşan hemşirelerin üzüntü ve keder yaşadıkları, ancak hemşirelerin ölümlerle karşılaşma sıklığı arttıkça ölüme karşı olumlu bir tutum geliştirildikleri belirlenmiştir (Çevik, 2010; Dunn ve ark., 2005).

### **2.6.3. Yas**

Yas, kaybın meydana getirdiği duygularla baş edebilmenin öğrenilmesidir. Ölümün ardından normal ve beklendiği bir tepki olarak görülen yas, bireyler için oldukça zor bir süreçtir. Hemşireler başta olmak üzere sağlık ekibi üyelerinin kayıp ve keder sürecini uygun bir şekilde yönetebilmesi son derece önemlidir. Sağlık bakım profesyonelleri hasta ailelerinin, etnik, dini ve kültürel farklılıklarına saygı duymalı ve hastalarının ölümü sonrası duygularını ifade etmelerine fırsat vermelidir (Ateş ve Fadiloğlu, 2017).

Yas, kayıp yaşayan bireyin yaşamının her alanını ilgilendiren çok boyutlu ve zorlu bir süreç olmakla birlikte yaşamımızın her döneminde bir ayrılık veya kaybın ardından bir yas süreci ile karşı karşıya kalabiliriz. Yas bir hastalık değildir. Yas kayba

karşı gelişen doğal bir tepkidir (Bildik, 2013). Yas aynı zamanda, sevilen birinin ölümü sonrasında kayıp yaşayan bireyler tarafından gösterilen fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerden biridir (Gizir, 2006). Yas tutma bireysel farklılıklar gösterebilir. Yas süreci yaşayan bireyler oldukça ciddi fiziksel, duygusal ve bilişsel değişiklikler yaşamalarına karşın bu süreçten başarılı bir şekilde çıkabilir. İleride ruhsal açıdan bir hastalık riski altında kalmadan yaşamını sürdürebilir (Düzgün ve ark., 2016).

Bireyler fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere dört çeşit ortak yas tepkisi gösterebilir. Yasın vücutta oluşturduğu fiziksel tepkiler; nefes alamama, boğulacakmış gibi olma, ağız kuruluğu, güç kaybı, çabuk yorulma, seslere karşı aşırı duyarlılık, göğüs ve boğazda gerginlik ve tükenme belirtileri ile karakterizedir. Yasın bilişsel tepkileri ise inanmama, konfüzyon, konsantrasyon bozukluğu, karar vermede güçlük, kayba yönelik aşırı zihinsel meşguliyet, kaybın var olduğuna yönelik inanç ve sanrılar ile kendini göstermektedir. Yasın oluşturduğu duygusal tepkiler de şaşkınlık, şok, üzüntü, kızgınlık, öfke, suçluluk, kaygı, çaresizlik, bitkinlik, uyuşukluk, yalnızlık ve özlem olarak ortaya çıkabilmektedir. Yasın davranışsal tepkileri ise uyku düzensizliği, iştahsızlık, ağlama, sosyal içe çekilme, tekrarlayan rüyalar, kaçınma, iç çekme, aşırı hareketlilik, anlamsız etkinlikleri sürdürme olarak gözlemlenebilmektedir (Gizir, 2006).

Hemşireler, aile üyelerinin yas sürecinden başarıyla çıkabilmeleri için onları uygun destek kaynaklarına yönlendirmelidir (Elçilgil, 2012). Ölüm olayının oldukça sık karşılaşıldığı acil servislerde görev yapan hemşireler hasta yakınlarına destek vermeye her an hazır olmalıdır. Bireyin yaşamının sonlanması sonrasında hasta yakınlarına yapılabilecek her şeyin yapıldığı, herhangi bir kültürel/dini geleneğin gerçekleştirilebilmesi için sağlık ekibinin elinden gelenin en iyisini yapacağı açıklanmalıdır. Bu süreçte hasta yakınlarına spiritüel bir bakım sunulması oldukça yararlıdır. Hasta yakınları genellikle rollerini sorgularlar ve bazen daha erken bakım ve tedavi yardımı aramadıkları için kendilerini suçlarlar. Acil hemşireleri ailenin suçluluk hissi ve manevi ızdırabını hafifletebilmeli, olayın kendi hataları olmadığına, hayatta kalanları ikna edebilmeli ve onların suçluluk duygularını azaltabilmelidir (Şener ve Çınarlı, 2019).

## 2.7.Yaşam Sonu Bakımda Hemşirelerin Rolü

Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmak, duygusal olarak acı ve üzüntü veren bir deneyimdir. Sağlık bakım profesyonelleri ölmek üzere olan hastaya bakım sunarken korku, üzüntü, düş kırıklığı ve anksiyete gibi duygular hissedebilir ve ölüme yaklaşan hasta ile birlikte olmak konusunda isteksizlik yaşayabilir (İnci ve Öz, 2012). Ölüm, yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak ölüm kişisel ve manevi bir olay olmaktan çıkmıştır. Ölüm mücadele edilmesi gereken tıbbi bir olay haline gelmiştir. Ölüm gerçekleştiğinde bu durum tıbbi başarısızlık olarak yorumlanabilmekte ve sağlık çalışanlarının suçluluk duygusu hissetmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte hem toplum hem de sağlık çalışanları, ölüm olayını yadsıyabilmekte ve bireyin sonunun kaçınılmaz bir şekilde ölüm olduğunu görmemezlikten gelebilmektedir (İnci ve Öz, 2012).

Sağlık bakım profesyonellerinin zaman zaman ölüme yaklaşan hastaların ve ailelerinin bakımına katılması gerekebilmektedir. Hastaların, çok az bir bölümünün (<%10) aniden ve umulmadık bir şekilde yaşamı sonlanabilmektedir. Genellikle hastaların büyük çoğunluğunun (>%90) uzun bir hastalık periyodundan sonra ölümü gerçekleşmektedir. Hastanın son günlerinde ve saatlerinde sunulan bakım, sadece hastalar üzerine değil aynı zamanda bakıma katılan herkes üzerinde derin etkiler oluşturabilmektedir (Ferris ve ark., 2003).

Sağlık bakım profesyonelleri de yaşam sonu bakım sunarken kaygı ve korku yaşayabilmekte (Güner, 2006), zaman zaman ölümü bir başarısızlık olarak görebilmektedir (Ecevit Alpar ve ark., 2013). Hasta ve yakınlarının ölüme ilişkin sorularına yanıt verememe, hasta ve yakınlarının göstereceği yoğun duygusal tepkilerle baş edememe, suçlanma korkusu yaşama, hastanın var olan umudunu yok etme, kendisinin ya da yakınının hastalık ya da ölümden korkması sağlık bakım profesyonellerinin bu konuda yaşadıkları kaygı ve korkulara örnek olarak verilebilir (Güner, 2006). Hemşireler, özellikle hastanın bakımında yeterli olamamaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Ancak, ölmek üzere olan hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesinin hastayı uzun süre yaşatmak değil mümkün olduğunca acı çekmesini önleyerek yaşam kalitesini yükseltmek olduğu bilinmelidir (İnci ve Öz, 2012). Bununla birlikte sağlık bakım profesyonelleri bu konudaki becerilerini geliştirmelidir (Chaturvedi ve ark., 2010).

Hasta ve ailesinin isteklerinin etkin bir şekilde karşılanabilmesi hemşire, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi ve doktor gibi ekip üyelerinin etkileşim düzeyine bağlıdır. Disiplinlerarası ekip üyeleri hasta ve ailesinin savunucuları olarak hizmet vermeli; fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal yönden ağrı ve acıyı en aza indirmeli, hasta ve ailesinin isteklerine saygı göstermelidir. Bununla birlikte hemşireler ölüm nerede meydana gelirse gelsin hasta ve yakınlarının fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal bakımını destekleyici bir çevre oluşturmalıdır (Sherman ve ark., 2005).

Ölüm sonrası aile üyeleri ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Bu nedenle hastanın takip ve izlemine yürüten hemşire, ölüm sonrası prosedürleri aile üyelerine açıklamalıdır. Hemşire hastanın ölüm hazırlığını gerçekleştirirken bu konuda gerekli hassasiyeti ve duyarlılığı göstermelidir. Yaşamı sonlanan kişinin fiziksel bakımı gerçekleştirilirken aile üyeleri davet edilebilir. Aile üyelerinin yaşamı sonlanan kişiyle birlikte olması ve ona dokunması için fırsat verilebilir. Bu doğrultuda aile üyelerinin yakınlarıyla vedalaşabilecekleri bir ortam sunulabilir. Ayrıca, hemşireler aileyi yardımcı olabilmeleri için onları disiplinlerarası ekibin diğer üyelerine yönlendirebilir (Sherman ve ark., 2005)

Ölüme yaklaşmakta olan hastanın bakımını üstlenen hemşireler, hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, yâdsıma, öfke, depresyon ve çaresizlik duyguları yaşayabilir. Bununla birlikte yaşanan hasta kaybı hemşirelerde başarısızlık ve yetersizlik duygularını da beraberinde getirebilir. Hastaya ölümcül hastalık tanısı konulması ile birlikte hemşireler yâdsıma sürecine girebilir. Hastanın bakım ve tedavisi hemşirenin yâdsıma sürecinden olumsuz yönde etkilenebilir. Hastasının yakın zamanda ölebileceğini yadsıyan bir hemşire, hastasının tedavisi olmamasına rağmen ısrarla tedaviyi sürdürmek isteyebilir. Bu tutum ve yaklaşım hastanın daha çok acı çekmesine neden olabilir (İnci ve Öz, 2012). Ölüme yaklaşan hastanın hemşirelik bakımı uygulamaları hastaların yaşam kalitesini yakından etkileyebilir. Bu nedenle yaşam sonu dönemde hümaniter, barışçıl ve birey merkezli bir bakım sunulması son derece önemlidir (Zerwekh, 2006).

## **2.8. Ölçek Uyarlama Süreci**

Ölçek uyarlama, yabancı bir dilde geliştirilmiş, geçerliği ve güvenilirliği sınanmış bir ölçeğin başka dil ve kültüre geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak adapte edilmesi olarak tanımlanabilir (Seçer, 2015). Bir ölçeğin farklı bir kültürde

kullanılabilmesi için ölçeğin uyarlandığı kültüre ne derece uygun olduğu belirlenmelidir. Aynı zamanda uyarlanacak olan ölçeğin kültürün, psikometrik özelliklerini yansıtmada ne derece yeterli olacağı sorularına da yanıt verilmelidir (Deniz, 2007).

Yurt dışında geliştirilen bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması çalışmaları ülkemizde oldukça yaygındır. Bu durumun olumlu ve olumsuz bazı yönleri bulunmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015). Ölçek geliştirmek için gerekli uzmanlık bilgisine sahip olunmadığı durumlarda, daha az zaman gerektirmesi ve az bir maliyetle yapılabilmesi, ölçek uyarlama çalışmalarının olumlu yönlerine örnek olarak verilebilir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Bir ölçek Türkçe'ye uyarlanmak istendiğinde ilgili alanda bu ölçekle ilgili belirli bir ihtiyacın olması, bu ihtiyacı giderecek bir ölçme aracının olmaması yada varolan ölçme araçlarının psikometrik özelliklerinin geçerliğinin ve güvenilirliğinin yetersiz olması bir kriter olarak kullanılmaktadır. Özellikle ölçülmesi istenilen bir nitelik söz konusu olduğunda, yurt dışında geliştirilmiş bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması tercih edilmektedir (Seçer, 2015).

Uygun ölçme aracı belirlenirken öncelikle seçilmesi planlanan ölçme aracının ölçülmesi istenilen niteliği tam olarak ölçüp ölçmediğinden emin olunmalıdır. Ölçme aracı, ilgili niteliği kuramsal olarak tüm yönleri ile ortaya koyabilecek bir özellikte olmalıdır. Aynı zamanda ölçme aracının psikometrik özelliklerinin yeterli olmasına özen gösterilmelidir. Benzer niteliği ölçen birden fazla ölçme aracı bulunduğu ise hangi ölçme aracının uyarlanacağına karar verilmelidir (Seçer, 2015).

Ölçeği uyarlayacak olan çeviri ekibi, ölçeğin hazırlandığı yabancı dili iyi bilen hem Türkçe'ye hem de Türk diline hâkim uzmanlardan oluşmalıdır. Bu doğrultuda ölçme aracının Türkçe'ye uyarlanabilmesi için Türkçe ve Türk dili uzmanı (en az 2), yabancı dil uzmanı (en az 6) ve alanında uzman kişilere (en az 2) ihtiyaç vardır. Çeviri ekibindeki kişi sayısının artırılması ölçeğin uyarlanan toplumun diline, kuramsal ve kültürel yapısına daha fazla adapte edilmesini sağlayacaktır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi aşamasında öncelikle ölçeğin orijinal diline ve Türkçe'ye hâkim en az iki dil ve çeviri uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilme süreci başlatılır. Bu süreçte seçilecek olan dil uzmanlarının alana hâkim olmaları son derece önemlidir (Seçer, 2015). Bir sonraki aşamada en az iki farklı dil uzmanı tarafından, birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevirisi yapılmış olan ölçekler bir araya getirilir. Bu aşamada araştırmacı,

kendisi dışında farklı bir alan uzmanı ile önceki dil uzmanları dışında en az iki yabancı dil uzmanı ve en az iki Türkçe dil uzmanından oluşan bir ekip oluşturur. Bu ekipte yer alan yabancı dil uzmanı, önceki çevirileri dilsel olarak gözden geçirir. Türkçe dil uzmanları ölçekteki ifadelerin Türkçe'ye uygun olup olmadığını değerlendirir. İfadelerin uygunluğu gözden geçirildikten sonra gerekli öneri ve düzeltmeler yapılır. Alan uzmanları tarafından ölçekte yer alan her bir maddenin kuramsal olarak uygun olup olmadığı incelenir (Seçer, 2015).

Ölçeğin Türkçe'den orijinal diline geri çevirme aşamasında, Türkçe'ye çevrilen orijinal ölçeğin, geliştirildiği dili çok iyi bilen en az 2 kişilik bir grup tarafından ölçeğin Türkçe'den orijinal diline çevirisi yapılır. Bu aşama sonrasında ölçeğin orijinali ile Türkçe'den orijinal dile çevirisi yapılan ölçek formları birbiriyle karşılaştırılır. Bu karşılaştırmanın sonucunda iki ölçek arasında kayda değer bir fark olmaması önemlidir. Uygun olmayan maddeler görüldüğünde ölçeğin Türkçe çevirilerinin yeniden gözden geçirilmesi gereklidir. Orijinal ölçek ile Türkçe'den geri çevirme yöntemi ile elde edilen form arasında önemli bir farklılık saptanmadığında ölçeğin Türkçe'ye çevirme işlemi tamamlanmış olur (Seçer, 2015).

Orijinal ölçeğin Türkçe'ye çeviri işlemi tamamlandıktan sonra dil geçerliğini sınamak amacıyla uzman görüşü alma ve istatistiksel uygulama yöntemine başvurma olmak üzere iki farklı yöntemden yararlanılır. İstatistiksel uygulama yönteminden yararlanılarak dil geçerliğini sınavabilmek için hem Türkçeye hem de ölçeğin orijinal diline hâkim örneklem grubunun bulunması gerekmektedir. Her iki dile yeterli düzeyde hâkim bir örneklem grubu olduğunda istatistiksel analiz yöntemi seçilir. Bu yöntemde araştırmacı yaklaşık olarak 30 kişilik örneklem grubuna bir hafta arayla ölçeğin Türkçesini ve orijinal dilde yayınlanmış olan formunu uygular. Uygulama sonrası aynı kişilere ait ölçek formları arasındaki korelasyon değerleri hesaplanır. Hesaplama sonrası korelasyon değerinin yüksek olması durumunda iki ölçeğin dilsel olarak birbirine eş olduğu ve aynı şeyi ölçtüğü kabul edilir (Seçer, 2015).

Dil geçerliği için yapılan korelasyon analizinde, iki değişken arasındaki ilişkinin yakınlık derecesi genellikle korelasyon katsayısı ile belirlenir. Korelasyon katsayısı -1.00 ile +1.00 arasında bir değer almaktadır. Bu değer 1.00'e doğru yaklaşması iki değişken arasındaki ilişkinin derecesinin arttığına, bu değer 0.00'a doğru yaklaşması iki değişken arasındaki ilişki derecesinin azaldığını işaret etmektedir. Ölçek uyarlama sürecinde Momentler Çarpım Korelasyon Analizi ile ölçeğin orijinal

formu ile Türkçe formu arasındaki ilişki incelenir. Korelasyon değerinin yüksek olması iki ölçek arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu ifade eder. Bu durum aynı zamanda iki ölçeğin aynı şeyi ölçtüğünün de bir göstergesidir (Seçer, 2015).

Çeviri işlemleri ve dil geçerliği sağlanan ölçeğin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonlarının uyumluluklarını incelemek amacıyla pilot uygulama yapılmalıdır. Ölçek geliştirme sürecinde pilot uygulama en az 50 kişilik bir örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmelidir. Ölçeğin iç tutarlılık değerinin 0,70 ve üzerinde olup olmadığı belirlenmeli ve madde toplam korelasyon değerlerinin 0,30'un altında olup olmadığı incelenmelidir. Sorunlu maddeler gözden geçirilmelidir. Maddelerde sorun saptanması durumunda; çeviri uzmanları, Türkçe dil uzmanları ve alan uzmanları ile birlikte bu maddeler tekrardan gözden geçirilmeli, maddelere son şekli verilerek ikinci pilot uygulama yapılmalıdır. Sorunlu maddeler halen devam ederse tolere edilebilir düzeyde madde toplam korelasyonuna (0.20 ve üzerinde olan maddeler) sahip olan maddeler yeniden gözden geçirilmeli ancak ölçekten çıkarılmamalıdır. Bu maddelerin ölçekten çıkartılabilmesi için faktör analizinde madde faktör yük değerleri gözden geçirilerek karar verilmelidir. Tolere edilebilir sınırın altında madde toplam korelasyon değerine (0.20'den aşağıda olan maddeler) sahip olan maddeler ikinci pilot uygulama sonrası ölçekten çıkarılabilir (Seçer, 2015).

### **2.8.1. Geçerlik**

Geçerlik, bir testin kullanım amacına uygunluk derecesi olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda geçerlik, bir testin ölçmek istediği niteliği gerçekten ölçme derecesi olarak açıklanabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Bu doğrultuda geçerlik, bir ölçme aracının ya da yönteminin ölçmeyi amaçladığı özelliği başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru bir şekilde ölçebilmesidir. Geçerlik, aracın verdiği sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle testin geçerli olması, sonuçların doğru yorumlanabilmesi anlamına gelir (Ellez, 2014). Geçerliğin güvenilirlikle yakın ilişkisi vardır. Bir testin geçerli olması için güvenilir olması gerekir. Ancak yalnızca güvenilir olması yeterli değildir. Bir başka deyişle güvenilir olan bir test geçerli olmayabilir. Buna karşın geçerli olan bir test aynı zamanda güvenilirdir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Bir ölçü aracı “belli bir amaç ve belli koşullar” için geçerlidir. Geçerlik, evrensel değildir. Bir amaç için geçerli olan bir ölçme aracı, bir başka amaç için geçerli olmayabilir. Aynı şekilde bir grup öğrenciye uygulandığında geçerli olabilen bir test, bir



başka öğrenci grubuna uygulandığında geçerli olmayabilir (Karasar, 2015). Ölçülmek istenen niteliğin doğru ölçülmesi geçerliğin konusudur. Ölçme aracı hangi amaç için geliştirilmişse o amaç için kullanılmalıdır. Bir ölçme aracının geçerliği belirlenirken kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliğine bakılır (Ellez, 2014).

### **Kapsam geçerliği**

Kapsam geçerliği, ölçek maddelerinin ölçülmesi istenen kavramı ölçüp ölçemediğini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir geçerlilik türüdür (Esin, 2014). Ölçülmek istenilen niteliğin tüm gözlemlenen ve ölçülebilen özelliklerinin bir ölçme aracında bulunması önemlidir. Örneklemin evreni temsil gücü arttıkça, ölçme aracının da kapsam geçerliği artmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Kapsam geçerliğini belirlemede kullanılan yöntemlerden biri olan uzman görüşünde ölçek maddelerinin ölçülmek istenen davranışı yeterince yansıtıp yansıtmadığı belirlenmeye çalışılır (Ellez, 2014). Uzman görüşlerinin elde edilmesinde uzman değerlendirme formundan yararlanılabilir. Burada uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek maddeleri yeniden değerlendirilerek yapılandırılır. Ölçeğin maddelerini değerlendiren uzman sayısının 3 ile 20 kişi arasında olması tercih edilmektedir (Esin, 2014). Kapsam geçerliliğinde bir başka yöntem ise geliştirilen testle araştırılmak istenen konuyu ölçtüğünü bildiğimiz testin aynı gruba uygulanarak, alınan iki testin puanları arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır (Ellez, 2014).

### **Ölçüt Bağıntılı Geçerlik**

Geçerliği test etmenin bir diğer yolu ölçme aracından elde edilen bulguların bir dış ölçüt ile karşılaştırılmasıdır. Ölçeğe ilişkin ek kanıtlar toplanmaya çalışılır. İlk olarak ölçme aracının daha önceden geçerli ve güvenilir olduğu ispatlanmış olmalıdır. Ölçüt olarak belirlenen aracın ölçme aracıyla aynı genel özelliklere sahip olması ya da bu ölçme aracının da benzer niteliğe sahip olması gereklidir. Ölçüt bağıntılı geçerliğin sağlanabilmesi için ölçüt olarak alınan ölçme aracının bulguları ile geliştirilmeye ya da uyarlanmaya çalışılan ölçme aracından elde edilen bulgular arasında anlamlı bir ilişkinin olması beklenir (Seçer, 2015).

Ölçüt bağıntılı geçerlik, eş zaman ve yordama geçerliği olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılır. Eş zaman geçerliğinde geliştirilen ya da uyarlanan ölçme aracındaki bulgular o sırada var olan geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğu bilinen başka bir ölçütle karşılaştırılır (Seçer, 2015). Literatürde bu geçerlik uyum geçerliği, benzer ölçekler

geçerliği, uygunluk geçerliği ve zamandaş geçerliği gibi farklı isimlerle de karşımıza çıkabilmektedir (Demircioğlu, 2015). Bununla birlikte eş zaman geçerliliği sonucunda hesaplanan korelasyon katsayısının yüksek olması beklenmektedir (Esin, 2014).

Yordama geçerliğinde belirli bir ölçme aracından alınan puanlarla gelecekteki özellikleri kestirebilme özelliğinden bahsedilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Kullanılan ölçeğin yordama geçerliği olabilmesi için korelasyon katsayısının pozitif yönde ve güçlü bir ilişki düzeyinde olması gerekir (Esin, 2014). Bu aşamada karşılaşılan en önemli sorun uygun bir ölçütün bulunması aşaması ile ilgilidir. Uygun bir ölçütte olması gereken özellikler; ölçütün yordanmaya çalışılan değişkenle özelliklerinin aynı olmasını, amacına uygun ve geçerli olmasını, ölçme hatalarından arınmış olmasını, güvenilir olmasını ve kullanışlı olmasını içermektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

### **Yapı Geçerliği**

Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir faktörü ölçecek olan testin ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Alpar, 2016). Yapı geçerliliğinde faktör analizi ve hipotez testi gibi birçok yöntemden yararlanılmaktadır (Ellez, 2014). Faktör analizinde fazla sayıdaki maddelerin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesi amaçlanmaktadır (Karasar, 2015). Faktör analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntemden yararlanılmaktadır (Esin, 2014; Özdamar, 2016; Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Ölçeğin faktör yapısının ortaya çıkarılması amaçlanıyorsa açıklayıcı faktör analizi, daha önceden belirlenmiş olan bir ölçeğin faktör yapısının doğrulanması amaçlanıyorsa doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (Ellez, 2014).

Açıklayıcı faktör analizi, ölçme aracında yer alan maddelerin kaç faktör altında toplanması gerektiğini ve aralarında ne çeşit bir ilişki olduğunu belirlemeye çalışır (Seçer, 2015). Açıklayıcı faktör analizinde genellikle örneklem büyüklüğünün madde sayısının beş ya da on katı kişiden oluşması tercih edilmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin'in örneklem yeterliği ölçüm tekniğinden yararlanılır. Bu teknikle elde edilen değerin 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliğini gösterir. Literatürde örneklem büyüklüğü için öngörülen değer değişmekle birlikte, en az 0,70 ya da 0,80 olması gerektiği savunulur. 0,80-0,90 arası çok iyi, 0,90 üzeri ise mükemmel olarak ifade edilir. Bu koşul sağlandıktan sonra ikinci koşul olan Barlet's Test of Sphericity

değerinin anlamlılığına bakılır. İki koşul sağlandıktan sonra faktör analizine geçilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Açıklayıcı faktör analizi sonrası oluşturulan modelin yapı olarak doğrulanıp doğrulanmadığının belirlenmesinde doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a; Seçer, 2015). Araştırmacının uyarladığı çalışmadaki belirlenen faktörlerle, yurt dışında geliştirilen ölçekteki faktörlerin birbiri ile uyum içerisinde olup olmadığı belirlenir. Bir başka deyişle yurt dışında geliştirilmiş olan ölçeğin yapı geçerliğinin, uyarlanmak istenen kültürde de korunup korunmadığı saptanır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Hipotez testiyle de benzer ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı belirlenmeye çalışılır (Ellez, 2014). Bu yöntem ile araştırmacılar, ilgili literatür doğrultusunda ölçüm aracı ile aralarında ilişki olabileceğini düşündükleri kavramlara yönelik çıkarımlarda bulunabilmekte ve ayrıca hipotezler kurabilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

### **2.8.2. Güvenirlilik**

Güvenirlilik ve geçerlik, bir verinin temel özelliğidir. Güvenilir bir ölçme aracı her zaman geçerli olmayabilir. Ancak bir ölçümün geçerli olabilmesi için mutlaka güvenilir olması gerekir (Özdamar, 2016). Yapılan araştırmalarda bir ölçme aracı için aynı süreçler izlendiğinde aynı sonuçların alınması gerekir. Güvenirlilik, araştırma sonucunun başka araştırmacılar tarafından da aynı şekilde test edilebilmesidir (Karasar, 2015). Güvenirlilik, ölçme aracının ölçme hatalarından arınık olma derecesi olarak da tanımlanabilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Güvenirlilik kavramı tutarlılık, duyarlılık ve kararlılık olmak üzere üç farklı şekilde kullanılabilir (Ellez, 2014). Bir özellik ya da niteliğin bir ölçme aracı tarafından birçok kez ölçülmesi sonucunda, elde edilen sonuçların aynı ya da birbirine çok yakın sonuçlar olarak elde edilmesine tutarlılık denir (Seçer, 2015). Duyarlılık ise ölçme aracının ölçmek istediği özellik ya da niteliği ne derece hassas ölçebildiği ile ilgilidir (Seçer, 2015). Duyarlı bir ölçme aracı, ölçülen niteliği ya da özelliği en ince ayrıntısına kadar ölçebilen araçtır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Ölçme aracında kullanılan madde sayısının artması, ölçeğin ölçmek istediği nitelik açısından duyarlılığını artıran oldukça önemli bir faktördür. Bir ölçme aracından elde edilen sonuçların benzer şartlar altında belli bir zaman sonra tekrar uygulanması ile elde edilen sonuçların birbirine yakın olması ölçme aracının zamana karşı belli bir kararlılığa sahip

olmasının bir göstergesidir (Seçer, 2015). Bir ölçme aracının güvenilirliğini belirlemede değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum ve iç tutarlılık yöntemleri kullanılır.

### **Değişmezlik**

Kullanılan ölçme aracının tutarlı sonuçlar vermesi önemlidir. Bir ölçme aracının sonuçları, uygulamadan uygulamaya ve zamana karşı değişiklik göstermemelidir. Güvenilir bir ölçme aracında olması gereken bir özellik olan değişmezlik tekrar test yöntemi (Esin, 2014) ve eşdeğer (paralel, alternatif) formlar yöntemi kullanılarak belirlenmektedir (Ellez, 2014).

Test tekrar test yönteminde, örneklem grubuna uygulanan ölçek ikinci kez aynı örneklem grubuna uygulanır (Esin, 2014). Bu yöntem aslında bir ölçme aracının kararlılık gösterip göstermediğinin test edilmesine olanak sağlar (Seçer, 2015). Bu yöntem aralıklı ve aralıksız olmak üzere iki şekilde test edilir (Esin, 2014). Aralıklı yöntemde bir ölçek aynı gruba belirli aralıklarla iki kez uygulanır. Bireylerin ilk uygulamadan aldıkları puanla ikinci uygulamadan aldıkları puan arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Elde edilen korelasyon katsayısı ile testin güvenilirlik katsayısı saptanır (Esin, 2014). Burada iki ölçüm arasındaki zaman aralığının iyi ayarlanması, ne çok kısa ne de çok uzun olmaması önemlidir (Karasar 2015). Zaman aralığının kısa olması kişinin ilk ölçümde verdiği cevapları hatırlamasına neden olabilir. Zaman aralığının uzun olması ise kişinin konu ile ilgili bilgi edinme arayışına girmesine yol açabilir (Seçer, 2015). Bu yöntemde tercih edilen zaman aralığı 2 hafta ile 2 ay arasında değişebilmektedir (Esin, 2014).

Aralıksız yöntemde bir ölçek ya da test aynı gruba aralıksız olarak ya da kısa bir ara verdikten sonra uygulanır. Zaman aralığının kısa olması ya da ara verilmeden ölçeğin tekrar uygulanması gruptaki kişilerin verdikleri yanıtı hatırlamalarına neden olabilir. Bu nedenle iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmayabilir. Gruptaki kişilere bir süre sonra ulaşma olasılığının olmayacağı bir durum söz konusu olduğunda aralıksız yöntem tercih edilir (Esin, 2014). Kullanılan testin aynı gruba, farklı zamanlarda iki defa uygulanması ile elde edilen iki puan arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Testi ve Korelasyon Katsayısı ile belirlenerek elde edilir. Test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0 ile +1 arasında değer alır. Bu katsayısı 1'e yaklaştığında iki uygulama sonucunda elde edilen puanların birbirine yakın, 0'a yaklaştığında ise iki uygulama sonrası elde edilen puanların

birbirinden farklı olduğu anlaşılr. Bir testin güvenirlik katsayısının ise en az 0,70 olması beklenilir (Esin, 2014; Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Test-tekrar test yönteminde cevaplayıcıların soruları hatırlamasını önleyebilmek, llen niteliklerin değişmesi gibi olumsuz durumları ortadan kaldırmak için, benzer niteliği ölçebilen farklı sorulardan oluşmuş formlar geliştirilerek bireylere uygulanır (Ellez, 2014). Ölçeğin ya da testin aynısı yerine eşdeğer form kullanılır. Birçok ölçeğin eşdeğer formu yoktur. Ölçeğe eş değer olan paralel form ile araştırmacılar tarafından oluşturulan ölçekte benzer maddeler olmalıdır. Aynı anlama gelen farklı kelimeler kullanılarak paralel form oluşturulabilir. Araştırmacı kullandığı test ya da ölçeğin güçlü olduğunu kanıtlamak istiyorsa bu yöntemi tercih edebilir (Esin, 2014).

En az iki eşdeğer formun hazırlanıp aynı örneklem grubuna uygulanması sonrası bu iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu durumda Pearson Momentler arpımı Korelasyon Katsayısı kullanılabilir (Karasar, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Korelasyon katsayısının yüksek çıkması, kullanılan her iki formunda güvenilir olduğuna, düşük olması ise her iki formunda güvenirliğinin düşük olduğuna işaret etmektedir. Bu yöntem aynı cevaplayıcılara kısa aralıklarla uygulanmalıdır. Bu yöntemde kullanılacak testin paralel olması için testlerin kapsamlarının, ortalamalarının, varyanslarının, madde sayılarının, madde güçlülerinin ve diğer madde istatistiklerinin birbirine eşit olması önemlidir (Ellez, 2014).

### **Bağımsız Gözlemciler Arası/İçi Uyum**

Birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız şekilde aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan güvenirlik yöntemidir. Diğer güvenirlik yöntemlerini kullanmanın uygun olmadığı durumlarda lme aracının güvenirliğini değerlendirmeye yarayan en iyi ölçüttür. Gözlemci sayısının artmasına paralel olarak güvenirlik düzeyi de artmaktadır (Karasar, 2015; Esin, 2014; Alpar, 2016; zdamar, 2016).

### **İç Tutarlılık**

Bir test ya da leği oluşturan maddelerin birbiriyle olan uyumuna iç tutarlılık denir (Seçer, 2015). İç tutarlılık belirlenirken yarıya bölme yöntemi, Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı, Kuder-Richardson 20 Güvenirlik Katsayısı, Madde Toplam Puan Güvenirliği kullanılmaktadır (Esin, 2014).

*Yarıya bölme yöntemi:* Gruba ölçek ya da test bir kez uygulanır. Puanlamadan önce ölçek iki yarı bölüme ayrılır (Esin, 2014). Tek numaralı soruları ya da çift numaralı soruları gruplandırarak oluşturulabileceği gibi ölçek ya da test maddeleri ilk yarı ve ikinci yarı şeklinde bölünerek de bu yöntem uygulanabilmektedir. Elde edilen sonuçlara göre iki ayrı test puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon değeri hesaplanmaktadır (Esin, 2014; Karasar 2015).

*Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı:* Bir ölçme aracının duyarlı ve tutarlı olması olarak da ele alınan güvenilirlik ölçülebilir bir değerdir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Güvenirlik katsayısı  $a$  ile gösterilir. 0 ile 1 arasında değer alabilen bir katsayıdır ( $0 < a < 1$ ). Sıfır değeri bir ölçeğin güvenilir olmadığını, 1 değeri ise ölçeğin kesin güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Özdamar, 2016).

#### *Kuder-Richardson 20 Güvenirlik Katsayısı*

Ölçek ya da test maddelerinin birbiriyle paralel olduğu, ortalama ve varyanslarının aynı olduğu varsayımı ile KR-20 formülü geliştirilmiştir. KR-20 formülünde test maddelerine verilen yanıtlar doğru (1) ve yanlış (0) şeklinde puanlanarak kullanılır (Ellez, 2014).

#### *Madde Toplam Puan Güvenirliği*

Ölçek maddelerinin benzer davranışları ölçtüğü bir yöntemdir. Test ya da ölçek maddelerinin varyansı ile toplam test puanının varyansı karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılır. Korelasyonun düşük çıkması o maddenin ölçekteki diğer maddelerle aynı niteliği ölçmediğine işaret eder. Bir maddenin toplam puanla olan korelasyonunun yüksek çıkması ise istenilen kavramı ölçmede etkin ve yeterli olduğuna işaret eder (Esin, 2014).

## **2.9. Odak Grup Görüşmesi**

Nitel araştırmalar, bir sosyal fenomenin kendine özgü boyutlarını doğal bir ortamda tümevarımcı bir yöntemle ele alan, katılımcıların duygu, düşünce ve bakış açılarını anlamak üzerine kurgulanan araştırma yöntemidir. Nitel araştırmaları nicel araştırmalardan ayıran en önemli özellikler; çalışma ortamının doğal ortama duyarlı olması; araştırmacıların çalışmada hem katılımcı hem de gözlemci gibi etkin bir rol alması; bütüncü bir bakış açısı sunması; katılımcıların duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilmesi ve araştırma deseninin esnek olması olarak sıralanabilir (Ersin ve Bayyurt, 2015).

Nitel araştırmalarda en çok odak grup görüşmelerinden yararlanılır. Odak grup görüşmelerinin amacı bir konu hakkında farklı görüşlerin ortaya çıkarılmasıdır (Ersin ve Bayyurt, 2014). Odak grup görüşmeleri gruptaki kişilerin birbirleriyle etkileşimi nedeniyle zengin verilerin elde edilmesine yardımcı olur (Erdoğan, 2014). Araştırmacı odak grup görüşmeleri sırasında görüşmeye katılan bireylerin herhangi bir olgu ya da olayı ortaklaşa, nasıl algıladıklarını yakından görme fırsatını yakalar (Güler ve ark., 2015).

Odak grup görüşmesinde minimum dört, maksimum on iki kişi yer alır (Güler ve ark., 2015). Odak grup görüşmelerinde oturma düzeni tüm katılımcıların birbirini görecek şekilde bir yuvarlak masa etrafında ya da U oturma düzeninde olacak şekilde tasarlanmalıdır (Ersin ve Bayyurt, 2015). Burada en büyük görev, süreci yöneten kişi olan moderatre düşmektedir (Erdoğan, 2014). Moderatör, araştırma sorularını belirleyen, katılımcıların konuşmasını cesaretlendiren, konuyu açabilen, konunun dağılmasını önleyen ve konuyla ilgili fikirleri formüle eden kişidir (Esin, 2014).

Moderatör odak grup görüşmelerinde grubu konu hakkında bilgilendirmelidir. Araştırılan konu hakkındaki fikirlerini katılımcılara zorla benimsetmemeli ve soruların cevaplanma aşamasını iyi yönetebilmelidir (Güler ve ark., 2015). Moderatör aynı zamanda üslubuna, beden diline dikkat etmeli ve katılımcıları yönlendirebilecek her türlü davranıştan kaçınmalıdır (Baş ve Akturan, 2017). Moderatör, odak grup görüşmelerini genellikle katılımcıların iznini alarak ses ya da sesli görüntü alma cihazı kullanarak kayıt edebilmektedir. Bir cihazı kullanmanın mümkün olmadığı ya da katılımcıların izin vermediği durumlarda kısaltmalar kullanılarak katılımların söyledikleri hızlı bir şekilde not edilmelidir. Alınan bu notlar görüşmeden sonra sıcağı sıcağına gözden geçirilerek eksikler tamamlanmaya çalışılmalıdır. En çok tercih edilen yöntem hem ses kaydı hem de not alma işleminin birlikte kullanılmasıdır (Erdoğan, 2014).

Odak grup görüşmelerinde moderatre, moderatör yardımcısı veya raportör eşlik edebilir (Ersin ve Bayyurt, 2015). Odak grup görüşmelerinin en az iki araştırmacı tarafından gerçekleştirilmesi en çok tercih edilen bir yaklaşım olmakla birlikte iki araştırmacı olduğu durumlarda bir araştırmacı moderatör rolünü üstlenirken, diğer araştırmacı konuşulanları ayrıntılı bir şekilde not etme rolünü üstlenebilir (Güler ve ark., 2015). Raportörün en önemli görevi katılımcıların görüşlerini kayıt altına almaktır (Baş ve Akturan, 2017). Ayrıca raportörler katılımcıların beden dilini ve çevresel özellikleri

gibi davranışlarını da not etmelidir (Güler ve ark., 2015). Çalışma sonrasında da moderatör ile raportör bir araya gelerek gözlem ve notlarını paylaşmalıdır (Baş ve Akturan, 2017).

Odak grup görüşmelerinde soru sayısı da önemlidir. Soru sayısı 10-15 sorudan fazla olmamalıdır (Ersin ve Bayyurt, 2015). Katılımcılara sorulacak sorular açık uçlu ve yorumlanabilen sorulardan oluşmalıdır. Sorular sorulurken genelden özele doğru bir yol izlenmelidir. “Neden” sorusu dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Katılımcı sorulan sorular nedeniyle üzerinde bir baskı hissetmemelidir. Moderatör, verilen cevapları tekrarlayarak teyit etmelidir. Odak grup görüşmesi tamamlanmadan önce raportör, konu ile ilgili temel noktaların kısa bir tekrarını yapmalıdır. Yönetici, katılımcılara kısa bir özet yaptıktan sonra görüşmeye eklemek istedikleri herhangi bir şey olup olmadığını sorarak görüşmeyi sonlandırmalıdır (Baş ve Akturan, 2017).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Materyal**

##### **3.1.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma Samsun Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin ve çocuk acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma tasarımı kullanılmıştır. Bu doğrultuda acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niceliksel yöntem, hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen engelleyici ve destekleyici davranışlarını belirlemeye yönelik duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşabilmelerini sağlamak amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin kullanıldığı niteliksel yöntemden yararlanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada Türkiye'de acil hemşirelerinde yaşam sonu bakım algılarını objektif olarak değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmaması nedeniyle, yurt dışında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, 01/11/2016-01/05/2017 tarihleri arasında Samsun ili ve ilçelerinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisi (Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Çarşamba Devlet Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi, Vezirköprü Devlet Hastanesi, Havza Devlet Hastanesi, Kavak Devlet Hastanesi, Ladik Devlet Hastanesi, Terme Devlet Hastanesi, Alaçam Devlet Hastanesi, Salıpazarı İlçe Devlet Hastanesi, 19 Mayıs İlçe Devlet Hastanesi, Asarcık Devlet Hastanesi, Ayvacık Devlet Hastanesi) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin ve çocuk acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirildi.

## 3.2. Metot

### 3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

#### Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin ve çocuk acil servisinde çalışmakta olan toplam 319 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{319 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (319-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 209

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 209 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 264 hemşireye ulaşıncaya veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşireler alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 42 hemşirenin raporlu ve izinli olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte anket formu ve ölçekleri eksik dolduran 13 hemşire

çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Anket formu ve ölçeklerin cevaplanma oranı %82,8'dir.

### **Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi**

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta amaçlı örnekleme yöntemlerinden homojen örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan veriye doyma ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye bir kod isim verilmiş ve analiz sürecinde hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

### **3.2.2. Verilerin Toplanması**

#### **Nicel Verilerin Toplanması**

Araştırmanın nicel verilerinin toplanması aşamasında, veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Koç ve Sağlam, 2008; Yılmaz, 2015; Yalçinkaya, 2017, Akyol ve ark., 2017), hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı anket formu ile “Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği”, “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” ve “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket formu ve ölçekler acil serviste en az 6 aydır görev yapan, çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere uygulanmıştır. Veriler, hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 30-35 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

#### **Nitel Verilerin Toplanması**

Acil serviste görev yapan toplam 22 hemşire ile beş ve altı kişilik gruplar halinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini, araştırmanın amacına uygunluğunu test etmek için dört hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Hemşirelerin kendilerini rahat ifade edebilmeleri ve görüşme süresince rahatsız

edilmemeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile sessiz, yeterli aydınlıkta ve ısıda olan acil servis dışında bulunan toplantı odası hazırlanmıştır. Odak grup görüşmeleri yaklaşık olarak 40-60 dakika arası sürmüştür. Görüşmelere başlamadan önce ilk olarak katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanıldığı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı ile ilgili bilgiler sözlü olarak açıklanmış ve katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında iç geçerliği sağlamak üzere, katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Tüm görüşmeler sırasında katılımcıların tepkileri ve davranışları, birbirleriyle olan etkileşimleri iki gözlemci tarafından kayıt edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sona erdirilmiştir. Araştırma örnekleme dahil edilme kriterleri; araştırmaya katılmayı gönüllü olması, en az altı aydır acil serviste çalışması olarak belirlenmiştir.

### **3.2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları**

##### **Anket Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 7 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı, çocuk sayısı, gelir durumu), çalışma özelliklerini içeren 15 soru (hemşire olarak toplam çalışma yılı, acil serviste hemşire olarak çalışma yılı, çalıştığı acil servisin türü, acil servisteki görevi, acil hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu, mesleği ile ilgili başka bir sertifikaya sahip olma durumu, çalıştığı servisteki hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, çalışma şekli, haftada kaç saat çalıştığı, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı, iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu, acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu, mesleğini isteyerek seçme durumu, mesleğini kendine uygun bulma durumu) ve acil serviste yaşam sonu bakım ile ilgili 19 soru (hastaları anlama ve onlara yaklaşımda bulunma konusunda kendini yeterli bulma durumu, çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararların desteklenme durumu, çevredeki insanlarla iletişim ve ilişki durumu, ölüm tehlikesi atlama durumu, birinci derece yakınını kaybetme durumu, birinci

derece yakınları içerisinde ölüm riski olan herhangi bir hastalığa sahip olan birey bulunma durumu, birinci derece yakınlarında ölüm riski olan herhangi bir hastalığa sahip olma durumu, ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu, ölümü düşünme sıklığı, ölüm durumu ile karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu, mesleki eğitimi sırasında ölüm hakkında eğitim alma durumu, mezuniyet sonrasında ölüm hakkında eğitim alma durumu, acil serviste ölüm anında verilen bakımı yeterli bulma durumu, hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme durumu, hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu, hastalara bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu, yaşam sonu bakım ile ilgili düzenlenecek hizmet içi eğitim programına katılmayı isteme durumu, yaşam sonu bakım sunulan hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme hakkındaki düşünceleri, son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölüme yaklaşmakta olan bir hasta için kullanma hakkındaki düşünceleri, ölüme yaklaşmakta olan hastaya yaşam sonu bakım verilmesi hakkındaki düşünceleri ) olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır (Ek- 1).

### **Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği**

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği (Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Scale) ilk olarak Beckstrand ve Kirchhoff (2005) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir ("Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerinde Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği/Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses Perceived Obstacles and Supportive Behaviour) (Ek- 5).

Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerinde Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği 2006 yılında Heaston, Beckstrand, Bond ve Palmer (2006) tarafından acil hemşirelerine adapte edilmiş ve ölçeğe "Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği/Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Scale" adı verilmiştir. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği 2008 yılında Beckstrand, Smith, Heaston ve Bond (2008) tarafından tekrar revize edilerek ölçeğe bugünkü son hali verilmiştir (Beckstrand ve ark., 2008).

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği, acil servis hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen engeller ile destekleyici

davranışları belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan 6'lı likert tipi bir ölçektir. Ölçek 51 madde ile ölçeğin puanlanmasını etkilemeyen üç adet açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin ters şekilde puanlanan hiçbir maddesi bulunmamaktadır. Ölçeğin Engeller ve Destekleyici Davranışlar olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeğinin Engeller alt boyutunda 28 madde ve Destekleyici Davranışlar altboyutunda ise 23 madde bulunmaktadır. Ölçeğin Algılanan Engelin Büyüklüğü= AEB (Perceived Obstacle Magnitude= POM) ve Algılanan Destekleyici Davranışın Büyüklüğü= ADDB (Perceived Supportive Behavior Magnitude= PSBM) alt boyutları için bir büyüklük derecesi/magnitüt skoru belirlenmektedir.

Engeller alt boyutunda her bir engelin düzeyi ve her bir engelin sıklığı 6'lı likert tipi bir dereceleme ile belirlenmektedir. Hemşirelerin karşılaştığı engellerin düzeyi 0=Engel Değil, 1=Çok Küçük Engel, 2=Küçük Engel, 3=Orta Düzey Engel, 4=Büyük Engel, 5=Çok Büyük Engel; Hemşirelerin karşılaştığı engellerin sıklığı ise 0=Hiçbir Zaman Olmaz, 1=Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz, 2=Bazen olur, 3=Sıklıkla Olur, 4=Çok Sık Olur, 5=Her Zaman Olur şeklinde değerlendirilmektedir. Algılanan Engelin Büyüklüğü= AEB (Perceived Obstacle Magnitude= POM) skoru, her bir engelin düzeyinin ortalama skoru ile o engelin sıklık ortalama skoru çarpılarak engelin büyüklük derecesi belirlenmekte, etkisine ilişkin bir derecelendirme yapılmaktadır.

Aynı şekilde Destekleyici Davranışlar alt boyutu maddelerinin her birinin ne kadar büyüklükte yardım edici davranış oluşturduğu ve bu yardım edici davranışla ne kadar sıklıkla karşılaşıldığı 6'lı likert tipi bir dereceleme ile belirlenmektedir. Yardım edici davranış düzeyi 0=Yardımcı Değil, 1=Çok Küçük Yardımcı, 2=Küçük Yardımcı, 3=Orta Düzey Yardımcı, 4=Büyük Yardımcı, 5=Çok Büyük Yardımcı; Hemşirelerin karşılaştığı yardım edici davranışların sıklığı ise 0=Hiçbir Zaman Olmaz, 1=Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz, 2=Bazen olur, 3=Sıklıkla Olur, 4=Çok Sık Olur, 5=Her Zaman Olur şeklinde değerlendirilmektedir. Algılanan Destekleyici Davranışın Büyüklüğü= ADDB (Perceived Supportive Behavior Magnitude= PSBM) skoru, her bir destekleyici davranış maddesinin büyüklük ortalaması ile o destekleyici davranış maddesinin sıklık ortalaması çarpılarak elde edilmektedir.

Likert tipi maddeler için sadece bir ortalama, standart deviasyon ve merkezi dağılım hesaplaması vardır. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutunun AEB değerleri ve Destekleyici davranışlar alt boyutundaki

ADDB değerleri en yüksekten en düşüğe doğru sıralanarak ölçeğin puanlaması yapılmaktadır.

Heaston ve arkadaşlarının (2006) alışmasında Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları leği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, Engeller alt boyutu için 0,94, Destekleyici Davranışlar alt boyutu için 0,87 olarak belirlenmiştir. Bu alışmada Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları leği'nin Engeller alt boyutu için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,915, Destekleyici Davranışlar alt boyutu için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,901 olarak saptandı. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları leği'nin Türk toplumuna uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması için Renea L. Beckstrand'tan izin alınmıştır (Ek-6).

### **Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme leği (MMBD)**

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme leği (MMBD) bireyin maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama düzeyini değerlendirmek amacıyla McSherry, Draper ve Kendric (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde MMBD Ergül ve Temel (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Ek-4). MMBD 17 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. MMBD Maneviyat ve Manevi Bakım (maddeler 6,7,8,9,11,12,14), Dinsellik (maddeler 4,5,13,16) ve Bireysel Bakım (maddeler 1,2,10,15) alt boyutlarından oluşmaktadır. Bireylerin MMBD maddelerine verdikleri cevaplar, 1=Kesinlikle Katılıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde puanlanmaktadır. MMBD'nn ilk 13 maddesi düz, son 4 maddesi ters şekilde puanlanmaktadır. Üç alt boyuttan oluşan MMBD'nn Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 31, Dinsellik ve Bireysel Bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 16'dır. MMBD'den alınabilecek en yüksek puan ise 69'dur. MMBD'den alınan puan arttıkça bireyin maneviyat ve manevi bakım kavramını algılama dzeyininde olumlu yönde arttığı kabul edilmektedir. McSherry ve arkadaşları'nın çalışmasında MMBD'nn Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,64 olarak saptanmıştır. Ergül ve Bayık Temel'in çalışmasında MMBD'nn Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da MMBD Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,76'olarak belirlenmiştir. MMBD'nn kullanılabilmesi için şafak Dağhan'dan izin alınmıştır (Ek-7).

## **Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)**

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. ÖKTÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışması Işık ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır (Ek-3). Ölçek 26 maddeden oluşan yedi dereceli likert tipi bir ölçektir. Bireylerin ÖKTÖ maddelerine verdikleri cevaplar; 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Orta Derece Katılmıyorum, 4=Kararsızım, 5=Orta Derece Katılıyorum, 6=Katılıyorum, 7=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin "Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme" alt boyutu (maddeler 4, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25) ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmekte ve ölümden sonraki hayata bir geçiş olduğuna inanmaktadır. Kaçış Kabullenme alt boyutu (maddeler 5, 9, 11, 20, 24) ölümü, yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanma olarak açıklamaktadır. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyutu ise (maddeler 1, 2, 3, 7, 10, 16, 17, 18, 26) ölümü, bireyin ölüme yaklaştığında hissettiği korku ile ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınma olarak açıklamaktadır. Ölçekten alınan toplan puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği yönünde değerlendirilmektedir (Işık ve ark., 2009). Işık'ın çalışmasında ÖKTÖ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ÖKTÖ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,86'olarak saptanmıştır. ÖKTÖ'nün kullanılabilmesi için Elif Abalı Işık'tan izin alınmıştır (Ek-8).

## **Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları**

### **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Odak grup görüşmesinde sorulan sorular;

- Acil serviste bir ölüm olayı ile karşılaştığınızda neler hissediyorsunuz?
- Acil serviste ölmek üzere olan hastaya verdiğiniz bakımı yeterli buluyor musunuz?
- Sizce hemşirelerin ölmek üzere olan hasta ve yakınlarına yaklaşımları nasıl olmalıdır?



- Sizce ölmek üzere olan hasta yakınlarının acil serviste yaşadığı zorluklar nelerdir?
- Hemşire olarak bakım verdiğiniz hastalarınıza karşı hiç duyarsızlaştığınızı/duyarsız hale geldiğinizi düşündünüz mü?
- Yaşam sonu bakım hakkında neler biliyorsunuz?
- Birey ve ailesine yaşam sonu bakım sunmak konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?
- Acil servis hemşirelerinin iyi bir yaşam sonu bakım sunabilmeleri için ne/neler yapılabilir?
- Acil serviste ölmek üzere olan hasta ve yakınlarına sunduğunuz yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler nelerdir?
- Acil servislerin yaşam sonu bakım uygulamalarını gerçekleştirmek için uygun bir şekilde dizayn edildiğini düşünüyor musunuz?

### **3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **Nicel verilerin değerlendirilmesi**

Bu araştırmada elde edilen nicel veriler, SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel veriler frekans, yüzde, ortalama-standart sapma, ortanca şeklinde sunulmuştur. Ölçek toplam puanları ile hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla normal dağılım gösteren, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

#### **Nitel Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen verilerinin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapıldı. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matriksi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içerdi. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya döküldü. Veriler yazılırken,

katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan dört oturum 1-4, her oturumdaki katılımcılar ise 1-6 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (örnek: O.1/K.1). Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapıldı. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlendi. Anlamli olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar bulundu. Görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirildi. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarıldı. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından da bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturuldu. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kodların temalarla ilişkilerini değerlendirerek temalar yeniden düzenlendi. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman iki kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verildi.

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirliği artırmak için en çok kullanılan yöntemlerden biri de ayrıntılı alıntılar yapmaktır. Bu nedenle çalışmanın niteliğini arttırmak için hemşirelerin ifadelerinden bazıları çalışmanın bulgularına alıntı olarak yansıtılmış ve eksiksiz olarak sunulmuştur. Araştırmacı 18-20 Nisan 2017 tarihlerinde Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek-12).

### **3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun (23.07.2015/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/418-502) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-9). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (13.12.2016/Sayı: 54103609-604.02) (Ek-10) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (24.02.2017/ Sayı: 15374210-804.01-E.21552) (Ek-11) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden de sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

### **3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

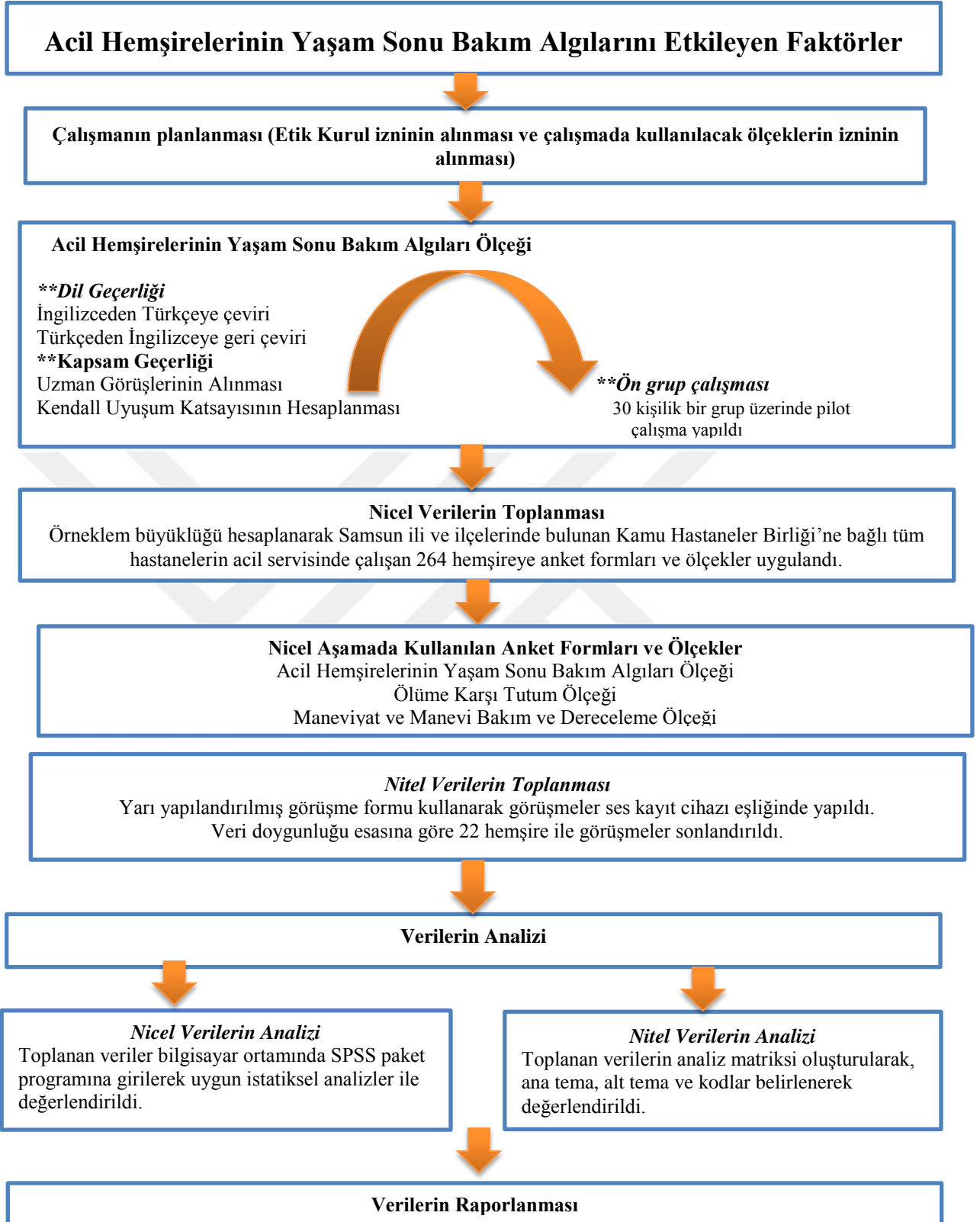
Araştırmanın Samsun il ve ilçelerinde bulunan 18 hastanede yürütülmüş olması nedeniyle acil serviste çalışan tüm hemşirelere ulaşılmasında zorluklar yaşanmıştır.

Buna karşın acilde çalışan hemşirelerin beşte dördüne ulaşılmıştır. Araştırmaya katılımı artırabilmek amacıyla bu çalışmanın amacı sorumlu hemşireler ve klinik hemşireler ile paylaşılmış ve hemşirelerin gönüllü katılımları sağlanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında doğum izni ve yıllık izinde olan hemşirelere ulaşılamaması, bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Diğer bir sınırlılıkta acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları leğinden toplam bir puan elde edilememesi nedeniyle lme Karşı Tutum leği ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme leği arasında bir ilişkiye bakılamamıştır.



	2016								2017								2018		2019						
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Aralık	Ocak	Şubat	Mart
<b>Araştırma Konusunun Belirlenmesi</b>																									
<b>Araştırmanın Planlanması</b>																									
<b>Öneri Sınavının Yapılması</b>																									
<b>Etik Kurul Formunun Oluşturulması</b>																									
<b>Etik Kurul İzininin Alınması</b>																									
<b>Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmalarının Yapılması</b>																									
<b>Ölçeğin Kapsam Geçerliği Çalışmalarının Yapılması</b>																									
<b>Ön Uygulamanın Yapılması</b>																									
<b>Ölçeğin Son Halinin Oluşturulması</b>																									
<b>Nitel Verilerin Toplanması</b>																									
<b>Nicel Verilerin Toplanması</b>																									
<b>Verilerin Analizi</b>																									
<b>Araştırmanın Rapor Edilmesi</b>																									

Şekil 1. Araştırma Planı



**Şekil 2.** Araştırmanın Consort Şeması

## 4. BULGULAR

Acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek belirlemek amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular üç aşamada sunulmuştur. İlk aşamada, Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci aşamada acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörlere ilişkin nicel bulgular verilmiştir. Araştırmanın üçüncü aşamasında ise acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarına ilişkin nitel bulgular sunulmuştur.

### 4.1. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

#### 4.1.1. Dil Geçerliği

Bu aşamada Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması amacıyla yönelik olarak ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanması ile ilgili çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle ölçek her iki dili iyi bilen, alanında uzman, biri İngilizce okutmanı olmak üzere dört kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu dört çeviri araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından düzenlenerek ve en uygun ifadeler seçilerek ölçek maddeleri tekrar oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçek maddeleri ana dili Türkçe olan, yurt dışında yaşayan, her iki kültürü de iyi bilen ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen, dört kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Ölçeklerin orijinali, Türkçe formu ve geri çevirisi yapılan İngilizce formu olmak üzere her üç şekli de karşılaştırılmış ve bütün formların birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Türkçeye çevrilen ölçek Türkçe okutmanı, Türk Dili ve Edebiyatı ve Türkçe Eğitimi Bölümü Öğretim Üyeleri tarafından dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir.

#### 4.1.2.Kapsam Geçerliği

##### *Uzman Görüşlerinin Alınması*

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin uzman görüşüne sunulması aşamasında Türk dili ve kültürüne uygulanan ölçek Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Ege

Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde görev yapmakta olan toplam 7 öğretim üyesine uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-14). Uzmanlar, ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “10” arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların “Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği (Emergency Nurses’ Perceptions of End-of-Life Care Scale)” maddelerine verdikleri cevaplar doğrultusunda, Kendal Uyuşum Katsayısı ( $W_a$ ) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin kapsam geçerliği sağlanmıştır. Uzmanların değerlendirmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendall Uyuşum Katsayısı istatistiksel analizi sonucunda, uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ )(Tablo 1).

**Tablo 1.** Kendall uyuşum katsayısı korelasyon analizi test sonuçları

N	$W^a$	$X^2$	p
7	0,178	62,443	0,111

$W_a$ : Kendall Uyuşum Katsayısı,  $X^2$ : Kruskal Wallis test istatistiği

Uzmanların Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği’nin maddelerine verilen önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiştir. Uzmanlar tarafından Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Uzmanların Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=7)

Ölçek Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama	Standart Sapma
M1	8	10	9,29	0,76
M2	5	10	9,00	1,83
M3	7	10	9,14	1,07
M4	8	10	9,29	0,76
M5	6	10	8,86	1,68
M6	7	10	9,14	1,21
M7	7	10	8,71	1,38
M8	6	10	9,00	1,53
M9	8	10	9,14	0,90
M10	8	10	9,43	0,79
M11	8	10	9,43	0,79
M12	7	10	9,00	1,15

**Tablo 2.** Uzmanların Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=7) (devam)

Ölçek Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama	Standart Sapma
M13	7	10	8,57	0,98
M14	8	10	9,14	0,69
M15	7	10	9,00	1,15
M16	7	10	8,57	1,13
M17	8	10	9,57	0,79
M18	7	10	9,14	1,21
M19	9	10	9,71	0,49
M20	8	10	9,57	0,79
M21	8	10	9,43	0,98
M22	5	10	8,86	2,04
M23	9	10	9,71	0,49
M24	7	10	9,14	1,46
M25	8	10	9,43	0,79
M26	9	10	9,71	0,49
M27	9	10	9,71	0,49
M28	9	10	9,71	0,49
M30	9	10	9,57	0,53
M31	9	10	9,71	0,49
M32	10	10	10,00	0,00
M33	9	10	9,86	0,38
M34	8	10	9,43	0,98
M35	8	10	9,43	0,98
M36	9	10	9,71	0,49
M37	1	10	7,57	3,26
M38	8	10	9,14	0,69
M39	6	10	8,29	1,50
M40	6	10	8,71	1,50
M41	7	10	9,14	1,07
M42	8	10	9,57	0,79
M43	7	10	9,00	1,15
M44	6	10	8,71	1,70
M45	6	10	8,57	1,81
M46	6	10	8,86	1,46
M47	8	10	9,29	0,76
M48	7	10	9,29	1,25
M49	9	10	9,71	0,49



**Tablo 2.** Uzmanların Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=7) (devam)

Ölçek Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama	Standart Sapma
M50	7	10	8,57	1,27
M51	6	10	8,71	1,50
M52	7	10	8,57	1,27

Dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlanan ölçeğin anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere örneklem grubunun özelliklerini taşıyan, araştırma kapsamına alınmayan 30 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ön uygulaması yapılmıştır. Hemşirelerin görüşleri ile uzman görüşleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmiştir.

**Tablo 3.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği ve alt boyutlarının madde sayısı, ortalama, varyans, standart sapma değerleri (N=264)

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	Med (Min-Max)	Ort±S.S
Engeller	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	3(1-5)	2,95±0,62
Destekleyici Davranışlar	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52	3(1-5)	3,02±0,58

“Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği”nin likert tipi 51 maddeden ve 2 alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. “Engeller” alt boyutu 28 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28) “Destekleyici Davranışlar” alt boyutu 23 maddeden (30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52) oluşmaktadır (Tablo 3).

#### 4.1.3 Güvenirlilik Analizleri

##### İç Tutarlılık

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği ve alt boyutları “Engeller” ve “Destekleyici Davranışlar’ın” iç tutarlılık analizleri kapsamında madde toplam puan korelasyon katsayısı, testi yarılama ve iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı analizleri sonuçları aşağıda ifade edilmiştir.

## Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

**Tablo 4.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Engeller alt boyutu madde-toplam puan korelasyon katsayıları

Ölçek Maddeleri	Engellerin Düzeyi			Engellerin Sıklığı		
	Ort±S.S	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach alpha Katsayısı	Ort±S.S	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach alpha Katsayısı
M1	3,1 ± 1,3	,431	,927	2,5 ± 1,2	,209	,929
M2	3,4 ± 1,2	,404	,927	2,7 ± 1,1	,391	,927
M3	4,0 ± 1,0	,381	,928	3,4 ± 1,1	,416	,927
M4	3,1 ± 1,4	,449	,927	2,3 ± 1,2	,393	,927
M5	3,4 ± 1,3	,358	,928	2,8 ± 1,3	,384	,927
M6	3,4 ± 1,3	,489	,927	3,1 ± 1,4	,574	,926
M7	3,7 ± 1,4	,458	,927	2,9 ± 1,5	,380	,928
M8	2,6 ± 1,8	,298	,929	3,0 ± 1,6	,447	,927
M9	3,2 ± 1,2	,427	,927	2,7 ± 1,2	,511	,927
M10	2,8 ± 1,5	,423	,927	2,8 ± 1,3	,423	,927
M11	3,0 ± 1,5	,395	,927	2,9 ± 1,6	,414	,927
M12	2,8 ± 1,6	,378	,928	2,2 ± 1,5	,494	,927
M13	2,8 ± 1,5	,473	,927	2,5 ± 1,2	,404	,927
M14	2,9 ± 1,4	,478	,927	2,5 ± 1,2	,232	,928
M15	2,7 ± 1,5	,498	,927	2,7 ± 1,4	,453	,927
M16	3,5 ± 1,3	,393	,927	3,2 ± 1,5	,382	,928
M17	2,7 ± 1,5	,527	,926	2,2 ± 1,2	,354	,928
M18	2,8 ± 1,4	,374	,928	2,6 ± 1,4	,452	,927
M19	3,8 ± 1,6	,301	,928	2,1 ± 1,6	,396	,927
M20	3,1 ± 1,4	,481	,927	2,6 ± 1,2	,395	,927
M21	3,7 ± 1,3	,349	,928	3,3 ± 1,4	,472	,927
M22	3,5 ± 1,3	,365	,928	3,0 ± 1,4	,503	,927
M23	3,0 ± 1,3	,474	,927	2,5 ± 1,3	,534	,926
M24	4,1 ± 1,1	,256	,928	3,6 ± 1,2	,437	,927
M25	2,3 ± 1,7	,427	,927	2,4 ± 1,3	,391	,927
M26	3,2 ± 1,5	,550	,926	2,3 ± 1,3	,496	,927
M27	3,3 ± 1,4	,467	,927	2,2 ± 1,2	,281	,928
M28	3,3 ± 1,4	,435	,927	2,7 ± 1,5	,519	,926

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının 0,209 ile 0,574 arasında değiştiği

saptanmıştır. Bu çalışmada Engeller alt boyutu maddelerinden her birinin çıkarılması durumunda Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerinin daha yüksek bir değer alamayacağı belirlenmiştir. Sonuç olarak 28 madde ile yapının iç tutarlığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach  $\alpha >0,900$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Destekleyici Davranışlar alt boyutu madde-toplam puan korelasyon katsayıları

Ölçek Maddeleri	Destekleyici Davranışların Düzeyi			Destekleyici Davranışların Sıklığı		
	Ort±S.S	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach alpha Katsayısı	Ort±S.S	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach alpha Katsayısı
M30	3,6 ± 1,3	,536	,902	2,7 ± 1,3	,429	,903
M31	3,3 ± 1,4	,522	,902	2,3 ± 1,2	,436	,903
M32	3,5 ± 1,5	,419	,903	2,0 ± 1,5	,301	,905
M33	3,8 ± 1,3	,465	,903	2,7 ± 1,2	,363	,904
M34	3,7 ± 1,2	,421	,903	2,9 ± 1,2	,347	,904
M35	4,0 ± 1,1	,436	,903	3,4 ± 1,4	,390	,903
M36	2,6 ± 1,6	,375	,904	2,0 ± 1,4	,337	,904
M37	3,1 ± 1,5	,413	,903	1,5 ± 1,4	,318	,904
M38	3,1 ± 1,5	,490	,902	2,2 ± 1,5	,434	,903
M39	2,5 ± 1,6	,346	,904	2,1 ± 1,3	,306	,904
M40	3,4 ± 1,4	,563	,901	2,4 ± 1,3	,411	,903
M41	3,3 ± 1,4	,474	,902	2,4 ± 1,4	,335	,904
M42	3,8 ± 1,2	,538	,902	2,8 ± 1,3	,461	,903
M43	3,6 ± 1,2	,498	,902	2,6 ± 1,4	,433	,903
M44	3,9 ± 1,1	,393	,903	2,6 ± 1,5	,249	,905
M45	3,6 ± 1,3	,453	,903	2,4 ± 1,4	,335	,904
M46	3,8 ± 1,2	,446	,903	2,2 ± 1,3	,338	,904
M47	4,1 ± 1,2	,386	,904	3,1 ± 1,2	,333	,904
M48	3,9 ± 1,2	,342	,904	2,5 ± 1,2	,402	,903
M49	3,9 ± 1,3	,379	,904	2,5 ± 1,4	,307	,905
M50	4,1 ± 1,1	,472	,903	2,5 ± 1,4	,214	,906
M51	4,0 ± 1,1	,449	,903	2,4 ± 1,3	,342	,904
M52	3,8 ± 1,2	,427	,903	2,1 ± 1,5	,276	,905

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutu Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının 0,214 ile 0,563 arasında

değiştii saptanmıştır. Bu çalışmada Destekleyici Davranışlar alt boyutu maddelerinden madde çıkarılması durumunda Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerinin daha yüksek bir değer alamayacağı belirlenmiştir. Sonuç olarak 23 madde ile yapının iç tutarlığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach  $\alpha >0,900$ ) (Tablo 5).

### Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayısı

**Tablo 6.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayıları (N=264)

	Engeller Alt Boyutu	Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu
Cronbach Alpha Katsayısı	0,915	,901
Spearman-Brown Katsayısı	0,825	,784
Gutmann-Split-half Katsayısı	0,825	,782
İlk yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0,852	,845
İkinci yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0,871	,849
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,702	,645
Madde Sayısı	28	23

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin toplam puanı olmaması nedeniyle bu çalışmada test tekrar test yöntemi kullanılamamış, alt boyutlar için iki yarım test güvenilirliğine bakılmıştır. Yapılan analizlere göre “Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt Boyutu” Cronbach Alpha katsayısı 0,915, Spearman-Brown katsayısı 0,825, Gutmann-Split-half katsayısı 0,825, ilk yarı Cronbach Alpha katsayısı 0,852, ikinci yarı Cronbach Alpha katsayısı 0,871, iki yarı arasındaki korelasyonu 0,702 olarak hesaplanmıştır. “Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu” Cronbach Alpha katsayısı 0,901, Spearman-Brown katsayısı 0,784, Gutmann-Split-half katsayısı 0,782, ilk yarı Cronbach Alpha katsayısı 0,845, ikinci yarı Cronbach Alpha katsayısı 0,849, iki yarı arasındaki korelasyonu 0,645 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır (Ek- 2).

## 4.2. Nicel Bulgular

### 4.2.1 Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 7.** Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=264)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 31,92±7,96	19-30 yaş	125	47,3
	31-42 yaş	118	44,7
	43-55 yaş	21	8,0
Cinsiyet	Kadın	159	60,2
	Erkek	105	39,8
Medeni durum	Evli	172	65,2
	Bekar	92	34,8
Çocuk sahibi olma durumu	Var	138	52,3
	Yok	126	47,7
Gelir durumu	1800-3700 TL	62	23,5
	3800-5900 TL	84	31,8
	6000-7900 TL	101	38,3
	8000-10000 TL	17	6,4
Aile yapısı	Çekirdek aile	239	90,5
	Geniş aile	22	8,4
	Parçalanmış aile	3	1,1
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	57	21,6
	Önlisans	101	38,3
	Lisans	98	37,1
	Yüksek lisans	8	3,0

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %60,2’sini kadınların, %39,8’ini erkeklerin oluşturduğu, %65,2’sinin evli, %34,8’inin bekâr olduğu, %52,3’ünün çocuk sahibi olduğu, %38,3’ünün 6000-7900 TL arası gelir düzeyine sahip olduğu, %90,5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %38,3’ünün ön lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamaları 31,92±7,96’dır (Tablo 7).

**Tablo 8.** Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (N= 264)

Özellikler		n	%
Çalışma yılı 10,16±7,04	1-10 yıl	175	66,3
	11-20 yıl	57	21,6
	20-30 yıl	32	12,1
Acil serviste çalışma yılı 6,40±4,88	1-7 yıl	175	66,3
	8-14 yıl	64	24,2
	15-23 yıl	25	9,5
Çalıştığı acil servis	Erişkin acil servis	90	34,1
	Çocuk acil servis	20	7,6
	Erişkin ve çocuk acil servis	154	58,3
Acil servisteki görevi	Acil servis hemşiresi	245	92,8
	Servis sorumlu hemşiresi	13	4,9
	Acil yoğun bakım hemşiresi	6	2,3
Acil hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu	Evet	102	38,6
	Hayır	162	61,4
Mesleği ile ilgili başka bir sertifika alma durumu	Evet	95	36,0
	Hayır	169	64,0
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı 23,21±9,77	5-12 hemşire	39	14,8
	13-25 hemşire	111	42,0
	26-38 hemşire	99	37,5
	39-50 hemşire	15	5,7
Çalışma statüsü	Kadrolu	238	90,2
	Sözleşmeli	26	9,8
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	44	16,7
	Vardiyalı	220	83,3
Haftada toplam kaç saat çalıştığı 48,93±10,47	6-30 saat	3	1,1
	31-55 saat	202	76,5
	56-80 saat	59	22,4
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	1-300 hasta	182	68,9
	301-600 hasta	26	9,8
	601-900 hasta	37	14,1
	901 ve üzeri hasta	19	7,2

**Tablo 8.** Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (N= 264) (devam)

Özellikler		n	%
İş yaşam kalitesini değerlendirme durumu	Çok iyi	157	59,5
	İyi	78	29,5
	Kötü	14	5,3
	Çok kötü	15	5,7
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Memnun	109	41,3
	Memnun değil	61	23,1
	Kısmen memnun	94	35,6
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	100	37,9
	Kısmen isteyerek	129	48,9
	İstemeyerek	35	13,2
Mesleğini kendisine uygun bulma durumu	Uygun buluyor	132	50,0
	Kısmen uygun buluyor	100	37,9
	Hiç uygun bulmuyor	32	12,1

Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,3’ünün 1-10 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu, %66,3’ünün 1-7 yıldır acil serviste çalıştığı, %58,3’ünün erişkin ve çocuk acil servisinde görev aldığı, %92,8’inin acil servis hemşiresi olarak çalıştığı, %38,6’sının acil hemşireliği sertifikasına sahip olduğu, %64’ünün mesleği ile ilgili sertifika sahibi olmadığı, %90,2’sinin kadrolu ve %83,3’ünün vardiyalı olarak çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %59,5’inin iş yaşam kalitesini “çok iyi” olarak değerlendirdiği, %41,3’ünün acil serviste çalışmaktan “memnun” olduğu, %48,9’unun mesleğini “kısmen isteyerek” seçtiği, %50’sinin mesleğini kendisine uygun bulduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin çalışma yılı ortalaması  $10,16 \pm 7,04$ , acil serviste çalışma yılı ortalaması  $6,40 \pm 4,88$ , acil serviste çalışan hemşire sayısı ortalaması  $23,21 \pm 9,77$  ve hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması  $48,93 \pm 10,47$  olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 9.** Hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı  
(N=264)

Özellikler		n	%
Hastaları anlama ve onlara uygun yaklaşımda bulunma konusunda kendisini yeterli hissetme durumu	Hiçbir zaman	1	0,4
	Bazen	120	45,5
	Her zaman	143	54,1
Çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarının desteklenme durumu	Evet	41	15,5
	Hayır	71	26,9
	Kısmen	152	57,6
Çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişkisini nasıl değerlendirdiği	İyi	186	70,5
	Orta	73	27,6
	Kötü	5	1,9
Ölüm tehlikesi atlatma durumu	Evet	112	42,4
	Hayır	152	57,6
Birinci derece yakınını kaybetme durumu	Evet	99	37,5
	Hayır	165	62,5
Birinci derece yakınları içinde ölüm riski olan herhangi bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	63	23,9
	Hayır	201	76,1
Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu	Evet	106	40,2
	Hayır	158	59,8
Ölümü düşünme sıklığı	Nadiren (ara sıra aklına gelir)	75	28,4
	Ara sıra (ayda bir ya da daha az)	74	28,0
	Sıkça (en az haftada bir)	63	23,9
	Çok sık ( en az günde bir ya da hafta da birkaç kez)	52	19,7
Ölümlerle karşılaşma durumunun mesleğe bakış açısını etkileme durumu	Hiçbir zaman	49	18,6
	Bazen	89	33,6
	Nadiren	68	25,8
	Çoğu zaman	47	17,8
	Her zaman	11	4,2



**Tablo 9.** Hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı  
(N=264) (devam)

Özellikler		n	%	
Mesleki eğitimi sırasında ölüm hakkında eğitim alma durumu	Evet	141	53,4	
	Hayır	123	46,6	
Mezuniyet sonrası ölüm hakkında eğitim alma durumu	Evet	79	29,9	
	Hayır	185	70,1	
Acil serviste ölüm anında verilen bakımı yeterli bulma durumu	Evet	104	39,4	
	Hayır	37	14,0	
	Kısmen yeterli	123	46,6	
Hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme durumu	Hiçbir zaman	18	6,8	
	Bazen	56	21,2	
	Nadiren	54	20,5	
	Çoğu zaman	112	42,4	
	Her zaman	24	9,1	
Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu	Hiçbir zaman	98	37,1	
	Bazen	61	23,2	
	Nadiren	83	31,4	
	Çoğu zaman	22	8,3	
Hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu	Hiçbir zaman	9	3,4	
	Bazen	55	20,8	
	Nadiren	40	15,2	
	Çoğu zaman	127	48,1	
Her zaman		33	12,5	
	Yaşam sonu bakım ile ilgili hizmet içi eğitim programına katılmayı isteme durumu	Evet	197	74,6
		Hayır	67	25,4
	Hemşirelerin yaşam sonu bakım sunduğu hastalarına ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme hakkındaki düşünceleri	Evet	81	30,7
Hayır		183	69,3	
Hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölüme yaklaşmakta olan bir hasta için kullanma hakkındaki düşünceleri	Evet	195	73,9	
	Hayır	69	26,1	
Ölüme yaklaşmakta olan hastaya yaşam sonu bakım verilmesi hakkındaki düşünceleri	Evet	210	79,5	
	Hayır	54	20,5	

Hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %45,5'inin hastaları anlama ve onlara uygun yaklaşımda bulunma konusunda kendisini genellikle "bazen yeterli" hissettiği, %57,6'sının çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarının "kısmen" desteklendiğini ifade ettiği, %70,5'inin çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişki durumunu "iyi" olarak tanımladığı, %42,4'ünün ölüm tehlikesi atlattığı, %37,5'inin birinci derece yakınına kaybettiği, %76,1'inin birinci derece yakınları içinde ölüm riski olan bir hastalığa sahip olan birey olmadığını belirttiği, %40,2'sinin ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekindiği, %28,4'ünün ölümü nadiren düşündüğü, %33,7'sinin ölümle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını "bazen" etkilediğini ifade etmiştir

Hemşirelerin %53,4'ünün mesleki eğitimi sırasında ölüm hakkında eğitim aldığı, %29,9'unun mezuniyet sonrası ölüm hakkında eğitim aldığı, %46,6'sının acil serviste ölüm anında verilen bakımı "kısmen yeterli" bulduğu, %42,4'ünün çoğu zaman hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirdiği, %37,1'inin hasta ve ailesi ile ölüm hakkında hiçbir zaman konuşmadığı, %48,1'inin bakım verirken hastaların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini çoğu zaman göz önünde bulundurduğu, %74,6'sının yaşam sonu bakım ile ilgili düzenlenecek hizmet içi eğitim programına katılmak istediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %69,3'ü yaşam sonu bakım sunduğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam edilmemesi gerektiğini ifade ettiği, %26,1'i hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölüme yaklaşmakta olan bir hasta için kullanmamaları gerektiğini düşündüğü ve %79,5'i ölüme yaklaşmakta olan hastaya ne olursa olsun yaşam sonu bakım verilmesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır (Tablo 9).

#### 4.2.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

**Tablo10.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt boyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Altboyutu Maddeleri	Engellerin Düzeyi		Engellerin Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min–Mak)	A.0±S.S	Med (Min–Mak)
1.Hemşirenin, ölmek üzere olan hastalara ve/veya ailelerine bakım verirken rahat olmaması.	3,1 ± 1,3	3 (0 - 5)	2,5 ± 1,2	2 (0 - 5)
2.Hastanın kötü prognozu hakkında doktorun söylediklerini ailelerin kabul etmemesi.	3,4 ± 1,2	3 (0 - 5)	2,7 ± 1,1	3 (0 - 5)
3.Hemşirenin hastaya bakım verdiği sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile de uğraşmak zorunda kalması.	4,0 ± 1,0	4 (0 - 5)	3,4 ± 1,1	3 (1 - 5)
4.Yaşam desteğinin kullanılmasına onay verilip verilmemesi hakkında aile içi anlaşmazlık çıkması.	3,1 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,3 ± 1,2	2 (0 - 5)
5.Hastanın bakımının nasıl yapılması gerektiği ile ilgili hemşirenin düşüncelerinin sorulmaması, önemsenmemesi veya dikkate alınmaması.	3,4 ± 1,3	3 (0 - 5)	2,8 ± 1,3	2,5 (0 - 5)
6.Hemşirenin tüm zamanını hastanın yaşamını kurtarmaya yönelik eylemlerle harcaması nedeniyle, kaliteli bir yaşam sonu bakımı sağlayacak kadar zamanının kalmaması.	3,4 ± 1,3	4 (0 - 5)	3,1 ± 1,4	3 (0 - 5)
7.Acil servislerin kötü tasarlanması nedeniyle ölmek üzere olan hasta ve kederli aile üyelerinin mahremiyetinin sağlanamaması.	3,7 ± 1,4	4 (0 - 5)	2,9 ± 1,5	3 (0 - 5)
8.Resüsitasyon sırasında aile üyelerinin acil servis odasında bulunmalarının kısıtlanması.	2,6 ± 1,8	3 (0 - 5)	3,0 ± 1,6	3 (0 - 5)
9.Hastanın kontrol edilmesi ve hafifletilmesi zor olan ağrısının olması.	3,2 ± 1,2	3 (0 - 5)	2,7 ± 1,2	3 (0 - 5)
10.Ailelerin, ölmekte olan yakınları için yas tutarken sergiledikleri kültürel farklılıklarla başa çıkma.	2,8 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,8 ± 1,3	3 (0 - 5)
11.Aileye destek verecek sosyal hizmet uzmanı veya din görevlisi gibi birinin olmaması.	3,0 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,9 ± 1,6	3 (0 - 5)

**Tablo10.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Altboyutu Maddeleri	Engellerin Düzeyi		Engellerin Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min–Mak)	A.0±S.S	Med (Min–Mak)
12.Hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine rağmen ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi.	2,8 ± 1,6	3 (0 - 5)	2,2 ± 1,5	2 (0 - 5)
13.Hasta ailesinin gerçek veya olası yasal eylem tehditi nedeniyle kötü prognoza sahip bir hasta için resüsitasyona devam edilmesi.	2,8 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,5 ± 1,2	2 (0 - 5)
14.Hastanın ölümünden sonra yeni bir hasta kabul edilebilmesi için yas tutan ailenin odadan çıkarılması.	2,9 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,5 ± 1,2	2 (0 - 5)
15.Hastada ağrı veya rahatsızlığa neden olsa bile ölmek üzere olan hasta için tedaviye devam edilmesi.	2,7 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,7 ± 1,4	3 (0 - 5)
16.Aile ve arkadaşlarının, hastanın güncel durumu hakkında bilgi almak için, bu amaçla belirlenen aile üyesini aramak yerine sürekli olarak hemşireyi araması.	3,5 ± 1,3	4 (0 - 5)	3,2 ± 1,5	3 (0 - 5)
17.Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakımı ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması.	2,7 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,2 ± 1,2	2 (0 - 5)
18.Hastalık ilerleyip ölüm kaçınılmaz olduğu halde, bazı doktorların hastanın ölmesine izin vermemesi.	2,8 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,6 ± 1,4	2 (0 - 5)
19.Resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi.	3,8 ± 1,6	4 (0 - 5)	2,1 ± 1,6	2 (0 - 5)
20.Yeni bir hasta kabulü için hemşireye ihtiyaç duyulması veya başka bir hemşirenin yardım ihtiyacının karşılanması için, hasta ve ailesinin yanındayken çağırılmak.	3,1 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,6 ± 1,2	3 (0 - 5)
21.Acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sağlamak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması.	3,7 ± 1,3	4 (0 - 5)	3,3 ± 1,4	3 (0 - 5)

**Tablo10.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Altboyutu Maddeleri	Engellerin Düzeyi		Engellerin Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min–Mak)	A.0±S.S	Med (Min–Mak)
22.Aile üyelerinin “hayat kurtarma uygulamalarının” gerçekten ne anlama geldiğini anlamamaları. Örneğin birden fazla iğnenin ağrıya ve morarmaya neden olması, endotrakeal tüpün hastanın konuşmasına izin vermemesi ya da göğüs kompresyonu sırasında kaburgaların kırılabilmesi gibi.	3,5 ± 1,3	4 (0 - 5)	3.0 ± 1,4	3 (0 - 5)
23.Hemşirenin hastanın farmakolojik sedasyon veya deprese nörolojik durumuna bağlı olarak iletişim kuramaması nedeniyle, tedavi ve testlere devam edilmesi yönündeki isteklerini bilememesi.	3.0 ± 1,3	3 (0 - 5)	2,5 ± 1,3	2 (0 - 5)
24.Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması.	4,1 ± 1,1	4 (0 - 5)	3,6 ± 1,2	4 (0 - 5)
25.Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması.	2,3 ± 1,7	3 (0 - 5)	2,4 ± 1,3	2 (0 - 5)
26.Doktorların aile üyeleri ile konuşmaktan kaçınması.	3,2 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,3 ± 1,3	2 (0 - 5)
27.Aynı hastaya bakan birden fazla doktorun hastanın bakımı konusunda farklı görüşlere sahip olması.	3,3 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,2 ± 1,2	2 (0 - 5)
28.Doktorların, her ihtimali göz önünde bulundurduklarını söyleyebilmek adına, ölmekte olan hastalara gereksiz testler ve prosedürler uygulamaları.	3,3 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,7 ± 1,5	3 (0 - 5)

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 10’da sunulmuştur. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu engellerin düzeyi ölçümünde hemşirelerin en yüksek ortalamaı “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (4,1±1,1)” maddesinden, en düşük ortalamaı “Nedeni ne

olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması (2,3±1,7)” maddesinden aldıkları görülmüştür. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu engellerin sıklığında ise hemşirelerin en yüksek ortalamayı, “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (3,6±1,2)” maddesinden, en düşük ortalamayı “Resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi (2,1±1,6)” maddesinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 10).

Çalışmamızda Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu maddelerinin sonunda yer alan ve ölçek skorunu etkilemeyen açık uçlu soru ile ilgili olarak, hemşirelerden ölçek maddelerinde yer almayan diğer engelleyici davranışları detaylı bir şekilde listelemeleri ve her engelin büyüklüğünü ve ne sıklıkla ortaya çıktığını tanımlamaya çalışmaları istenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını engelleyen diğer faktörleri; acil ve yoğun bakım servislerinde hasta yakınlarının hastaya müdahalesi sırasında aynı ortamda bulunmamaları konusunda önlem alınmaması, yoğun bakımda yer bulunamaması durumunda hasta ve yakınları ile sorunlar yaşanması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, hastadan daha sık yakınlarıyla sorun yaşanması, rutin prosedürler uygulanırken hasta yakınları tarafından müdahalelerde bulunulması, hakarete maruz kalınması, hasta yakınlarının ölüm durumunda sıklıkla şiddete başvurusu, yardımcı sağlık personelinin acilde uzmanlaşmamış olması, fiziki şartların uygun olmaması, acile başvuran hasta yakınlarının hasta yanına alınmaması, aciliyeti olmayan hastaların acil servise başvurusu ve iletişim problemi nedeniyle hasta ve sağlık personeli arasında gerginlik yaşanması olarak sıraladıkları görülmüştür.

**Tablo 11.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Destekleyici Davranışlar Altboyutu Maddeleri	Destekleyici Davranışların Düzeyi		Destekleyici Davranışların Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min – Mak)	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
30.Hasta hakkında diğer tüm aile üyelerinin bilgilendirilmesi için bir aile üyesinin irtibat kişisi olarak belirlenmesi.	3,6 ± 1,3	4 (0 - 5)	2,7 ± 1,3	2 (0 - 5)
31.Hastanın beklenen ölümüne aileyi hazırlamak için yeterli zamana sahip olunması.	3,3 ± 1,4	3 (0 - 5)	2,3 ± 1,2	2 (0 - 5)

**Tablo 11.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Destekleyici Davranışlar Altboyutu Maddeleri	Destekleyici Davranışların Düzeyi		Destekleyici Davranışların Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min – Mak)	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
32. Acil servisin, ailenin özel olarak yas tutabileceği bir alana sahip olacak şekilde tasarlanması.	3,5 ± 1,5	4 (0 - 5)	2 ± 1,5	2 (0 - 5)
33. Hastanın tedavisinde yer alan doktorların, bakım konusunda aynı fikirde olması.	3,8 ± 1,3	4 (0 - 5)	2,7 ± 1,2	3 (0 - 5)
34. Hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili kendinin önceki deneyiminden yararlanması.	3,7 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,9 ± 1,2	3 (0 - 5)
35. Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi.	4 ± 1,1	4 (0 - 5)	3,4 ± 1,4	3 (0 - 5)
36. Hasta ile ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşma.	2,6 ± 1,6	3 (0 - 5)	2 ± 1,4	2 (0 - 5)
37. Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme.	3,1 ± 1,5	3 (0 - 5)	1,5 ± 1,4	1 (0 - 5)
38. Aileye ölmek üzere olan hastasının yanında “Hala sizi duyabiliyor, onunla konuşabilirsiniz” gibi ifadeler kullanılarak nasıl davranacağını anlatmak.	3,1 ± 1,5	3 (0 - 5)	2,2 ± 1,5	2 (0 - 5)
39. Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme.	2,5 ± 1,6	3 (0 - 5)	2,1 ± 1,3	2 (0 - 5)
39. Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme.	2,5 ± 1,6	3 (0 - 5)	2,1 ± 1,3	2 (0 - 5)
40. Hasta öldüğü zaman aile üyeleri için yatağın etrafında uygun, huzurlu insan onuruna yaraşır bir ortam sağlanması.	3,4 ± 1,4	4 (0 - 5)	2,4 ± 1,3	2 (0 - 5)

**Tablo 11.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Destekleyici Davranışlar Altboyutu Maddeleri	Destekleyici Davranışların Düzeyi		Destekleyici Davranışların Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min – Mak)	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
41. Hasta öldükten sonra, aile üyelerine hastayla yalnız kalmaları için yeterli zamanın verilmesi.	3,3 ± 1,4	4 (0 - 5)	2,4 ± 1,4	2 (0 - 5)
42. "Sen hasta için yapabileceğin herşeyi yaptın" diyen ya da destekleyici diğer sözler söyleyen bir hemşire arkadaşına sahip olma.	3,8 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,8 ± 1,3	3 (0 - 5)
43. Hastanızın ölümünden sonra, elini omzunuza koyan, size sarılan, sırtınızı sıvazlayan veya başka bir fiziksel destekte bulunan bir meslektaşınızın olması.	3,6 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,6 ± 1,4	2 (0 - 5)
44. Hastanızın ölümünden sonra kısa bir an departmandan ayrıldığınızda diğer hastalarınızın bakımını üstlenecek bir hemşire arkadaşına sahip olma.	3,9 ± 1,1	4 (0 - 5)	2,6 ± 1,5	3 (0 - 5)
45. Hastanızın ölümünden sonra, çalışma ortamının dışında sizi dinleyecek destekleyici birinin olması.	3,6 ± 1,3	4 (0 - 5)	2,4 ± 1,4	2 (0 - 5)
46. Ölen hastanıza verdiğiniz bakım için size teşekkür eden ya da başka bir yolla takdir eden aile üyelerinin olması.	3,8 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,2 ± 1,3	2 (0 - 5)
47. Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması.	4,1 ± 1,2	5 (0 - 5)	3,1 ± 1,2	3 (0 - 5)
48. Aile üyelerinin hastanın ölmek üzere olduğunu kabul etmeleri.	3,9 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,5 ± 1,2	2 (0 - 5)
49. Hasta öldükten sonra, ailenin acil servisten ayrılmadan önce imzalaması gereken tüm belgeleri sizin için bir araya getirecek yardımcı personelin olması.	3,9 ± 1,3	4 (0 - 5)	2,5 ± 1,4	3 (0 - 5)
50. Ölmek üzere olan hastanın mahremiyetini sağlayacak şekilde tasarlanmış bir acil servis departmanı.	4,1 ± 1,1	4 (0 - 5)	2,5 ± 1,4	2 (0 - 5)



**Tablo 11.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Altboyutu ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Destekleyici Davranışlar Altboyutu Maddeleri	Destekleyici Davranışların Düzeyi		Destekleyici Davranışların Sıklığı	
	A.0±S.S	Med (Min – Mak)	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
51. Hastalara ve ailelerine uygun bir yaşam sonu bakımı sağlamak için gerekli eğitimin alınması.	4 ± 1,1	4 (0 - 5)	2,4 ± 1,3	2 (0 - 5)
52.Travmatik bir ölümden sonra profesyonel bilgi alma oturumuna katılım fırsatının olması.	3,8 ± 1,2	4 (0 - 5)	2,1 ± 1,5	2 (0 - 5)

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutu madde puan ortalamaları Tablo 11’de sunulmuştur. Acil Hemşireleri Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda destekleyici davranışlar düzeyinde hemşirelerin en yüksek ortalamayı, “Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması (4,1±1,2)” ifadesinden en düşük ortalamayı “Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme (2,5±1,6)” ifadesinden aldıkları belirlenmiştir. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda destekleyici davranışlar sıklığında hemşirelerin en yüksek ortalamayı, “Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi (3,4±1,4)” ifadesinden en düşük ortalamayı “Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme (1,5±1,4)” ifadesinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 11).

Çalışmamızda Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutu maddelerinin sonunda yer alan ve ölçek skorunu etkilemeyen açık uçlu soru ile ilgili olarak, hemşirelerden ölçek maddelerinde yer almayan diğer destekleyici davranışları detaylı bir şekilde listelemeleri ve her bir destekleyici davranışın büyüklüğünü ve ne sıklıkla ortaya çıktığını tanımlamaya çalışmaları istenmiştir. Katılımcılar ölçek maddelerinde yer almayan diğer destekleyici davranışları hastanın vefatından sonra doktorların hasta yakınlarına bilgi vermesi,

teknolojiden daha fazla yararlanılması ve sertifikalı eğitim programları düzenlenmesi olarak ifade etmişlerdir.

Ölçekteki diğer bir açık uçlu soru olan “Ölmekte olan acil servis hastalarına sağlanan yaşam sonu bakımın bir yönünü değiştirme gücünüz olsaydı neyi değiştirirdiniz?” sorusuna hemşireler “hastaların acılarını dindirmek için narkotik ilaçlar uygulayabilme, hasta mahremiyetinin korunabileceği bir bakım ve çalışma ortamı oluşturma, hasta yakınlarına ölüm haberinin verilebileceği bir ortam sağlama, acil serviste din görevlilerinin çalışması, hasta yakınlarının yas tutabileceği bir ortam oluşturma, hasta yakınlarına daha fazla zaman ayırma, acil servisleri sağlık profesyonellerinin görüşlerini alarak dizayn etme, resüsitasyon endikasyonları ve sonlandırılması ile ilgili yasal düzenlemeler yapma ve sertifikalı eğitim programları düzenleme” olarak sıraladıkları görülmüştür.

**Tablo12.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu düzeyi, sıklığı ve engelin büyüklüğü değerleri

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt Boyutu Maddeleri	Düzy			Sıklık			AEB Değeri
	A.O	S.S	Sıra No	A.0	S.S	Sıra No	
Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması.	4,14	1,12	1	3,64	1,17	1	15,08
Hemşirenin hastaya bakım verdiği sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile de uğraşmak zorunda kalması.	4,02	0,97	2	3,42	1,13	2	13,75
Acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sağlamak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması.	3,68	1,25	5	3,31	1,38	3	12,19
Aile ve arkadaşlarının, hastanın güncel durumu hakkında bilgi almak için, bu amaçla belirlenen aile üyesini aramak yerine sürekli olarak hemşireyi araması.	3,53	1,31	6	3,18	1,46	4	11,23

**Tablo12.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu düzeyi, sıklığı ve engelin büyüklüğü değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt Boyutu Maddeleri	Düzy			Sıklık			AEB Değeri
	A.O	S.S	Sıra No	A.0	S.S	Sıra No	
Acil servislerin kötü tasarlanması nedeniyle ölmek üzere olan hasta ve kederli aile üyelerinin mahremiyetinin sağlanamaması.	3,69	1,43	4	2,94	1,54	8	10,84
Aile üyelerinin “hayat kurtarma uygulamalarının” gerçekten ne anlama geldiğini anlamamaları. Örneğin birden fazla iğnenin ağrıya ve morarmaya neden olması, endotrakeal tüpün hastanın konuşmasına izin vermemesi ya da göğüs kompresyonu sırasında kaburgaların kırılabilmesi gibi.	3,48	1,29	7	3,03	1,36	6	10,54
Hemşirenin tüm zamanını hastanın yaşamını kurtarmaya yönelik eylemlerle harcaması nedeniyle, kaliteli bir yaşam sonu bakımı sağlayacak kadar zamanının kalmaması.	3,42	1,35	9	3,08	1,39	5	10,52
Hastanın bakımının nasıl yapılması gerektiği ile ilgili hemşirenin düşüncelerinin sorulmaması, önemsenmemesi veya dikkate alınmaması.	3,44	1,27	8	2,80	1,34	10	9,64
Hastanın kötü prognozu hakkında doktorun söylediklerini ailelerin kabul etmemesi.	3,41	1,25	10	2,70	1,14	13	9,18
Doktorların, her ihtimali göz önünde bulundurduklarını söyleyebilmek adına, ölmekte olan hastalara gereksiz testler ve prosedürler uygulamaları.	3,25	1,36	12	2,69	1,50	14	8,73

**Tablo12.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu düzeyi, sıklığı ve engelin büyüklüğü değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt Boyutu Maddeleri	Düzy			Sıklık			AEB Değeri
	A.O	S.S	Sıra No	A.0	S.S	Sıra No	
Aileye destek verecek sosyal hizmet uzmanı veya din görevlisi gibi birinin olmaması.	3,00	1,53	18	2,90	1,59	9	8,69
Hastanın kontrol edilmesi ve hafifletilmesi zor olan ağrısının olması.	3,21	1,20	14	2,71	1,23	12	8,69
Yeni bir hasta kabulü için hemşireye ihtiyaç duyulması veya başka bir hemşirenin yardım ihtiyacının karşılanması için, hasta ve ailesinin yanındayken çağırılmak.	3,06	1,40	17	2,63	1,20	16	8,06
Ailelerin, ölmekte olan yakınları için yas tutarken sergiledikleri kültürel farklılıklarla başa çıkma.	2,84	1,46	21	2,80	1,28	11	7,95
Hemşirenin, ölmek üzere olan hastalara ve/veya ailelerine bakım verirken rahat olmaması.	3,10	1,34	16	2,54	1,24	18	7,88
Resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi.	3,76	1,60	3	2,06	1,56	28	7,73
Resüsitasyon sırasında aile üyelerinin acil servis odasında bulunmalarının kısıtlanması.	2,59	1,82	27	2,97	1,60	7	7,69
Hemşirenin hastanın farmakolojik sedasyon veya deprese nörolojik durumuna bağlı olarak iletişim kuramaması nedeniyle, tedavi ve testlere devam edilmesi yönündeki isteklerini bilememesi.	3,00	1,32	19	2,47	1,33	21	7,40
Doktorların aile üyeleri ile konuşmaktan kaçınması.	3,23	1,49	13	2,29	1,30	23	7,38

**Tablo12.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu düzeyi, sıklığı ve engelin büyüklüğü değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller Alt Boyutu Maddeleri	Düzy			Sıklık			AEB Değeri
	A.O	S.S	Sıra No	A.0	S.S	Sıra No	
Aynı hastaya bakan birden fazla doktorun hastanın bakımı konusunda farklı görüşlere sahip olması.	3,28	1,38	11	2,23	1,25	25	7,31
Hastanın ölümünden sonra yeni bir hasta kabul edilebilmesi için yas tutan ailenin odadan çıkarılması.	2,90	1,43	20	2,50	1,25	19	7,26
Hastada ağrı veya rahatsızlığa neden olsa bile ölmek üzere olan hasta için tedaviye devam edilmesi.	2,72	1,47	25	2,66	1,36	15	7,25
Yaşam desteğinin kullanılmasına onay verilir verilmemesi hakkında aile içi anlaşmazlık çıkması.	3,11	1,36	15	2,28	1,16	24	7,09
Hastalık ilerleyip ölüm kaçınılmaz olduğu halde, bazı doktorların hastanın ölmesine izin vermemesi.	2,76	1,43	24	2,55	1,36	17	7,04
Hasta ailesinin gerçek veya olası yasal eylem tehditi nedeniyle kötü prognoza sahip bir hasta için resüsitasyona devam edilmesi.	2,79	1,55	22	2,49	1,23	20	6,95
Hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine rağmen ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi.	2,79	1,58	23	2,16	1,47	27	6,03
Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakımı ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması.	2,67	1,52	26	2,22	1,22	26	5,93
Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması.	2,34	1,66	28	2,37	1,32	22	5,54

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **AEB:** Algılanan engelin büyüklüğü

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutunda

hemşirelerin en yüksek AEB skorunu; “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (AEB=15,08)”, “Hemşirenin hastaya bakım verdiği sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile de uğraşmak zorunda kalması (AEB=13,75)” ve “Acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sağlamak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması (AEB=12,19)” ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 12).

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutunda Hemşirelerin en düşük AEB skorunu; “Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması (AEB=5,54)”, “Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakım ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması (AEB=5,93)” ve “Hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine rağmen ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi (AEB=6,03)” ifadelerinden aldıkları saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 13.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu düzeyi, sıklığı ve algılanan destekleyici davranışın büyüklüğü değerleri

	Düzye		Sıra No	Sıklık		Sıra No	ADDB değeri
	Ort	S.S		Ort	S.S		
<b>Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu Maddeleri</b>							
Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi.	4,05	1,14	3	3,36	1,38	1	13,58
Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması.	4,08	1,23	2	3,06	1,16	2	12,47
Hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili kendi önceki deneyiminden yararlanması.	3,69	1,17	12	2,94	1,25	3	10,85
“Sen hasta için yapabileceğin herşeyi yaptın” diyen yada destekleyici diğer sözler söyleyen bir hemşire arkadaşına sahip olma.	3,79	1,24	10	2,75	1,28	4	10,42

**Tablo 13.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu düzeyi, sıklığı ve algılanan destekleyici davranışın büyüklüğü değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu Maddeleri	Düzyey		Sıra No	Sıklık		Sıra No	ADDB değeri
	Ort	S.S		Ort	S.S		
Hastanızın ölümünden sonra kısa bir an departmandan ayrıldığınızda diğer hastalarınızın bakımını üstlenecek bir hemşire arkadaşına sahip olma.	3,89	1,13	7	2,61	1,48	7	10,17
Hastanın tedavisinde yer alan doktorların, bakım konusunda aynı fikirde olması.	3,78	1,33	11	2,68	1,22	5	10,14
Ölmek üzere olan hastanın mahremiyetini sağlayacak şekilde tasarlanmış bir acil servis departmanı.	4,09	1,06	1	2,48	1,39	11	10,12
Hasta öldükten sonra, ailenin acil servisten ayrılmadan önce imzalaması gereken tüm belgeleri sizin için bir araya getirecek yardımcı personelin olması.	3,92	1,33	5	2,50	1,41	9	9,80
Aile üyelerinin hastanın ölmek üzere olduğunu kabul etmeleri.	3,90	1,19	6	2,49	1,19	10	9,70
Hastalara ve ailelerine uygun bir yaşam sonu bakımı sağlamak için gerekli eğitimin alınması.	4,00	1,06	4	2,42	1,32	13	9,68
Hasta hakkında diğer tüm aile üyelerinin bilgilendirilmesi için bir aile üyesinin irtibat kişisi olarak belirlenmesi.	3,63	1,33	13	2,66	1,31	6	9,63
Hastanızın ölümünden sonra elini omzunuza koyan, size sarılan, sırtınızı sıvazlayan veya başka bir fiziksel destekte bulunan bir meslektaşınızın olması.	3,59	1,24	14	2,60	1,38	8	9,33
Hastanızın ölümünden sonra, çalışma ortamının dışında sizi dinleyecek destekleyici birinin olması.	3,56	1,27	15	2,37	1,44	15	8,44

**Tablo 13.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu düzeyi, sıklığı ve algılanan destekleyici davranışın büyüklüğü değerleri (devam)

	Düzy		Sıklık			AADB değeri	
	Ort	S.S	Sıra No	Ort	S.S		Sıra No
<b>Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu Maddeleri</b>							
Ölen hastanıza verdiğiniz bakım için size teşekkür eden ya da başka bir yolla takdir eden aile üyelerinin olması.	3,80	1,22	9	2,20	1,33	17	8,34
Hasta öldüğü zaman aile üyeleri için yatağın etrafında uygun, huzurlu insan onuruna yaraşır bir ortam sağlanması.	3,41	1,39	17	2,40	1,33	14	8,17
Travmatik bir ölümden sonra profesyonel bilgi alma oturumuna katılım fırsatının olması.	3,84	1,22	8	2,11	1,47	19	8,13
Hasta öldükten sonra, aile üyelerine hastayla yalnız kalmaları için yeterli zamanın verilmesi.	3,31	1,43	19	2,45	1,43	12	8,11
Hastanın beklenen ölümüne aileyi hazırlamak için yeterli zamana sahip olunması.	3,34	1,36	18	2,33	1,19	16	7,80
Aileye ölmek üzere olan hastasının yanında “Hala sizi duyabiliyor, onunla konuşabilirsiniz” gibi ifadeler kullanılarak nasıl davranacağını anlatmak.	3,11	1,45	21	2,19	1,52	18	6,80
Acil servisin, ailenin özel olarak yas tutabileceği bir alana sahip olacak şekilde tasarlanması.	3,45	1,50	16	1,96	1,52	21	6,78
Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme.	2,55	1,63	23	2,07	1,28	20	5,26
Hasta ile ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşma.	2,58	1,56	22	1,96	1,43	22	5,05



**Tablo 13.** Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu düzeyi, sıklığı ve algılanan destekleyici davranışın büyüklüğü değerleri (devam)

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar Alt Boyutu Maddeleri	Düzy		Sıklık				ADDB değeri
	Ort	S.S	Sıra No	Ort	S.S	Sıra No	
Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme.	3,15	1,52	20	1,54	1,38	23	4,84

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **ADDB:** Algılanan destekleyici davranışın büyüklüğü

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda en yüksek ADDB skoruna sahip ifadeler; “Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi (ADDB=13,58)”, “Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması (ADDB =12,47)” ve “Hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili kendi önceki deneyiminden yararlanması (ADDB =10,85)” olarak saptanmıştır (Tablo 13).

Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda en düşük ADDB skoruna sahip ifadeler; “Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme (ADDB =4,84)”, “Hasta ile ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşma (ADDB =5,05)” ve “Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme (ADDB =5,26)” olarak belirlenmiştir (Tablo 13).

#### 4.2.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’ne İlişkin Bulgular

**Tablo 14.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) Maddeleri	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	3,5 ± 2,1	3 (1 - 7)
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	4,2 ± 2,0	5 (1 - 7)
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.	3,2 ± 1,8	3 (1 - 7)

**Tablo 14.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) Maddeleri	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	4,0 ± 1,6	4 (1 - 7)
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.	3,7 ± 1,9	4 (1 - 7)
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	5,4 ± 2,0	6 (1 - 7)
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	3,3 ± 2,0	3 (1 - 7)
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	4,2 ± 1,8	4 (1 - 7)
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	3,7 ± 1,8	4 (1 - 7)
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	3,6 ± 1,8	4 (1 - 7)
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	3,8 ± 1,8	4 (1 - 7)
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.	3,3 ± 1,8	3 (1 - 7)
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	5,6 ± 1,7	6 (1 - 7)
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	5,9 ± 1,6	7 (1 - 7)
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	5,6 ± 1,7	6 (1 - 7)
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarındır.	5,1 ± 1,7	5 (1 - 7)
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.	4,4 ± 1,8	4 (1 - 7)
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	3,1 ± 1,8	3 (1 - 7)
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.	3,4 ± 1,8	3 (1 - 7)
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	3,5 ± 1,7	4 (1 - 7)
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	3,5 ± 1,8	4 (1 - 7)
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	4,9 ± 1,7	5 (1 - 7)
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	4,4 ± 1,8	4 (1 - 7)
24. Ölüm ne yaşamın bir parçasıdır ne de değildir.	3,6 ± 1,8	4 (1 - 7)
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	5,0 ± 1,8	5 (1 - 7)
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.	3,5 ± 1,8	4 (1 - 7)
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır	4,3 ± 1,9	4 (1 - 7)
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümünden sonra bir hayata inanmamdır.	5,1 ± 1,8	6 (1 - 7)
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	4,1 ± 1,9	4 (1 - 7)
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.	4,2 ± 1,6	4 (1 - 7)
31. Ölümünden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim	5,3 ± 1,9	6 (1 - 7)

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin madde puan ortalamaları, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 14'de sunulmuştur. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nde hemşirelerin en yüksek puanı “Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur (5,9±1,6)” en düşük puanı ise “Yoğun bir ölüm korkum var (3,1±1,8)” ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada Ölüme Karşı Tutum Ölçeği madde puan ortalamaları 3,1±1,8 ile 5,9±1,6 arasında değişmektedir (Tablo 14).

**Tablo 15.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

ÖKTÖ Alt Boyutları	A.O	S.S	Med (Min - Mak)
Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme	60,28	13,43	62 (20-84)
Kaçış kabullenme	19,63	6,26	19 (5-35)
Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	32,27	10,28	31 (9-61)
Toplam	112,18	21,39	113,5 (47-168)

**A.O:**Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 15'de sunulmuştur. ÖKTÖ alt boyutlarından, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamaları sırasıyla 60,28±13,43, 19,63±6,26, 32,27±10,28 olarak belirlenmiştir. ÖKTÖ alt boyutlarından, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ortanca puanları sırasıyla 62, 19, 31 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ÖKTÖ puan ortalaması 112,18±21,39 ve ortanca puanı 113,5 (47-168) olarak bulunmuştur (Tablo 15).

**Tablo 16.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Yaş grupları	19-30 yaş	62 (20 - 84)	20 (5 - 35)	30 (9 - 54) <sup>A</sup>	110,8 ± 21,4
	31-42 yaş	63 (30 - 82)	19 (5 - 35)	33 (9 - 61) <sup>AB</sup>	112,8 ± 21,1
	43-55 yaş	63 (31 - 76)	16 (8 - 31)	40 (14 - 52) <sup>B</sup>	117 ± 22,8
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,853$ p=0,653	$\chi^2=1,472$ p=0,479	$\chi^2=6,78$ <b>p=0,034</b>	F=0,867 p=0,421
Medeni durum	Evli	62,5 (20 - 82)	19 (5 - 33)	34 (9 - 61)	114 (47 - 168)
	Bekar	62 (31 - 84)	19 (8 - 35)	30 (9 - 57)	110 (62 - 155)
Test istatistiği p değeri		U=7688 p=0,705	U=7807,5 p=0,859	<b>U=6726,5</b> <b>p=0,045</b>	U=7205,5 p=0,232
Cinsiyet	Kadın	62 (23 - 82)	19 (5 - 33)	32 (9 - 61)	113 (47 - 158)
	Erkek	63 (20 - 84)	19 (5 - 35)	30 (9 - 57)	114 (58 - 168)
Test istatistiği p değeri		U=7933,5 p=0,495	U=7976 p=0,54	U=7804 p=0,37	U=8236,5 p=0,855

**Tablo 16.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Çocuk sahibi olma durumu	Var	63 (23 - 82)	19,2 ± 6,3	35,5 (9 - 61)	116 (47 - 168)
	Yok	61 (20 - 84)	20 ± 6,2	30 (9 - 54)	108 (58 - 155)
Test istatistiği p değeri		U=7680,5 p=0,102	t=-1,039 p=0,3	<b>U=6828</b> <b>p=0,003</b>	<b>U=7261</b> <b>p=0,021</b>
	Gelir durumu	1800-3700 tl	59,5 (31 - 82) <sup>A</sup>	20 (8 - 35)	30 (9 - 54)
3800-5900 tl		59,5 (20 - 82) <sup>A</sup>	19 (8 - 33)	31 (9 - 61)	109,5 (58 - 155)
6000-7900 tl		64 (23 - 84) <sup>AB</sup>	20 (5 - 32)	36 (9 - 55)	117 (47 - 167)
8000-10000 tl		67 (55 - 82) <sup>B</sup>	19 (8 - 32)	26 (11 - 55)	112 (79 - 168)
Test istatistiği p değeri		<b><math>\chi^2=12,033</math></b> <b>p=0,007</b>	<b><math>\chi^2=1,762</math></b> p=0,623	<b><math>\chi^2=5,07</math></b> p=0,167	<b><math>\chi^2=6,412</math></b> p=0,093
	Aile Yapısı	Çekirdek aile	62 (20 - 84)	19 (5 - 33)	32 (9 - 61)
Geniş aile		60,5 (28 - 82)	20 (10 - 35)	26 (9 - 47)	108,1 ± 20,3
Parçalanmış Aale		69 (60 - 82)	28 (14 - 35)	51 (20 - 57)	138,7 ± 14,6
Test istatistiği p değeri		<b><math>\chi^2=1,554</math></b> p=0,460	<b><math>\chi^2=2,166</math></b> p=0,339	<b><math>\chi^2=6,973</math></b> <b>p=0,031</b>	F=2,739 p=0,067

**Tablo 16.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	55 (20 - 84)	20 (8 - 35)	30,6 ± 8,8	107,3 ± 20,9
	Önlisans	63 (23 - 82)	19 (5 - 35)	30,8 ± 11,2	110,9 ± 23,5
	Lisans	63 (29 - 81)	19 (8 - 32)	34,4 ± 9,8	115,7 ± 19,2
	Yüksek Lisans	68,5 (46 - 77)	18,5 (14 - 25)	36,9 ± 9,7	120,4 ± 16,5
Test istatistiği p değeri	$\chi^2=4,842$ p=0,184	$\chi^2=0,084$ p=0,994	<b>F=3,227</b> <b>p=0,023</b>	F=2,432 p=0,066	

**F:** One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, **U:** Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
**A-B:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ÖKTÖ puanları Tablo 16'da karşılaştırılmıştır. ÖKTÖ Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puanının hemşirelerin gelir durumu ( $\chi^2=12,033$ ,  $p=0,007$ ), ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puanının yaş grubu ( $\chi^2=6,78$ ,  $p=0,034$ ), medeni durum ( $U=6,726$ ,  $p=0,045$ ), çocuk sahibi olma durumu ( $U=6828$ ,  $p=0,003$ ), aile yapısı ( $\chi^2=6,973$ ,  $p=0,031$ ) eğitim durumu ( $\chi^2=12,033$ ,  $p=0,007$ ) ve ÖKTÖ toplam puanının çocuk sahibi olma durumuna ( $F=3,227$ ,  $p=0,023$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 16).



**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Kaç yıldır hemşire olarak çalıştığı	1-10 yıl	61 (20 - 84)	19 (5 - 35) <sup>A</sup>	30 (9 - 54) <sup>A</sup>	110 (47 - 158) <sup>A</sup>
	11-20 yıl	63 (30 - 82)	23 (8 - 35) <sup>A</sup>	34 (9 - 61) <sup>B</sup>	122 (74 - 168) <sup>B</sup>
	20-30 yıl	63 (31 - 81)	16,5 (5 - 29) <sup>B</sup>	38 (11 - 46) <sup>AB</sup>	116 (68 - 144) <sup>AB</sup>
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=3,093$ p=0,213	$\chi^2=11,892$ p=0,003	$\chi^2=6,834$ p=0,032	$\chi^2=8,679$ p=0,013
Acil serviste kaç yıldır hemşire olarak çalıştığı	1-7 yıl	62 (23 - 84)	20 (5 - 35)	31 (9 - 61)	112 (47 - 168)
	8-14 yıl	63 (20 - 82)	18 (5 - 35)	29 (11 - 57)	116 (58 - 154)
	15-23 yıl	63 (31 - 79)	20 (8 - 29)	38 (18 - 52)	117 (68 - 144)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,674$ p=0,714	$\chi^2=2,965$ p=0,227	$\chi^2=4,204$ p=0,112	$\chi^2=0,925$ p=0,63



**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam	
Çalıştığı acil servisin türü	Erişkin acil servis	62 (20 - 82)	18 (5 - 35)	30 (13 - 57)	108,3 ± 24,2
	Çocuk acil servis	63 (30 - 73)	19,5 (10 - 29)	37 (9 - 53)	118,1 ± 18,1
	Erişkin ve çocuk acil servis	63 (29 - 84)	20 (5 - 33)	31,5 (9 - 61)	113,7 ± 19,8
Test istatistiği p değeri	p=0,134	p=0,442	p=0,089	F=2,602	
	$\chi^2=4,025$	$\chi^2=1,635$	$\chi^2=4,835$	p=0,076	
Acil servisteki görevi	Acil servis hemşiresi	63 (20 - 84)	19 (5 - 35)	31 (9 - 61)	113 (47 - 168)
	Servis sorumlu hemşiresi	58 (35 - 79)	17 (8 - 25)	28 (14 - 51)	119 (74 - 128)
	Acil yoğun bakım hemşire	62 (48 - 74)	20,5 (19 - 30)	28,5 (23 - 36)	113 (104 - 123)
Test istatistiği p değeri	$\chi^2=0,232$	$\chi^2=4,051$	$\chi^2=0,557$	$\chi^2=0,029$	
	p=0,891	p=0,132	p=0,757	p=0,986	

**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Acil hemşireliği sertifikasına sahip olma	Evet	61 (20 - 82)	19 (8 - 35)	33,1 ± 10,3	112,1 ± 21,3
	Hayır	63 (23 - 84)	20 (5 - 33)	31,8 ± 10,3	112,2 ± 21,5
Test istatistiği p değeri		U=7884,5 p=0,532	U=8026,5 p=0,696	t=1,003 p=0,317	t=-0,039 p=0,969
	Mesleği ile ilgili başka bir sertifikaya sahip olma	Evet	63 (20 - 84)	20 ± 6,4	33 (9 - 55)
Hayır		62 (23 - 82)	19,4 ± 6,2	31 (9 - 61)	110,5 ± 21,3
Test istatistiği p değeri		U=6542,5 p=0,013	t=0,64 p=0,523	U=7885 p=0,811	t=1,719 p=0,087
	Servisinde çalışan toplam hemşire sayısı	5-12 hemşire	63 (31 - 82)	19 (8 - 32)	31,8 ± 10,2
13-25 hemşire		63 (20 - 84)	20 (5 - 35)	30,9 ± 9,7	112,4 ± 21,7
26-38 hemşire		61 (31 - 82)	19 (8 - 31)	33,7 ± 11,1	112,2 ± 21,3
39-50 hemşire		61 (30 - 81)	18 (11 - 32)	34,5 ± 8,8	113,6 ± 25,2
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=4,95$ p=0,176	$\chi^2=1,249$ p=0,741	F=1,995 p=0,138	F=0,073 p=0,974

**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	62 (23 - 84)	19 (5 - 35)	31 (9 - 61)	112,2 ± 21,1
	Sözleşmeli	64,5 (20 - 81)	20 (10 - 35)	32,5 (9 - 49)	111,9 ± 24,6
Test istatistiği p değeri		U=3041 p=0,886	U=2817 p=0,453	U=3021,5 p=0,844	t=0,065 p=0,948
	Çalışma şekli	Sürekli gündüz	63 (36 - 81)	20 (5 - 29)	30 (9 - 57)
Vardiyalı		62 (20 - 84)	19 (8 - 35)	31 (9 - 61)	112,3 ± 21,9
Test istatistiği p değeri		U=4543 p=0,52	U=4521,5 p=0,49	U=4583,5 p=0,579	t=-0,146 p=0,884
	Haftada toplam kaç saat çalıştığı	6-30 saat	84 (68 - 84)	29 (21 - 29)	25 (25 - 36)
31-55 saat		62 (20 - 82)	19 (5 - 35)	31 (9 - 57)	113 (47 - 168)
56-80 saat		62 (31 - 81)	19 (5 - 32)	34 (15 - 61)	113 (62 - 155)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=5,724$ p=0,057	$\chi^2=3,674$ p=0,159	$\chi^2=1,001$ p=0,606	$\chi^2=4,155$ p=0,125

**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
<b>Günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı</b>	1-300 hasta	62 (20 - 84)	19 (5 - 35)	30,5 (9 - 57)	110 (47 - 158) <sup>A</sup>
	301-600 hasta	66,5 (38 - 81)	19,5 (10 - 32)	35 (11 - 51)	121,5 (88 - 140) <sup>AB</sup>
	601-900 hasta	63 (44 - 82)	20 (8 - 32)	38 (16 - 61)	119 (76 - 168) <sup>B</sup>
	901 ve üzeri hasta	61 (31 - 82)	19 (14 - 31)	28 (9 - 54)	110 (70 - 155) <sup>AB</sup>
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=6,671$ p=0,083	$\chi^2=5,786$ p=0,123	$\chi^2=7,882$ <b>p=0,049</b>	$\chi^2=14,197$ <b>p=0,003</b>
	<b>İş yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği</b>	Çok iyi	53 (20 - 70) <sup>A</sup>	17 (8 - 26)	29,3 ± 5,2
İyi		62 (23 - 82) <sup>AB</sup>	19 (5 - 35)	32,6 ± 10,2	113 (47 - 155) <sup>AB</sup>
Kötü		65,5 (30 - 84) <sup>B</sup>	20 (5 - 32)	32,5 ± 10,9	115,5 (70 - 168) <sup>B</sup>
Çok kötü		68 (31 - 82) <sup>AB</sup>	19 (13 - 28)	31 ± 12,6	118 (68 - 144) <sup>AB</sup>
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=9,932$ p=0,019	$\chi^2=3,986$ p=0,263	F=0,528 p=0,663	$\chi^2=9,470$ <b>p=0,024</b>

**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Memnun	63 (20 - 82)	20 (5 - 35)	31 (9 - 54)	111 (47 - 155)
	Memnun değil	63 (31 - 84)	22 (10 - 33)	31 (9 - 61)	119 (68 - 168)
	Kısmen memnun	62 (28 - 82)	18 (5 - 32)	34 (11 - 54)	114 (70 - 158)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,149$ p=0,928	$\chi^2=9,557$ p=0,008	$\chi^2=4,093$ p=0,129	$\chi^2=2,025$ p=0,363
	Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme/seçmeme durumu	İsteyerek	62 (20 - 82)	20 (5 - 35)	33,2 ± 11
Kısmen isteyerek		62 (23 - 82)	19 (5 - 33)	31,2 ± 9,1	111 (47 - 154)
İstemeyerek		66 (31 - 84)	20 (8 - 32)	33,4 ± 12,1	118 (68 - 168)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=1,768$ p=0,413	$\chi^2=3,538$ p=0,171	F=1,273 p=0,282	$\chi^2=3,192$ p=0,203

**Tablo 17.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
	Evet	62 (20 - 82) <sup>A</sup>	20 (5 - 35)	32,5 (9 - 61)	115,5 (58 - 155)
Mesleğini kendisine uygun bulma durumu	Kısmen	63 (23 - 84) <sup>A</sup>	19 (5 - 32)	31 (11 - 53)	113 (47 - 158)
	Hayır	46,5 (31 - 81) <sup>B</sup>	16 (11 - 32)	29 (9 - 57)	95,5 (68 - 168)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=6,81$	$\chi^2=1,206$	$\chi^2=0,87$	$\chi^2=4,595$
		p=0,033	p=0,547	p=0,647	p=0,101

**F:** One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, **U:** Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
**A-B:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile ÖKTÖ puanları Tablo 17'de karşılaştırılmıştır. ÖKTÖ Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puanının hemşirelerin mesleği ile ilgili sertifika alma ( $U=6542,5$ ,  $p=0,013$ ), iş yaşam kalitesini değerlendirme ( $\chi^2=9,932$ ,  $p=0,019$ ), mesleğini kendisine uygun bulma ( $\chi^2=6,81$ ,  $p=0,033$ ); Kaçış kabullenme alt boyutu puanının çalışma yılı ( $\chi^2=11,892$ ,  $p=0,003$ ), acil serviste çalışmaktan memnun olma ( $\chi^2=9,557$ ,  $p=0,008$ ); Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puanının çalışma yılı ( $\chi^2=6,834$ ,  $p=0,032$ ), günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı ( $\chi^2=7,882$ ,  $p=0,049$ ); ÖKTÖ toplam puanının çalışma yılı ( $\chi^2=8,679$ ,  $p=0,013$ ), acil hemşireliği sertifikasına sahip olma ( $t=-0,039$ ,  $p=0,969$ ), günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı ( $\chi^2=14,197$ ,  $p=0,003$ ) ve iş yaşam kalitesini değerlendirme durumuna ( $\chi^2=9,470$ ,  $p=0,024$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 17).

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarının desteklenme durumu	Evet	58 (20 - 82)	20 (8 - 30)	32,3 ± 10,9	111 (58 - 144)
	Hayır	63 (30 - 84)	19 (5 - 32)	32,6 ± 11,3	113 (71 - 168)
	Kısmen	62,5 (23 - 84)	19 (5 - 35)	32,1 ± 9,7	115,5 (47 - 158)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=4,436$ p=0,109	$\chi^2=0,324$ p=0,85	F=0,048 p=0,954	$\chi^2=1,005$ p=0,605
Çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişkisi nasıl değerlendirdiği	İyi	63 (20 - 82) <sup>A</sup>	19 (8 - 35)	31,5 (9 - 61)	115,5 (47 - 168)
	Orta	57 (31 - 84) <sup>B</sup>	19 (5 - 32)	29 (15 - 57)	108 (68 - 155)
	Kötü	67 (50 - 78) <sup>AB</sup>	18 (11 - 29)	40 (15 - 45)	113 (104 - 141)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=6,517$ p=0,038	$\chi^2=0,586$ p=0,746	$\chi^2=1,698$ p=0,428	$\chi^2=4,412$ p=0,11



**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız	Kaçış	Ölüm Korkusu ve	Ölüme Karşı
		Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme			
<b>Ölüm tehlikesi atlatma durumu</b>	Evet	63 (20 - 84)	20 (5 - 33)	31 (9 - 55)	114,5 (58 - 168)
	Hayır	62 (23 - 82)	19 (8 - 35)	31 (9 - 61)	113 (47 - 158)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=7913	U=7636	U=7911,5	U=8186
		p=0,328	p=0,152	p=0,327	p=0,595
<b>Birinci derece yakınıni kaybetme durumu</b>	Evet	62 (31 - 82)	20 (5 - 35)	36 (9 - 55)	114,3 ± 20,9
	Hayır	62 (20 - 84)	19 (5 - 35)	31 (9 - 61)	110,9 ± 21,6
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=7924	U=7879	U=7195,5	t=1,232
		p=0,685	p=0,63	p=0,105	p=0,219
<b>Birinci derece yakınları içinde ölüm riski olan bir hastalığa sahip olan birey bulunma durumu</b>	Evet	66 (20 - 82)	19 (8 - 35)	33 (9 - 55)	115,5 ± 21,7
	Hayır	62 (23 - 84)	19 (5 - 32)	31 (9 - 61)	111,1 ± 21,2
<b>Test istatistiği p değeri</b>		<b>U=4993,5</b>	U=6247,5	U=6103,5	t=1,424
		<b>p=0,011</b>	p=0,874	p=0,666	p=0,156

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu	Evet	61 (20 - 82)	20 (8 - 33)	34 (16 - 61)	114 (58 - 168)
	Hayır	63 (23 - 84)	19 (5 - 35)	30 (9 - 57)	113 (47 - 158)
Test istatistiği p değeri		U=7316,5 p=0,082	U=7911 p=0,446	<b>U=6469</b> <b>p=0,002</b>	U=80,29 p=0,57
	Ölümü ne sıklıkta düşündüğü	Nadiren (ara sıra aklına gelir)	61 (28 - 81) <sup>A</sup>	19 (8 - 31)	31 (14 - 57)
Ara sıra (ayda bir ya da daha az)		59,5 (23 - 82) <sup>AB</sup>	19 (8 - 32)	33 (9 - 53)	110 (47 - 153)
Sıkça ( en az haftada bir)		66 (29 - 81) <sup>AB</sup>	21 (5 - 35)	31 (11 - 61)	117 (65 - 168)
Çok sık ( en az günde bir ya da hafta da birkaç kez)		64,5 (20 - 84) <sup>B</sup>	19,5 (5 - 35)	31 (9 - 54)	117 (58 - 155)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=10,739$ <b>p=0,013</b>	$\chi^2=2,385$ p=0,497	$\chi^2=0,682$ p=0,877	$\chi^2=5,029$ p=0,17

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
Ölümlle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu	Hiçbir zaman	62 (36 - 81)	18,7 ± 7	26 (9 - 57) <sup>A</sup>	107 (62 - 154)
	Bazen	63 (20 - 82)	20,1 ± 5,8	32 (11 - 54) <sup>B</sup>	114 (58 - 158)
	Nadiren	55 (29 - 84)	19,3 ± 6,3	31 (9 - 53) <sup>B</sup>	111 (65 - 153)
	Çoğu zaman	65 (23 - 81)	19,9 ± 6,2	35 (13 - 61) <sup>B</sup>	122 (47 - 168)
	Her zaman	68 (44 - 79)	20,8 ± 6,8	40 (16 - 54) <sup>B</sup>	134 (95 - 155)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=5,615$ p=0,23	F=0,597 p=0,665	$\chi^2=17,239$ p=0,002	$\chi^2=11,519$ p=0,021
Mesleki eğitimi sırasında ölüm hakkında eğitim alma durumu	Evet	60 (20 - 82)	19 (5 - 32)	32,8 ± 9,6	111 (58 - 155)
	Hayır	64 (23 - 84)	20 (5 - 35)	31,6 ± 11	116 (47 - 168)
Test istatistiği p değeri		U=6986 p=0,006	U=7461,5 p=0,05	t=0,925 p=0,356	U=7614 p=0,087

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız	Kaçış	Ölüm Korkusu ve	Ölüme Karşı
		Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme			
<b>Mezuniyet sonrasında ölüm hakkında eğitim alma durumu</b>	Evet	59 (30 - 82)	19 (8 - 35)	33 (9 - 54)	111,7 ± 19,5
	Hayır	63 (20 - 84)	19 (5 - 35)	30 (9 - 61)	112,4 ± 22,2
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=6303,5 p=0,077	U=6841 p=0,411	U=6627 p=0,231	t=0,259 p=0,795
	<b>Acil serviste ölüm anında verilen bakımı yeterli bulma durumu</b>	Evet	64,5 (20 - 82)	19 (5 - 35)	31,5 ± 10,6
Hayır		62 (28 - 84)	19 (8 - 32)	33,9 ± 12,3	107 (70 - 168)
Kısmen yeterli		62 (30 - 84)	19 (8 - 35)	32,5 ± 9,3	114 (68 - 155)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=0,468$ p=0,791	$\chi^2=1,198$ p=0,549	F=0,78 p=0,46	$\chi^2=0,015$ p=0,993

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
<b>Hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme durumu</b>	Hiçbir zaman	64,5 (44 - 81)	18,6 ± 5,9	32,5 (15 - 47)	113,1 ± 14,6
	Bazen	61,5 (28 - 82)	19,4 ± 6,4	33 (16 - 51)	108,1 ± 21,2
	Nadiren	58,5 (30 - 84)	19,7 ± 6,6	30 (11 - 57)	109,4 ± 22,9
	Çoğu zaman	63 (20 - 82)	20 ± 6,2	31 (9 - 61)	115 ± 21,4
	Her zaman	64,5 (40 - 76)	18,9 ± 5,9	35,5 (9 - 46)	114,1 ± 21,9
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=8,194$ p=0,085	F=0,321 p=0,863	$\chi^2=1,051$ p=0,902	F=1,27 p=0,282
	<b>Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu</b>	Hiçbir zaman	62 (28 - 82)	19 (8 - 35)	32,5 (9 - 54)
Bazen		66 (20 - 82)	20 (5 - 35)	30 (9 - 61)	116 (47 - 155)
Nadiren		61 (30 - 84)	19 (8 - 32)	34 (9 - 57)	114 (74 - 168)
Çoğu zaman		57,5 (31 - 82)	16,5 (8 - 29)	29 (14 - 49)	111,5 (68 - 158)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=3,913$ p=0,271	$\chi^2=2,978$ p=0,395	$\chi^2=4,249$ p=0,236	$\chi^2=2,478$ p=0,479

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam
<b>Hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu</b>	Hiçbir zaman	69 (28 - 82)	13 (9 - 35) <sup>A</sup>	27,4 ± 11,6	109 (70 - 137)
	Bazen	63 (23 - 84)	20 (5 - 35) <sup>AB</sup>	32,2 ± 9,6	111 (47 - 153)
	Nadiren	66 (30 - 82)	20,5 (10 - 32) <sup>B</sup>	33,1 ± 11,7	113,5 (68 - 168)
	Çoğu zaman	62 (20 - 82)	18 (5 - 33) <sup>AB</sup>	32,6 ± 9,5	114 (58 - 158)
	Her zaman	64 (36 - 81)	17 (9 - 32) <sup>AB</sup>	31,3 ± 12,2	116 (62 - 155)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=2,472$ p=0,65	$\chi^2=16,558$ <b>p=0,002</b>	F=0,666 p=0,616	$\chi^2=0,97$ p=0,914
	<b>Yaşam sonu bakım ile ilgili düzenlenecek hizmet içi eğitim programına katılmayı isteme durumu</b>	Evet	63 (20 - 84)	19 (5 - 35)	30 (9 - 61)
Hayır		61 (30 - 82)	20 (9 - 33)	35 (9 - 57)	112 (62 - 168)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=6520 p=0,883	U=6122,5 p=0,376	<b>U=5263,5</b> <b>p=0,013</b>	U=6153 p=0,408

**Tablo 18.** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Tarafsız	Kaçış	Ölüm Korkusu ve	Ölüme Karşı
		Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme			
Yaşam sonu bakım sunduğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme/etmeme hakkındaki düşünceleri	Evet	59 (28 - 82)	18 (8 - 35)	32 (11 - 57)	111 (70 - 158)
	Hayır	63 (20 - 84)	20 (5 - 35)	31 (9 - 61)	114 (47 - 168)
Test istatistiği p değeri		U=6292 p=0,05	U=6349,5 p=0,063	U=7355,5 p=0,922	U=6449 p=0,092
Hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölmek üzere olan bir hasta için kullanma/kullanmama hakkındaki düşünceleri	Evet	63 (20 - 82)	19,4 ± 6	31 (9 - 57)	115 (47 - 158)
	Hayır	61 (28 - 84)	20,4 ± 6,8	34 (9 - 61)	110 (68 - 168)
Test istatistiği p değeri		U=6212 p=0,344	t=-1,179 p=0,24	U=6183 p=0,318	U=6708,5 p=0,972
Ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verme/vermeme hakkındaki düşünceleri	Evet	62 (20 - 82)	19 (5 - 35)	30,5 (9 - 57)	114 (47 - 168)
	Hayır	63 (31 - 84)	20 (8 - 35)	35 (13 - 61)	111,5 (68 - 155)
Test istatistiği p değeri		U=5401 p=0,591	U=4919 p=0,133	U=4696,5 p=0,052	U=4932 p=0,14

F: One Way Anova test istatistiği, t: Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
**A-B:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar ile ÖKTÖ puanları Tablo 18’de karşılaştırılmıştır. ÖKTÖ Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puanının hemşirelerin çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişki durumu ( $\chi^2=6,517$ ,  $p=0,038$ ), birinci derece yakınları içinde ölüm riski olan bir hastalığa sahip olan birey bulunma durumu ( $U=4993,5$ ,  $p=0,011$ ), ölümü sıklıkla düşünme durumu ( $\chi^2=10,739$ ,  $p=0,038$ ); Kaçış kabullenme alt boyutu puanının bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu ( $\chi^2=16,558$ ,  $p=0,002$ ); Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puanının ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu ( $U=6469$ ,  $p=0,002$ ), ölümlerle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu ( $\chi^2=17,239$ ,  $p=0,002$ ) ve yaşam sonu bakım ile ilgili hizmet içi eğitim programına katılmayı isteme durumuna ( $U=5263,5$ ,  $p=0,013$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 18).



#### 4.2.4. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme (MMBDÖ) Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

**Tablo 19.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Maddeleri	A.0±S.S	Med (Min – Mak)
1.Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2,3 ± 1,3	2 (1 - 5)
2.Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2 ± 1,2	2 (1 - 5)
3.Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum.	2,9 ± 1,2	3 (1 - 5)
4.Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine(cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum.	3,5 ± 1,3	4 (1 - 5)
5.Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum.	3,1 ± 1,5	3 (1 - 5)
6.Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum.	2,7 ± 1,1	2 (1 - 5)
7.Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2,6 ± 1,2	2 (1 - 5)
8. Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2,5 ± 1,1	2 (1 - 5)
9. Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum.	2,6 ± 1,2	2 (1 - 5)
10. Maneviyatın, kişinin yaşamını, 'şimdi ve burada' yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum.	2,9 ± 1,2	3 (1 - 5)
11. Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2,5 ± 1,1	2 (1 - 5)
12. Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum.	2,4 ± 1,2	2 (1 - 5)
13. Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum.	3,2 ± 1,1	3 (1 - 5)
14. Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	2,3 ± 1,2	2 (1 - 5)

**Tablo 19.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

<b>Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Maddeleri</b>	<b>A.0±S.S</b>	<b>Med (Min – Mak)</b>
15. Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum.	2,6 ± 1,1	2 (1 - 5)
16. Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum.	3,2 ± 1,3	3 (1 - 5)
17. Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum.	2,4 ± 1,3	2 (1 - 5)

**A.0:** Aritmetik ortalama, **S.S:** Standart sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ortalama, standart sapma ve ortanca puanları Tablo 19’da sunulmuştur. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği’nde hemşirelerin en yüksek puanı “Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum (3,5±1,3)” ve “Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum (3,2±1,3)” ifadelerinden, en düşük puanı da “Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum (2±1,2)” ve “Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum (2,3±1,2)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği madde puan ortalamaları  $2 \pm 1,2$  ile  $3,5 \pm 1,3$  arasında değişmektedir (Tablo 19).

**Tablo 20.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

<b>MMBDÖ ve alt boyutları</b>	<b>A.O</b>	<b>S.S</b>	<b>Med (Min - Mak)</b>
<b>Maneviyat ve manevi bakım</b>	18,92	4,10	19 (9-31)
<b>Dinsellik</b>	12,57	2,46	13 (4-19)
<b>Bireysel bakım</b>	10,63	2,47	10 (4-18)
<b>MMBDÖ</b>	48,61	5,87	49 (34-62)

**A.O:**Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Med:** Medyan, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 20’de sunulmuştur. MMBDÖ alt boyutlarından, maneviyat ve manevi bakım, dinsellik, bireysel bakım puan ortalamaları sırasıyla  $18,92 \pm 4,10$ ,  $12,57 \pm 2,46$  ve  $10,63 \pm 2,47$  olarak belirlenmiştir. MMBDÖ alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım, dinsellik, bireysel bakım ortanca puanları sırasıyla 19, 13 ve 10 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada MMBDÖ puan ortalaması  $48,61 \pm 5,87$  ve ortanca puanı 49 (34-62) olarak belirlenmiştir (Tablo 20).



**Tablo 21.** MMBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Yaş grupları	19-30 yaş	20 (11 - 31) <sup>A</sup>	12 (4 - 19)	11 (6 - 18)	49 (36 - 62)
	31-42 yaş	19 (9 - 30) <sup>B</sup>	13 (8 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
	43-55 yaş	17 (10 - 28) <sup>B</sup>	13 (8 - 18)	10 (8 - 14)	47 (36 - 60)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=9,432$ <b>p=0,009</b>	$\chi^2=1,214$ p=0,545	$\chi^2=4,282$ p=0,118	$\chi^2=4,957$ p=0,084
Medeni durum	Evli	19 (9 - 31)	12,5 (4 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
	Bekar	20 (11 - 28)	13 (8 - 19)	10 (6 - 17)	50 (36 - 61)
Test istatistiği p değeri		U=6961,5 p=0,107	U=7276 p=0,278	U=7370 p=0,355	<b>U=6685</b> <b>p=0,038</b>
Cinsiyet	Kadın	19 (10 - 28)	12 (4 - 19)	10 (6 - 17)	49 (36 - 61)
	Erkek	19 (9 - 31)	13 (6 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=7955 p=0,517	U=8124 p=0,710	U=8298,5 p=0,935	U=8085 p=0,665

**Tablo 21.** MMBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Çocuk sahibi olma durumu	Var	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
	Yok	19 (11 - 30)	12 (6 - 19)	10 (6 - 18)	49 (36 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=7944	U=7492,5	U=8267,5	U=8558,5
		p=0,225	p=0,05	p=0,488	p=0,827
Gelir durumu	1800-3700 TL	20 (9 - 27)	12 (8 - 19)	10 (4 - 16) <sup>AB</sup>	50 (34 - 58)
	3800-5900 TL	20 (11 - 30)	12,5 (8 - 17)	11 (7 - 18) <sup>A</sup>	50 (34 - 62)
	6000-7900 TL	18 (10 - 31)	13 (6 - 19)	10 (6 - 17) <sup>B</sup>	47 (37 - 62)
	8000-10000 TL	19 (15 - 27)	13 (4 - 18)	11 (8 - 14) <sup>AB</sup>	49 (42 - 59)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=7,030$	$\chi^2=0,436$	$\chi^2=14,531$	$\chi^2=7,551$
		p=0,071	p=0,933	<b>p=0,002</b>	p=0,056
Aile Yapısı	Çekirdek aile	19 (9 - 31)	13 (8 - 19)	10 (4 - 18) <sup>AB</sup>	49 (34 - 62)
	Geniş aile	19 (12 - 27)	12 (4 - 16)	11 (8 - 14) <sup>A</sup>	49 (42 - 57)
	Parçalanmış aile	12 (11 - 18)	12 (11 - 16)	7 (7 - 9) <sup>B</sup>	43 (36 - 44)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=4,443$	$\chi^2=1,513$	$\chi^2=6,776$	$\chi^2=4,717$
		p=0,108	p=0,469	<b>p=0,034</b>	p=0,095

**Tablo 21.** MMBDÖ toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	20 (11 - 27)	12 (4 - 19)	11 (6 - 17)	50 (37 - 61)
	Önlisans	18 (9 - 31)	12 (8 - 19)	10 (4 - 18)	48 (34 - 62)
	Lisans	19 (10 - 28)	13 (6 - 18)	10 (6 - 17)	49 (36 - 60)
	Yüksek Lisans	21 (16 - 28)	14,5 (8 - 16)	10 (7 - 13)	50 (47 - 55)
Test istatistiği p değeri	$\chi^2=4,687$ p=0,196	$\chi^2=3,078$ p=0,380	$\chi^2=1,395$ p=0,707	$\chi^2=2,127$ p=0,546	

**F:** One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, **U:** Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
**A-B:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile MMBDÖ puanları Tablo 21’de karşılaştırılmıştır. MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanının hemşirelerin yaş grubu ( $\chi^2=9,432$ ,  $p=0,009$ ), bireysel bakım alt boyutunun gelir durumu ( $\chi^2=14,531$ ,  $p=0,002$ ), aile yapısı ( $\chi^2=6,776$ ,  $p=0,034$ ) ve MMBDÖ toplam puanının medeni duruma ( $U=6685$ ,  $p=0,038$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 21).



**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	19 (9 - 31)	12 (4 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
	Servis sorumlu hemşiresi	17 (11 - 27)	14 (8 - 16)	11 (8 - 14)	48 (36 - 56)
Test istatistiği p değeri		U=1495,5 p=0,194	U=1744 p=0,664	U=1867 p=0,999	U=1646,5 p=0,441
	Hemşire olarak çalışma yılı	1-10 yıl	20 (9 - 31) <sup>A</sup>	12 (4 - 19)	10 (4 - 18)
11-20 yıl		19 (10 - 26) <sup>AB</sup>	13 (8 - 19)	11 (7 - 17)	50 (34 - 59)
20-30 yıl		17 (10 - 28) <sup>B</sup>	13 (9 - 18)	9 (8 - 14)	47 (36 - 60)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=10,060$ p=0,007	$\chi^2=5,070$ p=0,079	$\chi^2=5,656$ p=0,059	$\chi^2=1,668$ p=0,434
	Acil serviste hemşire olarak çalışma yılı	1-7 yıl	20 (9 - 31)	12 (4 - 19)	10 (4 - 18)
8-14 yıl		18 (10 - 30)	12,5 (8 - 19)	10 (7 - 15)	47 (36 - 62) <sup>B</sup>
15-23 yıl		18 (11 - 28)	14 (10 - 17)	11 (8 - 14)	50 (41 - 60) <sup>AB</sup>
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=6,631$ p=0,036	$\chi^2=4,187$ p=0,123	$\chi^2=4,050$ p=0,132	$\chi^2=7,354$ p=0,025



**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Çalıştığı acil servis	Erişkin acil servis	18 (11 - 31)	12 (8 - 19)	10 (6 - 15)	47 (34 - 62) <sup>A</sup>
	Çocuk acil servis	18,5 (11 - 30)	13 (8 - 16)	11 (8 - 17)	49 (36 - 62) <sup>AB</sup>
	Erişkin ve çocuk acil servis	20 (9 - 28)	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)	50 (34 - 61) <sup>B</sup>
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=5,225$ p=0,073	$\chi^2=3,340$ p=0,188	$\chi^2=3,726$ p=0,155	$\chi^2=9,721$ p=0,008
Acil servisteki görevi	Acil servis hemşiresi	19 (9 - 31)	12 (4 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
	Servis sorumlu hemşiresi	17 (11 - 27)	14 (8 - 16)	10 (7 - 11)	47 (36 - 56)
	Acil yoğun bakım hemşire	18,5 (17 - 21)	12 (10 - 13)	12 (11 - 14)	49 (47 - 51)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=3,669$ p=0,160	$\chi^2=2,322$ p=0,313	$\chi^2=5,959$ p=0,051	$\chi^2=2,610$ p=0,271
Acil hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu	Evet	19 (9 - 31)	12 (4 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
	Hayır	19 (11 - 30)	13 (6 - 19)	10 (6 - 18)	49 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=8124,5 p=0,819	U=7636,5 p=0,296	U=7924 p=0,573	U=7972 p=0,631

**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Mesleği ile ilgili başka bir sertifikaya sahip olma durumu	Evet	19 (10 - 28)	12 (8 - 18)	11 (6 - 18)	51 (36 - 60)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 17)	48 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=7478 p=0,354	U=8005 p=0,970	U=7027,5 p=0,09	U=6876 p=0,053
	Serviste çalışan toplam hemşire sayısı	5-12 hemşire	19 (11 - 28)	14 (8 - 18) <sup>A</sup>	10 (6 - 18)
13-25 hemşire		19 (11 - 28)	13 (4 - 17) <sup>A</sup>	10 (6 - 17)	49 ± 4,8
26-38 hemşire		19 (9 - 30)	12 (6 - 19) <sup>B</sup>	10 (4 - 17)	47,8 ± 6,5
39-50 hemşire		21 (11 - 31)	12 (8 - 19) <sup>AB</sup>	10 (6 - 15)	48,5 ± 9,4
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,624$ p=0,891	$\chi^2=12,658$ p=0,005	$\chi^2=1,246$ p=0,742	F=0,943 p=0,420
	Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)
Sözleşmeli		17,5 (12 - 27)	12 (6 - 17)	11 (7 - 15)	48 (40 - 59)
Test istatistiği p değeri		U=2557 p=0,145	U=2616 p=0,192	U=2926 p=0,647	U=2726 p=0,319

**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	17,5 (11 - 28)	13 (8 - 18)	10 (6 - 14)	47 (36 - 60)
	Vardiyalı	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=4126 p=0,121	U=4792 p=0,917	U=4076,5 p=0,096	U=4169,5 p=0,146
	Haftada toplam kaç saat çalıştığı	6-30 saat	24 (21 - 24)	10 (10 - 19)	17 (9 - 17)
31-55 saat		19 (10 - 31)	13 (4 - 18)	10 (6 - 18)	49 (36 - 62)
56-80 saat		20 (9 - 28)	12 (8 - 19)	11 (4 - 17)	50 (34 - 59)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=4,709$ p=0,095	$\chi^2=22,578$ p=0,094	$\chi^2=2,738$ p=0,254	$\chi^2=5,324$ p=0,07
	Günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı	1-300 hasta	19 (10 - 31)	13 (6 - 18)	10 (6 - 18) <sup>A</sup>
301-600 hasta		19 (10 - 27)	13 (4 - 19)	9 (8 - 14) <sup>A</sup>	48 (34 - 57)
601-900 hasta		20 (9 - 28)	12 (8 - 16)	10 (4 - 15) <sup>AB</sup>	49 (34 - 58)
901 ve üzeri hasta		21 (11 - 26)	12 (9 - 19)	12 (8 - 17) <sup>B</sup>	51 (56 - 59)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=2,488$ p=0,478	$\chi^2=0,6$ p=0,896	$\chi^2=15,885$ p=0,001	$\chi^2=2,309$ p=0,511

**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği	
İş yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği	Çok iyi	22 (14 - 27) <sup>A</sup>	13 (11 - 15)	11 (9 - 14)	52 (44 - 58)
	İyi	18 (9 - 31) <sup>B</sup>	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)	48 (34 - 62)
	Kötü	20 (11 - 26) <sup>AB</sup>	12 (8 - 17)	11 (6 - 18)	50 (34 - 59)
	Çok kötü	21 (14 - 24) <sup>AB</sup>	14 (8 - 19)	10 (7 - 14)	52 (46 - 57)
Test istatistiği p değeri	$\chi^2=11,873$ p=0,008	$\chi^2=2,252$ p=0,522	$\chi^2=6,367$ p=0,095	$\chi^2=12,688$ p=0,005	
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Memnun	20 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 16)	49 (34 - 62)
	Memnun değil	18 (10 - 26)	12 (8 - 19)	10 (6 - 18)	47 (34 - 59)
	Kısmen memnun	19 (11 - 28)	13 (8 - 19)	11 (6 - 17)	49 (36 - 60)
Test istatistiği p değeri	$\chi^2=2,143$ p=0,342	$\chi^2=4,998$ p=0,082	$\chi^2=3,040$ p=0,219	$\chi^2=6,058$ p=0,048	

**Tablo 22.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleki özellikleri ile karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	19 (11 - 30)	12 (4 - 18)	10 (6 - 17)	49 (34 - 62)
	Kısmen isteyerek	19 (10 - 31)	13 (8 - 19)	10 (6 - 17)	49 (36 - 62)
	İstemeyerek	19 (9 - 28)	12 (8 - 17)	11 (4 - 18)	48 (34 - 60)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,357$ p=0,837	$\chi^2=2,5$ p=0,287	$\chi^2=0,499$ p=0,779	$\chi^2=0,325$ p=0,085
Mesleğini kendisine uygun bulma durumu	Uygun	19 (10 - 28)	12,5 (4 - 19)	11 (7 - 17)	49 (34 - 61)
	Kısmen uygun	19 (9 - 31)	13 (8 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
	Hiç uygun değil	18 (11 - 30)	12 (8 - 17)	9 (6 - 14)	45,5 (36 - 62)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=2,664$ p=0,264	$\chi^2=5,8$ p=0,055	$\chi^2=3,378$ p=0,185	$\chi^2=5,787$ p=0,055

**F:** One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, **U:** Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
**A-B:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile MMBDÖ puanları Tablo 22'de karşılaştırılmıştır. MMBDÖ Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanının hemşirelerin çalışma yılı ( $\chi^2=10,060$ ,  $p=0,007$ ), acil serviste çalışma yılı ( $\chi^2=6,631$ ,  $p=0,036$ ), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ( $\chi^2=11,873$ ,  $p=0,008$ ); dinsel alt boyutunun serviste çalışan toplam hemşire sayısı ( $\chi^2=14,531$ ,  $p=0,002$ ); bireysel bakım alt boyutunun günlük bakım verilen hasta sayısı ( $\chi^2=15,885$ ,  $p=0,001$ ); MMBDÖ toplam puanının acil serviste çalışma yılı ( $\chi^2=7,354$ ,  $p=0,025$ ), çalıştığı acil servis ( $\chi^2=9,721$ ,  $p=0,008$ ), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ( $\chi^2=12,688$ ,  $p=0,005$ ) ve acil serviste çalışmaktan memnun olma durumuna ( $\chi^2=6,058$ ,  $p=0,048$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 22).



**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarının desteklenme durumu	Evet	19 (10 - 30)	13 (8 - 18)	10 (6 - 15)	49 (36 - 62)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (8 - 19)	11 (4 - 17)	51 (34 - 62)
	Kısmen	19 (10 - 28)	12 (4 - 19)	10 (6 - 18)	49 (34 - 61)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=1,163$ p=0,559	$\chi^2=4,458$ p=0,108	$\chi^2=1,468$ p=0,480	$\chi^2=2,856$ p=0,240
Çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişkisini nasıl tanımladığı	İyi	19 (10 - 30)	13 (4 - 19) <sup>B</sup>	10 (6 - 16)	49 (34 - 62)
	Orta	20 (9 - 31)	12 (8 - 19) <sup>AB</sup>	10 (4 - 18)	50 (34 - 62)
	Kötü	17 (11 - 27)	12 (8 - 15) <sup>A</sup>	10 (7 - 12)	45 (37 - 55)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=3,288$ p=0,193	$\chi^2=8,033$ p=0,018	$\chi^2=1,347$ p=0,510	$\chi^2=1,612$ p=0,447
Ölüm tehlikesi atlatma durumu	Evet	20 (9 - 30)	13 (4 - 19)	11 (4 - 18)	50 (34 - 62)
	Hayır	19 (10 - 31)	12 (8 - 19)	10 (6 - 17)	48 (36 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=7483 p=0,092	U=8339,5 p=0,776	U=7079,5 p=0,018	U=7556,5 p=0,119

**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
<b>Birinci derece yakınına kaybetme durumu</b>	Evet	20 (10 - 28)	12 (4 - 19)	10 (7 - 17)	50 (36 - 60)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (8 - 19)	10 (4 - 18)	48 (34 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=7557	U=8087,5	U=7664	U=7526,5
		p=0,308	p=0,893	p=0,398	p=0,285
<b>Birinci derece yakınları içinde ölüm riski olan bir hastalığa sahip olan birey bulunma durumu</b>	Evet	19 (9 - 30)	13 (8 - 18)	10 (4 - 15)	49 (34 - 62)
	Hayır	19 (10 - 31)	12 (4 - 19)	10 (6 - 18)	49 (36 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=6048	U=5432	U=5961	U=6111
		p=0,591	p=0,086	p=0,480	p=0,676
<b>Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu</b>	Evet	20 (10 - 31)	12,5 (8 - 19)	11 (6 - 17)	49,5 (36 - 62)
	Hayır	18 (9 - 30)	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)	48,5 (34 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=7234,5	U=8230	<b>U=6997,5</b>	<b>U=7043</b>
		p=0,060	p=0,811	<b>p=0,022</b>	<b>p=0,028</b>



**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği	
<b>Ölümü ne sıklıkta düşündüğü</b>	Nadiren (ara sıra aklına gelir)	19 (10 - 31)	12 (8 - 19)	10 (6 - 17)	48 (36 - 62)
	Ara sıra (ayda bir ya da daha az)	19 (11 - 28)	13 (6 - 17)	10 (6 - 18)	49 (34 - 59)
	Sıkça ( en az haftada bir)	19 (10 - 30)	13 (8 - 19)	10 (7 - 15)	49 (36 - 62)
	Çok sık ( en az günde bir ya da hafta da birkaç kez)	19,5 (9 - 28)	13 (4 - 19)	11 (4 - 17)	50,5 (34 - 61)
<b>Test istatistiği p değeri</b>	$\chi^2=3,593$	$\chi^2=5,491$	$\chi^2=4,257$	$\chi^2=4,776$	
	p=0,309	p=0,139	p=0,235	p=0,189	
<b>Ölümlle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu</b>	Hiçbir zaman	18 (9 - 31) <sup>AB</sup>	12 (8 - 19)	10 (4 - 15)	48 (34 - 62)
	Bazen	19 (10 - 27) <sup>AB</sup>	13 (6 - 19)	10 (6 - 16)	49 (36 - 61)
	Nadiren	19 (11 - 28) <sup>AB</sup>	12 (8 - 17)	10 (7 - 18)	49 (36 - 60)
	Çoğu zaman	20 (10 - 28) <sup>A</sup>	12 (4 - 17)	11 (6 - 17)	51 (37 - 60)
	Her zaman	17 (12 - 20) <sup>B</sup>	12 (8 - 16)	11 (7 - 14)	45 (38 - 51)
<b>Test istatistiği p değeri</b>	$\chi^2=10,636$	$\chi^2=11,478$	$\chi^2=4,652$	$\chi^2=7,662$	
	p=0,031	p=0,022	p=0,325	p=0,105	

**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
<b>Mesleki eğitimi sırasında ölüm hakkında eğitim alma durumu</b>	Evet	19 (10 - 28)	12 (4 - 19)	10 (6 - 18)	49 (34 - 61)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (8 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=8664,5 p=0,991	U=7587,5 p=0,077	U=8022,5 p=0,29	U=7977 p=0,261
<b>Mezuniyet sonrasında ölüm hakkında eğitim alma durumu</b>	Evet	20 (11 - 28)	12 (4 - 19)	11 (6 - 18)	50 (34 - 61)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (6 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=68,31 p=0,4	U=7031,5 p=0,624	U=6421,5 p=0,116	U=6811 p=0,381
<b>Acil serviste ölüm anında verilen bakımı yeterli bulma durumu</b>	Evet	19 (10 - 30)	13 (6 - 19)	10 (7 - 17)	49 (34 - 62)
	Hayır	19 (10 - 27)	12 (8 - 18)	10 (6 - 18)	49 (37 - 57)
	Kısmen yeterli	20 (9 - 31)	13 (4 - 18)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=3,572$ p=0,168	$\chi^2=2,74$ p=0,254	$\chi^2=0,164$ p=0,921	$\chi^2=1,536$ p=0,464

**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
<b>Hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme durumu</b>	Hiçbir zaman	17,9 ± 4,2	13 (8 - 19) <sup>AB</sup>	9 (7 - 12)	47,5 (37 - 56)
	Bazen	19 ± 4,1	13 (6 - 19) <sup>A</sup>	10 (7 - 15)	49 (38 - 62)
	Nadiren	19,5 ± 4,2	12 (8 - 18) <sup>B</sup>	10,5 (6 - 18)	48,5 (36 - 61)
	Çoğu zaman	18,6 ± 4,1	12 (4 - 19) <sup>AB</sup>	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
	Her zaman	19,7 ± 3,6	14 (9 - 18) <sup>A</sup>	11 (7 - 16)	51 (36 - 60)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=3,572$ P=0,969	$\chi^2=2,74$ p=0,001	$\chi^2=0,164$ p=0,367	$\chi^2=1,536$ p=0,219
	<b>Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu</b>	Hiçbir zaman	20 (10 - 30) <sup>A</sup>	12 (6 - 19) <sup>A</sup>	11 (7 - 17) <sup>A</sup>
Bazen		17 (11 - 27) <sup>B</sup>	14 (4 - 19) <sup>B</sup>	10 (7 - 14) <sup>AB</sup>	48 (36 - 55)
Nadiren		19 (9 - 28) <sup>AB</sup>	12 (8 - 18) <sup>A</sup>	11 (4 - 18) <sup>A</sup>	49 (34 - 61)
Çoğu zaman		18 (11 - 31) <sup>AB</sup>	12,5 (8 - 17) <sup>AB</sup>	9 (6 - 13) <sup>B</sup>	47 (38 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		$\chi^2=14,413$ p=0,002	$\chi^2=11,190$ p=0,011	$\chi^2=11,237$ p=0,011	$\chi^2=5,510$ p=0,138

**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
<b>Hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu</b>	Hiçbir zaman	20 (11 - 21) <sup>AB</sup>	12 (9 - 16)	12 (9 - 13)	48,1 ± 3,2 <sup>AB</sup>
	Bazen	21 (11 - 28) <sup>A</sup>	13 (4 - 17)	11 (7 - 18)	51,1 ± 5,2 <sup>A</sup>
	Nadiren	20 (11 - 30) <sup>AB</sup>	12,5 (8 - 19)	10 (6 - 17)	48,7 ± 6,3 <sup>AB</sup>
	Çoğu zaman	18 (9 - 27) <sup>B</sup>	12 (8 - 19)	10 (4 - 17)	47,7 ± 5,9 <sup>B</sup>
	Her zaman	18 (12 - 31) <sup>B</sup>	13 (6 - 19)	9 (7 - 14)	47,9 ± 5,7 <sup>AB</sup>
<b>Test istatistiği p değeri</b>		<b><math>\chi^2=14,413</math></b> <b>p=0,001</b>	<b><math>\chi^2=11,190</math></b> p=0,673	<b><math>\chi^2=11,237</math></b> <b>p=0,040</b>	<b>F=3,399</b> <b>p=0,001</b>
<b>Yaşam sonu bakım ile ilgili düzenlenecek hizmet içi eğitim programına katılmayı isteme durumu</b>	Evet	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 18)	49 (34 - 62)
	Hayır	20 (11 - 30)	12 (8 - 19)	11 (6 - 17)	51 (36 - 62)
<b>Test istatistiği p değeri</b>		U=5852,5 p=0,165	U=6479,5 p=0,823	U=5788,5 p=0,130	U=5607,5 p=0,066

**Tablo 23.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) toplam ve alt boyut puanları ile hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	Maneviyat ve Manevi Bakım ve Dereceleme Ölçeği
Yaşam sonu bakım sunduğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme/etmeme hakkında düşünceleri	Evet	19 (11 - 28)	12 (6 - 18)	9 (6 - 15)	48 (36 - 61)
	Hayır	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	11 (4 - 18)	50 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		U=7118 p=0,607	U=6365 p=0,065	<b>U=6180</b> <b>p=0,030</b>	<b>U=6195</b> <b>p=0,033</b>
Hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölmek üzere olan bir hasta için kullanma/kullanmama hakkındaki düşünceleri	Evet	19 (9 - 31)	13 (4 - 19)	10 (4 - 17)	49 (34 - 62)
	Hayır	20 (10 - 28)	12 (6 - 19)	11 (6 - 18)	49 (34 - 59)
Test istatistiği p değeri		U=6192,5 p=0,325	<b>U=5103</b> <b>p=0,003</b>	<b>U=5452,5</b> <b>p=0,018</b>	U=6718,5 p=0,987
Ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verme/vermeme hakkındaki düşünceleri	Evet	19 (9 - 31)	12,5 (4 - 19)	10 (4 - 17)	48 (34 - 62)
	Hayır	21 (11 - 30)	13 (8 - 19)	12 (6 - 18)	52 (34 - 62)
Test istatistiği p değeri		<b>U=4044</b> <b>p=0,001</b>	U=5474,5 p=0,693	<b>U=4239</b> <b>p=0,004</b>	<b>U=4072</b> <b>p=0,001</b>

F: One Way Anova test istatistiği, t: Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği  
A-B: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. A.O: Aritmetik Ortalama, S.S: Standart Sapma

Hemşirelerin yaşam sonu bakım algıları ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar ile MMBDÖ puanları Tablo 23'de karşılaştırılmıştır. MMBDÖ Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanının hemşirelerin ölümle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu ( $\chi^2=10,636$ ,  $p=0,031$ ), hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu ( $\chi^2=14,413$ ,  $p=0,002$ ), hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu ( $\chi^2=18,552$ ,  $p=0,001$ ), ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verilme durumu ( $U=4044$ ,  $p=0,001$ ); dinsel alt boyutu puanının çevresindeki insanlarla iletişim ve ilişki durumu ( $\chi^2=8,033$ ,  $p=0,018$ ), ölümle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu ( $\chi^2=11,478$ ,  $p=0,022$ ), hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme durumu ( $\chi^2=19,442$ ,  $p=0,001$ ), hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu ( $\chi^2=11,190$ ,  $p=0,011$ ), hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölmek üzere olan bir hasta için kullanma/kullanmama durumuna göre ( $U=5103$ ,  $p=0,003$ ) farklılık gösterdiği belirlendi.

Ölçeğin bireysel bakım alt boyut puanının ölüm tehlikesi atlatma durumu ( $U=7079,5$ ,  $p=0,018$ ), ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu ( $U=6997,5$ ,  $p=0,022$ ), hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma durumu ( $\chi^2=11,190$ ,  $p=0,011$ ), hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu ( $\chi^2=10,037$ ,  $p=0,040$ ), yaşam sonu bakım sunduğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme durumu ( $U=6180$ ,  $p=0,030$ ), hemşirelerin son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölmek üzere olan bir hasta için kullanma/kullanmama durumu ( $U=5452,5$ ,  $p=0,018$ ), ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verme/vermeme durumu ( $U=4239$ ,  $p=0,004$ ); MMBDÖ toplam puanının ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme durumu ( $U=7043$ ,  $p=0,028$ ), hastalarına bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurma durumu ( $F=3,399$ ,  $p=0,001$ ), yaşam sonu bakım sunduğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam etme/etmeme durumu ( $U=6195$ ,  $p=0,033$ ), ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verme/vermeme durumuna ( $U=4072$ ,  $p=0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 23).

### 4.3. Nitel Bulgular

Acil servis hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla, niteliksel olarak gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen veriler, katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile nitel görüşmelerde elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

#### 4.3.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin %81,8'ini kadınların, %18,2'sini erkeklerin oluşturduğu %68,2'sinin evli, %77,3'ünün lisans mezunu olduğu ve %54,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması  $32,18 \pm 7,54$ , mesleki deneyim süresi ortalaması  $11,23 \pm 6,99$ , acil serviste çalışma süresi ortalaması  $7,91 \pm 5,0$  olarak bulunmuştur.

#### 4.3.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

**Tablo 24.** Hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarına ait tema ve alt temalar

Tema	Alt tema
Yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği	Resüsitasyon
	Resüsitasyonda aile varlığı
	Hasta mahremiyetinin korunması
	Huzurlu ölüm
	Konforun sağlanması
	Hümanistik bakımın sunulması
	Ölüme yaklaşan hastaya saygı duyulması
	Çaresizlik yaşayan hasta ve ailesine psikolojik destek sunulması
	Dini ihtiyaçların yerine getirilmesi/karşlanması
	Bakım süresince hastayla iletişim kurmaya devam edilmesi
Ölüme yaklaşan hasta ile vedalaşılması	

**Tablo 24.** Hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarına ait tema ve alt temalar (devam)

<b>Tema</b>	<b>Alt tema</b>
<b>Ölüm olayı ile karşılaşıldığında hissedilenler</b>	Kendini kötü hissetme
	Üzülme
	Ağlama
	Sevdiklerini düşünme
	Hastanın acılarından kurtulduğunu düşünme
	Kendisinin ve hastanın maneviyatını düşünme
	Dua etme
	Doğal karşılama
	Hiçbirşey hissetmeme
	Hasta yakınına kötü haber vermede zorlanma
Ölümü kabullenmeme	
<b>Yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler</b>	Hastane kaynaklı engeller
	Personel kaynaklı engeller
	Yönetim kaynaklı engeller
	Hasta ve yakınlarından kaynaklı engeller
<b>Yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının karşılaştığı zorluklar</b>	Bilgi alamama
	Hastanın yanında bulunamama ve ona dokunamama
	Dinlenme ve bekleme odasının bulunmaması
	Çalışan personelin güler yüzlü olmaması
	Hastasıyla ilgili soru sorduğunda sert tepkiyle karşılaşması
	Hastanın bakım ve tedavisi konusunda düşüncesinin sorulmaması
	Hastalarının son isteklerini yerine getirememe



**Tablo 24.** Hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarına ait tema ve alt temalar (devam)

<b>Tema</b>	<b>Alt tema</b>
<b>Kaliteli yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenler</b>	Personel sayısı ve dağılımının düzenlenmesi
	Hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi
	Hemşirelik eğitim programlarının düzenlenmesi
	Hasta merkezli çalışılması
	Fiziki yetersizliklerinin çözümlenmesi
	Alanında uzman kişilerin çalıştırılması
	İletişim becerilerinin geliştirilmesi
	Hasta danışmanı ve din görevlisinin görevlendirilmesi
Hemşirelerin çalışma şeklinin değiştirilmesi	
<b>Hemşirelerin ölüme yaklaşan hasta ve yakınlarına yaklaşımları</b>	Hasta ve yakınına gereksiz ümit vermekten kaçınılması
	Hasta ve yakınlarına tutarlı, açık ve anlaşılır bir dille bilgi verilmesi
	Hasta yakınlarının sorularının ılımlı bir yaklaşımla cevaplandırılması
	Hasta yakınlarına anlayışlı davranılması
	Hasta ve yakınlarının yaşam sonu bakıma hazırlanması
	Ölüme yaklaşan hasta ve yakınına psikolojik destek sağlanması

Bu bölümde araştırmaya katılan 22 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşmelerde verdikleri yanıtlar kodlanarak içerik analizi yapılmış, ilgili temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Görüşmelerden 6 tema, 48 alt tema elde edilmiş, Tablo 24'te sistematik şekilde sunulmuştur. Çalışmadan elde edilen veriler yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği, ölüm olayı ile karşılaşıldığında hissedilenler, yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler, yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının karşılaştığı zorluklar, kaliteli bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenler ve hemşirelerin ölüme yaklaşmakta olan hasta ve yakınlarına yaklaşımları temaları altında gruplandırılmıştır.

### **Tema 1: Yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği**

Yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği ile ilgili 22 katılımcı görüşünü bildirmiştir. Katılımcılar genel olarak yaşam sonu bakım kavramını resüsitasyon,

resüsitasyonda aile varlığı, hasta mahremiyetinin korunması, huzurlu ölüm, konforun sağlanması, hümanistik bakımın sunulması, ölüme yaklaşan hastaya saygı duyulması, çaresizlik yaşayan hasta ailesine psikolojik destek sunulması, dini ihtiyaçların yerine getirilmesi/karşılanması, bakım süresince hastayla iletişim kurmaya devam edilmesi, ölüme yaklaşan hasta ile vedalaşılması gibi kavramlar ile ilişkilendirmişlerdir. Katılımcıların yaşam sonu bakım kavramına yönelik ifadeleri şöyledir;

*"Hastalar ölecek de olsa, en azından iyi bir ölümü hak ederler, konforlu bir şekilde ağrısını dindirerek, saygı duyularak ex gözüyle değil de biraz daha insani yaklaşılarak o sürecin geçirilmesi gerektiğini düşünüyorum."* (O.1/K6).

*"...son dönem olarak anladım dediğinizden. Aynı merhamet duygusuyla ve insanında bir can olduğunu düşünerek bir dokunuşunuzun bir seslenişinizin aynı devam etmesi gerektiğini anladım"* (O.3/K4).

*"Bir tane diseksiyon hastası vardı, ayak ağrısı ile geldi... ameliyat edilme imkanı yoktu biz de hemen hastaya gerekli uygulamaları yapıp entübe ettik, acı çekmesin diye hastayı uyuttuk, huzurlu ölmesini sağladık"* (O.1/K.3).

*"Özellikle son dönem hastalarının eğer solunumu respiratör destekli ise hasta açısından gerçekten o tüpü tolere etmesi oldukça zor oluyor çünkü hasta nefes alamıyor. Hastanın o dönemde uyutulması ya da sedasyon verilmesi belki daha iyi olabilir. Zaten çoğu zaman da veriyoruz... Sedasyon almalı ya da narkotik bir şeyler verilmeli hastayı rahatlatmak için..."* (O.4/K.6).

*"Benim başıma bir olay gelmişti bir hastamız vardı kardeşi de 9 yaşındayken aynı hastalıktan kronik renal yetmezlikten vefat etmişti. Çocuğun da artık son dönemleri periton kateteri takılmış, kateter karın içerisine kanamış ve çocuğun artık öleceğini hepimiz biliyoruz. Aile çocuğun eline Yasin vermiş .... Kelime-i Şehadet getir falan demesini istemiş. Ben odadan çıktığımda bir çığlık sesi duydum. Ben hastaya bir şey oldu diye gittiğimde hemşire arkadaşım siz ne yapıyorsunuz bunu okutuyorsunuz, çocuğun psikolojisini bozuyorsunuz tarzında aile ile tartışmaya başlamıştı. Arkadaşıma dedimki senin inanişinla ya da senin kendini böyle bir durumda daha farklı şekilde ifade edebilmenle çocuğun ailesinin inanişinin aynı olmasını bekleyemeyiz. Onlar kendilerini bu şekilde ifade etmek istiyor ve sen buna saygısızlık yapamazsın dedim ve*

*onu o şekilde odadan çıkardım. Yaşam sonu bakım hastaları ile ilgili hep aklıma bu gelir ve genellikle hiç aklımdan çıkmaz... Kişilerin inançları doğrultusunda hangi dine mensup olursa olsunlar kesinlikle bu tür ihtiyaçları karşılanmalı ve bunu karşılayacak olan din adamı vesaire hastanede bulunmalı ama maalesef bizim hastanemizde böyle birisi yok” (O.2/ K.2).*

*“...Biz ekip olarak hastanın kesin ex olacağını bilsek bile bütün bakımlarını ve gerekli olan müdahaleyi yapıyoruz. Çoğu bölümde hiç müdahale edilmeyecek bir hastaya bile en az yarım saat girişimde bulunuyoruz. CPR yapıyoruz ...” (O.1/ K.2).*

*“Vedalaşma, aileye psikolojik destek,” (O.2/ K.2).*

*“Ailenin hastasıyla vedalaşmasına müsaade edilmeli, empati kurulmalı ve kendimizi onların yerine koymak gerekir” (O.2/K3).*

## **Tema 2: Ölüm olayı ile karşılaşıldığında hissedilenler**

Hemşireler genel olarak ölüm olayı ile karşılaşıldığında hissedilenleri; sevdiklerini düşünme, dua etme, üzülme, profesyonel davranmaya devam etme, kötü haber vermede zorlanma, kendini kötü hissetme, etkilenmeme, hastanın acılarından kurtulduğunu düşünme, iş yükü fazlalığından bir şey düşünmeye fırsat bulamama, ağlama, empati kurma, kendisinin ve hastanın maneviyatını düşünme, kabullenmeme şeklinde ifade etmişlerdir. Aynı zamanda hemşireler ölüm olayı ile karşılaştıklarında hastanın hamile, ebeveyn olması, genç, çocuk, yaşlı oluşu, acı çekme durumu, ailenin çaresizliği, hastanın öyküsü ve tanısına göre hissettiklerinde değiştiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların ölüm olayı ile karşılaştıklarında hissettiklerine yönelik ifadeleri şöyledir;

*“Hastanın kliniğine ve yaş grubuna göre değişiyor. Doksan yaşındaki bir hastaysa ya da uzun süre acı çekmiş bir kanser hastasıysa artık kurtulmuş gözüyle bakıyoruz. Ama ani beklenmedik bir ölümse, o zaman insan üzülüyor”(O.1/K.6).*

*“Ben biraz şey oluyorum, orada o öyle yattıyor ve biz etrafında dolanıyoruz, normal muhabbetlerimiz bazen devam ediyor, hatta orada bir köşede rafta birşey varsa ağızımıza atabiliyoruz... sonra bir düşünüyorum, diyorumki orada yatan ben de*

olabilirim, herhangi birisi de olabilir, ama biz etrafında öylece dolanıyoruz. Ayağını bağlarken, çenesini bağlarken aslında o zaman bir gerçekle yüzleşip kendime geliyorum, kendi açımdan iki dua okumaya çalışıyorum”(O.1/K.5).

“Bazen Allah rahmet eylesin demeyi unuttum mu acaba diyorum. Zaman geçtikten, sonra aklıma geliyor, hasta ölmüş oluyor. Allah günahlarını affetsin, Allah rahmet eylesin diyorum. Ama önemli olan acaba yani yapmamız gerekenleri yaptık mı? Ekip içinde bazı şeyler olabiliyor, yani bir bakıyorsunuz ki rutin bir işi yaparmış gibi davranıyorsunuz, aslında bir hayat kaydı gitti, ama bilgisayarda müzik açıp ekip arkadaşlarıyla konuşabiliyorsunuz, aslında spontane devam etmiş oluyor herşey, sonradan farkediyoruz. Biz burada ex topluyoruz, hani biraz daha bakımın farklı olması gerekiyor. Çok sık karşılaşıyoruz, ayda 30 civarında ex oluyor burda genel de de ex'lerimiz genç değil terminal dönem hastalarından oluşuyor. Duyarsızlaşmışız sanki. Hastalar öldüğünde ölümün soğuk yüzü görünmüyor burada, ben burada ölümle çok karşılaştım. Ama kendi özel hayatında ailedeki ölüm ile karşılaşma ile buradaki ölüm ile karşılaşma çok farklı. Biz buradaki ölümü biraz işimizi yapar gibi karşılıyoruz ama gerçekte ailede ölümü karşılamak çok farklı birşey. Tanımadığınız bir insan olduğu için buradaki ölümü iş olarak görüyoruz, işimizi iyi yapmak olarak görüyoruz” (O.1/K.4).

“Çok karşılaşıyoruz... hasta ex oluyor, ben ex'i saramıyorum, koridorda bekletiyorum, diğer hastayı alıyorum. O da ex oluyor onun yanınada diğer ex'i koyuyorum. Sonra da ex'i toplarken bir an önce yapayım da bir çay içeyim, biraz oturayım, bir an önce benim işim bitsin istiyorum. Hastanın tanınıp tanınmaması değil. İş olarak görüyoruz, o işin yapılması lazım. Başka bir şey değil.”(O.1/ K.2).

“... Bazen önceden de servisimize gelen hastalarımız oluyor, o gözümüzün önünde çok çeken, sürekli gördüğümüz hastalar ex olduğunda çok etkilemiyor beni, zaten çok acı çektiğini görüyorsun ama çok sıradan suda boğulma vs. vakaları geldiğinde çok etkileniyorum. O anda da etkileniyorum. Arkadaşın dediği gibi ölüm sonrası ailelerin o çaresiz halini görmek bizi daha çok etkiliyor...” (O.2/K.6).

“... Benim ilk görev yerim dış merkezde yetişkin acildi. O dönemde bizde o kadar çok ex oluyordu ki, bizim için rutinleşmişti artık ex görmek. Ben ne ailede ne çocuk da hiçbir

şey hissetmiyorum. Bazen kendimi sorguluyorum acaba çok mu taşlaştım artık? duygusallığımı bir kenara mı bıraktım? Artık sürekli ex görmek normal bir süreç haline dönüştü... Dış merkezde çalışırken arkadaşımınla çok peşpeşe ex görürdük. Ellerimiz ölü kokuyor diye birbirimize söyledik. Artık o yaşam şekli haline gelmişti bizim için, keza burada da aynı şekilde oluyor. Acilden iki çocuk ex çıkardığım akşam oluyor ikisi de boğulmaydı yanımdaki arkadaşım çok aşırı derecede üzülüyor zaten duygusal da bir insan ama ben hiçbir şey hissetmedim.” (O.2/K.2).

“Benim çocuğum olmadığı için ben o kadar duygusal düşünemiyorum. Ölüm olaylarından etkilenmiyorum. Zaten kaldı ki bizim iş yükümüzden dolayı çocuğa üzülecek vaktimiz kalmıyor. Çünkü orada bir sürü şey koordineli çalıştığı için ve herkesle biz diyalog halinde olduğumuz için çok fazla düşünemiyoruz zaten” (O.2/K.3).

“Şimdi ben işin açıkçası yaşam sonu hastaları için neler hissediyorum olayına az önce arkadaşımın da anlattığı gibi üç boyuttan çocuk, genç ve yaşlı hasta olarak bakıyorum. Yaşamı sonlanmış kişi yaşlı ise sadece Allah rahmet eylesin diyorum. Ama çocuk ve genç insanların ebediyete uğurlandığı bir son olduğu zaman ise kendi yakınlarım, sevdiklerim aklıma geliyor. O insana üzülmeyle beraber acaba ben bu durum karşısında ne yaparım diyorum ve Allah bana nasip etmesin diye kendi kendime ve o kişiye dualar etmeye başlıyorum. Tabiki ister istemez normalden çok fazla üzülüyorum. Tabiki bu benim profesyonelliğimi etkilemiyor. Böyle bir durum meydana geldiğinde ona üzülmeyi bırakıp diğer hastalara müdahale etmek bizim en büyük görevimiz. Çünkü birini yaşatamıyorsak diğerini yaşatamayacağımız anlamına gelmez.” (O.3/K.3).

“.... İlk başlarda mesleğe ilk başladığın yıllarda daha duyarlı oluyorsun, etkileniyorsun hem de psikolojik olarak etkileniyorsun. Ama sonra zaman geçtikçe ölen hastanın yaşı, kronik hastalığı olup olmadığı ve hastanın ne durumda olduğu bu durumu etkiliyor. Mesela kanser hastası ve son dönem hastasıysa öldü ve kurtuldu, acıları sona erdi diye bakıyorsun. Ama genç ya da çocuk hasta, trafik kazası ya da suicid girişimi olan bir hasta ise o zaman biraz daha üzücü olabiliyor... Çünkü yapılan girişimlerin son dönem hastalarında biraz daha acı verdiğini düşünüyoruz. Bu kadar girişim yapılmamalı yapılacak her şey zaten yapılmış, artık bundan ötesi yok diye düşünüyorsun. Hastanın rahat ölmesi belki de bizi vicdanen biraz daha rahatlatmış oluyor... Tamam bu dünyada

*tüm acıları bitti ama öbür tarafta acaba ne olacak? Bir de ahiret boyutu var. Bu dünyada nasıldı? O tarafta ne olacak? Hepimizin böyle bir sonu olacak... Ben ya da herkes zaman zaman konuşurken böyle yaşam sonu bakım hastası olsam bana lütfen bu kadar çok müdahale etmeyin, beni bırakın gibi böyle birbirimize telkinlerde bulunduğumuzda oluyor” (O.4/K.1).*

### **Tema 3: Yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler**

Katılımcılar yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörleri; hastane, personel, yönetim, hasta ve hasta yakınlarından kaynaklı engeller olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler, yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen hastane kaynaklı engelleri; hasta sayısının fazlalığı, malzeme yetersizliği ve fiziki şartların yetersizliği olarak sıralamışlardır. Personel kaynaklı engelleri; yetersiz iletişim, eğitimsiz personel, ekibin ortak karar verememesi, iş merkezli çalışma, hastanın bakım ve tedavisi konusunda hasta ve yakınına düşüncesinin sorulmaması olarak ifade etmişlerdir. Yönetim kaynaklı engelleri; personel sayısının azlığı, hastane yönetiminin olumsuz tutumu ve bakım standartlarının oluşturulmaması olarak belirtmişlerdir. Hasta ve yakınlarından kaynaklı engelleri ise olumsuz tutum ve davranışlar, hastanın aciliyet durumunun olmaması, hasta ve yakınlarının beklentilerinin gerçeğe örtüşmemesi olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörlere yönelik ifadeleri şöyledir;

*“Fiziksel şartlar, eleman yetersizliği bizi hasta ve yakınlarıyla direk karşı karşıya bırakabiliyor. Hasta yakını anlamıyor, hastanenede nasıl bu malzeme olmaz diye bize kızıyor ve bunun sorumlusunun biz olduğunu düşünüyor. Biz bu tür şeylerle uğraşmak zorunda kalıyoruz” (O.1/K.2).*

*“Hastane eczanesinde olan bazı ilaçların, malzemelerin yetersizliğini sayabiliriz... Ben yine de yokluktan varlık çıkarıp arkadaşların, bütün ekibin hasta için her şeyi yaptığına defalarca şahit oldum burada. Bakımda süreklilik olmuyor, hasta açısından bakımda devamlılık çok önemli. Bakım kalıcı ve aynı ekiple sağlanır...” (O.1/K.4).*

*“Hep deneyimler ve tecrübelerimizle birşeyler yapıyoruz...” (O.1/K.5).*

*“Yeterli zaman ayıramama, çalışanın psikolojik durumunun kötü olması, motivasyon eksikliği sunduğumuz bakımı etkiliyor” (O.2/K.1).*

*“Çalışan personel eksikliği, ekip arasındaki iletişim sorunları, hasta ya da yakınlarının psikolojik olarak bize baskı yapmaları, acilde triajın çok iyi olmaması....” (O.2/K.2).*

*“Bizim iş yükümüzün ve bakım verdiğimiz hasta sayısının fazla olması nedeniyle hasta ve yakınına yeteri kadar zaman ayıramıyoruz ve yeterli bilgi veremiyoruz. Artık çalışan sayımız arttırılarak daha güzel çalışmak istiyoruz” (O.2/K.3).*

*“Hastaya sunulan bakımla ilgili eksiklikler olduğunu düşünmüyorum ama hasta yakınına sunulan bakımla ilgili yetersizlikler vardır.... Yaşam sonu bakım alan hasta yakını bu sürece hazırlanmalı, hastasının ne durumda olduğunu bilmeli”(O.3/K.2).*

*“Şöyle bir durum söz konusu mesela bir kanser hastası son evre olarak gelse ve Glaskowu düşük olsa da bizi anlamakta zorluk çekmiyor duyuyor. Zaten insani olarak bakımlarını eksiksiz olarak veriyoruz. Onu rahatlatabilecek tüm bakımları verebilirsek ne mutlu bize. Ama rahatlatıcı bakımı verebilmemiz için kişi başına düşen hasta sayısının azaltılması gerekiyor. Bizim ona ayırabilecek zamanı bulabilmemiz için hemşire olarak sayımızın yeterli olması gerekir. Ülkemizde kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı yönünden acınacak durumdayız.”(O.3/K.3).*

*“Yanlış anlamayın da genelde erkekler çabuk sinirleniyorlar. Erkek sağlık profesyonelleri, hasta ve yakınlarına ters cevap verebiliyorlar. Erkekler bayanlarla karşılaştırıldığında daha az anlayışlı. Mesela onlar hasta ya da yakınıyla tartıştıktan sonra artık sen de açıklama yapamıyorsun, açıklama yapmayı doktora bırakıyorsun. Hasta yakınlarının çok ajite ve sinirli olması açıklama yapmamızı engelliyor. Çoğu zaman yemek yemeye vaktimiz olmuyor böyle olunca da hastaya zaman ayıramıyoruz” (O.3/K.5).*

#### **Tema 4: Yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı zorluklar**

Hemşireler genel olarak yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı zorlukları; bilgi alamama, hastasının yanında bulunamama ve ona dokunamama, dinlenme ve bekleme odasının olmaması, çalışan personelin güler yüzlü olmaması, hastasıyla ilgili soru sorduğunda sert tepkiyle karşılaşması, hastanın bakım ve tedavisi konusunda düşüncesinin sorulmaması, hastalarının son isteklerini yerine getirememesi şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı zorluklara yönelik ifadeleri şöyledir;

*“Hasta yakınlarının en büyük sıkıntıları son anlarında yeteri kadar hastalarının yanında olamamasıdır. Fiziksel şartlarımız yetersiz. Hasta yakınlarının hastasının yanına girip çıkması konusunda ekip arkadaşlarımız arasında da görüş farklılıkları yaşanıyor. Doktor, hasta yakınına içeri alıyor, biz o sırada başka bir hastaya bakım veriyoruz ve hasta yakınlarına direk azarlarcasına senin ne işin var burada diyebiliyoruz. İçeride verilen bakımdan doktorun haberi olmadığı için dışarıdaki doktor hasta yakınına tamam gelip hastanı görebilirsin diyebiliyor... Fiziksel şartları iyileştirsen bile 10 hasta 15'e çıkar yani acil serviste kalış süresinin kısaltılması lazım... Yurtdışında görüyoruz, dini vecibelerin yerine getirilebileceği ortamlar var. Bizde yok. Benim bazı tanıdıklarım ..... hastanesine gittik, ..... yakınına kaybettik yanında bir Kur'an bile okuyamadık şeklinde yakınıyor” (O.1/K.2).*

*“Hastaların uzun süre acilde kalmaları hasta yakınları için gerçekten sorun. Yer sorunu var, hasta yakınları sürekli ayakta kalıyor. Hasta yakınları hastasının yanında kalmak istiyor ama oturacak bir sandalyesi bile yok. Sürekli birileri dışarı çıkarıyor, güvenlik çıkarıyor, biz çıkarıyoruz, doktor içeri alıyor, ya da çıkarıyor. İçeri girip çıkmaktan yoruldum diyor hasta yakını. Çıkacaksam tamamen dışarıda olayım ya da olacaksam hep içeride olayım diyen var... (O.1/K.1).*

*“Yeterli bilgilendirme de yapılmıyor. Hem bilgilendirme odası yok hem de bilgilendirmeyi sağlayacak yeterli sağlık profesyoneli yok. Hasta yakınları, yeterli bilgi almadıkları için her geçen beyaz önlüklüye soru sormaya ve hastaları hakkında bilgi almaya çalışıyorlar. Aslında acil servislerde de hasta yakınlarına refakatçi olanağı*



sağlanmalı, yani fiziksel şartlarını oldukça iyi olması gerekiyor ... Bence fiziksel ortamları iyileştirilerek hastaların aileleriyle son zamanlarını birlikte geçirmelerine olanak sağlamamız gerekiyor çünkü orada yatan kişi hepimizin yakınları olabilir.”  
**(O.1/K.4)**

“Acildeki hastaların kalış sürelerinin çok uzaması hasta yakınlarını yıpratıyor. Hasta yakınlarının son yapmak istediği şeyler varsa yapabileceği bir yer olması lazım, son anlarını birlikte geçirmeleri lazım, palyatif bakım merkezi gibi bir yer olmalı... bizde onlar yok. Hasta yakınlarının hastasına son bir su içirdiği, dua edebildiği bir yer olmalı. Biz aneanemi bu hastanede kaybetmiştik. Annem her zaman en değerlimi .... hastanesine verdik, vefat ettikten sonra eve gelene kadar bir daha hiç göremedik diye üzülür, bu durum onda büyük bir yara olarak kaldı ve bu durumun üzüntüsünü yıllarca çekti. Son anında hiç görüşemediler. Hasta yakınları annem gibi bu durumdan yakınlarını görememekten ve son görüşmelerini yapamamaktan şikâyetçiler” **(O.1/K.6)**.

“Sağlık çalışanı hasta yakınına açıklama yapmaya vakit bulamıyor. Bilgilendirme olmuyor. Keşke biri dışarıda hasta yakınına, hastasına yaptırılacak tetkikleri, ne yapılacağını, nasıl yapılacağını açıklasa. O zaman hasta yakını rahatlar. Dışarıda dizinin üzerine çökmüş bekliyor. Çalışan sayısının yetersizliği bu duruma neden oluyor. Güven önemli, hasta yakınlarına güven vermeliyiz. Aynı zamanda anlayışlı ve güler yüzlü olmalıyız. Ancak acilin hızlı temposu buna izin vermiyor. Bazende insanlar bize soru sormasın diye asık yüzlü olmayı tercih ediyoruz. Aslında öyle kişiler değiliz.....”**(O.2/K.1)**.

“Hasta yakınlarına çok üzülüyorum. Burada hasta yakınlarının kalabileceği bir yer olmasına karşın günlerce yerlerde yatmak zorunda kalıyorlar. Hastanenin hasta yakınları ile ilgili bekleme ve dinlenme yerleri paralı olduğu için çoğunun maddi imkânı buralarda kalmaya yetmiyor. Bu ilin dışından uzak yerlerden gelen hasta ve yakınları oluyor. Onlara karşı daha dikkatli olmak ve çok sert tepkiler vermemek lazım. Çünkü kalacak yerleri yok, çok yorgun oluyorlar. Bir ay kalanlar oluyor... Daha anlayışlı olmamız lazım çünkü biz evimize gidiyoruz. Onlar hala hastalarına bakıyorlar bilgi almaya çalışıyorlar. Bizler de sürekli değişiyoruz ve yaklaşımlarımız farklı oluyor.

*Akşam nöbetçi hemşire daha iyi davranıyordu, siz niye böyle davranıyorsunuz? diye sorabiliyorlar. Kendi aramızda tutarsızlıklarımız oluyor. Onların gözünde iyi veya kötü hemşireler olabiliyoruz.....”(O.3/K.4).*

*“Ölüme yaklaşan hastayı anlıyoruz. Ölmek üzere olan hasta yakınına karşı toleranslı olunmalı, hastası ile görüşmesi sağlanmalı” (O.3/K.2).*

*“En büyük sıkıntıları hastalarını görememek, yanında kalamama ve birlikte olamama problemi de var, hastalarının yanlarında kalıp dua okumak istiyorlar. Ortam uygun olmadığı için içeriye alamıyoruz, sıkıntı oluyor”(O.4/K.3).*

#### **Tema 5. Kaliteli yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenler**

Hemşireler genel olarak kaliteli yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenleri; personel sayısının artırılması, eğitim programlarının düzenlenmesi, bakım çevresinin fiziki yetersizliklerinin giderilmesi, bu alanda uzman kişilerin çalıştırılması, çalışanların iletişim becerilerinin geliştirilmesi, acilde hasta danışmanı ve din görevlisinin görevlendirilmesi, hemşirelerin çalışma şeklinin değiştirilmesi olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin iyi bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenlere yönelik ifadeleri şöyledir;

*“Toplumun acil servis kullanımına yönelik bilgi düzeyi bizim sunduğumuz bakımı etkiliyor. Enjeksiyon yaptırmaya ya da lavman uygulamaya gelen hastalarımız oluyor. Oysaki hastaların üçüncü basamak sağlık hizmetine başvurmayıp aile hekimliğine başvurması gerekiyor. Hastalar polikliniklere başvurarak yatışlarını yaptıramadıklarında acil servise başvurarak yatışlarını yaptırmak istiyorlar... Acil serviste fiziki ortamın gerçekten iyi olması gerekiyor bence. Hasta geldiğinde yeterli ekipman, monitör olmalı, Hastalar sedye üzerinde tedavi olmamalı. Hasta yaşam sonu bakım hastası ise konforu sağlanmalı. Daha geniş monitörlü bir odaya alınmalı.”(O.1/K.4)*

*“Biz aslında hasta yakınına yeterli süreyi ayıramıyoruz. Sürekli olarak hasta yakınlarıyla çatışıyoruz. Hasta yakınları her zaman dışarıda beklemiyorlar telefonla da*

*bilgi almak isiyiyorlar. İş yoğunluğu nedeniyle telefonları bile cevaplandıramıyoruz...”*  
**(O.1/K.2)**

*“Acil servis amacının dışında kullanıldığı için bu durumdan etkileniyoruz. Diğer birimlerin hastalarının servislerinde yatak olmaması nedeniyle uzun süre acilde yatıyor olmasından etkileniyoruz. Bu nedenle yaşam sonu hasta ve yakınlarına yeterli zaman ayıramıyoruz. Sekiz sedyeli bir alanımız var ama oraya biz 10 bazen de 12 hasta alabiliyoruz. Bazen aynı ortamda ex durumuda olabiliyor. Bu durumda hasta yakınlarını nasıl alalım içeriye? ...”* **(O.1/K.3)**

*“Mesleki öğrenimimizde yaşam sonu bakımla ilgili yeterli eğitim verilmesini istiyoruz. Ben eğitim görürken yaşam sonu bakımından yalnızca üç sayfa söz edildi.”* **(O.2/K.2).**

*“Bence okullarda yaşam sonu bakım konularına yeteri kadar önem verilmiyor.”*  
**(O.2/K.5)**

*“Yaptıklarımızdan dolayı takdir edilmek istiyoruz. Hem hasta olsun, hem doktor olsun, hem meslektaşlarımız olsun bize teşekkür etmeyi bilmeliler. İletişimin kopuk olmasının bu durumu etkilediğini düşünüyorum”* **(O.3/K.5).**

#### **Tema 6. Hemşirelerin ölmek üzere olan hasta ve yakınlarına yaklaşımları nasıl olmalı**

Katılımcılar, hemşirelerin ölüme yaklaşmakta olan hasta ve yakınlarına yönelik yaklaşımlarının; hastanın bakım ve tedavisi hakkında hasta yakınlarına tutarlı, açık ve anlaşılır bir dille bilgi verme, hastalara gereksiz ümit vermekten kaçınma, hasta yakınlarının sorularını ılımlı bir yaklaşımla cevaplandırma, hasta yakınlarına anlayışlı davranma, hasta ve yakınlarını yaşam sonu bakıma hazırlama, ölüme yaklaşan hasta ve yakınına psikolojik destek sağlama yönünde olmasını gerektiğini bildirmişlerdir. Hemşirelerin iyi bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenlere yönelik ifadeleri şöyledir;

*“Biraz daha empati yaparak biraz daha anlayışlı davranmamız lazım hasta yakınlarına ama acil çok yoğun bir yer olduğu için bazen hasta yakınlarına gereken ilgiyi gösteremediğimizin farkındayım. Acil yoğun bakımda hasta yakınına alabiliyorsun ama müdahale kısmında onu yapamıyorsun”* **(O.1/K.6).**

... Biz hasta yakınlarını içeriye alırken önden açıklayıcı birşeyler söyleyerek almıyoruz, sadece hastasının bulunduğu noktada bilgilendirme yapmaksızın 5 dk görmesine izin veriyoruz. Onun haricinde bilgilendirme kesinlikle yapmıyoruz ” (O.1/K.4).

“Acilde psikolojik danışmanlık görevini üstlenen bir hemşire arkadaşımızın olması lazım. Çünkü gerçekten aileler büyük kayıp yaşıyor.” (O.2/K.4).

“Bence ölüme yaklaşan hastanın yakını sürekli yanında olmalı, bazen yoğun bakımlarda içeriye almıyoruz, ben bir kere onu yaşamıştım içeriye almak yasaktı. Almadım ve akabinde çocuk ex oldu. Annesi geldi vefatından önce sarılamadan ölüsüne bari sarılayım dedi. O günden sonra kesinlikle hasta yakınlarını hastanın yanına almaya çalışıyorum... Hasta ses veremeyebilir ama duyuları kaybolmuyor, dinliyor, hasta yakını sarılsın, koklasın, konuşsun, yanında olsun” (O.2/K.1).

“Empati kurmalısın. Hastayı ve hasta yakınını kandırmamalısın. Hasta ve yakınlarını yaşam sonu bakıma hazırlamalısın. Hasta yakınının onu neyin beklediğini bilmesinin önemli olduğunu düşünüyorum” (O.3/K.2).

“...Bazen biz de şok oluyoruz bir gün önce hastaya bakıyorsun ertesi gün ex oluyor. Bu nedenle ailelere çok pozitif cümleler kurmamak gerek. Hastanın durumu iyi olsa da ne olacağı belli olmayabilir...” (O.3/K.1).

“Ölmek üzere olan hastanın yakını gelince ümit vermemek gerekir diye düşünüyorum. Hasta yakınını geçiştirmemek, onu iyi aydınlatmak lazım diye düşünüyorum. Zaten karşında yıpranmış bir grup var, hasta yakınları yıpranmış oluyor ve genelde onkoloji hastalarına bakıyoruz. O yüzden ne ümit vereceksin ne de hasta yakınını geçiştireceksin diye düşünüyorum ben ” (O.4/K.6).

“Hasta ya da yakınlarına ümit vermemek gerekiyor. Daha ılımlı ve açıklayıcı bir şekilde konuşmak gerekiyor. Sert bir üslup kullanmamak gerekiyor. Hasta ve yakınları ile ılımlı bir şekilde konuşulabiliriz.” (O.4/K.5).

*“Hasta ve yakınlarına karşı duyarlı olmak gerekiyor. Onları sürekli bilgilendirmek gerekiyor.” (O.4/K.4).*

*“Şimdi düşünüyorumda... hasta ya da yakınlarına karşı bilgi verirken sert üslup takınmamalıyız. Bazen bilgi vermek biraz bunaltıcı olabiliyor. Sık sık arayıp hastalarını sormaları, ya da görmek istemeleri bazen bizim için problem olabiliyor, yine de duyarlı ve ılımlı olmak lazım diye düşünüyorum”(O.4/K.1)*





Şekil 3. Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda yaşam sonu bakım algılarını oluşturan tema ve alt temaların kavram haritası

## 5. TARTIŞMA

Yaşam sonu bakım, hayatı tehdit edici hastalıklara sahip ve beklenen yaşam beklentisi azalmış olan hastalara sunulan bakımdır. Bireylerin yaşam sonu bakım ihtiyaçlarının günden güne artacağı öngörülmekle birlikte bu durum, kaliteli yaşam sonu bakım için nitelikli ve eğitimli sağlık profesyonellerine olan ihtiyacı da artırmaktadır. Bu çalışma Samsun ili ve ilçelerinde acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörlerin belirlendiği ilk çalışmadır.

### 5.1. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Sağlık bakım profesyonellerinin, verdikleri yaşam sonu bakımı değerlendirebilmeleri amacıyla çok sayıda ölçüm aracı geliştirdiği bilinmektedir (Beckstrand ve ark., 2006; Beckstrand ve ark., 2008; Beckstrand ve ark., 2012; Özel Yalçınkaya, 2016; Akyol ve ark., 2017). Bu çalışmada Beckstrand ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Türk toplumuna kazandırılması çalışmaları yapılmıştır. Bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması çalışmaları ülkemizde oldukça yaygın olan bir uygulamadır (Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015). Farklı bir kültürde bir ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeğin uyarlandığı kültüre ne derece uygun olduğu belirlenmeli ve uyarlanan kültürün psikometrik özelliklerinin ne derece yeterli olacağı sorularına cevap verilmelidir (Deniz, 2007).

Ölçek uyarlama sürecinde bir ölçeğin psikometrik özelliklerinin uygunluğunu değerlendirmede ilk adım dil geçerliğinin sağlanmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2003). Bir ölçeğin dil geçerliğinde çevirmen sayısının en az iki olması, her iki kültürde bilen ve bu kültürlerin diline hâkim olabilen çevirmenlerin bulunması ölçeğin maddelerinin uyarlanan kültürde anlaşılabilirliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003; Şencan, 2005; Seçer, 2015). Dil geçerliliği aşamasında çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmış ve ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçek kapsam geçerliği için yedi kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Ölçek maddelerinin ölçülmesi istenen kavramı ölçüp ölçmediğini değerlendirmek amacıyla kapsam geçerliği yapılmış (Esin, 2014) ve ölçek maddelerinin ölçülmek istenen davranışı yeterince yansıtmayı yansıtmadığı belirlenmeye çalışılmıştır (Ellez, 2014). Bu konudaki literatürde ölçek maddelerini değerlendiren uzman sayısının tek sayı olması ve 3-20 kişiden oluşması tercih edilmektedir. Uzman görüşlerinin elde edilmesinde

uzman değerlendirme formundan yararlanılmıştır (Esin, 2014). Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “10” arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir (Okçin, 2007). Burada 7 uzmanın öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek maddeleri yeniden değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği doğrultusunda, uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar Kendal Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Bu test sonucuna göre bu çalışmada uzmanların görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

Dil geçerlilik çalışması tamamlandıktan sonra uygulanması gereken basamak pilot çalışmanın yapılmasıdır. Çevirisi yapılan ölçekteki maddelerin anlaşılabilirliğinin test edilmesi amacıyla örneklem grubun özelliklerini taşıyan küçük bir gruba ölçek uygulanmalıdır (Aksayan ve Gözüm, 2003). Pilot çalışma için örneklemin %10'u alınarak pilot uygulama için örneklem hesaplanmaktadır (Seçer, 2015). Bu doğrultuda örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 30 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrası ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Geribildirimler sonrası ölçek maddelerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Bu son hali ile Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliğinin sağlandığı ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği söylenebilir.

Cronbach Alfa Katsayısı 0 değeri bir ölçeğin güvenilir olmadığını, 1 değeri ise ölçeğin kesin güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Özdamar, 2016). Yapılan analizler sonucunda ölçeğin engeller alt boyutunda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,915, destekleyici davranışlar alt boyutunda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,901 olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı yüksek derecede güvenilir çıkmıştır. Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) ölçeğe son şeklini verdikleri çalışmalarında, Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği engeller alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94, destekleyici davranışlar alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayılarının hem ölçeğin orijinal çalışmasında, hem de bizim çalışmamızda oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin farklı kültürde ve dilde uyarlanması yapılmadığı için, ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları sadece orijinali ile karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda



Acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları ölçeğinin Türk toplumunda acil hemşirelerinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

## **5.2. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nicel Bulguların Tartışılması**

Watson ve arkadaşları (2011) yaşam sonu bakımı, yaşamın son birkaç haftasında verilen bakım, acil servislerde ölümden önceki zaman diliminde verilen bakım olarak tanımlamıştır. Diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında hastalarla en fazla zamanı geçiren hemşireler; hastalar ve aileleri için yaşam sonu bakımı engelleyen veya destekleyen davranışları tanımlayarak üst düzey bakım sunabilir. Yaşam sonu bakım, hastalar ve aileleri üzerinde hayati bir öneme sahiptir (Beckstrand ve ark., 2006; Iranmanesh ve ark., 2009; Pavlish ve Ceronky, 2009; Blaževičienė ve ark., 2017).

Bu çalışmada Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu algılanan engelin büyüklüğü (AEB) değeri 5,54-15,08 olarak belirlendi. Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında AEB değeri 2,73-13,34 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen en önemli engelin “hemşirelerin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması” olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Khraisat ve arkadaşlarının (2017) pediatri hemşireleri, Beckstrand ve arkadaşlarının (2009 ve 2012) onkoloji hemşireleri ve Gross’un (2008) pediatri hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları en büyük engelin “öfkeli aile üyeleriyle uğraşmak zorunda kalma” olduğu bildirilmiştir.

Bununla birlikte hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını olumsuz yönde etkileyen diğer engeller ise; hemşirelerin hastaya bakım sunduğu sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile uğraşmak zorunda kalması, acil hemşirelerinin iş yüküne bağlı olarak, ölmek üzere olan hastalara bakım sunmak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanlarının olmaması olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza karşın Beckstrand ve arkadaşları (2008) en yüksek üç AEB skoruna sahip engelleri sırasıyla, acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sunmak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması, acil servislerin kötü tasarlanması nedeniyle ölmek üzere olan hasta ve kederli aile üyelerinin mahremiyetinin korunamaması, aile üyelerinin hayat kurtarma uygulamalarının gerçekten ne anlama geldiğini anlamamaları olarak belirlemişlerdir.

Beckstrand ve arkadaşlarının (2009) onkoloji hemşireleri üzerinde yapmış oldukları başka bir çalışma da, hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları en büyük engellerin öfkeli aile üyeleriyle uğraşmak zorunda kalma, hekimin hastanın kötü prognozu hakkında söylediklerini ailenin kabul etmemesi, yeni bir hasta başvurusuna ya da diğer hemşirelerin hastalarına bakmalarına yardımcı olma nedeniyle hasta ve aileden uzak tutulmaları olduğu görülmüştür.

Beckstrand ve arkadaşlarının (2012) onkoloji hemşireleri ile yaptığı diğer bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları en büyük engellerin endişeli aile üyeleri ile başa çıkma, hastanın kötü prognozunu ailenin kabul etmemesi, yeni bir hasta başvurusuna ya da diğer hemşirelerin hastalarına bakmalarına yardımcı olması nedeniyle hemşirelerin hasta ve ailesinden uzak tutulmaları olduğu belirlenmiştir.

Heaston ve arkadaşlarının (2006) yoğun bakım hemşirelerinin katılımı ile yaptığı çalışmada, yaşam sonu bakımı sağlamaya yönelik en önemli engelleyici davranışın “acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sunmak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması olarak belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hemşirelerin, hastaların yaşam sonu bakım kararlarıyla ilgili isteklerini dinlemek, aileleriyle iletişim kurmak, değerlerini, beklentilerini ve tutumlarını anlamak için yeterli zamana ihtiyaç duymalarına karşın hemşirelerin zaman yetersizliğini en büyük engel olarak ifade ettikleri saptanmıştır (Beckstrand ve ark., 2012).

Hemşirelerin hastaya bakım sunduğu sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile uğraşmak zorunda kalması, yönetilmesi oldukça zor bir durumdur. Birçok hasta ve ailesi ölüme veya ölüm anına tanıklık etmemiş olabilir. Hasta yakınları acil servise yaşamının kurtarılması ya da sürdürülmesi amacıyla başvurmuş olmasına karşın kendisini çaresiz hissedebilir. Başedilmesi oldukça zor bir krizin ortasında bulabilir. Aileden kaynaklı bu engeller, hemşireleri hastanın bakımından uzaklaştırıyor gibi görünse de palyatif bakımın hasta merkezli olması gerektiği kadar aile merkezli olması gerektiğine de işaret etmektedir.

Bu çalışmada acil hemşirelerinin iş yükünün fazla olmasına bağlı olarak, ölmek üzere olan hastalara bakım sunmak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanlarının olmaması durumunun, Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da hemşireler için en büyük engeli oluşturduğu görülmüştür. Hızlı, tempolu ve oldukça karmaşık bir

yapıya sahip olan acil servis ortamlarında, hemşirelerin elindeki tüm olanakları kullanarak hastaları için en mükemmel bakımı vermeye çalışması çoğu zaman mümkün olmayabilir. Bununla birlikte literatürde bu konuda yapılan birçok çalışmada yoğun bakım, acil ve onkoloji gibi servislerde çalışan hemşirelerde zaman yetersizliğinin yaşam sonu bakımı etkileyen oldukça önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (Beckstrand ve ark. 2006; Beckstrand ve Kirchhoff, 2005; Pavlish ve Cronscky, 2007; Beckstrand ve ark., 2012).

Bu çalışmada diğer engelleyici davranışlar sırasıyla; aile ve arkadaşlarının, hastanın güncel durumu hakkında bilgi almak için bu amaçla belirlenen aile üyesini aramak yerine sürekli olarak hemşireyi araması, acil servislerin kötü tasarlanması nedeniyle ölmek üzere olan hasta ve kederli aile üyelerinin mahremiyetinin korunamaması, aile üyelerinin hayat kurtarma uygulamalarının gerçekten ne anlama geldiğini anlamamaları, hemşirenin tüm zamanını hastanın yaşamını kurtarmaya yönelik eylemlere harcaması nedeniyle kaliteli yaşam sonu bakım sunacak zamanının kalmaması, hastanın bakımının nasıl yapılması gerektiği ile ilgili olarak hemşirelerin düşüncelerinin sorulmaması, önemsenmemesi veya dikkate alınmaması ve hastanın kötü prognozu hakkında doktorun söylediklerini ailelerin kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda yaşam sonu bakımı engelleyici davranışların birçoğunun aile kaynaklı olduğu görülmektedir. Aile üyeleri ölüme yaklaşmakta olan hastası olduğunda, kendilerini oldukça gergin ve stresli hissedebilmektedir (Khraisat, 2017). Bu doğrultuda acil servise başvuran hasta ve ailesini duygusal, sosyal, psikolojik ve manevi yönden desteklemek son derece önemlidir. Acil hemşireleri uygun bir yaklaşım ile hasta ve ailesinin kaygılarını giderebilir. Onların bakım beklentilerini öğrenmek için iletişim kurabilir. Çevrelerindeki sosyal destek mekanizmalarının farkına varmalarını sağlayabilir. Hasta ya da ailesinin ihtiyaçlarının önceden belirlenmesi hemşire ya da hasta yakını arasında çıkabilecek sorunların önlenmesine yardımcı olabilir (Şener ve Çınarlı, 2019). Aynı zamanda aile üyelerini hastanın durumu hakkında bilgilendirmenin, hasta yakınlarının kaygı düzeyini azalttığı bildirilmiştir (Skillback ve Paynes, 2003). Bu doğrultuda hastanın duygusal, sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarıyla ilgilenilmesi; ölüm süreci hakkında ailenin bilgilendirilmesi; ölüm sonrası beklenen keder ve yasın kolaylaştırılması, yaşam sonu bakıma yönelik olarak etik konulara ilişkin farkındalığın artırılması oldukça

önemlidir (Norton, 2011). Bu konuda yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşam sonu karar verme sürecinde aile üyelerine karşı merhametli oldukları buna karşın iletişimlerinin istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır (Lind ve ark., 2012). Aileler yaşadıkları stres karşısında çaresizliğe kapılabilir. Merhamet ve desteğe ihtiyaç duyabilir. Bu doğrultuda hemşireler ailelere gereken bu desteği sağlamada anahtar pozisyonda rol oynarlar. Aileler üzüntü duyduklarında ve konuşarak kendilerini anlatmak istediklerinde hemşireler onlara zaman ayırmalı ve bu durumla başa çıkabilmelerine yardımcı olmalıdır.

Bu çalışmada acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları ölçeği engeller alt boyutunda en düşük skora sahip ifadelerin, nedeni ne olursa olsun ailenin hasta ölürken yanında olmaması, hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakım ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması, hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine karşın ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında en düşük skora sahip ifadeler, resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi, hemşirenin, ölmek üzere olan hastalara ve/veya ailelerine bakım sunarken rahat olmaması ve hastanın bakımının nasıl yapılması gerektiği konusunda hemşirenin düşüncelerinin sorulmaması, önemsenmemesi veya dikkate alınmaması olarak belirlenmiştir.

Heaston ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları ölçeği engeller alt boyutunda en düşük skora sahip ifadelerin, aileye hastasının prognozunu söylemeden önce hemşirenin hastanın kötü prognozunu biliyor olması, hastanenin mali fayda sağlaması nedeniyle ölmekte olan hastalara ileri tedaviler sağlamaya devam edilmesi, hekimlerin hastanın yaşayacağına dair aileye karşı aşırı iyimser olmaları olarak bildirilmiştir. Beckstrand ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise en düşük skora sahip ifadeler, ziyaret saatlerinin kısıtlayıcı olması, yeni hasta yatışları nedeniyle yas tutma sürecinin kısıtlanması, sosyal hizmet uzmanı ya da din adamı gibi destek verecek görevlilerin bulunmaması olarak belirlenmiştir.

Acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri değerlendiren bu çalışmada Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutu algılanan destekleyici davranışların büyüklüğü (ADDB) değeri 4,84-13,58 olarak belirlendi. Beckstrand ve arkadaşlarının (2008)

çalışmasında ADDB değeri 6,45-15,69 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada yaşam sonu bakımında hemşirelere yardımcı olan en önemli destekleyici davranış “acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi” olarak belirlenmiştir. Hastane dışındaki ortamlarda hastalara hayat kurtarıcı acil tıbbi yardım sağlamakla görevli olan acil tıp teknisyeni/paramedikler, acil sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadırlar. Bununla birlikte, paramediklerin uygulama kılavuzları, modülleri ve eğitimleri akut tıbbi acil durumların ve majör travmanın yönetimine odaklanması nedeniyle yaşam sonu bakım hastalarına palyatif bakım sunmaya hazır olmayabilirler. Acil tıp teknisyeni/paramedikler yoğun çalışma koşullarına sahip olan acil hemşirelerine iş yüklerini azaltmada yardımcı olarak bakımın kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunabilirler.

Bu çalışmada diğer en önemli destekleyici davranışlar, ölüme yaklaşmakta olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması, hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili önceki deneyiminden yararlanması olarak belirlenmiştir. Bu konudaki literatür incelendiğinde yaşam sonu bakımında hemşireleri destekleyici davranışların araştırmadan araştırmaya farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Beckstrand ve arkadaşlarının (2012) onkoloji hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada yardımcı destekleyici davranışlar, ölümden sonra aile üyelerinin hasta ile yeterli zaman geçirmelerinin sağlanması, hasta öldükten sonra aile için yatak başında huzurlu bir olay anının oluşturulması ve ailelerin ölüme yaklaşmakta olan hastalarına sınırsız ziyaret izininin verilmesi olarak belirlenmiştir.

Beckstrand ve arkadaşlarının (2009) bu konuda yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları en büyük üç destekleyici davranış: aile üyelerinin hastası öldükten sonra yalnız kalmaları için yeterli zamana sahip olmaları, sosyal hizmet veya palyatif bakım almaları, aile üyelerinin hastanın ölmekte olduğunu kabul etmesi olarak belirlenmiştir. Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) bu konuda yaptığı diğer bir çalışmada yaşam sonu bakımında hemşireler için yardım edici davranışlar; hastanın vefatından sonra aile üyelerine hastayla yalnız kalmaları için yeterli zamanın verilmesi, ölüme yaklaşmakta olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması, ölüm olayı gerçekleşikten sonra aile üyeleri için yatağın etrafında huzurlu ve insan onuruna yaraşır bir ortam oluşturulması olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada en yüksek ikinci skora sahip destekleyici davranışın “ölüme yaklaşmakta olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması” ifadesi olduğu görülmektedir. İnsan ilişkileri üzerine kurulu bir meslek olan hemşirelik mesleğinde bakımın etkinliği, doğru ve etkili iletişim becerisine bağlıdır (Karadağ ve ark., 2015). Hekim ve hemşire arasındaki iletişim problemleri hasta bakımını ve güvenliğini tehdit ederek tıbbi hataya neden olabileceği düşünülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşireler için yaşam sonu bakımda destekleyici diğer davranışlar ise sırasıyla; “Sen hasta için yapabileceğin herşeyi yaptın” diyen ya da destekleyici diğer sözler söyleyen bir hemşire arkadaşına sahip olunması, hastanın ölümünden sonra kısa bir süre departmandan ayrıldığınızda diğer hastaların bakımını üstlenecek bir hemşire arkadaşına sahip olunması, hastanın tedavisinde yer alan doktorların, bakım konusunda aynı fikirde olması, ölmek üzere olan hastanın mahremiyetini sağlayacak şekilde tasarlanmış bir acil servis departmanının olması ve hasta öldükten sonra, ailenin acil servisten ayrılmadan önce imzalaması gereken tüm belgeleri onlar için bir araya getirecek yardımcı personelin olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda en düşük skor alan destekleyici davranışlar sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verilmesi, hasta ile ölüm hakkındaki duygularını ve düşüncelerini konuşma ve bakım saatleri ile çakışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme olarak belirlenmiştir. Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) acil hemşirelerinin katılımıyla yaptığı çalışmada, en az destekleyici davranışlar ailenin travmatik bir ölümden sonra profesyonel bir bilgilendirme oturumuna katılma fırsatının olması, hasta ile ölüm hakkındaki duyguları ve düşünceleri hakkında konuşma ve aileyi hastanın beklenen ölümüne hazırlamak için yeterli zamana sahip olma olarak saptanmıştır. Bu çalışmada en düşük skora sahip ikinci destekleyici davranışın Beckstrand ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışma bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularımıza karşın Heaston ve arkadaşlarının (2006) yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapmış olduğu diğer bir çalışmada, en düşük skor alan destekleyici davranışlar; örneğin aileye bu hastanın durumundaki 100 hastadan yalnızca birinin tamamen iyileşeceğini söyleyerek somut ifadelerle ümit vadeden hekimlerin olması, ölüme yaklaşmakta olan hastaların bakımına yardımcı olmak için

lisansa sahip olmayan personel bulundurulması ve paramedik personelinin ölen hastanın resüsitasyon çabalarına yardımcı olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması  $48,61 \pm 0,87$  ölçek alt boyutlarından “Maneviyat ve manevi bakım” alt boyut puan ortalaması  $18,92 \pm 4,10$ , “Dinsellik” alt boyut puan ortalaması  $12,57 \pm 2,46$ , “Bireysel Bakım” alt boyut puan ortalaması  $10,63 \pm 2,47$  olarak belirlendi. Kostak ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması  $60,97 \pm 7,92$  ölçek alt boyutlarından “Maneviyat ve manevi bakım” alt boyutu puan ortalaması  $25,88 \pm 4,35$ , “Dinsellik” alt boyutu puan ortalaması  $13,94 \pm 2,61$ , “Bireysel Bakım” alt boyut puan ortalaması  $13,66 \pm 2,45$  olarak saptanmıştır. Çelik ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması  $53,40 \pm 5,33$  ölçek alt boyutlarından “Maneviyat ve manevi bakım” alt boyut puan ortalaması  $24,32 \pm 3,53$ , “Dinsellik” alt boyut puan ortalaması  $10,79 \pm 2,37$ , “Bireysel Bakım” alt boyut puan ortalaması  $13,49 \pm 1,90$  olarak belirlendi. Yılmaz ve Okyay’ın (2009) çalışmasında ise Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması  $54,57 \pm 5,09$  ölçek alt boyutlarından “Maneviyat ve manevi bakım” alt boyutu puan ortalaması  $25,10 \pm 3,44$ , “Dinsellik” alt boyut puan ortalaması  $11,24 \pm 2,16$ , “Bireysel Bakım” alt boyut puan ortalaması  $11,13 \pm 2,02$  olarak saptanmıştır.

Çelik ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması  $53,40 \pm 5,33$ , ölçek alt boyutlarından “Maneviyat ve manevi bakım” alt boyut puan ortalaması  $24,32 \pm 3,44$ , “Dinsellik” alt boyutu puan ortalaması  $10,79 \pm 2,37$ , “Bireysel Bakım” alt boyut puan ortalaması  $13,49 \pm 1,90$  olarak belirlenmiştir. Hastanın ölüme hazırlanma sürecinde, manevi ve dini uygulamalar önemli rol oynamaktadır. Toplumların sosyokültürel ve dini özellikleri doğrultusunda, bazı toplumlarda aile üyeleri ile dini liderlerin hasta başında birlikte dua etmelerine izin verilirken bazı toplumlarda ise kültürel ve fiziksel engellemeler nedeniyle hasta ve yakınları bu tür manevi ve dini ihtiyaçlarını karşılamakta problem yaşayabilmektedir. Bu doğrultuda hastane yönetimi ile acil servis hemşirelerinin empatik bir yaklaşım ile yaşam sonu bakımında dini ve kültürel uygulamaları kolaylaştırabilecekleri düşünülmektedir (Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001; Carey ve Cosgrove, 2006; Lobar ve ark., 2006).

Bu araştırmada Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puan ortalaması 112,18±21,39, ölçek alt boyutlarından “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyut puan ortalaması 60,28±13,43, “Kaçış Kabullenme” alt boyut puan ortalaması 19,63±6,26, “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” alt boyut puan ortalaması 32,27±10,28 olarak belirlendi. Kızıltepe ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ortanca puanı 123, ölçek alt boyutlarından “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” alt boyut ortanca puanı 68, “Kaçış Kabullenme” alt boyut puan ortalaması 20,23±5,98, “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” alt boyut puan ortalaması 35,98 ±10,06 olarak belirlenmiştir.

Zaybak ve Erzincanlı (2016) Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasını 116,9±13,4, “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme”, Kaçış Kabullenme” ile “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” alt ölçek puan ortalamalarını sırasıyla 65,7±7,3, 15,9±5,2 ve 35,2±7,8 olarak saptamışlardır. Yılmaz ve Vermişli’nin (2015) çalışmasında hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği alt boyut puanlarından en yüksek puanı Ölümü Kabulnememe (4,44±1,85), en düşük puanı Tarafsız Kabullenme (2,67±0,95) alt boyutundan, Maysui ve Braun’un (2015) çalışmasında en yüksek puanı Tarafsız Kabullenme (3,24±0,99), en düşük puanı Ölümü Kabulnememe (2,10±0,84) alt boyutlarından aldıkları bildirilmiştir. Yaşam sonu bakım sürecinde hasta ve ailesinin yanısıra hemşirelerinde kendi ve yakınları ile ilgili ölüm anksiyetesi yaşama olasılığı oldukça yüksektir. Bu doğrultuda hemşirelerde ölüm kavramına ilişkin farkındalık artırılarak ölüme karşı olumlu bir tutum geliştirilebilir. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının olumlu yönde geliştirilebilmesi için bu sürecin iyileştirilmesine yönelik eğitimler verilebilir. Eğitim sonrası hemşirelerin ölüme karşı tutumları periyodik aralıklarla değerlendirilebilir.

### **5.3. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nitel Bulguların Tartışılması**

Çalışmanın nitel aşamasında hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri araştırılmıştır. Hemşireler yaşam sonu bakım kavramını resüsitasyon ve resüsitasyonda aile varlığı, hasta mahremiyetinin korunması, huzurlu ölüm, konforun sağlanması, hümanistik bakımın sunulması, ölüme yaklaşan aileye saygı duyulması, çaresizlik yaşayan hasta ve ailesine psikolojik destek sunulması, dini ihtiyaçların yerine getirilmesi/karşlanması, bakım süresince hastayla iletişime



devam edilmesi, ölüme yaklaşan hasta ile vedalaşılması kavramları ile ilişkilendirmişler ve bu kavramlar üzerinden örneklendirmelerde bulunmuşlardır.

Literatürde Kuebler ve arkadaşları (2005) yaşam sonu bakımı, bireyin ilerleyen ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olduğunda, yaşamını mümkün olduğunca daha iyi ve kaliteli bir şekilde sürdürebilmesi için bireyin yaşamı sonlanıncaya kadar sunulan bakım olarak tanımlamıştır (Kuebler ve ark., 2005). Bununla birlikte yaşam sonu bakım hasta ve yakınlarının fiziksel, duygusal ve manevi ihtiyaçlarının giderilmesi, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanması, semptom yönetimi, ölüm süreci hakkında hasta ve yakınını bilgilendirme, iletişim becerilerinin devam ettirilmesi, bireyin saygın ölümünün gerçekleşmesi ve vedalaşmayı içermektedir (Early ve ark., 2000; Felt ve ark., 2000).

Terzi (2018) çalışmasında hemşireler ölümü ağrısız ve onurlu ölüm, huzurlu ve mutlu ölüm ifadeleri ile ilişkilendirmişlerdir. Kirchoff ve arkadaşları (2000)'nın çalışmasında hemşireler iyi ölümü “ağrısız, rahat ve onurlu ölüm” olarak tanımlamışlardır. İyi ve huzurlu ölüm için hastanın konforunun sağlanması, ölüme yaklaşan bireye saygı duyularak onurunun korunması ve ihtiyaç duyulan yaşam sonu bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Pattison ve ark., 2013). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada araştırma kapsamındaki hemşireler hastanın tedavisine son verilmesinden sonrada rahat ve onurlu bir ölümü kolaylaştırmak için elinden gelenin en iyisini yapmanın önemli olduğunu bildirmişlerdir (Efstathiou ve ark., 2014).

Hemşireler ölüm olayı ile karşılaştıklarında hissettikleri duyguları kendini kötü hissetme, üzülme, ağlama, sevdiklerini düşünme, hastanın acılarından kurtulduğunu düşünme, hem kendisinin hemde hastanın maneviyatını düşünme, dua etme, doğal karşılama, hiçbirşey hissetmeme, hasta yakınına kötü haber vermekte zorlanma ve ölümü kabullenmeme şeklinde ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında hemşireler ölüm olayı ile karşılaştıklarında bu durumu doğal karşıladıklarını, hiçbirşey hissetmediklerini, çok üzülüklerini, hastanın acılarının sonlandığını düşündüklerini ve ağladıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hemşireler ölümü kaçınılmaz bir son olarak gördüklerini; ölümün yoğun, duygu yüklü bir olgu olduğunu, ölüm olayı ile karşılaştıklarında ağladıklarını, dua ettiklerini ve bu durumun doğal bir süreç olduğuna

inandıklarını ifade etmişlerdir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Kim ve Lee'nin (2003) çalışmasında ise hemşireler kendi ölümlerini ara sıra düşündüklerini ve ölümü kabullenemediklerini belirtmişlerdir. Literatürde bu konuda yapılan birçok çalışmada hemşirelerin ölüm olgusuyla karşılaştıklarında sıklıkla kendi ölümlerini düşünüp empati yaptıkları görülmüştür (Johansson ve Lally 1991; Kaye ve ark., 1994; Keskin, 2005; Menekli ve Fadiloğlu, 2014).

Ölüm durumu gerçekleştiğinde, hastaların acılarının son bulacağına inanılmasının, hemşirelerin duygularıyla baş etmesini kolaylaştırdığı (Kübler-Ross, 1995), ölüme karşı geliştirilen tutumun hastalara verilen bakımı etkilediği görülmüştür (Braun ve ark., 2010). Hemşireler ölüme yaklaşmakta olan hastayı rahat ettirmenin ve yaşadığı acıyı azaltmanın yaşam sonu bakımın öncelikli hedefi olduğuna inanmaktadırlar (Barrere ve Durkin, 2014; Hopkinson ve ark., 2003). Bu doğrultuda acil hemşirelerinin, hastanenin diğer birimleriyle karşılaştırıldığında ölüm olayı oldukça sık karşılaştıkları gözönüne alındığında, hemşirelerin yaşam sonu bakım sürecine uyumlarının artırılmasının ve ölüme ilişkin olumlu tutum geliştirmelerinin desteklenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma kapsamında yapılan içerik analizi sonucunda ortaya çıkarılan diğer bir tema, hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını engelleyen faktörlerdir. Hemşireler ile yapılan görüşmeler sonrasında hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını engelleyen faktörler hastane, personel, yönetim, hasta ve hasta yakınları kaynaklı faktörler ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda hastane kaynaklı engeller hasta sayısının fazlalığı, malzeme azlığı, fiziki şartların yetersizliği, güvenlik şartlarının istenilen düzeyde olmaması, hastane prosedürlerinin fazlalığıdır. Personel kaynaklı faktörlere yetersiz iletişim, personelin eğitim düzeyinin yetersiz olması, iş merkezli çalışma, hastanın bakım ve tedavisi konusunda hasta ve yakınına düşüncesinin sorulmaması ve ekibin ortak karar verememesi örnek olarak verilebilir. Yönetim kaynaklı faktörler ise personel sayısının azlığı, yönetimin olumsuz bir tutuma sahip olması, bakım standartlarının oluşturulmaması olarak sıralabilir. Hasta ve yakınları kaynaklı faktörler ise hastanın acil durumunun olmaması, hasta ve yakınlarının beklentilerinin gerçeğe örtüşmemesidir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Borhani ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yaşam sonu bakım alan hasta ailelerinin büyük çoğunluğunun iyimser ve umutlu olduğu, yıllarca bitkisel hayat sürdürebilecek olmasına karşın hastalarının

solunum makinelerinden ayrılmasını doğru bulmadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada ailelerin yaşam sonu bakım uygulamalarını ilişkin gerçekçi olmayan yüksek beklentilerinin hemşireler için yaşam sonu bakım için bir engel oluşturduğu hemşirelerde stres ve ikileme neden olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşireler, yaşam sonu bakımı engelleyen birçok faktör ifade etmiş olmasına karşın, en büyük engelin iletişim eksikliğinden kaynaklandığı görülmüştür. Yaşam umudunu kaybetmiş hastaların tedavi sürecinde, gerçeklerin saklanılmaya çalışılmasının tedaviye olan uyumlarını artırdığı düşünülse de (Searight ve Gafford, 2001; Kagawa-Singer ve Blackhall, 2001; Giger ve ark., 2006) literatürde bu durumun palyatif bakımda iletişimi engelleyen bir faktör olduğu bildirilmektedir (Tervalon ve Murray-Garcia 1998; Leininger, 1999; Schim ve Doorenbos, 2010; Campinha-Bacote, 2011).

Bu çalışmada hemşireler hasta yakınlarına ölüm haberini vermek istemediklerini ve ailenin çaresizliği karşısında zorlandıklarını belirtmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, hemşireler ölüm olayını hasta yakınlarıyla paylaşma konusunda isteksizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tilden ve ark., 2004; Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Warnock ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hemşirelerin hastalara kötü haber verme durumu karşısında, beden dilini özellikle yüz ifadelerini kontrol edememeleri nedeniyle hastaların tedavisinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bu bulgu kaliteli bir yaşam sonu bakım için; hasta merkezli bakım sunulmasının, hastaların ihtiyaçlarının, önceliklerinin ve tercihlerinin belirlenmeye çalışılmasının, iyi bir iletişimin kurulmasında önemini ortaya koymaktadır (Back ve ark., 2008).

Literatürde ölüme yaklaşmakta olan bireyin bakımında en çok sorun yaşanan alanın ailelerle iletişim kurulamaması olduğu (Deravin-Malone ve ark., 2016b; Mutto ve ark., 2012), bu nedenle hasta ve aileleriyle etkili iletişim kurmanın son derece önemli olduğu bildirilmiştir (Warnock ve ark., 2010; Deravin-Malone ve ark., 2016a; Deravin-Malone ve ark., 2016b; Mutto ve ark., 2012; Jovanovic, 2012; Eues, 2007). Croxon ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin en fazla zorluk yaşadıkları alanın aile üyeleriyle birlikte olma ve ölüm süreci hakkında konuşma yapmak ile olduğu, bu doğrultuda bu alanın daha fazla desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (Zheng ve ark., 2015; Croxon ve ark., 2018). Zheng ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu

diğer bir çalışmada, araştırma kapsamındaki hemşireler, ailelerin ölüm sürecine dahil edilmesi gerektiğini, ailelerin hasta ve hemşireler arasındaki iletişimde hayati rol oynadıklarını bildirmişlerdir (Zheng ve ark., 2015).

Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bir çok araştırmada, yaşam sonu bakım memnuniyetinin ailenin sağlık bakım profesyonelleriyle olan iletişimiyle yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (White ve ark., 2001; Pavlish ve Ceronsky, 2009; Royak-Schaler ve ark., 2006). Özellikle palyatif bakım hemşireleri, uygun iletişim becerilerinden yararlanarak, hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak, ailelerin gereksinimlerinin karşılanmasında ve onlara destek olunmasında önemli rol oynarlar (Aksakal ve ark., 2018). Hemşireler yaşam sonu bakım hastasının huzurlu ve onurlu ölümünü sağlayacak hemşirelik girişimlerini etkin bir şekilde planlayıp uygulayabilmelidir (Filiz ve Dikmen, 2017).

Bu çalışmada hemşirelerin mezun olduktan sonra yaşam sonu bakım hakkında eğitim almadıkları; lisans eğitimi sırasında sınırlı sayıda hemşirenin ölümle ilgili konularda eğitim aldığı ancak hemşirelerin aldıkları bu eğitimi yeterli bulmadıkları, özellikle lisans mezunu hemşirelerin palyatif bakım için kendilerini yeterince hazır hissetmedikleri görülmüştür. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Efstathiou ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada çok az sayıda hemşirenin yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Literatürde bu durumun hasta hakkında verilen bilgilerin bireyden bireye farklılık göstermesinden, eğitim eksikliğinden ve yaşam sonu bakım standartlarının oluşturulmamış olmasından kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Croxon ve ark., 2018; Adesina ve ark., 2014; Deravin-Malone ve ark., 2016; Dobbins, 2011). Bu konuda yapılan birçok çalışmada özellikle hemşirelerin yaşam sonu bakım eğitimlerinin yetersiz olduğu ve bu konuda eğitime ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (Caton ve Klemm, 2006; Mallory, 2003; Deffner ve Bell, 2005; Coyne ve ark., 2007; Kruse ve ark., 2008; Lange ve ark., 2008).

Hemşirelerin mesleki yönden çalışma zamanlarının büyük çoğunluğunu yaşam sonu bakım hastaları için ayırdıkları gözönüne alındığında, mezun olduktan sonra yaşam sonu bakım hastalarına kaliteli bakım sunabilecek temel becerilere sahip olmalarının son derece önemli olduğu görülmektedir (Anderson ve ark., 2015; Anderson ve Malone, 2015; Deravin-Malone ve ark., 2016; Ramjan ve ark., 2010). Bununla birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin mezun olduklarında

yaşam sonu bakım uygulamaları için kendilerini hazır hissetmedikleri (Kopp ve Hanson, 2012; Mutto ve ark., 2012) ve eğitim müfredatlarında (Bush ve Shahwan-Akl, 2013) palyatif bakım eğitimine ait konuların artırılması gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır (Deravin-Malone ve ark., 2016; Mutto ve ark., 2012; Schlairet, 2009). Elde edilen bu bulgu, hemşirelik eğitimi müfredat programlarının yeniden yapılandırılması ve palyatif bakım konularına önem verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Croxon ve arkadaşlarının çalışmasında yeni mezun hemşirelerin palyatif bakım hastalarına fiziksel bakım sunmada yeterli olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin rollerini bilmesine karşın aile dinamikleriyle ve ölüm sürecindeki ailelerden gelen spesifik sorunlarla başa çıkma konusunda üstlendikleri sorumluluklar için yeterince hazırlıklı olmadıkları bildirilmiştir (Croxon ve ark., 2018). Bu çalışmada nitel görüşme yapılan hemşireler yaşam sonu bakımın sadece fiziksel bakımı kapsamadığını, hasta ve yakınlarının holistik yaklaşım doğrultusunda fiziksel, spiritüel, çevresel ve sosyal boyutlarda ele alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hastaya yaşam sonu bakım sunarken konfor ve kalitenin sağlanması gerektiğini ve yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen birçok faktör olduğunu bildirmişlerdir.

Yaşam sonu bakımda maneviyat ve ölüm arasındaki bağın kurulabilmesi de son derece önemlidir (Puchalski ve Ferrell, 2010). Hemşireler, hasta ve yakınlarının manevi durumunu değerlendirebilmeli ve hastasının spiritüel yönünü destekleyen bir bakım sunabilmelidir (Taylor, 2001). McSherry ve Jamieson'un (2011) çalışmasında hastasını manevi yönden destekleyen hemşirelerin sundukları bakımın kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Borhani ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise yaşam sonu bakım hastalarına manevi bakımın genellikle hastaların aileleri ya da hemşireleri tarafından verildiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin hastanın ailesiyle birlikte kalmasına ve manevi bakımına katılmasına izin verdiği görülmüştür. Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenleri, bu konudaki literatür ile paralellik göstermektedir (Van Leeuwen ve ark., 2006; Chew ve ark., 2016; McSherry ve Jamieson, 2011; Eğlence ve Şimşek, 2014; Ercan ve ark., 2017).

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşireler bu konu ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması nedeniyle hasta ve ailesinin manevi bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldıklarını, çalışan personel sayısının azlığına bağlı olarak hastalarına yeteri

kadar zaman ayıramadıklarını, hasta yakınlarının hastaları için manevi bakım ve dini vecibelerini yerine getirebilecekleri uygun fiziki bir ortamın sağlanamadığını bildirmişlerdir. Manevi boyut; hastalık ve ölüm korkusunun yanısıra, yaşamın sorgulandığı ve ümitlerin tükendiği zaman bireyin hastalığını kabullenmesini, geleceği ile ilgili planlar yapmasını sağlamakla birlikte iyileşmesine de olumlu katkılar sağlamaktadır. Hastanın iyileşmesi için bir umut olduğuna hastayı inandırmaya yardımcı olan maneviyat, oldukça önemli bir faktör olmakla birlikte (Çınar ve Eti Aslan, 2017), manevi bakımda ayrıca eğitimin de son derece önemli bir etkisi olduğu bildirilmektedir (Oldnal, 1996; Govier, 2000; Baldacchino ve Draper, 2001; Pesut ve Sawatzky, 2005; Baldacchino, 2006; McSherry, 2006; Ross, 2006; Yılmaz ve Okyay, 2009).

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin farklı kültürel özelliklere sahip hastaların manevi inançlarını ve uygulamalarını destekleyici bir bakım sunabilmesi için diğer dinlerin özelliklerini bilmesi ve bu konuda özfarkındalık düzeylerinin yüksek olması son derece önemlidir (Taylor, 2001). Bu çalışmada yaşam sonu bakımda manevi bakımın verilmesini engelleyen birçok faktör olduğu ortaya çıkarılmış olmakla birlikte hemşirelik eğitimi müfredat programlarında maneviyat ve manevi bakım konusunda eğitimler verilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada acil hemşireleri, hasta yakınlarının acil serviste karşılaştıkları zorlukları; çalışma ortamının stresli olmasına bağlı olarak hasta hakkında bilgi alamama, hastasının yanında bulunamama ve ona dokunamama, hasta yakınları için dinlenme/bekleme odasının olmaması, çalışan personelin güler yüzlü olmaması, hastalarıyla ilgili sordukları soruların sert tepkiyle karşılanması, hastanın bakım ve tedavisi konusunda düşüncesinin sorulmaması ve hastalarının son isteklerini yerine getirememesi olarak bildirmişlerdir. Zheng ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında araştırma kapsamındaki hemşirelerin hastaları ile ölüm hakkında nadiren konuştukları; bu durumun ölüme yaklaşmakta olan hastaların yaşam umudunu korumada etkili bir yol olduğu saptanmıştır. Zeng ve arkadaşlarının (2008) bu konuda yapmış olduğu diğer bir çalışmada, onkoloji hastalarının hastalıkları hakkında bilgilendirilmemelerine karşın çok iyi bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin onkoloji hastalarına kaliteli bakım sunarken çatışma ve ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir

(Zeng ve ark., 2008). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda huzurlu ve iyi bir ölümün sağlanmasında ölüm sürecindeki hastanın yalnız bırakılmaması gerektiği (Beckstrand ve ark., 2006) ve hemşirelerin ölüm süreci hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları bildirilmiştir (Hendricks-Ferguson ve ark., 2015).

Literatürde hemşirelerin yararı olmadığı düşünülen bakım ve tedavi uygulamalarında etik ikilem yaşadıkları (Meltzer ve Huckabay, 2004; Palda ve ark. 2005; Mobley ve ark., 2007; Özden ve ark., 2012; Neville ve ark, 2015; Eşer ve ark., 2018), yararı olmadığı düşünülen bakım ve tedavi uygulamalarının hastalarda ağrı ve acıya neden olduğu vurgulanmıştır (Eşer ve ark., 2018). Beckstrand ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında araştırma kapsamındaki hemşireler, yüksek kalitede yaşam sonu bakım için yeterli zamanlarının olmadığını, ölüm anında empati yapılarak aileye destek verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin sayılarının az olmasına bağlı olarak hastalarına yeterli zaman ayıramadıkları (Albinsson ve Strang, 2003; Pavlish ve Ceronsky, 2007), palyatif bakım verirken endişe duydukları bu durumun şefkatli ve kapsamlı bakım vermelerini engellediği bildirilmiştir (Pavlish ve Ceronsky, 2007).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bu çalışmada hemşirelerin acil servisin kalabalık olması, yoğun iş temposu, malzeme eksikliği, yararı olmadığı düşünülen tedavi ve bakım uygulamaları, bakım standartlarının eksikliğine bağlı olarak sunulan bakımın bireyden bireye değişmesi, hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi, hastalara ayrılan sürenin az olması, ailenin hastanın yanına alınamaması, ailenin hastasına dokunamaması ve son anlarını hastasıyla birlikte geçirememesi ve dini görevlerini yerine getirememesi ile ilgili ahlaki sıkıntı ve etik ikilem yaşadıkları görülmüştür. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Alaca ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, hastaların ailesini hastanede görememe, ziyaretçi kısıtlamasının olması, başkalarına bağımlı olma gibi problemler yaşadıkları; hemşirelerden anlayış ve saygı, karşılıklı iletişim ve duygusal destek bekledikleri vurgulanmıştır (Başkale ve ark., 2015).

Sonuç olarak araştırma kapsamındaki hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakım sunabilmesi için personel sayısının ve dağılımının düzenlenmesini, hizmet içi programlarının organize edilmesini, hemşirelik müfredat programlarının revize

edilmesini, hasta merkezli çalışmasını, fiziki yetersizliklerin çözümlenmesini, alanında uzman kişilerin çalıştırılmasını, çalışanların iletişim becerilerinin geliştirilmesini, acil serviste hasta danışmanı ve din görevlisinin çalıştırılmasını ve hemşirelerin çalışma şeklinin değiştirilmesini önerdikleri görülmüştür. Bununla birlikte hemşireler ölüme yaklaşmakta olan hasta ve yakınlarına gereksiz ümit vermekten kaçınılmasının; açık ve anlaşılır bir dille bilgi verilmesinin, hasta ve yakınlarının sorularının cevaplandırılmasının ve onlara karşı anlayışlı davranılmasının altını çizmektedirler. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşam sonu bakıma ilişkin engellerin ortadan kaldırılmasının ve olumlu davranışların geliştirilmesinin acil servis hemşirelerinin sundukları bakımın kalitesini artırmada son derece önemli olduğu düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Araştırmanın ilk aşamasında Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış, ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.
- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu engellerin düzeyi ölçümünde en yüksek ortalamayı “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (4,1±1,1)” maddesinden, en düşük ortalamayı “Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması (2,3±1,7)” maddesinden aldıkları görülmüştür. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutu engellerin sıklığında en yüksek ortalamayı, “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (3,6±1,2)” maddesinden, en düşük ortalamayı “Resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi (2,1±1,6)” maddesinden aldıkları belirlenmiştir.
- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutunda en yüksek AEB skoruna sahip ifadeler; “Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması (AEB=15,08)”, “Hemşirenin hastaya bakım verdiği sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile de uğraşmak zorunda kalması (AEB=13,75)” ve “Acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sağlamak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması (AEB=12,19)” olarak saptanmıştır.
- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Engeller alt boyutunda en düşük AEB skoruna sahip ifadeler; “Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması (AEB=5,54)”, “Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakım ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması (AEB=5,93)” ve “Hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine rağmen ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi (AEB=6,03)” olarak belirlenmiştir.
- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda en yüksek ADDB skoruna sahip ifadeler; “Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon

işlemine yardım etmesi (ADDDB=13,58)”, “Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması (ADDDB =12,47)” ve “Hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili kendi önceki deneyiminden yararlanması (ADDDB =10,85)” olarak saptanmıştır.

- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Destekleyici Davranışlar alt boyutunda en düşük ADDDB skoruna sahip ifadeler; “Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme. (ADDDB =4,84)”, “Hasta ile ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşma (ADDDB =5,05)” ve “Bazı zamanlar bakım saatleri ile çakişacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme (ADDDB =5,26)” olarak belirlenmiştir.
- Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği'nin Engeller alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,915; Destekleyici Davranışlar alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,901 olarak saptanmıştır.
- Hemşirelerle yapılan odak grup görüşmeler sonrasında yaşam sonu bakım kavramının bilinirliği, ölüm olayı ile karşılaştığında hissedilenler, yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörler, yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının karşılaştığı zorluklar, kaliteli bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenler ve hemşirelerin ölüme yaklaşmakta olan hasta ve yakınlarına yaklaşımları olmak üzere 6 tema belirlenmiştir.
- Hemşireler yaşam sonu bakım kavramını resüsitasyon, resüsitasyonda aile varlığı, hasta mahremiyetinin korunması, huzurlu ölüm, konforun sağlanması, hümanistik bakımın sunulması, ölüme yaklaşan hastaya saygı duyulması, çaresizlik yaşayan hasta ailesine psikolojik destek sunulması, dini ihtiyaçların yerine getirilmesi/karşlanması, bakım süresince hastayla iletişim kurmaya devam edilmesi, ölüme yaklaşan hasta ile vedalaşılması gibi kavramlar ile ilişkilendirmişlerdir.
- Hemşireler genel olarak ölüm olayı ile karşılaştıklarında hissettikleri duyguları; sevdiklerini düşünme, dua etme, üzülme, profesyonel davranmaya devam etme, kötü haber vermede zorlanma, kendini kötü hissetme, etkilenmeme, hastanın acılarından kurtulduğunu düşünme, iş yükü fazlalığından bir şey düşünmeye fırsat bulamama, ağlama, empati kurma, kendisinin ve hastanın maneviyatını düşünme ve kabullenmeme olarak ifade etmişlerdir.

- Katılımcılar yaşam sonu bakım uygulamalarını engelleyen faktörleri; hastane, personel, yönetim ve hasta-hasta yakınlarından kaynaklı engeller olarak bildirmişlerdir.
- Hemşireler genel olarak yaşam sonu bakımda hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı zorlukları; bilgi alamama, hastasının yanında bulunamama ve ona dokunamama, dinlenme ve bekleme odasının olmaması, çalışan personelin güler yüzlü olmaması, hastasıyla ilgili soru sorulduğunda sert tepkiyle karşılaşması, hastanın bakım ve tedavisi konusunda düşüncesinin sorulmaması, hastalarının son isteklerini yerine getirememe şeklinde belirtmişlerdir.
- Hemşireler genel olarak iyi bir yaşam sonu bakım sunulabilmesi için yapılması gerekenleri; personel sayısının artırılması, eğitim programlarının düzenlenmesi, bakım çevresinin fiziki yetersizliklerinin giderilmesi, bu alanda uzman kişilerin çalıştırılması, çalışanların iletişim becerilerinin geliştirilmesi, acilde hasta danışmanı ve din görevlisinin görevlendirilmesi, hemşirelerin çalışma şeklinin değiştirilmesi olarak sıralamışlardır.

## 6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin çalışma koşullarının ve ortamının iyileştirilmesi,
- Hemşire sayısının artırılması,
- Sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi,
- Yaşam sonu bakımda ölüm süreci ve yönetimi ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelik müfredat programında yaşam sonu bakım konularına daha fazla yer verilmesi,
- Hastanın ağrı ve diğer sıkıntı verici semptomlarının hafifletilmesi,
- Hemşirelerin ölüme ilişkin duyguları hakkında konuşmaya cesaretlendirilmesi,
- Acil servislerin yaşam sonu bakım uygulamalarına elverişli bir şekilde dizayn edilmesi,
- Acil servislerde hasta ve ailesinin isteklerini belirlemeye yardımcı olacak erişilebilir bir palıatif bakım ekibinin kurulması,
- Ailenin ölüm süreci hakkında bilgilendirilmesi,

- Hastanın yaşamı sonlandığında aile üyelerine hasta ile yalnız kalmaları için yeterli zamanın verilmesi,
- Aile üyeleri için ölüm sonrası beklenen keder ve yasın kolaylaştırılması,
- Travmatik bir ölüm sonrası ailenin profesyonel yardım almasının sağlanması,
- Acil servislerde sosyal hizmet uzmanı ve din görevlisinin görevlendirilmesi,
- Yaşam sonu bakımı çevreleyen etik konulara ilişkin farkındalığın artırılması,
- Bakım sunarken hastaların kültürel farklılıklarının göz önünde bulundurulması,
- Bakımın kalitesini ve güvenliğini etkilediği için kurum yöneticilerinin malzeme ve kaynak eksiklerini çözümlenmeye yönelik planlamalar yapması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Acar E, Başer HB. Ağrı. Duran, L. Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de, 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 127-147.
- Adesina, O, DeBellis A, Zannettino L. Third-year Australian nursing students' attitudes, experiences, knowledge, and education concerning end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2014; 20(8):395-401.
- Akça Ay F. Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008:5-30.
- Akın Korhan E. Üstün Ç. Palyatif bakım ve etik. Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 95-128.
- Aksakal H. Palyatif bakım hemşireliği. Aksakal H, Kahveci K, Koç O. Editörler. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. 1.Baskı, Ankara. Akademisyen Kitapevi. 2018; 17.
- Aksayan S, Gözüm, S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4(1):9-14.
- Aksoy T, Pamir Aksoy A. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar. Eti Aslan F. Editör. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014; 117-138.
- Akyol A, Sılay F, Ayvaz İ. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller Ve Destekleyici Davranışlar Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın, Özet Kitabı, 2017; 276.
- Akyurt N. Sağlıkta iletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin iletişim becerileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(11):16-33.
- Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(2):69-74.
- Albinsson L, ve Strang P. Differences in supporting families of dementia patients and cancer patients: a palliative perspective. *Palliative Medicine*, 2003; 17(4):359-367.
- Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik: spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle. 4.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2016; 502-614.
- Anderson J, Malone, L. Chronic care undergraduate nursing education in Australia. *Nurse education today*. 2015; 35(12):1135-1138.

- Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International journal of nursing studies*. 2015; 52(3), 695-704.
- Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved—A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*. 2016; 38:144-149.
- Aslan E. Palyatif Bakımda İletişim. Gökçınar D, Kahveci K. Editörler. Palyatif Bakım, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014; 1-6.
- Ateş M, Fadiloğlu Ç. Palyatif bakımda kayıp ve yas. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 727-745.
- Back AL, Anderson WG, Bunch L, Mar LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. *Cancer* 2008; 113(7):1897–1910.
- Baldacchino DR, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *JAN* 2001; 34(6):833–841.
- Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *JCN* 2006; 5: 885–896.
- Barrere C, Durkin A. Finding the right words: the experience of new nurses after ELNEC education integration into a BSN curriculum. *Medsurg Nurs*. 2014; 23:35-43, 53.
- Baş T, Akturan U. Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri. 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2017; 105-112.
- Başkale HA, Serçekuş P, Günüşen NP. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinin beklentilerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, 2015; 6(2):65-70.
- Baştu G, Özel-Kızıl ET, Alıcı YH, Kırıcı S. Türk Edebiyatından yas teması örnekleri. *ASHD* 2016; 15(2):39-46.
- Beckstrand RL, Kirchoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *AJCC* 2005; 14(5):395-403.
- Beckstrand RL, Callister LC, Kirchoff KT. Providing a “good death”: Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *AJCC* 2006; 15: 38–45.
- Beckstrand RL, Moore J, Callister L, Bond AE. Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36:446-53.
- Beckstrand RL, Rasmussen RJ, Luthy KE, Heaston S. Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2012; 38(5):27-32.

- Beckstrand RL, Smith MD, Heaston S, Bond AE. Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2008; 34:290-300.
- Beyece İncazlı S, Yıldırım Y. Öksürük. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 621-630.
- Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi* 2013; 52(4):223-229.
- Bilge A. Palyatif bakımda terapötik ilişki. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 81-94.
- Blaževičienė A, Newland JA, Čivinskienė V, Beckstrand RL. Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *BMC palliative care*, 2017; 16(1), 74.
- Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clinical psychology review* 2001; 21(5):705-734.
- Borhani F, Hosseini SH, Abbaszadeh A. Commitment to care: a qualitative study of intensive care nurses' perspectives of end of life care in an Islamic context. *INR* 2014; 61(1):140-147.
- Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *ONF* 2010; 37(1).
- Bullock K, McGraw SA, Blank KMD, Bradley EH. What Matters to Older African Americans Facing End-of-Life Decisions? A Focus Group Study. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2005; 1(3):3-19.
- Bullock K. The influence of culture on end-of-life decision making. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2011; 7(1):83-98.
- Bush T, Shahwan-Akl L. Palliative care education—does it influence future practice?. *Contemporary nurse*. 2013; 43(2):172-177.
- Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *OJIN* 2011; 16(2):5.
- Carey SM, Cosgrove JF. Cultural issues surrounding end-of-life care. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2006; 17:263–270.
- Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, Hinds C, Pimentel JM, Reinhart K, Thompson BT. Challenges in end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Med* (2004)30:770–784.DOI 10.1007/s00134-004-2241-5.
- Caton AP, Klemm P. Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *CJON* 2006; 10(5):604–608.

- Cerit B. Hemşirelik etik ikilem testi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;47-67.
- Chaturvedi SK, ChandraPS, Simha S. Communication Skills in Palliative Care. Indian J Psychiatry 2010; 52(2):80.
- Chew BW, Tiew LH, Creedy DK. Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: an exploratory study in Singapore. J Clin Nurs. 2016; 25:2520-2527.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. JPSM 2008; 36(3):310-333.
- Clark K, Phillips J. End of life care – the importance of culture and ethnicity. AFP 2010; 39(4):210-213.
- Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ, Goldman L, Knaus WA, Hakim R. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT principal investigators. JAMA 1995; 274(20):1591-1598.
- Coyne, P, Paice JA, Ferrell BR, Malloy P, Virani R, Fennimore LA. (). Oncology End-of-Life Nursing Education Consortium training program: Improving palliative care in cancer. ONF DOI:10.1188/07.ONF.801-807, 34, 801-807. 2007
- Crawley LM, Marshall PA, Lo B, Koenig BA. Strategies for culturally effective end-of-life care. Ann Intern Med 2002; 136:673-679.
- Croxon L, Deravin L, Anderson J. Dealing with end of life—new graduated nurse experiences. Journal of clinical nursing. 2018; 27(1-2):337-344.
- Cruz-Oliver, DM, Talamantes M, Sanchez-Reilly S. What evidence is available on end-of-life (EOL) care and Latino elders? A literature review. AJHPM 2014; 31(1):87-97.
- Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3):1-12.
- Çelik SB. Yas ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk PDR Dergisi 2006; 3(25):105-114.
- Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2010.
- Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. JAREN. 2017; (1):37-42.



- Dahlin CM. Supporting Alternative Families. *CJON* 2001; 5(4):177-8.
- D'Antonio J. End-of-Life Nursing Care and Education: End-of-Life Nursing Education Past and Present. *JCN* 2017; 34(1):34–38.
- Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. *JNSD* 2005; 21(1):19–23.
- Demircioğlu G. Geçerlik ve Güvenirlik. Karip, E.Editör, Ölçme ve Değerlendirme. 7. Baskı, Ankara, Pegem Akademi.2015; 90-118.
- Deniz, KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarılama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2007; 40(1):1-16.
- Deravin-Malone L, Croxon L, McLeay M, Anderson J. End of life care. In L. Deravin-Malone, J. Anderson (Eds.), *Chronic care nursing: A framework for practice* London: Cambridge University Press. 2016b; 273-288.
- Deravin-Malone, LD, Anderson J, Croxon L. Are newly graduated nurses ready to deal with death and dying?-A literature review. *Nurs Palliat Care*. 2016a; 1(4):89-93.
- Dickinson GE. End-of-life issues in U.S. nursing school curricula: 1984-2006. *Progress in Palliative Care* 2006; 14(4):165–167.
- Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. *Cumhuriyet Hem Der* 2013; 2:1-7.
- Dobbins EH. The impact of end-of-life curriculum content on the attitudes of associate degree nursing students toward death and care of the dying. *Teaching and Learning in Nursing*. 2011; 6(4):159-166.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *ONF* 2005; 32(1),97.
- Düzgün G, Uzun M, Topaloğlu Ö, Taşkıran E, Köse T, Akar H. Dahiliye yoğun bakım ve palyatif bakım hizmeti almış hastaların yakınlarının yas süreçlerinin karşılaştırılması. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2016; 2(4):250-255.
- Early BP, Smith ED, Todd L, Beem T. The needs and supportive networks of the dying: an assessment instrument and mapping procedure for hospice patients. *AJHPM* 2000; 17(2):87-96.
- Ecevit Alpar Ş, Bahçecik N, Karabacak Ü. Çağdaş Hemşirelikte Etik (çeviri)'de. 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 5-263.
- Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end- of- life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 2014; 23(21-22):3188-3196.

- Egan KA, Arnold RL. Grief and Bereavement Care: With sufficient support, grief and bereavement can be transformative. *AJN* 2003; 103(9):42-52.
- Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2014; 5:48-53.
- Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *JAN* 2000; 31(3):623-630.
- Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012; 54:329-334.
- Ellez AM, Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler. Tanrıöğen, A. Editör, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 2014; 167-188.
- Enns CL, Sawatzky JAV. Emergency nurses' perspectives: Factors affecting caring. *Journal of Emergency Nursing* 2016; 42(3):240-245.
- Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal* 2017; 29(1).
- Erdine S. *Ağrının Kitabı*. 3. Baskı, İstanbul, Hayy Kitap. 2016; 7-12.
- Erdoğan S. Nitel Araştırmalar. Erdoğan S., Nahçıvan N., Esin MN. Editörler, *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Etik*. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 148-149.
- Ergül Ş, Temel AB. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23(1):75-87.
- Ersin P, Bayyurt Y. Odak Grup Görüşmeleri. Seggie FT., Bayyurt Y. Editörler, *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları*. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2015; 201-215.
- Esin M. N, Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahçıvan N, M. N. Esin Editör. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1 Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 193-231.
- Eşer İ, Çetin P, Orkun N. Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamalara İlişkin Görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018; 34(1):79-90.
- Eti Aslan F, Kan Öntürk ZK. Ağrı ölçümü ve değerlendirilmesi. Eti Aslan F. Editör. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014; 67-100.
- Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag* 2007; 12(6):339-344.

- Eyigör C, Uyar M. Ağrı. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 271-288.
- Fadiloğlu Ç, Ateş M. Palyatif bakımda çok boyutlu hasta değerlendirmesi. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonubakım,1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 31-56.
- Fadiloğlu Ç, Hançerlioğlu S. Yaşam sonu bakım ve ölüm. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 701-726.
- Fadiloğlu Ç. Palyatif bakım. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017a; 1-29.
- Fadiloğlu Ç. Palyatif bakımda semptom yönetimi. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017b; 233-252.
- Felt DH, Early JL, Welk TA. Attitudes, values, beliefs, and practices surrounding end-of-life care in selected Kansas communities. *AJHPM American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2000; 17(6):401-406.
- Ferrell B, Malloy P, Virani R. The end of life nursing education nursing consortium project. *Ann Palliat Med* 2015; 4(2):61-69.
- Ferrell B, Virani R, Grant M. Analysis of end-of-life content in nursing textbooks [Abstract]. *ONF* 1999; 26(5):869-876.
- Ferrell B, Virani R, Paice JA, Coyle N, Coyne P. Evaluation of palliative care nursing education seminars. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 10 74-79.
- Ferrell BR, Virani R, Grant M, Rhome A, Malloy P, Bednash G, Grimm M. Evaluationof the End-of-Life Nursing Education Consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8(1):107-114.
- Ferris FD, Gunten CF, Emanuel LL. Competency in End-of-Life Care: Last Hours of Life. *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6(4):605-613.
- Filiz NY, Dikmen Y. Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. *J hum rhythm* 2017; 3(2):95-100.
- Fleming J, Farquhar M, Brayne C, Barclay S. Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration. Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care-qualitative research within a population-based cohort study. *PloS one* 2016, DOI:10.1371/journal.pone.0150686.
- Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The empiricalbasis for determinations of medical futility. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(10):1083-9.

- Georges JJ, Grypdonck M, Casterle D, Dierckx B. Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of clinical nursing* 2002; 11(6):785-793.
- Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *J Cult Divers* 2006; 13(1): 3-9.
- Gizir CA, Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 2(2):195-213.
- Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard* 2000; 14:32-36.
- Gökçınar D. Palyatif bakımda ağrı tedavisi. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım.1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014; 31-43.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5(1):3-14.
- Graeff A, Dean M. Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards. *Journal of palliative medicine*, 2007; 10(1). DOI: 10.1089/jpm.2006.0139.
- Gross AG. Pediatric end-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *J Hosp End Life Nurs* 2008; 8:92-102.
- Gülbağçe Ö. K.K. Eğitim Fakültesi öğrencilerinin iletişim becerilerinin incelenmesi. *Atabesbd* 2010; 12(2):12-22.
- Güler A., Halıcıoğlu MB., Taşgın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma. 2. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2015; 127-129.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010; (1):1-6.
- Güner P. Kötü Haber Verme. *HEAD* 2006; 3(2):6-9.
- Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezani N, Tarighat M. Perspectives of Patients and Nurses on Caring Behaviors of Nurses. *Hayat*. 2011; 17(4):36-45.
- Heaston S, Beckstrand RL, Bond AE, Palmer SP. Emergency nurse's perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2006; 32(6):477-485.
- Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, Haase JE. Novice nurses' experiences with palliative and end-of-life communication. *JOPON* 2015; 32(4):240-252.

- Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44(5): 525-33.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>, Erişim tarihi: 24.06.2017.
- <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.08.2018.
- <https://www.ahajournals.org/journal/circ> Erişim tarihi: 26.08.2018.
- Iranmanesh S, Abbaszadeh A, Dargahi H, Mohammad Ali C. Caring for people at the end of life: Iranian oncology nurses' experiences. *Indian J Palliat Care*. 2009; 15:141-7.
- Işık E, Fadiloğlu , Demir Y. lme karşı tutum leğinin Türkçe evirisinin hemşire poplasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik alışması. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009; 11:28-43.
- İnci F, z F. Palliative Care And Death Anxiety, Current Approaches İn Psychiatry 2012; 4(2):178-187.
- Johansson N, Lally T. Effectiveness of a death education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega: Journal of Death & Dying* 1991; 22(1):25-33.
- Jovanovic M. Cultural competency and diversity among hospice palliative care volunteers. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29(3):165-170.
- Kagawa-Singer M, Blackhall LJ, Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life "You Got to Go Where He Lives". *JAMA*. 2001; 286:2993-3001.
- Kahveci K. Palyatif bakımda semptom yönetimi. Gökçınar D, Kahveci K. Editörler. *Palyatif Bakım*, 1. Baskı, İstanbl, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014; 7-30.
- Kandarian B, Morrison RS, Richardson LD, Ortiz J, Grudzen CR. Emergency department-initiated palliative care for advanced cancer patients: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15(1):251.
- Karabacak , oşkuner Potur D. Katharine Kolcaba: Konfor Teorisi. Karadağ A, alışkan N, Gmen Baykara Z. Editörler, *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*, 1.Baskı, İstanbül, Akademi Basın. 2017:654-673.
- Karadağ M, Işık O, Cankul, İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015; 17(1):160-179.
- Karadakovan A. Deliryum. Yıldırım Y, Fadiloğlu . Editörler, *Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım*, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 393-412.
- Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2014; 40:39-40.

- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi Kavramlar İlkeler Teknikler. 28. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2015; 148-151.
- Karnik S, Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare*. 2016; 4, 24; doi:10.3390/healthcare4020024.
- Kav S. Bulantı ve kusma. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 347-362.
- Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a 152 course on death and dying: a controlled comparison. *Journal of Cancer Education* 1994; 9(2):77-81.
- Kebudi R. Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. *Turk J Oncol* 2006; 21(1):37-41.
- Keskin GU. Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 21(2):125-134.
- Khraisat OM, Alakour NA, O'Neill TM. Pediatric end-of-life care barriers and facilitators: Perception of nursing professionals in Jordan. *Indian J Palliat Care* 2017; 23:199-206.
- Kızıltepe SK, Koç Z, Duran L. The effect of status and frequency of confronting death in emergency nurses on attitude towards death. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2017; 34(3):167-173.
- Kim S, Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life- sustaining treatment and advance directives. *Nursing Ethics* 2003; 10(6):624-637.
- Kirchhoff KT, Beckstrand RL, Anumandla PR. Analysis of end-of-life content in critical care nursing textbooks [Abstract]. *Journal of Professional Nursing* 2003; 19(6):372-381.
- Kirchhoff KT, Spuhler V, Walker L, Hutton A. Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *American Journal of critical care*. 2000; 9(1):36.
- Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1):13-22.
- Koç Z. Acil hemşireliği, tarihi perspektif, Duran, L. Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de, 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 3-7.
- Koenig BA, Gates-Williams J: Understanding cultural difference in caring for dying patients, In *Caring for Patients at the End of Life [Special Issue]*. *West J Med* 1995; 163:244-249.

- Kopp W, Hanson MA. High-fidelity and gaming simulations enhance nursing education in end-of-life care. *Clinical Simulation in Nursing*. 2012; 8(3): e97-e102.
- Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*. 2010: 218-225.
- Köktürk Dalcı B, Şendir M. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg* 2016; 24(1):1-9.
- Kruse BG, Melhado LW, Convertine L, Stecher J. Evaluating strategies for changing acute care nurses' perceptions on end-of-life care. 2008; 25(5):389–397.
- Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in palliative care. *Seminars in oncology nursing* 2005; 21(1):2-10.
- Kübler-Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri, Çev. Ed. G. Terakye, Hürbilek Matbaacılık, Ankara.1995; 12-7.
- Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol. Nurs. Forum* 2008; 35(6):955–959.
- Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care* 2009; 14:110-21.
- Leininger M. What is transcultural nursing and culturally competent care? *TCN Journal of Transcultural Nursing* 1999; 10(1):9.
- Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevrøy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process—perspectives of relatives. *Nurs Ethics*. 2012; 19:666-676.
- Lobar SL, Youngblut JM, Brooten D. Cross-Cultural Beliefs, Ceremonies, and rituals surrounding death of a loved one. *Pediatric Nursing* 2006; 32(1):44-50.
- Madani M. Ethical considerations of futile care. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2):31–42.
- Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2003; 19(5):305–312.
- Matzo ML, Sherman DW, Nelson-Marten P, Rhome A, Grant M. Ethical and legal issues in end-of-life care: content of the End-of-Life Nursing Education Consortium curriculum and teaching strategies. *JNPD* 2004; 20(2), 59-66.
- Matzo ML, Sherman DW, PhD, Karen L, MS, Egan KA, Grant M, Rhome AA. Strategies for Teaching Loss, Grief, and Bereavement. *Nurse Educator* 2003b; 28(2)71-76.

- Matzo ML, Sherman DW, Sheehan DC, Ferrell BR, Penn B. Communication skills for end-of-life nursing care: Teaching strategies from the ELNEC curriculum. *Nursing education perspectives* 2003a; 24(4):176-183.
- Maysui M, Braun K. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adult. *Int J Palliat Nurs* 2010; 16:1-9.
- McCahill L, Ferrell B. Evidence-based case reviews: palliative surgery for cancer pain. *WJM* 2002; 176(2),107.
- McClain K, Perkins P. Terminally ill patients in the emergency department: a practical overview of end-of-life issues. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28(6):515-522.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *IJNS* 2002; 39(7): 723-34.
- McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20:1757-1767.
- Mcsherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *JCN* 2006; 15:905-917.
- Meltzer S, Huckabay M. Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13(3):202-208.
- Menekli Amaç T. Yoğun bakım ve yaşam sonu bakım. Durmaz Akyol A. Editör, Yoğun bakım hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevleri. 2017; 415-435.
- Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(4):222-229.
- Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *The Permanente Journal* 2014; 18(2):77.
- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL & et al. The Relationship Between Moral Distress and Perception of Futile Care in the Critical Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23: 256-263.
- Mutto EM, Cantoni MN, Rabhansl MM, Villar MJ. A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires, Argentina. *Journal of palliative medicine*. 2012; 15(1): 93-98.
- Neville TH, Wiley JF, Yamamoto MC & et al. Concordance of Nurses And Physicians On Whether Critical Care Patients Are Receiving Futile Treatment. *AJCC* 2015; 24(5):403-410.
- Norton CK, Hobson G, Kulm E. Palliative and end-of-life care in the emergency department: guidelines for nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37(3):240-245.



- Okçin F. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi. 2017.
- Oldnall A. A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. JAN 1996; 23:138-144.
- Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı, Eskişehir, Nisan Kitabevi. 2016; 71-88.
- Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H & et al. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012; 1:1-10.
- Özel Yalçınkaya S. “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Ölçeği”nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2016:22.
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Pace JC, Lunsford B. (2011). The evolution of palliative care nursing education. HPNA 2011; 13(65):8–19.
- Palda VA, Bowmna KW, Mclean RF & et al. “Futile” Care: Do We Provide It? Why? a Semi Structured, Canada-Widesurvey of intensive care unit doctors and nurses. Journal of Critical Care. 2005; 20:207-213.
- Pattison N, Carr SM, Turnock C, Dolan S. ‘Viewing in slow motion’: patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end of life care in critical care. Journal of clinical nursing. 2013; 22(9-10):1442-1454.
- Pavlish C, Ceronsky L. Oncology nurses’ perceptions about palliative care. Oncology Nursing Forum 2007; 34(4):793–800.
- Pavlish C, Ceronsky L. Oncology nurses’ perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. Clin J Oncol Nurs. 2009; 13:404–12.
- Perkins HS, The Symptoms and Signs of Dying. A Guide to Psychosocial and Spiritual Care at the End of Life, 2016; 11. DOI 10.1007/978-1-4939-6804-6\_2
- Pesut B, Sawatzky R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. Nursing Inquiry 2005; 13,127-134.
- Puchalski CM, Ferrell B. Making health care whole. Integration spirituality into patient care. West Conshohocken: Templeton Press 2010.

- Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M, Phillips JL. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia–Sydney experience. *Collegian*. 2010; 17(2): 85-91.
- Ross L. Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *JCN* 2006; 15:852–862.
- Rousseau P. Palliative Sedation in the Management of Refractory Symptoms. *J Support Oncol* 2004; 2:181–186.
- Royak-Schaler R, Gadalla S, Lemkau J, Ross D, Alexander C, Scott D. Family perspectives on communication with healthcare providers during end-of-life cancer care. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(4):753.
- Sabuncu N, Alpar Ş, Özdilli K. Ölüm ve Ölümcül Hasta Bakımı. Sabuncu N. Editör, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ankara, Alter yayıncılık, 2014; 579-588.
- Sayın Kasar K, Yıldırım Y. Konstipasyon. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Editörler, Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım, 1. Baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 533-549.
- Schim S, Doorenbos A. A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *Journal of Social Work End Life Palliative Care* 2010; 6(3-4):256-270.
- Schlairet MC. End-of-life nursing care: Statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*. 2009; 25(3):170-177.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics* 2008; 15:304-321.
- Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician* 2005; 71(3):515-522.
- Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2015; 65-76.
- Sherman DW, Matzo ML, Coyne P, Ferrell BR, Penn BK. Teaching symptom management in end-of-life care the didactic content and teaching strategies based on the end-of-life nursing education curriculum. *JNSD* 2004; 20(3):103–115.
- Sherman DW, Matzo ML, Rogers S, McLaughlin M, Virani R. Achieving quality care at the end of life: a focus of the End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) curriculum. *JNPD* 2002; 18(5):255-262.
- Sherman DW, Matzo ML, Pitorak E, Ferrell BR, Malloy P. Preparation and care at the time of death: content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *Send to J Nurses Staff Dev*. 2005 May-Jun; 21(3):93-100.

- Shrank WH, Kutner JS, Richardson T, Mularski RA, Fischer S, Kagawa-Singer M. Focus group findings about the influence of culture on communication preferences in end-of-life Care. *J Gen Intern Med* 2005; 20:703–709.
- Skilbeck J, Payne S. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *JAN* 2003; 43(5):521–530.
- Sönmez V., Alacapınar FG. *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 4. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2016b; 130-163
- Sönmez V., Alacapınar FG. *Sosyal Bilimlerde Ölçme Aracı Hazırlama*. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2016a; 39-72.
- Susana L, Huckabay ML. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *AJCC* 2004; 13(3):202-207.
- Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(3):341-344.
- Şen S, Aygin D, Sert H. Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. *OTJHS* 2016; 1(1):21-35.
- Şencan H. *Reliability and Validity in Social and Behavioral Measurements*, Ankara: Seçkin Publishing, 1st Ed. 2005; 105-403.
- Şener A, Çınarlı T. Acil serviste palyatif ve yaşam sonu bakım. Duran, L.Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de, 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 164-173.
- Şentürk SE. Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2013; 31-85.
- Taylor EJ. Spirituality, culture, and cancer care. *Seminars in Oncology Nursing* 2001; 17(3):197-205.
- Tazegün A, Çelebiloğlu A. Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2016; 6(2):97-102.
- Tel Aydın H, Öztürk Birge A. Ağrı ajitasyon/sedasyon ve deliryum yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği*. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevleri. 2017; 263-300.
- Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *JHCPU* 1998; 9(2):117-125.
- Terzi K. *Kanser Tanılı Hastalar ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Yaşam Sonu Dönem ve Bakımı*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2018

- Tilden VP, Tolle SW, Drach LL, Perrin NA. Out-of-hospital death: Advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(4): 532-9
- Topgöl K. Yaşam sonu bakımı ve cerrahi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2016; 9(1):56-64.
- Truog RD1, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, DeVita MA, Rosenbaum SH, Rothenberg DM, Sprung CL, Webb SA, Wlody GS, Hurford WE. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical care medicine* 2001; 29(12):2332-2348.
- Tutuk A, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Nurs J* 2002; 6(2):36-41.
- Tütüncü R, Günay H. Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Med J* 2011; 38:257–262.
- Van Leeuwen R, Tiesinga L, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs*. 2006; 15:875–884.
- Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *JAN* 2010; 66(7):1543–1555.
- Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, Armstrong P. *Palliative care adult network guidelines*, 3 ed. London: National Health Service; 2011.
- White KR, Coyne PJ, Patel UB. Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *JNS* 2001; 33(2):147-151.
- Wilden BW, Nancy W. Concept of pre-death restlessness in dementia. *J Gerontol Nurs* 2002; 28,10:24.
- Winzelberg GS, Hanson LC, Tulsy JA. Beyond autonomy: diversifying end-of-life decision-making approaches to serve patients and families. *JAGS* 2005; 53(6):1046-1050.
- Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis. 1994; 121-148.
- Yalçinkaya Ö. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi. 2017; 22.
- Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' experiences of futilecare at intensive care units: a phenomenological study. *CCSE* 2015; 7(4):235.

- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yılmaz E, Vermişli S. Determining intensive care nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *CBUSBED* 2015; 2:41-46.
- Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009; 3:41-52.
- Yılmaz Z. Yaşam sonu bakım eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin bilgi ve tutumlarına etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi. 2015.
- Yiğit R, Hasta ve ailesine ölümlerinde yardım etme. *Cumhuriyet Nurs J* 1998; 2(2):9-15.
- Zaybak A, Erzincanlı S. Attitudes of nurses towards death. *UHD* 2016; 6:16-29.
- Zeng TY, Che FJ, Yang XM, Fang PQ. Investigation on attitudes of the patients with cancer towards the treatment of advanced cancer and death. *J. Nurs. Sci.* 2008; 23(7):71-73.
- Zerwekh JV. Ethical Issues at the End of Life. *Nursing Care at the End of Life Palliative Care for Patients and Families*.2006b; 179-210.
- Zerwekh JV. The End of Life and End-of-Life Caregiving. *Nursing Care at the End of Life Palliative Care for Patients and Families*.2006a; 3-20.
- Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 2015; 52(1):288-296.

## **EKLER**

### **Ek 1: Anket Formu**

#### **Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler**

Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİZ.

Öğr. Gör. Asuman ŞENER

OMÜ SHMYO

#### **TANITICI BİLGİ FORMU**

**1.Yaş:**

**2.Medeni durum:** ( )Evlü ( )Bekar

**3.Cinsiyet:** ( )Kadın ( )Erkek

**4.Çocuk sahibi olma durumu:** ( )Var ( )Yok

**5.Ailenizin toplam aylık geliri:.....**

**6.Aile yapısı:** ( )Çekirdek aile ( )Geniş aile ( )Parçalanmış aile

**7.Eğitim durumu:** ( )Sağlık meslek lisesi ( )Ön lisans ( )Lisans ( )Yüksek lisans ( )Doktora

**8.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....**

**9. Acil serviste kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....**

**10. Çalıştığınız acil servisin türü:** ( )Erişkin acil servis ( )Çocuk acil Servis

( )Erişkin ve çocuk acil servis

**11. Acil servisteki göreviniz:** ( )Acil servis hemşiresi ( )Servis sorumlu hemşiresi

( )Acil yoğun bakım hemşiresi

**12.Acil hemşireliği yapabilmek için sertifikanız var mı?**

( )Evet ( )Hayır

**13.Mesleğinizle ilgili almış olduğunuz başka sertifikalarınız var mı?**

( )Evet ( )Hayır

EK-1 Devam

14.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:.....

15.Hastanedeki çalışma statünüz: ( )Kadrolu ( )Sözleşmeli

16.Çalışma şekliniz: ( )Sürekli gündüz ( )Vardiyalı ( )Diğer(belirtiniz):.....

17.Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....

18. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

19.İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

( )Mükemmel ( )Çok iyi ( )İyi ( )Kötü ( )Çok kötü

20. Acil serviste çalışmaktan memnun musunuz? ( )Memnunum ( )Memnun değilim ( )Kısmen memnunum

21.Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz? ( )İsteyerek ( )Kısmen İsteyerek ( )İstemeyerek

22. Mesleğinizi kendinize uygun buluyor musunuz?:

( )Mesleğimi kendime uygun buluyorum  
( )Mesleğimi kendime kısmen uygun buluyorum  
( ) Mesleğimi kendime hiç uygun bulmuyorum

23. Hastaları anlama ve onlara uygun yaklaşımda bulunma konusunda kendinizi genel olarak yeterli hissediyor musunuz?

( )Hiçbir zaman ( )Bazen ( )Her zaman

24. Çalıştığınız kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarınız destekleniyor mu?

( )Evet ( )Hayır ( )Kısmen

25.Çevrenizdeki insanlarla iletişiminiz ve ilişkileriniz nasıldır?( )İyi ( )Orta ( )Kötü

26.Hiç ölüm tehlikesi atlattınız mı? ( )Evet ( )Hayır

27.Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi? ( )Evet ( )Hayır

28.Birinci derece yakınlarınız içinde ölüm riski olan herhangi bir hastalığa sahip olan var mı? ( )Evet ( ) Hayır

29.Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinir misiniz? ( )Evet ( )Hayır

30.Ölümü ne sıklıkta düşünürsünüz?

( )Nadiren (ara sıra aklıma gelir) ( )Ara sıra (ayda bir yada daha az)  
( ) Sıkça ( en az haftada bir) ( )Çok sık ( en az günde bir ya da hafta da birkaç kez.)

31.Ölüm durumu ile karşılaşmak mesleğe bakış açınızı etkiliyor mu?

( )Hiçbir zaman ( )Bazen ( )Nadiren ( )Çoğu zaman ( )Her zaman

**EK-1 Devam**

**32.Mesleki eğitiminiz sırasında ölüm hakkında hiç eğitim aldınız mı?**

Evet Hayır

**33.Mezuniyet sonrasında ölüm hakkında eğitim aldınız mı?**

Evet Hayır

**34.Acil serviste ölüm anında verilen bakımı yeterli buluyor musunuz?**

Evet Hayır Kısmen

**35.Hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendiriyor musunuz?**

Hiçbir zaman Bazen Nadiren Çoğu zaman  Her zaman

**36.Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşur musunuz?**

Hiçbir zaman Bazen Nadiren Çoğu zaman  Her zaman

**37.Hastalarınıza bakım verirken onların spiritual gereksinimlerini, kültürel değerlerini göz önünde bulundurur musunuz?**

Hiçbir zaman Bazen Nadiren Çoğu zaman  Her zaman

**38.Yaşam sonu bakım ile ilgili düzenlenecek bir hizmet içi eğitim programına katılmak ister misiniz? Evet Hayır**

**39.Sizce yaşam sonu bakım sunduğunuz hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam edilmeli mi? Evet Hayır**

**40.Sizce hemşireler son derece sınırlı olan zaman ve enerjilerini ölmek üzere olan bir hasta için kullanmalı mı? Evet Hayır**

**41.Sizce ölmek üzere olan hastaya yaşam sonu bakım verilmeli mi? Evet Hayır**



## EK-2 Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği

Kod # .....

### ACİL HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIM ALGILARI

Günümüzde yaşamın son zamanları önemli bir yaşam aşaması olarak görülmektedir. Acil servis hemşireleri sıklıkla hayatlarının sonunda bulunan veya ölmek üzere olan hastaların bakımını sağlamak ile sorumludurlar. Acil olarak yaşamın desteklenmesi için oluşturulmuş çevrelerde hastaların ölmesi hemşireler için bakım ikilemi ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin daha uygun ortamlarda ve daha nitelikli yaşam sonu bakımı verebilmelerine katkı sağlamaya yönelik önerileri belirlemek amacıyla aşağıdaki sorular hazırlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar ve sağlayacağınız katkı çok önemli ve değerlidir. Katkı ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel engellere yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için **ne düzeyde** bir **engel** olduğunu ve bu **engel** ile **ne sıklıkla** karşılaştığınızı, ilgili sayının altındaki daireyi ve kareyi doldurarak işaretleyiniz.

		0=Engel Değil	1=Çok Küçük Engel	2= Küçük Engel	3=Orta Düzey Engel	4=Büyük Engel	5= Çok Büyük Engel	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur
1.	Hemşirenin, ölmek üzere olan hastalara ve/veya ailelerine bakım verirken rahat olmaması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
2.	Hastanın kötü prognozu hakkında doktorun söylediklerini ailelerin kabul etmemesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
3.	Hemşirenin hastaya bakım verdiği sırada kendini kaybetmiş aile üyeleri ile de uğraşmak zorunda kalması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
4.	Yaşam desteğinin kullanılmasına onay verilip verilmemesi hakkında aile içi anlaşmazlık çıkması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
5.	Hastanın bakımının nasıl yapılması gerektiği ile ilgili hemşirenin düşüncelerinin sorulmaması, önemsenmemesi veya dikkate alınmaması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
6.	Hemşirenin tüm zamanını hastanın yaşamını kurtarmaya yönelik eylemlerle harcaması nedeniyle, kaliteli bir yaşam sonu bakımı sağlayacak kadar zamanının kalmaması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
7.	Acil servislerin kötü tasarlanması nedeniyle ölmek üzere olan hasta ve kederli aile üyelerinin mahremiyetinin	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

	sağlanamaması.												
8.	Resüsitasyon sırasında aile üyelerinin acil servis odasında bulunmalarının kısıtlanması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
9.	Hastanın kontrol edilmesi ve hafifletilmesi zor olan ağrısının olması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
10	Ailelerin, ölmekte olan yakınları için yas tutarken sergiledikleri kültürel farklılıklarla başa çıkma.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
11	Aileye destek verecek sosyal hizmet uzmanı veya din görevlisi gibi birinin olmaması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
12	Hastanın yazılı olarak istemediğini belirtmesine rağmen ailenin isteği üzerine yaşam desteği uygulamalarının devam ettirilmesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel engellere yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için **ne düzeyde** bir **engel** olduğunu ve bu **engel** ile **ne sıklıkla** karşılaştığınızı, ilgili sayının altındaki daireyi ve kareyi doldurarak işaretleyiniz.

		0=Engel Değil	1=Çok Küçük Engel	2= Küçük Engel	3=Orta Düzey Engel	4=Büyük Engel	5= Çok Büyük Engel	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur
13	Hasta ailesinin gerçek veya olası yasal eylem tehditi nedeniyle kötü prognoza sahip bir hasta için resüsitasyona devam edilmesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
14	Hastanın ölümünden sonra yeni bir hasta kabul edilebilmesi için yas tutan ailenin odadan çıkarılması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
15	Hastada ağrı veya rahatsızlığa neden olsa bile ölmek üzere olan hasta için tedaviye devam edilmesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

16	Aile ve arkadaşlarının, hastanın güncel durumu hakkında bilgi almak için, bu amaçla belirlenen aile üyesini aramak yerine sürekli olarak hemşireyi araması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
17	Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakımı ve ailelerin yas tutma süreci ile ilgili yeterli eğitiminin olmaması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
18	Hastalık ilerleyip ölüm kaçınılmaz olduğu halde, bazı doktorların hastanın ölmesine izin vermemesi	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
19	Resüsitasyon sırasında çok fazla aile üyesinin odada bulunmasına izin verilmesi	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
20	Yeni bir hasta kabulü için hemşireye ihtiyaç duyulması veya başka bir hemşirenin yardım ihtiyacının karşılanması için, hasta ve ailesinin yanındayken çağırılmak.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
21	Acil hemşiresinin çok fazla iş yükü olması nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara bakım sağlamak ve aileleriyle ilgilenmek için yeterli zamanının olmaması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
22	Aile üyelerinin “hayat kurtarma uygulamalarının” gerçekten ne anlama geldiğini anlamamaları. Örneğin birden fazla iğnenin ağrıya ve morarmaya neden olması, endotrakeal tüpün hastanın konuşmasına izin vermemesi ya da göğüs kompresyonu sırasında kaburgaların kırılabilmesi gibi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
23	Hemşirenin hastanın farmakolojik sedasyon veya deprese nörolojik durumuna bağlı olarak iletişim kuramaması nedeniyle, tedavi ve testlere devam edilmesi yönündeki isteklerini bilememesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
24	Hemşirenin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda kalması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel engellere yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için **ne düzeyde** bir **engel** olduğunu ve bu **engel** ile **ne sıklıkla** karşılaştığınızı, ilgili sayının altındaki daireyi ve kareyi doldurarak işaretleyiniz.

		0=Engel Değil	1=Çok Küçük Engel	2= Küçük Engel	3=Orta Düzey Engel	4=Büyük Engel	5= Çok Büyük Engel	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur
25	Nedeni ne olursa olsun, ailenin hasta ölürken yanında olmaması	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26	Doktorların aile üyeleri ile konuşmaktan kaçınması	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27	Aynı hastaya bakan birden fazla doktorun hastanın bakımı konusunda farklı görüşlere sahip olması.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28	Doktorların, her ihtimali göz önünde bulundurduklarını söyleyebilmek adına, ölmekte olan hastalara gereksiz testler ve prosedürler uygulamaları.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

29 Yukarıda yer almayan diğer engelleri aşağıda detaylı bir şekilde listeleyiniz. Her engelin büyüklüğünü ve ne sıklıkla ortaya çıktığını tanımlayınız.

a.

b.

c.

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel yardımlara yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için ne kadar büyük bir yardım olduğunu ve bu yardım ile ne sıklıkla karşılaştığınızı ilgili sayının altındaki daireyi ve kareyi doldurarak işaretleyiniz.

		0=Yardımcı Değil	1=Çok Küçük Yardımcı	2= Küçük Yardımcı	3=Orta Düzey Yardımcı	4=Büyük Yardımcı	5= Çok Büyük Yardımcı	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur
30	Hasta hakkında diğer tüm aile üyelerinin bilgilendirilmesi için bir aile üyesinin irtibat kişisi olarak belirlenmesi	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

31	Hastanın beklenen ölümüne aileyi hazırlamak için yeterli zamana sahip olunması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
32	Acil servisin, ailenin özel olarak yas tutabileceği bir alana sahip olacak şekilde tasarlanması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
33	Hastanın tedavisinde yer alan doktorların, bakım konusunda aynı fikirde olması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
34	Hemşirenin bir aile üyesinin ölümü veya kritik hastalığıyla ilgili kendi önceki deneyiminden yararlanması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel yardımlara yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için ne kadar büyük bir yardım olduğunu ve bu yardım ile ne sıklıkla karşılaştığınızı ilgili kutudaki sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

		0=Yardımcı Değil	1=Çok Küçük Yardımcı	2= Küçük Yardımcı	3=Orta Düzey Yardımcı	4=Büyük Yardımcı	5= Çok Büyük Yardımcı	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur
35	Acil tıp teknisyeni/paramedik personelinin ölmek üzere olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
36	Hasta ile ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşma	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
37	Sosyal hizmet uzmanı, süpervizör hemşire veya din görevlisinin yas tutan ailenin primer bakımını üstlenmesine izin verme.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
38	Aileye ölmek üzere olan hastasının yanında “Hala sizi duyabiliyor, onunla konuşabilirsiniz” gibi ifadeler kullanılarak nasıl davranacağını anlatmak.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
39	Bazı zamanlar bakım saatleri ile çıkışacak olsa da ailelerin ölmekte olan hastaya sınırsız olarak erişmelerine izin verme.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

40	Hasta öldüğü zaman aile üyeleri için yatağın etrafında uygun, huzurlu insan onuruna yaraşır bir ortam sağlanması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
41	Hasta öldükten sonra, aile üyelerine hastayla yalnız kalmaları için yeterli zamanın verilmesi.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
42	”Sen hasta için yapabileceğin herşeyi yaptın” diyen yada destekleyici diğer sözler söyleyen bir hemşire arkadaşına sahip olma	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
43	Hastanızın ölümünden sonra, elini omzunuza koyan, size sarılan, sırtınızı sıvazlayan veya başka bir fiziksel destekte bulunan bir meslektaşınızın olması.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
44	Hastanızın ölümünden sonra kısa bir an departmandan ayrıldığınızda diğer hastalarınızın bakımını üstlenecek bir hemşire arkadaşına sahip olma	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
45	Hastanızın ölümünden sonra, çalışma ortamının dışında sizi dinleyecek destekleyici birinin olması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
46	Ölen hastanıza verdiğiniz bakım için size teşekkür eden ya da başka bir yolla takdir eden aile üyelerinin olması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
47	Ölmekte olan hasta için bakım veren hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimin olması	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
48	Aile üyelerinin hastanın ölmek üzere olduğunu kabul etmeleri	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

Aşağıdaki maddeler, ölmek üzere olan hastalara ve ailelerine yaşam sonu bakımı sağlarken karşılaştığınız muhtemel yardımlara yönelik algılarınız ile ilgilidir. Her maddeyi okuduktan sonra, bu maddenin ölmek üzere olan hastalara bakım sağlarken sizin için ne kadar büyük bir yardım olduğunu ve bu yardım ile ne sıklıkla karşılaştığınızı ilgili kutudaki sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

	0=Yardımcı Değil	1=Çok Küçük Yardımcı	2= Küçük Yardımcı	3=Orta Düzey Yardımcı	4=Büyük Yardımcı	5= Çok Büyük Yardımcı	0=Hiçbir Zaman Olmaz	1= Neredeyse Hiçbir Zaman Olmaz	2=Bazen Olur	3=Sıklıkla Olur	4=Çok Sık Olur	5=Her Zaman Olur	
49	Hasta öldükten sonra, ailenin acil servisten ayrılmadan önce imzalaması gereken tüm belgeleri sizin için bir araya getirecek yardımcı personelin olması	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
50	Ölmek üzere olan hastanın mahremiyetini sağlayacak şekilde tasarlanmış bir acil servis departmanı.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
51	Hastalara ve ailelerine uygun bir yaşam sonu bakımı sağlamak için gerekli eğitimin alınması	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
52	Travmatik bir ölümden sonra profesyonel bilgi alma oturumuna katılım fırsatının olması	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

53 Yukarıda belirtilmeyen yardımcı davranışları belirtiniz. Yardımcı davranışın hangi büyüklükte ve hangi sıklıkta meydana geldiğini belirtiniz.

a.

---

b.

54 Ölmekte olan acil servis hastalarına sağlanan yaşam sonu bakımın bir yönünü değiştirme gücünüz olsa neyi değiştirirdiniz?

---



---



---

Şimdi lütfen aşağıdaki kutulardan uygun olanlarını işaretleyerek kendiniz hakkında bilgi verin.

55.Kaç yıllık çalışma deneyimine

sahipsiniz?

56.Acil serviste kaç yıllık çalışma

deneyiminiz var?

57.Cinsiyetiniz?  Erkek  Kadın

58.Hangi yıl doğdunuz? 19

59. Tamamlamış olduğunuz en yüksek eğitim seviyeniz nedir?

- Hemşirelik diploması       Lisans derecesi, Hemşirelik       Yüksek lisans derecesi, Diğer
- Ön lisans derecesi, Hemşirelik       Lisans derecesi, Diğer       Doktora derecesi
- Ön lisans derecesi, Diğer       Yüksek lisans derecesi, Hemşirelik       Diğer .....

60. Hemşirelik kariyeriniz boyunca kaç acil servis hastanıza acil yaşam sonu bakım verdiniz?

- 5'ten az       11 ile 20 arası       30'dan fazla
- 5 ile 10 arası       21 ile 30 arası       Diğer .....

61. Ne tür bir acil serviste görevlisiniz?

- Yetişkin ve Çocuk acil servis       Sadece Yetişkin Acil Servis
- Sadece Çocuk Acil Servis
- Diğer (Lütfen belirtin) .....

62. Hangi kurum türünde çalışıyorsunuz?

- Devlet Hastanesi, Kar amacı gütmeyen Hastane       Federal Hastane
- Devlet Hastanesi, Kar amacı güden Hastanesi       Eyalet Hastanesi
- Diğer .....

Üniversite Tıp Merkezi

Şehir Hastanesi

63. Kurumdaki pozisyonunuz nedir?

- Direk Bakım/Yatakbaşı/Kadrolu Hemşire       Klinik Hemşire Uzmanı       Yönetici
- Sorumlu Hemşire/Kadrolu Hemşire .....       Diğer (Lütfen Belirtiniz)

64. Ünitenizdeki yatak sayısı kaçtır?

65. Genellikle hemşire olarak haftada kaç saat yatak başı bakımı veriyorsunuz?

66. Sertifikalı Acil Servis Hemşiresi olmak için sertifika aldınız mı?

- Hayır (Lütfen 69. Soruya geçiniz).       Evet



67.Şu anda acil servis hemşireliği sertifikana var mı?  Hayır  Evet

68.Acil servis hemşireliği sertifikasına kaç yıldır sahipsiniz?  yıl

69.Hali hazırda başka bir hemşirelik sertifikasına sahip misiniz? Varsa, lütfen listeleyiniz

.....  
.....  
.....

70. Bu çalışma hakkındaki görüşleriniz nelerdir?.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**BU ÇALIŞMAYA KATILIMINIZDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.**

**LÜTFEN ANKETİ BUGÜN KAPALI VE MÜHÜRLÜ BİR ZARF İÇERİSİNDE VEYA  
AŞAĞIDA BELİRTİLEN ADRESE GÖNDERİN:**

**Renea Beckstrand  
P.O. Box 25432, SWKT, Provo, UT 84602**

Sorunuz? 801 422-3873 veya [renea@byu.edu](mailto:renea@byu.edu)

### EK-3 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)	Tamamen katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Biraz katılmıyorum(3)	Kararsızım(4)	Biraz katılıyorum(5)	Katılıyorum(6)	Tamamen katılıyorum(7)
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	1	2	3	4	5	6	7
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ölümden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı	1	2	3	4	5	6	7
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	1	2	3	4	5	6	7
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Ölüm ne yaşamın bir parçasıdır ne de değildir.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	1	2	3	4	5	6	7
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır	1	2	3	4	5	6	7
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır	1	2	3	4	5	6	7
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	1	2	3	4	5	6	7
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim	1	2	3	4	5	6	7
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir	1	2	3	4	5	6	7

**EK-4 Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği**

<b>Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum(1)</b>	<b>Katılıyorum (2)</b>	<b>Kararsızım(3)</b>	<b>Katılmıyorum(4)</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum(5)</b>
1.Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	1	2	3	4	5
2.Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	1	2	3	4	5
3.Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4.Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine(cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5.Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6.Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7.Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	1	2	3	4	5
9. Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10.Maneviyatın, kişinin yaşamını, 'şimdi ve burada' yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11.Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12.Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
13.Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14.Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	1	2	3	4	5
15.Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16.Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
17.Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5

# EK-5 Emergency Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Questionnaire

Code # \_\_\_\_\_

## EMERGENCY NURSES' PERCEPTIONS OF END-OF-LIFE CARE

The end of life is currently being recognized as an important life phase. Emergency nurses are frequently responsible for care of patients who are at the end of life and dying. Care dilemmas arise for nurses as dying patients are in an environment created to emergently support life.

The following items pertain to your perceptions of possible **obstacles** to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the **circle** that most closely characterizes how **large an obstacle** you have found each item to be then mark the **box** for how **frequently** you have experienced the obstacle as you have cared for dying patients.

0 = Not an Obstacle  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Obstacle  
 3 = Medium Obstacle  
 4 = Large Obstacle  
 5 = Extremely Large

0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

1. The nurse not being comfortable caring for dying patients and/or their families.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
2. Families not accepting what the physician is telling them about the patient's poor prognosis.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
3. The nurse having to deal with distraught family members while still providing care for the patient.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
4. Intra-family disagreements about whether to approve the use of life support.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
5. When the nurses' opinion about the direction patient care should go is not requested, not valued, or not considered.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
6. Not enough time to provide quality end-of-life care because the nurse is consumed with activities that are trying to save the patient's life.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
7. Poor design of emergency departments which do not allow for privacy of dying patients or grieving family members.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
8. Restriction of family members in the ED room during resuscitation.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
9. The patient having pain that is difficult to control or alleviate.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
10. Dealing with the cultural differences that families employ in grieving for their dying family member.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
11. No available support person for the family such as a social worker or religious leader.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
12. Employing life sustaining measures at the families' request even though the patient had signed advanced directives requesting no such treatment.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □

The following items pertain to your perceptions of possible **obstacles** to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the **circle** that most closely characterizes how **large an obstacle** you have found each item to be then mark the **box** for how **frequently** you have experienced the obstacle as you have cared for dying patients.

0 = Not an Obstacle  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Obstacle  
 3 = Medium Obstacle  
 4 = Large Obstacle  
 5 = Extremely Large

0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

13. Continuing resuscitation for a patient with a poor prognosis because of the real or imagined threat of future legal action by the patient's family.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
14. Pressure to limit family grieving after the patient's death to accommodate a new admit to that room.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
15. Providing treatments for a dying patient even though the treatments cause the patient pain or discomfort.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
16. Family and friends who continually call the nurse wanting an update on the patient's condition rather than calling the designated family member for information.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
17. Lack of nursing education and training regarding family grieving and quality end-of-life care.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
18. Physicians who won't allow the patient to die from the disease process.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
19. Too many family members being allowed in the room during resuscitation.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
20. Being called away from the patient and their family because of the need to help with a new admit or to help another nurse care for his/her patients.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
21. The ED nurse having too high a work load to allow for adequate time to care for dying patients and their families.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
22. Family members not understanding what "life-saving measures" really mean, i.e., that multiple needle sticks cause pain and bruising, that an ET tube won't allow the patient to talk, or that ribs may be broken during chest compressions.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
23. The nurse not knowing the patient's wishes about continuing treatments and tests because of the inability to communicate due to a depressed neurological status or due to pharmacologic sedation.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □
24. The nurse having to deal with angry family members.	0 1 2 3 4 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □ □

The following items pertain to your perceptions of possible **obstacles** to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the **circle** that most closely characterizes how **large an obstacle** you have found each item to be then mark the **box** for how **frequently** you have experienced the obstacle as you have cared for dying patients.

- 0 = Not an Obstacle  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Obstacle  
 3 = Medium Obstacle  
 4 = Large Obstacle  
 5 = Extremely Large
- 0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

25.	The family, for whatever reason, is not with the patient when he or she is dying.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
26.	Physicians who avoid having conversations with family members.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
27.	Multiple physicians involved with one patient who differ in opinion about the direction care should go.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
28.	Physicians who order unnecessary tests or procedures for dying patients just so they can say that every possibility was considered.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

29. Please describe any missing obstacles in detail. Indicate how **large** each obstacle is and how **frequently** it occurs.
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

The following items pertain to your perceptions of possible **helps** to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the **circle** that most closely characterizes how **large a help** you have found each item to be then mark the **box** for how **frequently** you have experienced the helpful behavior as you have cared for dying patients.

- 0 = Not a Help  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Help  
 3 = Medium Help  
 4 = Large Help  
 5 = Extremely Large
- 0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

30.	Having one family member be the designated contact person for all other family members regarding patient information.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
31.	Having enough time to prepare the family for the expected death of the patient.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
32.	An emergency department designed so that the family has a place to go to grieve in private.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
33.	Having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 □	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □
34.	The nurse drawing on his/her own previous experience with the critical illness or death of a family member.	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

EK-5 Devam

The following items pertain to your perceptions of possible helps to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the circle that most closely characterizes how **large a help** you have found each item to be then mark the box for how **frequently** you have experienced the helpful behavior as you have cared for dying patients.

0 = Not a Help  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Help  
 3 = Medium Help  
 4 = Large Help  
 5 = Extremely Large

0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

35.	EMT/Paramedic personnel assisting with resuscitation efforts on the dying patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36.	Talking with the patient about his or her feelings and thoughts about dying.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37.	Letting the social worker, nursing supervisor, or religious leader take primary care of the grieving family.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
38.	Teaching families how to act around the dying patient such as saying to them, "She can still hear...it is OK to talk to her."	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39.	Allowing families unlimited access to the dying patient even if it conflicts with nursing care at times.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40.	Providing a peaceful, dignified bedside scene for family members once the patient has died.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
41.	Allowing family members adequate time to be alone with the patient after he or she has died.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
42.	Having a fellow nurse tell you that, "You did all you could for that patient," or some other words of support.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
43.	Having a fellow nurse put his or her arm around you, hug you, pat you on the back or give some other kind of brief physical support after the death of your patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
44.	Having fellow nurses take care of your other patient(s) while you get away from the department for a few moments after the death of your patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
45.	Having a support person outside of the work setting who will listen to you after the death of your patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
46.	Having family members thank you or in some other way show appreciation for your care of the patient who has died.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47.	Good communication between the physician and RN who are caring for the dying patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48.	Having family members accept that the patient is dying.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**EK-5. Devam**

The following items pertain to your perceptions of possible helpful behaviors to providing end-of-life care to dying patients and their families. As you read each item, please mark the circle that most closely characterizes how **large a help** you have found each item to be then mark the box for how **frequently** you have experienced the helpful behavior as you have cared for dying patients.

- 0 = Not a Help  
 1 = Extremely Small  
 2 = Small Help  
 3 = Medium Help  
 4 = Large Help  
 5 = Extremely Large
- 0 = Never Occurs  
 1 = Almost Never Occurs  
 2 = Sometimes Occurs  
 3 = Fairly Often Occurs  
 4 = Very Often Occurs  
 5 = Always Occurs

49.	After the patient's death, having support staff compile all the necessary paper work for you which must be signed by the family before they leave the department.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50.	An Emergency Department designed to provide privacy for the dying patient.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51.	Receiving education necessary to give appropriate end-of-life care to patients and their families.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
52.	The opportunity to participate in a professional debriefing session after a traumatic death.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

53. Please describe any missing helpful behaviors in detail. Indicate how **large** the help is and how **frequently** it occurs.

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

54. If you had the ability to change just one aspect of the end-of-life care given to dying ED patients, what would it be?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Now please tell a little about yourself by filling in the appropriate boxes below.

55. How many years experience do you have as an **RN**?

56. How many years of **ER** experience do you have?

57. What is your gender?  Male  Female

58. What year were you born? 19

59. What is your **highest completed** level of education?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diploma in Nursing        | <input type="checkbox"/> Bachelors degree, Nursing | <input type="checkbox"/> Masters degree, Other |
| <input type="checkbox"/> Associate degree, Nursing | <input type="checkbox"/> Bachelors degree, Other   | <input type="checkbox"/> Doctoral degree       |
| <input type="checkbox"/> Associate degree, Other   | <input type="checkbox"/> Masters degree, Nursing   | <input type="checkbox"/> Other _____           |

60. Over your nursing career, how many ED patients have you, yourself given immediate end-of-life care to?

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Less than 5      | <input type="checkbox"/> Between 11 and 20 | <input type="checkbox"/> More than 30 |
| <input type="checkbox"/> Between 5 and 10 | <input type="checkbox"/> Between 21 and 30 | <input type="checkbox"/> Other _____  |



**EK-5. Devam**

61. In which **type of ED** are you primarily employed?  
 Adult and Pediatric ED                       Adult Only ED                       Pediatric Only ED  
 Other (Please specify) \_\_\_\_\_
62. In which **type of facility** are you primarily employed?  
 Community Hospital, Non-profit                       Federal Hospital                       Military Hospital  
 Community Hospital, Profit                       State Hospital                       Other \_\_\_\_\_  
 University Medical Center                       County Hospital
63. The **position** you hold at the facility is?  
 Direct care/Bedside/Staff Nurse                       Clinical Nurse Specialist                       Nurse Manager  
 Charge Nurse/Staff Nurse                       Other (Please specify) \_\_\_\_\_
64. What is the number of beds in your unit?
65. How many **hours per week** do you usually work giving bedside care as an **RN**?
66. Have you ever been certified as a Certified Emergency Nurse (CEN)?  
 No (Please skip to question #69).                       Yes
67. Are you currently a CEN?  No     Yes
68. How many years have you held (or did you hold) the CEN certification?  years.
69. Do you currently have any other nursing certifications? If so, please list them now. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
70. Do you have any comments about this study? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION IN THIS STUDY.**

**PLEASE RETURN THE QUESTIONNAIRE TODAY  
IN THE ENCLOSED, STAMPED ENVELOPE  
OR MAIL TO:  
Renea Beckstrand  
P.O. Box 25432, SWKT, Provo, UT 84602**

Questions? 801 422-3873 or renea@byu.edu

## EK-6 Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algıları Ölçeği Kullanım İzni

From: [Renea Beckstrand@byu.edu](mailto:Renea_Beckstrand@byu.edu)

To: [zelihaceren@hotmail.com](mailto:zelihaceren@hotmail.com)

Subject: RE: Permission to use instrument related to End-of-Life Care

Date: Mon, 20 Jun 2016 15:28:27 +0000

You can have permission to use my instrument if you agree to send me a copy of the translation into Turkish, you are only using the tool for a local sample (never in the U.S.A) and, you send me a copy of any article that is published using my instrument.

Once you agree to these stipulations, I will send you a pdf of the tool.

Renea L. Beckstrand, PhD, RN, CCRN, CNE  
Professor  
Brigham Young University, College of Nursing  
Provo, UT 84602  
[renea@byu.edu](mailto:renea@byu.edu)



**EK-6** Devam

**From:** Renea Beckstrand <Renea\_Beckstrand@byu.edu>  
**Sent:** Thursday, April 27, 2017 6:27:30 PM  
**To:** Zeliha Koç  
**Subject:** RE: Emergency Nurses' Perceptions of End-of -Life Care tool Turkish form

Thank you for sending me the translation. Best wishes, Renea

Renea L. Beckstrand, PhD, RN, CCRN, CNE  
Professor  
Brigham Young University, College of Nursing  
Provo, UT 84602  
renea@byu.edu

**From:** Zeliha Koç [mailto:zelihaceren@hotmail.com]  
**Sent:** Thursday, April 27, 2017 3:28 AM  
**To:** Renea Beckstrand  
**Subject:** Emergency Nurses' Perceptions of End-of -Life Care tool Turkish form

Dear Beckstrand,

We translated your “Emergency Nurses' Perceptions of End-of -Life Care tool” into the Turkish language in order to use it within the context of the doctoral dissertation of my Ph.D. student Lecturer Asuman Şener. We plan to apply the Turkish version of the instrument to the nurses, who work in emergency departments of all hospitals in Samsun province (a Turkish city at the north of Turkey) and its towns. We will soon share with you the article we will produce from this dissertation after the dissertation is completed. In case other researchers contact us for permission to use the Turkish version of this instrument, we will direct them to you to get permission. Attached you can find the Turkish version of the instrument.

Thank you very much for your support and interest.

Best Regards.

Zeliha KOÇ  
Associate Professor  
Dean Assistant  
Ondokuz Mayıs University

1.7.2016 (Cum), 18:18

## **EK-7** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanım izni

Date: Fri, 1 Jul 2016 16:48:38 +0300  
From: safak.daghan@ege.edu.tr  
To: zelihaceren@hotmail.com  
Subject: Re: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Koç,

Öncelikle merhaba, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Prof.Dr.Ayla Bayık Temel'le birlikte yaptığımız Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama ölçeğinin kullanımına ilişkin izin istek mailinizi aldım. Öncelikle ilginize teşekkür ederiz. Bu güne kadar ölçeği kullanmak isteyen 23 araştırmacı oldu ve tümüne bu izni verdik. Sizde araştırmanızda kullanma isteğinizi memnuniyetle karşıladık. Bir konuda sizin onayınızı almamız gerekiyor, şöyle ki sizden önceki tüm başvuranlardan da ricamız, çalışmanın sonunda SPSS te kodlanmış verilerini bize de göndermeleriydi. Sizden de ricamız, sizin onay verdiğiniz zamandan sonra göndereceğiniz araştırma verilerinizi, diğer araştırmacıların göndermiş olduğu önceki verilerle birlikte ölçeğe ilişkin bir değerlendirme yapmak üzere kullanmaktır. Bu konuda geri bildiriminizi bekliyoruz. İlginize tekrar teşekkür ederiz.

İyi bayramlar dilerim.

Doç.Dr.Şafak DAĞHAN  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Bornova/İzmir  
02323115600

Safak DAGHAN, RN, PhD, Assoc.Prof.  
Ege University Faculty of Nursing  
Public Health Nursing Department Bornova/Izmir  
Work tel:00902323115600

## EK-8 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanım izni

---

**From:** Elif IŞIK <abalielif@gmail.com>  
**Sent:** Friday, July 1, 2016 1:58 PM  
**To:** zelihaceren@hotmail.com  
**Subject:** ölçek izni

Merhaba Zeliha Hanım  
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. İyi çalışmalar dilerim.  
Elif ABALI IŞIK



## EK- 9 Etik Kurul İzni



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

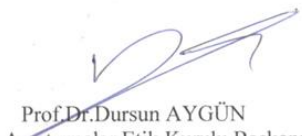
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/418-502

14.10.2016

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2016/279 Karar nolu Ölçek geliştirme çalışmaları+ Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 11.08.2016 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK- 10 Kamu Hastaneler Birliği Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIğI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609-604.02  
Konu : Araştırma İzni (Asuman ŞENER)

### ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 31/10/2016 tarih ve E.24147 sayılı yazımız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Doktora öğrencisi Asuman ŞENER'in "Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler" konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı tüm Devlet Hastanelerinin Acil Servisinde çalışan hemşirelere yapmaları uygun görülmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için araştırmacı ile "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırm KILIÇ  
Genel Sekreter

EK:

1. Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (1 sayfa)
2. Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (6 sayfa)

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/  
Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi  
Adalet Mahallesi 100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN  
(0362) 311 2500 (1428)  
Faks No:0(362) 311 25 28  
e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Bilgi için:KURŐAT YURDAKOŐ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e73ed1cd-3c83-409f-9839-d0b224eb0af6 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-11** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzni



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-804.01-E.21552  
Konu : Anket İsteği

24/02/2017

SN:ASUMAN ŞENER  
Öğretim Görevlisi

23/02/2017 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup " Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını yapma isteğiniz uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Recep SANCAK  
Merkez Müdürü



**EK-12 Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi**



**EK-13 Ölçek Geliştirme ve Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Kursu Katılım Belgesi**



**KATILIM BELGESİ**

Sayın *Asuman Sener*

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından 18-19 Ekim 2018 tarihinde Araştırma Eğitimi Etkinlikleri-III kapsamında düzenlenen **SPSS ve AMOS Uygulamalı Ölçek Geliştirme Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Kursu'** na katılmıştır.

  
Doç. Dr. Murat BEKTAŞ  
DEU Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
ABD Başkanı

  
Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER  
DEU Hemşirelik Fakültesi Dekanı

**EK-14 Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi**

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof.Dr. Deniz SAYINER	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Zeliha TÜLEK	İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemirelik Fakültesi
Dr.Öğr. Üyesi Serap TOPATAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Yücel ÖKSÜZ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Prof. Dr. Ahmet BAYDIN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Türker YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Turgut DENİZ	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Nazik AŞILIOĞLU YENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Latif DURAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Celal KATI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Asuman ŞENER

**Doğum Yeri:** Ordu

**Doğum Tarihi:** 25/ 08 /1984

**Medeni Hali:** Evli

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

OMÜ Sağlık Yüksekokulu 2007

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2012-2014

OMÜ Acil Hemşireliği Doktora Programı 2014-2019

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2007-2014

Ordu Üniversitesi İkizce Meslek Yüksekokulu 2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu 2015-Devam

**E-posta:** asuman.sener@omu.edu.tr