



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK
LİSANS
TEZİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN VE BAKIM
VERİCİLERİN ÖLÜM ALGILARI VE
SAYGIN ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLARI

TÜLAY BAL

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

HAZİRAN 2018



**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN VE BAKIM VERİCİLERİN
ÖLÜM ALGILARI VE SAYGIN ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLARI**

Tülay BAL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2018

Tulay Bal tarafından hazırlanan "Sağlık Profesyonellerinin ve Bakım Vericilerin Ölüm Algıları ve Saygın Ölümüne İlişkin Tutumları" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ~~LE~~ ~~ÇOKLULUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan: Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye: Dr. Öğretim Uyesi Deniz ÖZTÜRK
Hemşirelik Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 02/07/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tülay BAL

29.06.2018

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN VE BAKIM VERİCİLERİN ÖLÜM ALGILARI VE SAYGIN ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Tülay BAL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2018

ÖZET

Bu araştırma; sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma, Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Hastanesi ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 56 sağlık profesyoneli ve 65 bakım verici ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; tanıtıcı özellikler formu, “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” “Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni, kurumlardan yazılı izin, katılımcılardan yazılı veya sözlü izin alınmıştır. Çalışmanın verileri; t testi, tek yönlü ANOVA, tukey testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; sağlık profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum ve Saygın Ölüm İlkeleri algılarının; çocuk sahibi olma, mesleğini isteyerek seçme, palyatif bakıma yönelik temel mesleki eğitim dışında özel eğitim alma, ekonomik durum, daha önce bir yakını kaybetme durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Bakım vericilerin ise Ölüm Karşı Tutum ve Saygın Ölüm İlkelerini algılarının; kendi ölümünü düşünme sıklığı ile eğitim düzeyinden etkilendiği bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği alt boyutlarından olan kaçış kabullenme boyutunun Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum arasında pozitif yönlü, orta düzeyli ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bakım vericilerin ölüm karşı tutum ölçeği alt boyutlarından ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme boyutlarının Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum arasında pozitif yönlü, orta düzeyli ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Sağlık profesyonellerinin ölüm ve saygın ölüm algılarının farkında olmalarının sağlanması, mesleki ve hizmet içi eğitimlerinde ölüm ve saygın ölüm konusuna daha fazla yer verilmesi, bu çalışmanın daha büyük gruplarla yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1030.6
Anahtar Kelimeler : Sağlık profesyonelleri, ölüm algısı, saygın ölüm
Sayfa Adedi : 89
Danışman : Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

ATTITUDES OF HEALTH PROFESSIONALS AND CAREGIVERS TO DEATH
PERCEPTIONS AND RESPECTABLE DEATH

(M. Sc. Thesis)

Tülay BAL

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2018

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to determine the health professionals and caregivers' death perceptions and attitudes regarding respectable death. The study was conducted with 56 health care professionals and 65 caregivers, at Ankara Ulus State Hospital, Ankara 29 May Hospital and Kırıkkale High Specialty Hospital. A descriptive characteristics form, the "Attitudes Towards Death Scale" and "Assessment Scale for Attitudes Towards Respectful Death's Principles" were used to collect the data. In order to conduct the study, the ethics committee approval, written permission were obtained from the institutions; written or verbal permissions were obtained from the participants. The data were analyzed with t test, one-way ANOVA, Tukey test. According to the results of the study, the health professionals' attitudes towards death and their perceptions about respectful death principles were affected by their statuses of having a child, willingness to choose their actual jobs, taking special education for palliative care besides basic vocational education, losing a relative before and their economical statuses. It was found that the caregivers' attitudes towards death and their perceptions about respectful death principles were affected by their education levels and their frequency of thinking about his/her own death. It was determined that there was a positive moderate correlation between the health professionals' scores from the avoidance adoption subscale of the Attitude towards Death Scale and their scores from the Attitude Towards Respectful Death Principles Scale ($p < 0.05$). It was determined that the caregivers' scores from the fear of death, avoidance of death, neutral adoption, attitude adoption and avoidance adoption subscales of the Attitudes towards Death Scale positively and intermediately correlated with their scores from the Attitudes Towards Respectful Death Principles Scale ($p < 0.05$). It was suggested that health professionals should be ensured to be aware of death and respectable death; more time should be given for death and respectful death in vocational and in-service trainings, this study should be conducted with larger groups

ScienceCode : 1030.6
KeyWords : Health professionals, death perception, respectable death
PageNumber : 89
Advisor : Assoc. Prof. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında emeğini, bilgisini esirgemeyen, akademisyenliği ve mesleğe olan tutkusuyla birçok insanın takdir ettiği değerli hocam, Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya

Değerli görüşleriyle katkıda bulunan sevgili hocam Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN'a,

Çalışmamın uygulamasını yaptığım Palyatif Bakım Ünitelerinde hizmet veren, çalışmamın uygulamasında çok yardımcı olan başta sorumu hemşirelere ve diğer tüm hemşirelere, iyi dileklerini esirgemeyen ve çalışmama gönülden katılarak beni çok mutlu eden tüm bakım verici hasta yakınlarına,

Hayatımda en takdir ettiğim, karakteri, anlayışı, iyi niyetliliği, sevecenliği, yardımseverliğiyle beni ve herkesi kendine hayran bırakan değerli babam Halim ÇIKRIK, annem Hatice ÇIKRIK, biricik oğlum Recep Talha BAL'a ve eşim Ali BAL'a,

Sevgili dostum, desteğini hiç esirgemeyen, iyi ki tanımışım dediğim, kıymetli arkadaşım Ayşe Sinem TAŞ'a, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Ölüm Kavramı ve Tanımı	9
2.1.1. Biyolojik açıdan ölümün tanımı.....	11
2.1.2. Psiko-sosyal açıdan ölüm kavramı.....	12
2.1.3. Felsefe ve ölüm	12
2.1.4. Kültür ve ölüm	13
2.1.5. Sanat ve ölüm.....	15
2.2. Dinler ve Ölüm.....	16
2.2.1. Yahudiliğe göre ölüm.....	17
2.2.2. Hristiyanlığa göre ölüm	17
2.2.3. İslamiyet'e göre ölüm	18
2.3. Gelişimsel Dönemler ve Ölüm Algısı	18
2.3.1. Çocukluk döneminde ölüm algısı	18
2.3.2. İleri çocukluk ve ergenlik döneminde ölüm algısı.....	18
2.3.3. Yetişkinlik döneminde ölüm algısı	19
2.4. Saygın Ölüm.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Formları	23
3.4.1. Sağlık profesyonellerine yönelik veri toplama formu.....	23
3.4.2. Bakım verici hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu.....	24
3.4.3. Ölüme karşı tutum ölçeği	24
3.4.4. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği.....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuçlar.....	49
6.2. Öneriler	50
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	61
EK-1. Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu.....	62
EK-2. Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu	67
EK-3. Bakım verici hasta yakınları ölüme yaklaşımlarına yönelik özellikleri	72
EK-4. Sağlık profesyonellerinin ölüme yaklaşımlarına yönelik özellikleri.....	73
EK-5. Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	74
EK-6 Sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	76
EK-7. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	78

	Sayfa
EK-8. Etik kurul izni.....	80
EK-9. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi uygulama izni.....	82
EK-10. Ankara Ulus Devlet Hastanesi uygulama izni.....	83
EK-11. Ankara 29 Mayıs Hastanesi uygulama izni.....	84
EK-12. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Uygulama İzni	85
EK-13. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzni	86
EK-14. Saygın Ölüm İlkeleri Tutum Ölçeğine kullanabilme izni	87
EK-15. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin kullanabilme izni	88
ÖZGEÇMİŞ	89

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin palyatif bakım ünitelerinin bazı özellikleri	21
Çizelge 4.1. Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri dağılımı.....	29
Çizelge 4.2. Sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özellikleri dağılımı (n:56)....	30
Çizelge 4.3. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları dağılımı	31
Çizelge 4.4. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları dağılımı	32
Çizelge 4.5. Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Çizelge 4.6. Sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması $\bar{x}$	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Bakım vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki grafiği.....	35
Şekil 4.2. Sağlık profesyonellerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki grafiği..	36

KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar ve simgeler, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklama

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

Ort.

Ortalama

ÖKTÖ

Ölüme Karşı Tutum Örneği

SPSS

Statistical Package for the Social Science

TDK

Türk Dil Kurumu

WHO

Dünya Sağlık Örgütü

Simgeler

Açıklama

P

Anlamlılık Düzeyi

t

Bağımsız t testi

F

Tek Yönlü Anova testi

Sig.

Significance

1. GİRİŞ

Konunun tanımı

Türk Dil Kurumu ölümü; bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedi uyku, emrihak, irtihal, memmat, mevt, vefat olarak tanımlamaktadır. Türk Tıp Sözlüğüne göre ölüm; canlıların yaşam belirtilerinin tamamen, geriye dönüşümsüz olarak kaybolması, kan dolaşımı, solunum ve beyin işlevlerinin sona ermedir (Dökmeci ve Dökmeci, 2009).

Ölüm, bütün insanlık tarihi içerisinde hemen her topluluğun üzerinde en çok düşündüğü konulardan birisi olmuştur. Hem eserleri hem de düşünce sistemleri günümüze kadar gelmiş olan büyük medeniyetlerde, insanlar çözümü güç olan ölüm bilmecesini anlamaya, güçleri yettiği ölçüde onu anlamlandırmaya çalışmışlardır. Ölüm, kaçınılamayan bir fenomen ve hayatın bir gerçeğidir. Bu kaçınılmaz gerçekle yüzleşen insan, ister istemez onu kendince yorumlamak ve açıklamak, ifade etmek durumunda kalmıştır (Yazaroğlu ve İmamoğlu, 2007). Yüzyıllardan beri ölüm üzerine yapılan araştırmalara karşın ölüm kavramı, insanlar için hala bilinmezliğini korumaktadır. Bilim insanları ve bazı filozoflar ölümü yok olma olarak nitelendirirken, kimi filozoflar ölümün biçim değiştirme olduğuna inanmışlardır (Dönmez, 2012).

Ölümün en fazla yaşandığı ve anlamının sorgulandığı ortamlardan birisi hastanelerdir. Genel olarak hastalar hastaneye yatarken sadece hastalıklarıyla değil içinde yetiştikleri toplumun onlara kazandırdığı davranış biçimleri, kültürleri, ekonomik ve aile yapıları gibi özellikleriyle gelirler. Aynı durum hemşireler ve hekimler için de geçerlidir (Benli, 2016).

Gelişen bilim ve teknoloji ile birlikte yaşamı uzatan teknolojik yöntemler ve araçlar gelişmiştir. Bu durum sağlık bakım ortamlarında ölüm, biyopisiko-sosyal bir olgu olmaktan daha çok tıbbi bir durum haline gelmesine neden olmuştur. Dolayısı ile ölümün anlamı hastane ortamında dönüşüme uğrayarak tıbbi başarısızlık olarak da değerlendirilebilmektedir (Yalom, 1999).

Sağlık profesyonelleri, yaşamın sonuna yaklaşan bireylere ve yakınlarına hemşirelik bakım süreci doğrultusunda fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve spiritüel boyutta bakım vermekle yükümlüdürler (Bilge ve Çam, 2004). Ölümle sık karşılaşılan ünitelerde çalışan

sağlık profesyonelleri, ölümle ilgili kendi duygularını, düşüncelerini, davranışlarını tanımladırlar. Bundan sonra da ölümü yaklaşan hastanın ve hasta yakınlarının biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel ihtiyaçları olduğunun farkında olmaları gerekir (Aksu ve Okçay, 2010).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, sağlık profesyonellerinin birçok alanda bilgi ve beceri sahibi olmalarını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamların açığa çıkarılması doğru yaklaşım kazanmalarının önkoşuludur. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen hemşireler ve hekimler ölmekte olan hasta ve ailesinden uzaklaşabilirler ya da ölüm korkularını onlara da yansıtabilirler (İnci ve öz, 2012). Kendi duygularının bilincinde olmayan ve hastanın içinde bulunduğu durumu anlamayan hemşireler ve hekimler ölüm karşısında çaresizlik ve kendini yetersiz hissettikleri için hastaya ve ailesine profesyonel olarak yardım edemeyebilirler (Işık, Fadılıoğlu ve Demir, 2009). Ay (2013) tarafından Ankara İli Büyük Şehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan toplam 25 hastanede yetişkin veya çocuk ve yoğun bakım kliniğinde çalışan 340 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelerin %19'ü ölümcül hastaya bakım verirken duygusal yıpranma yaşadıklarını belirlemiştir. Hemşirelerin %18'inin çaresizlik/yetersizlik hissettiğini belirlemiş ayrıca katılımcıların yarısının ölümcül hastayla bakmaktan olumsuz ve kötü şekilde etkilendiğini belirlemiştir. Bu durumda da sağlık profesyonelleri sıklıkla palyatif bakımdaki hastalarının duygusal yükü daha az olan fiziksel bakımına odaklanmaktadırlar.

Ölüm sürecinde olan hastaların rahat ve acısız yaşamaları sağlayan kliniklerin başında palyatif bakım üniteleri gelmektedir. Palyatif bakımda başarılı olmanın göstergesi, hastayı uzun süre hayatta tutmak değil, mümkün olduğunca hastanın acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Beckstrand ve Kirchhoff, 2005). Bu dönemde bakımının başarısı, hastanın hayatta kalma süresinden çok yaşamının niteliğine göre belirlenmektedir. Ancak mesleki eğitim sürecinde yaşatmaya odaklanmış olan hemşireler ve hekimler çoğu zaman ölüm sürecindeki hastalara nasıl yardım edeceklerini bilememektedirler. Dolayısı ile onlarla destekleyici ilişki kuramamaktadırlar (Özdemir 2007; Feudther ve ark. 2007; Çevik 2010; Ülker 2016). Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonelleri kötü haber verme, zor kararlarda hasta ve ailesine yardım etme, prognozu değerlendirme gibi konularda kendilerini yetersiz hissetmektedirler (Turgay, 2010). Ayrıca

sağlık çalışanları ölüme yakın hastanın bakımı konusunda kendilerini hazırlıksız ve yetersiz hissetmektedirler (Sullivan, Lakoma, Blok, 2003). Çevik (2010) çalışmasında, hemşirelerin keder yaşadıkları için yaşamın son günlerinde olan hastaya bakım vermek istemediği belirlenmiştir. Uslu'nun (2013) çalışmasında hemşirelerin ve ebelerin %73'ü hasta ve aileleri ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşamadıklarını belirtmişlerdir. Yılmaz ve Vermişli (2015)'nin çalışmasında ise hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeğinin puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin olumlu tutumlarının düşük olduğu saptanmıştır. Oysa ölmekte olan hastanın son zamanlarını bir insan olarak hak ettiği şekilde tamamlama hakkı vardır. Hemşireden ve hekimden beklenen, hastanın ve ailesinin yaşam sürecinin son aşaması olan bu dönemi anlamlı olarak yaşamalarına olanak sağlamaktır.

Hemşirelik liderlerinin öncülerinden olan Henderson hemşireliğin tanımda ölüme yer vermiş, hemşireliğin bir görevi de *“huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardımcı olma”* şeklinde tanımlanmıştır (Velioğlu, 1999). Yaşamın son günlerine gelen hastalar için saygın ölüm, temel bir insan hakkıdır. Bu hak kapsamında; semptomların kontrol altına alınması, mahremiyetin korunması, invazif işlemlerin azaltılması, bireye saygı çerçevesinde hizmet verilmesi, bireyin özerkliğinin korunması, yaşamında değer verdiği kişilerle etkili bir iletişimin sürdürülmesi, güvenli bir ortamda huzurlu ve saygın bir bakım alması gibi özellikler yer almaktadır (Gua ve Jacelon, 2014). Hastaların saygın ölüm hakları elde edebilmeleri sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Her bireyin yaşamın son günlerini kaliteli ve huzurlu bir şekilde geçirmeye hakkı olması gerekçesi ile günümüzde palyatif bakım insan hakkı olarak değerlendirilmektedir (Gültekin ve ark., 2010). Yaşam sonuna gelen hastalar için bakımda öncelikli konu ölümü ertelemek yerine kaliteli yaşamı sağlamaktır. Bu doğrultuda bakımda hedeflenen amaç ağrı ve acıyı azaltmak, ıstırapı dindirmek, hastanın bağımsızlığını sağlamak ve sürdürmek gibi yaşam kalitesini artırmak olacaktır (Özdemir, 2007).

Saygın ölüm kavramı sağlık profesyonelleri, hasta ve yakınları için oldukça önemli bir konu olmakla birlikte tanımı belirsizliğini sürdürmektedir (Dağ, 2016). Saygın bir ölüm, bireysel, tıbbi, sosyolojik ve psikolojik unsurları içermektedir. Bu etmenlerden dolayı saygın ölüm son derece bireysel ve dinamik bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Hekim Birlikleri, Roma'da yapılan toplantısında, tedavisi mümkün olmayan

hastaların, onurlu ölüm hakkına sahip olduğu düşüncesi tıbbi, bilimsel ve etik açıdan uygun olduğu kabul görmüştür (Oğuz, 2001: 61-67). Yaş sağlık ve bakım çalışma grubu tartışması tarafından saygın ölüm ilkelerini tanımlamış ve bakım hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarda kabul edilmesi önerilmiştir (Debate of the Age Health and Care Study Group (1999).

Ölüme yaklaşan hastalara bakım vermek psikolojik olarak sağlık profesyonellerinin hasta ve hastanın ailesi için zorlayıcı bir durumdur. Ölümcül hastaya bakım vermedeki amaç hastanın saygın bir şekilde ölüme hazırlanmasını sağlamaktır. Burada en önemli görev sağlık profesyonellerine düşmektedir (Han ve ark, 2002; Tascani ve ark, 2003). Hekim ve hemşireler, ölmekte olan hastaların gereksinimlerini karşılarken ilk önce saygın ölüme yönelik kendi davranışlarına ilişkin iç görüş kazanmaları, hasta ve ailesine etkili destek vermek için onların duygularının anlamaları, kabul etmeleri ve gereksinim duydukları bakımın vermeleri gerekmektedir (Chen ve ark, 2003; Özgüroğlu, 2004; Keser, 2007).

Özetle, ölümcül hastaya bakım veren sağlık profesyonelleri hastasının hem fiziksel, psikolojik, sosyal rahatını sağlamalıdır. Bunu sağlayabilmek için ilk önce kendi duygularının farkında olarak ölüm, ölüm algısı, ölüme karşı tutum gibi kavramları ile yüzleşerek, ölümü kabullenmeli ve kayıp ve yas sürecindeki sorunlarla baş edebilme yöntemleri geliştirebilmelidir (Ay, 2013). Ayrıca, sağlık profesyonelleri her bireyin saygın bir şekilde ölme haklarının olduğunun bilincinde olmalıdırlar. Bu bilinçle hasta ve yakınlarına yaklaşmalıdırlar. Sağlık profesyonellerinin ölüm algıları ve yaklaşımları, hasta yakınlarını da etkileyebilmektedir. Dolayısı ile her iki grup birlikte hastaya profesyonel ve psiko-sosyal yönden destek olmaya çalışmaktadırlar. Birbirlerinin algı ve yaklaşımlarından etkilenebilirler. Özellikle hastane ortamında o alanın bilgisine sahip kişilerin diğerlerini etkileme düzeyi daha fazla olabilmektedir.

Literatürde ölümle ilgili birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalara bakıldığında ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu, ölüm sürecinde yaşanan duygular gibi konulara ağırlıklı olarak yer verildiği görülmektedir (Demirkol, 2013; Duyan, 2014;). Örneğin Aktürk'ün (2014) hemşirelerde ölümle karşılaşma sıklığının ölüm kaygısına etkisini, Özdemir'in (2014) Yoğun bakım hemşirelerin ölüm kaygısı, Boysan'nın (2005) üniversite öğrencilerin ölüm anksiyetesi, Tanhan'nın (2013) ölüm kaygısıyla baş etme, Yıldız (2006) ölüme verilen anlam, dindarlık, ölüm kaygısı ve ölüm korkusunun

incelenmesi, Dadfar ve ark.(2017) İranlı hemşireler arasında ölüm korkusu, Peters ve ark. (2013) hemşirelerde ölüm kaygısının yaşam sonuna gelen hastalara bakımı nasıl etkiler, Lange ve ark. (2008) hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi, Judy ve Mallary (2003) lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi alan öğrencilere verilen palyatif bakım eğitimin yaşam sonuna gelen hastaların bakımına etkisi, Nia ve ark. (2016) sağlık profesyonelleri ve hemşireler arasındaki ölüm anksiyetesi, Mcclatchey ve King (2015) sosyal hizmetler öğrencilerin ölüm eğitiminin ölüm ve ölüm kaygısına etkisinin belirlenmesi gibi çalışmalara rastlanılmıştır. Çalışmalarda genellikle örneklem grubu hekim, hemşire gibi sağlık profesyonelleri veya hemşirelik, tıp, ebelik okullarında eğitim alan öğrencilerdir. Ancak bakım veren hasta yakınlarının ölüm ve saygın ölüm algılarına ilişkin çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Ayrıca sağlık profesyonelleri ve bakım verenler arasındaki ölüm ve saygın ölüm ilişkisine ilişkin çalışmaya da rastlanmamıştır.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma; sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumlarını etkisinin belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın önemi

Ölüm, tüm canlıların yaşayacağı evrensel bir olgudur. Ancak insan ölüm gerçeğini kabullenmekte güçlük yaşayabilmektedir. Sağlık bakım ortamları ölüm olgularının sıklıkla yaşandığı yerlerdir. Ölüm kavramı algısı birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Özellikle ölüm olaylarının sıkça yaşandığı sağlık bakım ortamlarında algı, bakımı, tedavi sürecini, tedavi ve bakımın etkinliği etkileyebilir. Bu bağlamda, hemşirelerin, hekimlerin hastaya bakım verenlerin ölüm algıları ve ölüme karşı tutumları oldukça önemlidir. Literatürde, Ölüm korkusu, anksiyetesi, ölüm korkusu konularına oldukça sık rastlanmaktadır. Ancak literatürde ölüme ilişkin tutum ile saygın ölüm algısının karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca sağlık çalışanları ile bakım vericilerin ölüm ve saygın ölüm algılarının karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma bu iki nedenden dolayı oldukça orijinaldir. Bu çalışma ile tüm bu grupların tutumları, algıları değerlendirilebilecek, bu doğrultuda mesleki eğitimlerde, hasta bakımında farklı stratejiler geliştirilebilecektir. Bu çalışma ile ölümlle ilgili eğitim, bakım, rehabilitasyon gibi ölümün sıkça yaşandığı kliniklerde bir çok hizmetin geliştirilmesine katkı sağlayacağı

düşünülmektedir.

Araştırmanın soruları

1. Bakım vericilerin ölüme karşı tutum düzeyleri ve saygın ölüm ilkelerine yönelik tutum düzeyleri nedir?
2. Bakım vericilerin ölüme karşı tutum ile saygın ölüm ilkelerine yönelik tutum düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Sağlık profesyonellerinin ölüme karşı tutum düzeyleri ve saygın ölüm ilkelerine yönelik tutum düzeyleri nedir?
4. Sağlık profesyonellerinin ölüme karşı tutum ile saygın ölüm ilkelerine yönelik tutum düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
5. Sağlık profesyonelleri ile bakım vericilerin ölüme karşı tutumları arasında bir ilişki var mıdır?
6. Sağlık profesyonelleri ile bakım vericilerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

Sınırlılıklar

Araştırma Ankara ve Kırıkkale illerinde yer alan ve çalışmaya izin veren Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanelerinde palyatif bakım kliniğinde bakım/televi gören hastaların bakım verici yakınları ile palyatif bakım kliniğinde çalışan sağlık profesyonellerinin (hekim ve hemşire) veri toplama araçlarındaki ifadelere belirttikleri görüşler ile sınırlıdır.

Tanımlar

Ölüm: bir insan, bir hayvan veya bitkide tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, edebi uyku, emrihak, irtihal, memat, mevt, vefat olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018).

Ölümcul Hasta: Tıbben hastalığına herhangi bir çözüm bulunamamış ve belirli bir süre içerisinde hastalık nedeni ile ölmesi beklenen hastalardır (Oğuz ve ark, 2005)

Profesyonel: Belirli bir alanda “ yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, turum ve davranış biçimine” profesyonellik denir (Gökçora 2005,Yıldırım 2001).

Sağlık Profesyoneli: Bireylere, ailelere veya topluluklara sistemli bir şekilde önleyici, iyileştirici veya rahabilite edici sağlık hizmeti sağlayan kişilerdir. Örneğin tabip, diş tabibi, hemşire, ebe, optisyen, klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi gibi sağlık profesyonellerine örnek verebiliriz (WHO, 2006).

Saygın Ölüm: Hastanın acılarının mümkün olduğunca azaldığı bir ortamda onurlu bir şekilde ölümünün gerçekleşmesidir (Weisman, 1988).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Kavramı ve Tanımı

TDK' ya göre ölüm, bir insan, bir hayvan veya bitkide tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, edebi uyku, emrihak, irtihal, memat, mevt, vefat olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018).

Ölüm evrensel bir olgudur ve ölüme verilen mana geçmişten günümüze kadar birçok değişiklikler göstermiştir. Ölüm kavramı tarihler boyunca insanlar arasında bir gizem ve saygıyla karışık bir korku da oluşturmuştur. Ölüm kavramını kötü/olumsuz olarak tanımlayan toplumlarda ölümü konuşmak bir tabu niteliğini halen sürdürmektedir (Tatar, 1988).

Ölüm kavramı sadece bireyi değil aynı zamanda toplumu ilgilendiren bir olgu olması sebebiyle psikolojik, biyolojik, spirüüel, kültürel ve sosyal açıdan ele alınabilecek değişik bilim dalları içerisinde çeşitli bakış açılarından etkilenmektedir. Ölüm kavramı literatürdeki en son halini alana kadar zaman içinde farklı tanımlar yapılmış, her kültür ve toplumlarda hatta aynı kültüre de zaman içinde farklı tanımlar yapılmıştır (Demirkol, 2013).

Ölüm, ne zaman ve nasıl gerçekleştireceği belirsiz olan, gizemli, son derece karmaşık algılanan, birçok değişkenlere bağlı olan, toplumdan topluma hatta aynı toplumda zaman içinde anlamsal göreceliği değişen bir kavramdır. Ölüm, çok yönlülüğüne rağmen, çeşitli bilim dallarının en çok merak ettiği ve inceleme anlamlarına dahil ettiği bir sorunu da ortaya çıkarmaktadır (Burcu ve Akalın, 2008).

Ölümün tanımındaki farklılıklardan dolayı tam olarak ölümün ne anlama geldiğini belirsizleştirmiş, tek bir tanımın yapılması görüşünü azaltmış olsa da genel olarak ölüm; yaşayan tüm organizmaların paylaştığı, yaşamın son perdesi olan evrensel bir olup, canlı varlıklardaki yaşamsal fonksiyonlarının bir daha yinelememek üzere sona erdiği, bireyin fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresidir (Yılmaz ve Vermişli, 2015)

Tanhan ve Arı (2009)'nın Ölüm Eğitimi kitabında Kastenbaum ve Aisenberg (1976) ölüm kavramının temel özellikleri açıklamasını şu şekilde belirtmiştir.

1. Ölüm kavramı göreceli olup, kavramın göreceliği gelişimsel düzeyde vurgulanmaktadır. Ancak gelişimsel düzey mutlaka bireyin kronolojik yaşı anlamına gelmemektedir.
2. Ölüm kavramı, çoğu zaman birkaç önermeyle açıklanmayacak kadar karmaşıktır.
3. Ölüm kavramı gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişir. Bir insanın ölüm kavramını her bir gelişim dönemine göre farklılık gösterir.
4. Ölüm kavramının gelişimsel amacı, tam olarak anlaşılmamış, belirsiz ya da halen oluşum sürecindedir. En uygun ya da ideal ölüm anlayışının ne olduğu henüz bilinmemektedir. Kuşkusuz bir takım kanılar vardır ancak bunlar sistemli kuram ya da araştırmalardan çıkarılmış sonuçlar olmaktan çok değer yargılarıdır.
5. Ölüm kavramı durumsal bağlamdan etkilenir. Ölümü özel bir anda nasıl kavramsallaştırıldığı ilgili birçok durumdan etkilenir. Kişinin içinde bulunduğu durum seçici bir biçimde zihninde yer alan birçok ölüm türünden birini ortaya çıkarır.
6. Ölüm kavramı ve algısı sergilenen davranışları etkiler.

İçinde bulunduğu kültürün üyesi olan birey gelenek, görenek ve uygulamaları yaşantısına yansıtırsa da, ölüm kavramı karşısında kişisel özelliklerinden kaynaklanan farklı bir tutuma da sahip olabilir. Birey hem kendi ölümü hem de başkasının ölümü karşısında, farklı tutumlar farklı bakış açıları sergileyebilmektedir (Oğuz, Kucur, Tepe, 2005). Ölümüne karşı tutum ve tepkilerin değişiklik göstermesi ölüm kavramının dinlerden, kültürden, toplumsal değer yargılarından, inanç ve geleneklerden etkilenen geniş bir konu olmasıdır (Akyol, 2010).

Ölüm algısı insanların sosyodemografik özellikleri olan yaşa, cinsiyete, mesleğe, yaşanılan yere, alışkanlıklarına, alınan eğitime ve karakteristik özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. Sosyodemografik faktörlere bağlı olması ölümün sosyal boyutu ile ilişkilendirilir (Ertufan, 2008). Ölüm ne kadar tek ve gerçekse ölümüne verilen tepkilerde kadar çeşitli ve tek kişiliktir. İki insan ölüm eylemine ve kendi ölümlülüğüne tam olarak aynı biçimde tepki veremez (Abdel-Khala ve Al-Kandari, 2007).

2.1.1. Biyolojik açıdan ölümün tanımı

Hücre ölümünün gerçekleşmesi organizmadaki temel fonksiyonların bozulmasıyla başlar ve temel fonksiyon bozukluğu devam ederse hücre ölümünün gerçekleşir. Biyolojik açıdan değerlendirildiğinde; ölümün bir anda oluşmadığı ve vücutta belli aşama aşama gerçekleşen olaylarla meydana geldiğini bilinmektedir. Bu nedenle ölüm anı tanımlamasını ancak yaşayan canlıda geri dönüşümsüz olarak canlılık aktivasyonunun yok olduğu kabul edilen an olarak değerlendirilebilir (Özer, 2002).

Bilimsel açıdan 19. yüzyıla kadar ölümle ilgili olarak yeterli tanım yapılamamıştır. İlk kez Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere “somatik ölüm” (vücut ölümü) tanımını ortaya atmıştır. Somatik ölüm temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi, dönüşümsüz kayıbdır. Bu fonksiyonlardan birinin kaybı, kısa bir süre sonra diğerlerinin de kaybına neden olacaktır. Nasıl ki kişinin hukuki varlığı canlı doğması ile başlıyorsa, sona ermesi de somatik ölüm tanımı ile olmaktadır ve somatik ölüm hukuken geçerli olan tanımdır. Somatik ölümle birlikte, özellikle beyin sapındaki solunum ve dolaşım merkezinin devre dışı kalması sonucu tüm organ ve dokuların canlılık durumunu kaçınılmaz yitirmesi ile sonuçlanacaktır. Buna, “hücrel ölüm” (biyolojik ölüm) denmektedir (Koç ve Can,2011).

Biyolojik ölüm, 1950’lerin sonuna kadar kalp ve solunum fonksiyonlarının ölçütleri belirlendiği için kalp ve akciğer işlevlerinin dönüşümsüz olarak kaybolması ölümün göstergesi olarak kabul edilmekteydi. Fakat 1950’lerden sonra gelişen tıp teknolojisi, yoğun bakım müdahalelerindeki gelişmeler, yeniden kalp-akciğer fonksiyonların canlandırılması uygulamaları, organ nakli gibi önemli gelişmeler geleneksel ölümün tanımını değiştirmiştir. 1959 yılında Hollanda’da yayımlanan bir çalışmada, kalbi atan ancak beyin fonksiyonlarının yok olduğu durumda halen kalbin atması, hastanın yaşayıp yaşamadığı tartışmalarını başlatmıştır. Makalede, çarpan bir kalbin “insanın” canlı olmasında ziyade “organın” canlı olduğu görüşü vurgulanmış, yaşamın sonunun nerede ve ne zaman olacağı konusu sorgulanmaya başlamıştır. Bu sorgulama ile yaşam ve ölüm arasındaki çizgiyi saptayacak kesin ve tam bir ölçüte ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır (Freud,1993)

2.1.2. Psiko-sosyal açıdan ölüm kavramı

Sosyal ölüm kişinin bilincinin yerinde olmadığı ve yerine getiremediği halde tıbbi teknolojinin yardımıyla fiziksel işlevlerini yerine getirdiği, ancak diğer kişilerle etkileşim kurma anlamında sosyal işlevlerini yerine getiremediği durumu, psikolojik ölüm ise zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesi durumunu tanımlar (Burcu ve Akalın, 2009).

İlk olarak felsefenin sonraki dönemlerde ise psikoloji ve sosyolojinin ilgi alanına giren ölüm kavramının incelenmesinin özünde insanın varlığının sorgulaması, ölümün insan dünyasında oluşturmuş olduğu etkiler, ölümü sorgulamanın temel kaynaklarını oluşturmuştur. Bundan dolayı ölümün sorgulandığı nokta sadece felsefinin konusu olmamış, 18.yüzyılda sosyoloji biliminin de ilgisini çekmiştir (Sağır, 2012).

Psikoloji bilimi, ölüm korkusu üzerine yoğunlaşmış, ölümün psikolojik ve bireysel yönünü araştırmış, ölümden kaçınmanın ve bazen de ölümü aramanın güdüsel olduğunu bildirmiştir (Burcu ve Akalın, 2008). Biyolojik olarak yaşam ve ölüm arasındaki sınır daha kolay tanımlanırken, psikolojik ve sosyal olarak ölümün tanımı kolay olamamaktadır (Tanhan ve Arı, 2009).

2.1.3. Felsefe ve ölüm

“ Felsefe yapmak ölmeyi öğrenmektir.”

Montaigne

Neredeyse tüm filozofları, ölümüm bir son mu olduğu yoksa yeniden başlangıç mı olduğu hayatın devam edip etmeyeceği sorusu yüzyıllardır meşgul etmiş, felsefe tarihi süresince ölüm kavramı değişik boyutlarıyla ele alınmasına neden olmuştur (Yılmaz, 2016).

Bir kısım filozoflar ölümün önemsizliğini savunurken diğer kısım ise ölümün önemini vurgular. Antik Yunan'dan bugüne kadar ölümle ilgili düşünen kişiler ya ölümün ne kadar önemli olduğunu ya da ölümün bir anlamı olmadığını göstermeye çalışmışlardır (Aslan, 2012).

Ölüm hakkındaki farklı görüşler insanlık tarihi kadar eskidir. Örneğin Epikür “*Benim olduğum yerde ölüm yok, ölümün olduğu yerde de ben yokum onun için ölüm bana bir şey ifade etmiyor*” diyerek yaşam ile ölümü ayırmıştır (Hançerlioğlu, 1978). Epikür ölümü

kötü olumsuz, hayatın tadını kaçıran bir olay değerlendirmiş “*psikolojinin amacının insanı ölüm korkusundan kurtarmak*” olduğunu bildirmiştir. Sokrates’e göre ölüm ya hiçliğin içinde erimektir diyerek ölümden korkmanın gereksizliğini vurgulamış ölümü derin bir uykuya benzetmiştir. Arthur Schopenhauer’a göre ise “*ölümden sonra, doğumdan önce ne isek o olunacaktır*” diyerek ölümü bir geri dönüş olarak değerlendirmiştir (Tahran ve inci, 2006). Stoacılar iyi yaşamayı öğrenmek için iyi ölmeyi öğrenmek gerektiğini söyleyerek ölüm ile yaşam ilişkisini vurgulayan filozoflar olmuştur. Hatta Karl Jasper “*Felsefe yapmak ölmeyi öğrenmektir*” diyerek Stoacıların ölüm hakkındaki görüşlerini bir adım ileriye taşımıştır (Hançerioğlu, 1978).

Varoluşçu ekolün önemli temsilcilerinden Heidegger, yaşam ve ölüm çizgisini biyolojik anlamda ayırt etmenin kolay olduğunu ancak psikolojik olarak bu kavramların iç içe geçtiğini düşünmüştür. Heidegger’a ölüm, fiziksel olarak yok edici olmasıyla beraber ölüm düşüncesi kurtarıcıdır. Varoluşçu Psikoloji’ ye göre ölüm, kişinin içinde bulunduğu en büyük ikilemdir. Ölüm insanları yaşamak zorunda olduğu, beklide en büyük sır, bir gizemdir. İnsan istemese de ölümü yaşayacaktır. Yani ölüm kaçınılmazdır (Gençtan, 1989).

Ölüm, Psikoanalitik görüşe göre canlı olan her varlık, ilksel konumuna geri dönme amacını taşıyan yok edici içgüdülere sahiptir. Ancak insan bilinç dışında ölümsüz olduğuna inanır. Psikoanalitik kurama göre insan, doğuştan iki içgüdü ile dünyaya gelir: ölüm içgüdü ve yaşama içgüdü. Ölüm içgüdü insanadaki yok edici, yıkıcı güdülerini, yaşam içgüdü ise insanın coşkusu, sevincini ve cinsel içgüdülerini yansıtır. (İsen, 1995).

Ölüme olumlu bir anlam yüklemeyi eleştiren ve ölüme yapılan olumlu anlamları en gereksiz ve kötü şey olarak nitelendiren düşünürler de vardır. Örneğin, ölüme özel bir mana yükleyen, bir ‘ölme sanatı’ olanağını savunarak ölüme olumlu bir rol veren tüm felsefi anlayışları reddeden E. Canetti, ölümü akıl erdirilemeyen, çözümsüz ve varoluşun başlıca belası, her şeyin sonsuza dek bağlanıp içinde sıkıştırdığı ve hiç kimsenin çözmeyi göze alamayacağı düğüm olarak görmüştür. Ona göre ölüm, anlamlı değildir (Koç, 2009).

2.1.4. Kültür ve ölüm

Kültür, bireylerin yaşamları boyunca öğrendiği ve benimsediği inançları, normları ve bireysel ve sosyal değerlerinin tümüdür. Ölüm, tüm kültürlerde yaşayan canlılar için evrensel bir tecrübedir (Warren, 2005). Ölüm ve din, her dönemde yazarlar, şairler,

filozoflar, bilim insanları ve din adamları başta olmak üzere, tüm insanların üzerinde odaklandığı iki kavram olmuştur (Işık, 2008).

Örnek'in 1988 yılında yayımladığı 100 soruda İlkelerde Din, Büyü, Sanat, Efsane adlı kitabında ölümün ne kadar gizemli ve ilginç olduğunu çeşitli kültürlerden örnekler vererek anlatmıştır. Ölümün gelişi, kimi zamanda, insanların, tanrının söylediklerini yanlış anlamalarına ve hatalarına bağlanarak açıklanmaktadır. Melanezyaklar insanların başlangıçta ölümsüz olduklarına inanmaktadırlar. Ölüm, tanrı adına bir elçinin “ay batsın ve bir daha doğmasın” diyeceği yerde, “insanlar ölsün ve bir daha doğmasın” demesine bağlandığı gibi; günün birinde insanların yılanlar gibi kabuk değiştirip hep genç kalabilme yeteneklerini yitirmelerine, bu yeteneklerinin ellerinden alınmasına ya da ilk yaratıklar arasında işlenen bir cinayete de bağlanmaktadır. Güney Amerika'daki yerlilerin çoğu da insanların ölümlü oluşlarını ya kendilerine seslenen elçileri yanlış anlamaları ya da kutsal buyrukları yerine getirmemiş olmalarıyla açıklıyorlar. Örneğin Cashinawalar'a göre: Bir kültür kahramanı gökyüzüne çıkıp ta oradan oğluna «derinizi değiştirin, derinizi değiştirin!» diye seslendiği zaman, sözlerine iyi kulak vermelerini sıkı sıkıya tembih etmişti. İnsanlar, hatta hayvanlar tutkularından ve isteklerinden vazgeçmesini bilselerdi, ölümsüzlüğe kavuşacaklardı. Afrika'da, Nupeler arasında şöyle bir efsane anlatılır: Tanrı ilkin kaplumbağaları, sonra insanları, en sonra da taşları yaratmıştır. Kaplumbağa tanrıdan bir çocuk isterse de, tanrı bu isteği yerine getirmez. Kaplumbağa isteğini bir kez daha yeniler. O zaman tanrı: “Çocukla birlikte ölümü de veririm” der. Kaplumbağa da: “Yeter ki siz bana bir çocuk verin, ben ölmeye razıyım” der. Tanrı bu arada insanlara da çocuk isteyip istemediklerini sorar; insanlar da çocuk isterler. Aynı soruyu tanrı bir de taşlara sorar: Taşlar çocuk istemezler. Ve böylece kaplumbağalarla insanlar çocuk uğruna ölümsüzlüklerini yitirirlerken, taşlar da ölümsüzlüğe kavuşmuş olurlar (Örnek,1988).

Ölüm kavramı ve ölüme verilen tepkiler kültürden kültüre farklılık gösterdiğini örnekleyecek olursak, Amerikalılar yaşlanmayı kabul etmedikleri, ölümden daha fazla

korktukları ve ölümü reddettikleri için ölümle baş etmede daha fazla sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Çinliler de Amerikalılar gibi ölümü kabul etmeyen bir toplumdur ve yaşam boyunca yapılan kötülüklerin ölümden sonra ağlamaklı ve kederli bir biçimde düzenlenen cenaze ritüelleri ile yok olacağına inanmaktadır (Öz, 2010).

Ölüme farklı kültürel yapıya sahip toplumların, farklı anlamlar yüklemesinin nedeni; ölümün sadece biyolojik değil aynı zamanda kültürel bir olgu olmasıdır. Örneğin ölümlerin sergilenmesi, yakılması, bir kayık üstünde suya bırakılması, ağaç üzerinde çürümeye bırakılması ve daha sonra kemiklerin toplanıp gömülmesi, ölünün toprağa gömülmesinin ardından üzerine anıtsal bir mezar yapılması ya da sadece çakıl taşları konması gibi gelenekler toplumların ölüme ve ölümden sonra neler olacağına dair inanışlarını göstermektedir (Örnek, 1988). Toplumların geçmişten günümüze kadar benimsediği değerler ölüm kavramı tanımını farklılaşmasına ve bu değerler ayrıca terminal dönemdeki hastanın rahatsızlık, ağrı, kayıp ve yas sürecini yaşamada önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ölüm evrensel ve kaçınılmaz olmasına rağmen, bazı kültürlerde ölüm hakkın konuşulmayan bir tabu iken bazı toplumlarda çok rahatça tartışılıp konuşulabilir (Sağır, 2012). Bu bağlamda ölüm, ölüm algısı, ölüme yönelik yaklaşım kültürle doğrudan ilişkilidir.

2.1.5. Sanat ve ölüm

Sanat eserleri toplumun, ölüm kavramı karşısında geliştirdiği düşünce, inanç ve alışkanlıklar bütününe aktarılması niteliğindedir. Ölüm kavramının sanat eserlerine yansıtılması da ölüm algısı gibi, bireylere, dönemlere ve kültürle göre değişiklikler gösterir. Sanat eserleri kendisini üreten sanatçının ve oluşturduğu dönemi yansıttığı için ölüm kavramının sanata zaman içinde nasıl yansıtıldığında göstergesidir (Aksoy, 2014).

İnsan yüzyıllar boyunca ölecek olmanın ağırlığı karşısında çaresizliğini dile getirme ihtiyacı hissetmiştir. Bu isteği insanın yaratıcı yönünün niteliğine göre farklı şekillerde ortaya çıkarılabilmektedir. Sanat eserleri insanın ölümsüz olma arzusunun bir dışavurum biçimidir. Kendinden sonra gelenlere yaşadığını göstermek isteyen insan mimaride, heykelde, resimde, heykelde yaratıcılığını ortaya koyarak ölümsüz olduğunu göstermek istemiştir. Ortaya konan her eser bu isteğin kanıtıdır. Örneğin, Mimari yapıların üzerlerinde onları inşa eden ve/veya onları yaptıranlarla ilgili bilgi taşıyan ibarelerin olması bu isteğin en büyük göstergesidir. (Aslan, 2012). Mısır firavunlarının kendi gücü ve devletin gücünü sembolize eden, ebedilik duygusunu tatmin etmelerini sağlayan en önemli eser mısır piramitleridir. Ayrıca mumyalama tekniği de yok oluşa tahammül edememenin ve ebedilik fikrinin bir göstergesidir. Mısır uygarlığında heykel sanatı, ölünün mumyalanmış bedeni şölenlerde dolaştırılarak heykel sanatının eser olarak değil bir hayat olarak

değerlendirildiğinin göstergesidir. Yontucular bu dönemde ölümü somutlaştıran ve yaşamın yok olmasını engelleyen kişiler olarak görülmüştür (Şanko, 2015). Tüm bunlardan da anlaşılacağı gibi ölüm olgusu, algısı ve ölüme karşı tutum, birçok sanat eserinin oluşmasına esin kaynağı olmuştur.

Türkiye’de Frederic Chopin’in “Marche Funebre” ya da “Funeral March” olarak bilinen Piano Sonato no 2, Opust 35 adlı sonatının son kısmı askeri törenlerde cenaze marşı olarak kullanılmıştır. Requiem adlı eserini Mozart yaşamının son günlerinde ölümü anlatmak için Requim adlı eserini bestelemiştir (Aslan, 2012).

İnsanlık tarihi boyunca merak edilen ölüm kavramına Türk Edebiyatı’nın duayeni olan Cemal Süreya da eserlerinde yer vermiştir. Eserlerinde ölümü ele alış şekli ve ölüme verdiği anlamlar yaşadığı süre boyunca tecrübeleri doğrultusunda farklılıklar göstermiştir. Şair Uçurumda Açan kitabındaki “Ölüm” şiirinde ölümün aklına gelmesiyle korkarak kendine sığınacak bir yer aradığını ve ölümü aklından çıkaramadığını aklından çıkaramadığını, “Ölüm geliyor aklıma birden ölüm, bir ağacın gövdesine sarılıyorum...” dizelerinden daha sonraki dönemdeki şiirlerinde ise “Ölüm güney yarımkürede, Çok sığ ve sonsuz geniş, Bir ırmaktır, Ganj da derler ona...” aha sonraki mısralarında “Ölüm mü, Bir gölün dibinde durgun uykudasın, Denizler, Tanrılar karıştırır durur denizleri ...” diyerek ölümü biraz daha olumlu, dingillige, huzura, uykuya benzettiğini anlıyoruz (Demirkol, 2013).

Ölüm kavramı destanlarda da yerini almıştır. Örneğin 12 Kral Gılgamesh’in ölümsüzlük arayışının anlatıldığı Gılgamış destanında ölümsüzlük arzusu şu şekilde başlar Gılgamesh, arkadaşı Endiku öldükten sonra ölüm korkusuna kapılır. Çok güçlü olan kral Gılgamesh’in ölümden korkması ve ölüm karşısındaki çaresizliği onun ölümsüzlüğü aramaya sevk etmiştir. Gılgamesh büyük çabalarla ölümsüzlük otunu bulmuş maalesef bir yılanla kaptırmıştır. Türk-İslam kültüründe Lokman Hekim’de ölümsüzlük otu yerini bulmuştur (Aslan, 2012).

2.2. Dinler ve Ölüm

Ölüm olgusu hangi döneme ya da hangi kültüre ait olsun, hemen hemen tüm inançlar içerisinde önemli bir yere sahiptir (Aksoy, 2014). Çoğu kez ölüm olgusu dini hayat ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Hatta kimilerine göre dinlerin ortaya çıkmasında ölüm

korkusu, ölüm anı, ölümden sonraki yaşamın bilinmezliği nedeniyle ortaya çıktığını düşünenlerin sayısı az değildir. Ölüm ve ölüm sonrası ile ilgili sayısız yazılı, sözlü ve pratik inançlar gelenekler dini sistemde mevcuttur. Dini cazip hale getiren sebeplerden biride ölüm sonrası yaşama getirdikleri açıklamalardır diyen düşünürler de vardır (Aydın, 1999).

2.2.1. Yahudiliğe göre ölüm

Yahudiliğe göre ölümün ve hayatın başlangıcı, tanrının insanlara üflediği nefestir. Yaşam boyunca her gelişim döneminin sonu diğerinin başlangıcına ölümüne tekabül eder. Yani bebeklik dönemi öldüğünde çocukluk dönemi başlar, çocukluk dönemi öldüğünde gençlik dönemi başlar. Dolayısıyla ölüm herkesin yaşayacağı kaçınılmaz gerçektir. Hayatın organik, doğal ve makul bir dönemi olarak kabul edilmekte olan ölüm, hayatın sonu değildir. Hayatın sonu olmaması başka bir yerde olacağına inanarak değil, öldükten sonra insan tesirlerinin devam edeceğine inanılmaktadır (Işık, 2008). Yahudilerin kutsal kitabı Tevrat'a göre ölüm yapılan günahların bedeli değil, dünyaya gelen tüm insanların yaşayacağı ortak kaderdir (Şanko, 2015).

2.2.2. Hristiyanlığa göre ölüm

Hristiyanlık inancına göre kendini kiliseye emanet edenler, öldükten sonra tıpkı yedi uyuyanlar gibi mahşer gününe kadar huzurla uyuyacaklar ve mahşer günü geldiğinde herhangi bir hesaba çekilmeyecekler. Ancak bedenini kiliseye emanet etmeyen kişilerin öldükten sonra huzurla yaşamaya hakkı yoktur. Bu inanış 13 yüzyıla gelindiğinde kısmen değişmiş mahşer gününde tanrının eşsiz adalet terazisinde herkesin yargılanacağı ve hesap vereceği görüşü benimsenmiştir (Aries, 1991). Tüm semavi dinlerde olduğu gibi Hristiyanlıkta da İsa'nın yeniden dirilişi ile edebi hayata geçileceği inancı dinlerin sonsuz hayatı arayış temasının en açık göstergesidir (Işık, 2008).

Hristiyanlıkta ölüm, hücrelerin herhangi bir nedenle canlılığını kaybetmesi ile canın ve ruhun bedenden ayrılmasıdır. Ruhla bedenin birbirinden ayrılmasıyla, beden topraktan alındığında geri toprağa gidecek, ruh ise tanrının insanlara üflediği nefes olduğu için sonsuza kadar diri kalacaktır. Eğer ruh yaşamı boyunca günahlardan sakınıp kötülükler yapmadan kutsallığını korumuşsa sonsuz kadar cennette huzur içinde yaşayacak, aksi takdirde cehennemde acılar içinde sonsuza kadar yaşayacaktır (Şanko, 2015).

2.2.3. İslamiyet'e göre ölüm

İslamiyet inancına göre ölüm bir son değil tam tersine gerçek ve sonsuz bir hayata geçiştir. Ahret kapısından giriş olarak tanımlanan ölüm, sonsuz yaşama geçiştir. Dünyada yapılan tüm iyilik ve kötülüklerin karşılığının bulunacağı adaletin tecelli edeceği yer olarak tanımlanır (Paçacı, 1994). İslamiyet'te ölüm ilahi bir güçtür. Daha önceden ne zaman olacağı kestirilemez ve kaçınılmaz herkesin yaşayacağı sondur. Yaşam ve ölümün gizemi kişinin Allah'a olan sadakatine, vicdanına bağlanmıştır (Şanko, 2015).

2.3. Gelişimsel Dönemler ve Ölüm Algısı

2.3.1. Çocukluk döneminde ölüm algısı

Çocuklarda ölüm kavramı Bowlby'e göre 17 ay civarlarında başlar. Bu dönemde bebekler ayrılık veya kayıp durumunda çaresizlik, üzüntü veya protesto etme tepkileri sergileyebilir. İşlem öncesi dönemde olan okul öncesi dönemdeki çocuklar bilişsel olarak devamlılık kavramını anlayamadıkları için ölümün sürekli ve geri dönüşümsüz olduğunu kavrayamazlar. Fakat ölümün büyükler içi karanlık, korkutucu bir şey olduğunu düşünürler. Ölümün sona erme, evrensellik, geri dönülmezlik özelliği kavramlar ancak 7-10 yaş aralığındaki çocuklarda anlaşılabilirdiği nedensellik/sebepleri açıklayabilme ancak ergenlik döneminde kavranabilmektedir (Ekşi, 1999).

2.3.2. İleri çocukluk ve ergenlik döneminde ölüm algısı

Okul öncesi çocuklarda “ ölü insanlar yemek yemez çünkü acıkmazlar, belki çok az...” diyerek ölümü geçici bir dönem olarak algılarlar. Daha sonraki evrelerde çocuklar ölümü evrensel ve kaçınılmaz olarak değil bir son olarak algılarlar. On yaşa gelindiğinde ise çocuk ölümü herkesin ve kendisinin de yaşayacağı ortak kader olarak görür. Her canlının yaşayacağı değişmez yazgı olduğunu kavrar. Ancak ölümü anlamak yaştan ziyade zihinsel olgunlaşma seviyesine bağlı olduğu düşünülür. Çünkü zihin gelişimi ve ölüm algısı gelişimi çalışmaları göstermiş ki ölümün evrensel, son, kaçınılmaz, tamamlayıcı olduğunu bunları kavrayamayacak kadar küçüklerde bile kavranıldığı görülmüştür (Onur, 1995).

Ergenlerde ise soyut düşüncenin gelişmesi ile ölüm kavramı da soyutlaşmıştır. Ölümü hayal etmek, endişelenmek, ölüm anındaki fiziksel değişiklikleri sorgulamak ile ölüm kavramı daha soyut bir nitelik kazanır. Ergenler, ölümü kavramlaştırma karmakarışık

zihinsel faaliyetleri gerektirdiği için ölüm kavramı ile farklı şekilde ilgi duymaya, onu anlamlandırmaya başlar (Bjorklund, 2000). Ergenlik döneminde ölüme ilişkin metaforlar, sembolik olarak düşünebilme, kuramlar oluşturabilme kendi düşüncelerini başkaların düşüncelerini analiz etme gibi yetenekleri geliştiği için ölüm kavramı giderek soyutlaşmıştır (Gudas, Koocher, Wypij, 1991).

2.3.3. Yetişkinlik döneminde ölüm algısı

Yetişkinlik döneme gelindiğinde ise ölüm çok değişken ve karmaşıktır. Bu dönemde ölüm kavramı kişilerin sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel özelliklerden, gelenek, görenek, değer yargıları, kişisel özellikleri, duygusal durumu, dini inanışı gibi faktörlerin birleşimi ile şekillenir. Yetişkinler için ölüm biyolojik- fizyolojik bir durumdur. Her an olabilen, yaşam sahnesinin son perdesi, geri döndürülemez ve kaçınılmaz olduğunu düşünür. Neticede ölüm hücresel işlevlerin durması ile oluşan bir durumdur (Slaughter, 2005).

2.4. Saygın Ölüm

Türk Dil Kurumu'na göre saygı; “bir kimseye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya sebep olan sevgi duygusu, hürmet, ihtiram”dır.

Saygın; Türk Dil Kurumu'na göre “saygı gören, sayılan, hatırlı, itibarlı, muteber” anlamına gelmektedir. Ölüm her bireyin farklı anlamlar yüklediği kültürel, sosyolojik, psikolojik ve fiziksel bir anlamı olan bir kavramdır. Her bireyin ölüm algısı ve ölüme karşı tutumu farklı olmakla birlikte, aynı bireyin farklı zamanlardaki tutumu da farklılık gösterebilmektedir.

Saygın ölüm ise “ölüm” ve “saygın” kavramlarını içeren oldukça karmaşık, bireysel ve sürekli değişebilen dinamik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Hekim Birlikleri, tedavisi mümkün olmayan hastaların, onurlu ölüm hakkına sahip olduklarını kabul etmiş (Oğuz, 2001: 61-67). Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması bakım hizmetleri ile bakım kurumları ve kuruluşları tarafından kabul edilmesi önerilmiştir Sağlık ve bakım çalışma grubu tarafında 1999'dan saygın ölüm ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler (Debate of the Age Health and Care Study Group, 1999):

- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek, süreç üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek.

- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek.
- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek.
- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek.
- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek.
- İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek.
- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek.
- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek.
- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek.
- Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmektir.

Yaşam sonu bakımın birincil amacı hastanın saygın bir ortamda insan olarak hak ettiği huzurlu ölümü yaşamasına olanak sunmaktır. Saygın, iyi ölüm kavramının ne anlama geldiği inceleyen çalışmalarda kavramın zamanla değişebilen, bireysel deneyime dayanan son derece subjektif bir kavram olduğu vurgulanmaktadır. Saygın ölüm; psikolojik, sosyolojik, kültürel ve tıbbi bileşenleri olan karmaşık bir kavramdır. Saygın ölüm; onur ile muamele görme, terk edilmeme, yalnızlaştırılmama, sonuna kadar bilinçli ve zihinsel olarak aktif kalma, acı çekmeden iyi ve huzurlu ölümü içerir (Kelh, 2006).

Terminal dönem hastaların ağrısız, huzurlu ve rahat bir şekilde yaşamının sona ermesi bu hastalar için temel bir ihtiyaçtır (Van der, 2004). Ölümeye yaklaşan hastalara bakım vermek psikolojik olarak sağlık profesyonellerinin hasta ve hastanın ailesi için zorlayıcı bir durumdur. Ölümcül hastaya bakım vermedeki amaç, hastanın geri kalan ömrünü kaliteli yaşamasını sağlamak, hastayı saygın ölümeye hazırlamaktır. Bunu sağlamada öncelikli olarak sağlık profesyonellerinin görevidir (Han ve ark, 2002; Tascani ve ark, 2003). Hemşireler ve hekimler ölmekte olan hastaların gereksinimlerini karşılarken ilk önce saygın ölümeye yönelik kendi davranışlarına ilişkin iç görüş kazanmalı, hasta ve ailesine etkili destek vermek için onların duygularının anlamalı ve duygularını kabul etmelidirler (Özgüroğlu, 2004; Keser, 2007). Sağlık profesyonelleri saygın ölüm ortamı hazırlamak için öncelikle saygın ölüm kavramını anlamalı, kriterlerini bilmeli, hasta ve ailesine fiziksel ve psiko-sosyal yönelik bütüncül bakım sunmalıdır (Chen ve ark, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma; sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algılarını ve saygın ölüme ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırmanın Ankara İli ve Kırıkkale İli merkezi sınırları içinde palyatif bakım ünitesi olan; Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde yapılması planlanmıştır. Araştırmanın bu hastanelerde yapılmasının nedeni palyatif bakım servislerinin bulunmasıdır. Ancak bu hastaneler içinde araştırmanın yapılmasına Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi izin vermiştir. Bu nedenle araştırma bu üç hastanede gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin palyatif bakım ünitelerinin bazı özellikleri

Hastaneler	Palyatif bakım servisinde çalışan sağlık profesyoneli sayısı	Palyatif bakım servisi yatak sayısı	Çalışma saatleri
Ankara Ulus Devlet Hastanesi	29	25	08-16 ve 16-08
Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi	8	7	08-16 ve 16-08
Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi	25	26	08-17 ve 08-08
Toplam	62	58	

Ankara Ulus Devlet Hastanesi, 110 yataklı bir hastane olup, palyatif bakım servisinde 25 yatak bulunmaktadır. 25 hemşire ve 4 uzman hekim görev yapmaktadır. Çalışma saatleri 08-18 ve 16-08 dir.

Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, 100 yatak kapasitesine sahip olup, palyatif bakım servisinde 7 yatak mevcuttur. Bu hastanede 7 hemşire ve bir uzman hekim görev yapmaktadır. Çalışma saatleri 08-16 ve 06-08 şeklindedir.

Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, 444 yatak kapasitesine sahiptir ve palyatif bakım servisinde 26 yatak mevcuttur. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 24 hemşire ve bir uzman hekim görev yapmaktadır. Çalışma saatleri 08-17 ve 08-08 şeklindedir.

Uzman hekimler 8-17 gündüz mesaisinde hastaların tedavilerini gerçekleştirmekte, nöbetlerde ise dâhiliye yoğun bakım da görev yapan nöbetçi hekimler hem dahiliye yoğun bakım hastalarına hem de palyatif bakım hastalarından sorumludurlar.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel tipte yapılan araştırmanın örneklem grubunu Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların bakım veren yakınları, palyatif bakım kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri olan hemşireler ve hekimler oluşturmuştur. Araştırmaya hastalar ve hasta yakınları ile primer olarak ilgilenmeleri nedeniyle sağlık profesyoneli olarak hemşire ve hekimler dahil edilmiştir.

Araştırma için aşağıda belirtilen formülle örneklem hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2} \quad (3.1)$$

N: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha = 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

σ = Evren standart sapması

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$). $t_{\alpha, sd}$ kritik değerleri $sd=n-1 \rightarrow 5000$ olduğunda Z_{α} değerlerine eşit alınabilir.

Bu formülün hesaplanması ile örneklem;

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2} \quad (3.2)$$

N (hasta yakını)= 65

N (hekim ve hemşire)= 52 olarak hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına; araştırmaya katılmayı kabul eden hastanelerin palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakım vericileri, palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin tamamı alınmıştır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmada palyatif bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmayı kabul eden tüm hekim ve hemşirelere (n:62) ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak hekim ve hemşirelerden 6'si araştırmaya katılmayı kabul etmemiş ve araştırma 56 hekim ve hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında üç hastanenin palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakım veren yakınları araştırma kapsamına alınmıştır. İlgili tarihler içinde toplam 58 palyatif bakım servisi yatağında 78 hasta bakım almıştır. Her hasta için araştırmayı kabul eden ve hastanın bakımından doğrudan sorumlu olan birer hasta yakınına veri toplama formu uygulanmıştır. Araştırmamıza 78 hasta yakınından 66'sı katılmayı kabul etmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bir hastanın iki bakım vericisi veri toplama formunu doldurmuş ancak ikinci doldurana veri toplam formu iptal edilmiştir. Böylece 65 bakım verici hasta yakının verileri kabul edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmada hekim ve hemşireler için bir form, bakım verici hasta yakınları için başka bir form olmak üzere iki farklı form kullanılmıştır.

3.4.1. Sağlık profesyonellerine yönelik veri toplama formu

Bu form dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, deneyim, çalıştığı birim gibi sosyo-demografik özellikler ilgili bilgileri

sorgulayan beş sorudan, ölümle karşılaşma sıklıkları, kişisel ölüm deneyimleri, ölüm karşısında verdikleri tepki, ölüm kavramı gibi bilgileri sorgulayan 22 sorudan oluşmaktadır. Formu üçüncü bölümü Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nden, dördüncü bölümü ise Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır (EK-1).

3.4.2. Bakım verici hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

Bu form dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum gibi bilgileri sorgulayan 5 soru, ikinci bölümde ise palyatif bakımda yatan hastanız ile yakınlığınız, daha önce palyatif bakımda başka bir hastaya baktınız mı, kişisel ölüm deneyimleri, ölüm kavramı, ölüm karşısında verilen tepki gibi bilgileri sorgulayan 11 soru içermektedir. Formu üçüncü bölümü Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nden, dördüncü bölümü ise Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır (EK -2).

3.4.3. Ölüm karşı tutum ölçeği

Bireylerin ölüm karşı tutumunu belirlemek amacı ile 1994 yılında, Wong ve arkadaşları tarafından “Ölüm Karşı Tutum Ölçeği” geliştirmiştir. Ölçekte kesinlikle katılmıyorum-tamamen katılıyorum arası 7 puanlı Likert skalası ile ölüm karşı tutumlarını ölçmektedir. Orijinal ölçek 32 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Yaklaşım kabullenme, Tarafsız Kabullenme, Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden kaçınma alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Işık tarafında 2008 yılında Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlilik Güvenilirlik başlıklı çalışmasıyla ÖKTÖ literatüre kazandırılmıştır. Ölçek Türk toplumuna uyarlama aşaması çalışmasında 26 maddeye dönüştürülmüştür. Ölçek üç alt ölçekten oluşur. Her bir alt ölçek 7'li Likeyt tipi ölçeklemeye sahiptir. Kesinlikle katılmıyorum 1 puan, kesinlikle katılıyorum 7 puan arasında yer almaktadır. Ölçekten en fazla 182 en az 26 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölüm karşı negatif tutumun geliştiği, alınan puan düştükçe ölüm karşı tutumun pozitif yönde geliştiği yönünde değerlendirilmektedir.

1. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım kabullenme alt ölçeği (4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31) bu sorularda ölümden sonraki hayatın olduğuna ve ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanışı açıklar. İç tutarlılık kat sayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır.
2. Kaçış Kabullenme alt ölçeği (5, 9, 11, 23, 29) bu sorularda ise ölüm sayesinde yaşamın psikolojik ve fiziksel zorluklarından kurtulacağına inanma olarak açıklanmaktadır. İç tutarlılık kat sayısı 0,72 olarak hesaplanmıştır.
3. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (1, 2, 3, 7, 10, 8, 20, 21, 32) bu sorularda ise bireyin ölümün hakkında konuşmaktan ya da düşünmekten kaçınarak uyandırdığı korku ile kaygı duygusunu azalacağına inanma olarak açıklanmıştır. İç tutarlılık kat sayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır (Işık ve ark.,2009).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Işık tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını test etmek için Cronbach Alpha katsayısı belirlenmiştir. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach alpha değeri 0,81 dir. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.832 olarak belirlenmiştir.

3.4.4. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Benimseme Ölçeği, 1999 yılında “Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması Çalışma Grubu” tarafından “İleri Yaştaki İnsanların Bakım ve Sağlığının Geleceği”nde “saygın ölüm ilkeleri” olarak tanımlanan 12 ilke temel alınarak, Duyan tarafından 2014 yılında geliştirilmiş, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin tutumları Değerlendirme ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 5’li Likert tipi (tamamen katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, ne katılıyorum ne katılmıyorum 3 puan, katılıyorum 4, tamamen katılıyorum 5 puan) ölçeklemeye sahiptir. Olumlu ifadelerden alınabilecek en yüksek puan 60, olumsuz ifadelerden alınabilecek en düşük puan 12 dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek olduğunu, alınan düşük puanlar ise saygın ölümü benimseme düzeyinin düşük olduğunu gösterir (Duyan, 2014).

Ölçekte toplam 12 madde bulunmaktadır ve katılımcıların maddelerde belirtilen her ifade için, “tamamen katılmıyorum = 1”, “katılmıyorum = 2”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum

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

Ölçeğin yapı geçerliliği tek boyutlu ve ölçmek istediği yapıyı ölçebildiği, ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alfa Katsayısı 0,89 olarak hesaplanmış güvenilir olduğu belirlenmiştir (Duyan, 2014). Bizim çalışmamız da ise Cronbach Alfa Katsayısı 0,835 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin dil geçerliliği için ise Türkçe çevirisini dört akademisyen ve İngilizce dil puanı 90 üzeri olan 10 öğrenciye yaptırılmış, çeviriyi yapanlar tarafından ortak cümle haline getirilmiştir. Ölçek İngilizce bilen 12 katılımcıya uygulanarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.86 hesaplanmıştır ve dil geçerliliği kanıtlanmıştır (Duyan, 2014).

Araştırmanın uygulaması

Araştırma Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesinde palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları, palyatif bakımda görev yapan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır.

Araştırmanın amacı katılımcılara anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan sözlü onay ve/veya yazılı onam alınmıştır. Araştırmadaki veriler 19 Şubat-20 Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmamızın uygulanmasına Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi’nde başlanmıştır. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi’nde 8-17 mesaisinde çalışan sağlık profesyonellerine ve bakım verici hasta yakınlarına ulaşmak için 10 kez, nöbetçi olarak çalışan katılımcılara ulaşmak için de 5 kez ziyaret edilmiştir. Hasta ve bakım verici hasta yakınlarının rahatsız olmaması adına sadece gündüz saatlerinde görüşülmüştür.

Ankara Ulus Devlet Hastanesine 8 kez gündüz 5 kez gece, 29 Mayıs Hastanesine ise 5 kez gündüz 4 kez gece ziyaret edilerek çalışmanın verileri toplanmıştır. Yine bakım verici

hasta yakınlarına sadece gündüz saatlerinde ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama formu katılımcıların uygun olduğu gün ve saatlerde yüz yüze görüşme yolu ile doldurulmuştur. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Sosyal Bilimler İçin 21.0 İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Science) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yönteminden faydalanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde ise korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Ankara Üniversitesi İnsan Üzerine Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 29/01/2018 Sayı: 02/32) etik kurul onayı alınmıştır. Ankara Ulus Devlet Hastanesi Başhekimliğinden (Tarih: 07/02/2018 Sayı: 69668506-799) Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden (Tarih: 07/02/2018 Sayı: 0710212018) ve Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih: 02/02/2018 Sayı: 61660846) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması aşamasında hastaların bakım verici yakınlarından, hemşirelerden ve hekimlerden de araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, bütün katılımcılardan sözlü onam, 25 katılımcıdan hem yazılı hem sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmanın bulguları tablolar halinde sunulmuştur.

Çizelge 4.1. Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri dağılımı

Özellikler	n:65	%
Yaş		
20-35 Yaş	11	18,1
36-45 Yaş	17	25,8
46 – 55 Yaş	24	36,4
56 Yaş ve Üstü	13	19,7
Cinsiyet		
Erkek	16	24,6
Kadın	49	75,4
Medeni Durum		
Evli	46	70,7
Bekar	19	29,3
Çocuk Sahibi Olma		
Çocuk sahibiyim	53	81,5
Çocuk sahibi değilim	12	18,5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	21	32,3
Ortaöğretim	23	35,3
Üniversite	21	32,4
Ekonomik Durum		
İyi	23	35,3
Orta	32	49,2
Kötü	10	15,5
Palyatif Bakımda Yatan Hasta İle Yakınlık Durumu		
*Birinci derece yakınım	38	58,4
Akrabam	12	18,4
Arkadaşım/Diğer	15	23,2
Daha Önce Palyatif Bakımdaki Bir Hastaya Bakma Durumu		
Bakım vermedim	48	73,8
Bakım verdim	17	26,2

*Birinci derece yakınım: Eşim, babam, annem, kardeşim, oğlum.

Çizelge 4.1’de Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri dağılımı yer almaktadır. Bakım vericilerin %36,4’ü 46-55 yaş aralığında, %75,8’i kadın ve %69,7’si evli ve %80,3’ü çocuk sahibidir. Bakım vericilerin % 36,4’ü ortaöğrenim mezunu ve %50’si ekonomik olarak orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin % 58,4’ü hastanın birinci derece yakını olduğu, %73,8’inin daha önce palyatif bakımda yatan birine bakım vermediği saptanmıştır.

Tabloda yer almamakla birlikte bakım vericilerin %45,5’i kendi ölümlerini ara sıra düşündüklerini, %80’ni daha önce birinci derece yakını kaybettiğini, %64,1’i ölüm

karşısında çaresizlik hissettiğini, %65,2'si ölüm haberi vermek zorunda kaldıklarında nasıl söyleyeceğine karar vermede güçlük çekeceğini belirtmişlerdir (EK-3).

Çizelge 4.2. Sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özellikleri dağılımı (n:56)

Özellikler	n	%
Yaş		
36-45	22	39,2
20-35	17	30,4
46-55	15	26,8
56 yaş üstü	2	3,6
Cinsiyet		
Kadın	45	80,4
Erkek	11	19,6
Medeni Durum		
Evli	40	71,4
Bekar	16	28,6
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Çocuk sahibiyim	40	71,4
Çocuk sahibi değilim	16	29,6
Mesleklerini İsteyerek Seçme Durumu		
İsteyerek seçtim	37	66,1
İsteyerek seçmedim	19	33,9
Palyatif Bakıma Yönelik Eğitim Alma Durumu		
Eğitim almadım	43	76,8
Eğitim aldım	13	23,2

Çizelge 4,2'de sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özellikler dağılımı yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin %39,2'ü 36-45 yaş aralığında, %80,4'ü kadın, %71,4'ü evli ve % 71,4'ü çocuk sahibidir. Sağlık profesyonellerinin %66,1'inin mesleğini isteyerek seçtiği, % 76,8'inin palyatif bakıma yönelik eğitim almadığı belirlenmiştir.

Tablo da yer almamakla birlikte sağlık profesyonellerinin %98,5'i yeni mezunların ölümcül hastaya yaklaşım konusunda eğitim almalarının gerektiğini, %51,8'i ölümü ara sıra düşündüğünü, %60,7'i ölümü yaklaşan hastanın yakınıyla ölüm hakkında kısmen konuşabildiğini, %87,5'i daha önce bir yakını kaybettiğini, %68,2'i klinikte yaşanan ölümler karşısında üzüntü hissettiğini belirtmişlerdir (EK-4).

Çizelge 4.3. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları dağılımı

Alt Ölçekler	Gruplar		*İstatistiksel Analiz	
	Sağlık profesyoneli	Bakım verici		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	3,5040 $\pm$ 1,30749	3,7912 $\pm$ 1,86511	2,185	0,174
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	5,3929 $\pm$,92027	4,8586 $\pm$ 1,45583	1,884	0,204
Kaçış Kabullenme	4,0750 $\pm$ 1,23380	4,3106 $\pm$ 1,56659	1,615	0,311
Toplam Ölçek Puanı	4,3849 $\pm$ 1,29288	4,4856 $\pm$,77818	2,227	0,145

*Bağımsız t testi

Çizelge 4,3 de sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları 4,3849 $\pm$ 1,29288, bakım vericilerin puan ortalaması 4,4856 $\pm$,77818'dir. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüme karşı tutum ölçeği düzeyleri ile alt ölçek puanları düzeylerinin farklılıkları Bağımsız T - Testi ile analiz edilmiş ve istatistikî olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak genel olarak bakıldığında ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte ölüme karşı tutum ölçeği puanlarının sağlık profesyonelleri ve bakım vericilerin benzer olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları dağılımı

GRUPLAR	Saygın Ölüm İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği		*İstatistik analiz	
	Sağlık Profesyonelleri	Bakım vericiler	t	p
	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS		
Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir	2,9464 ± 1,18198	2,7879 ± 1,35323	1,147	0,104
Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek gerekir	3,2500 ± 1,03133	3,0606 ± 1,26344	1,208	0,147
Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek gerekir.	4,3393 ± ,74533	3,7879 ± 1,35323	1,311	0,201
Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek gerekir	4,2679 ± ,75054	3,5152 ± 1,36147	1,491	0,304
Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek gerekir.	3,4107 ± 1,52288	3,0000 ± 1,40329	1,109	0,091
Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek gerekir	3,9643 ± 1,19033	3,4545 ± 1,33799	1,147	0,104
İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek gerekir	4,4464 ± ,73657	4,0000 ± 1,30089	1,387	0,291
Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerekir.	4,6071 ± ,49281	4,1212 ± 1,30697	1,609	0,341
Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek gerekir	4,2321 ± 1,07857	3,7424 ± 1,31630	1,374	0,288
Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek gerekir	4,1607 ± 1,02295	3,7727 ± 1,27455	1,297	0,167
Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek gerekir	4,0357 ± 1,11133	3,5152 ± 1,32714	1,220	0,155
Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak gerekir	3,5357 ± 1,40083	3,1667 ± 1,56484	1,327	0,208
TOPLAM ÖLÇEK PUANI	3,9330 ± 1.0221	3,4936 ± 1,4554	1,159	0,145

* Bağımsız t testi

Çizelge 4.4’de sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Ölçeği puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Sağlık profesyonellerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin ifadelerine bakıldığında, “*sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerekir*”, “*istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olmak gerekir*” düşüncelerine katılımlarının diğer ifadelerle göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin “*Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerekir*”, “*istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olmak gerekir*” ilkesine katılım düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin katılımlarının en fazla olduğu iki ilkenin aynı olduğu saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir”, “Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek gerekir” düşüncesine katılım düzeyleri diğer ilkelere göre düşük bulunmuştur. Bakım vericilerin ise en düşük katılım oranı ise “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir”, “Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek gerekir” olduğu belirlenmiştir.

Sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Ölçeği toplam puan ortalaması $3,9330 \pm 1.0221$ iken bakım vericilerin puan ortalaması $3,4936 \pm 1.4554$ dir. Gruplar arasında istatistiksel yönden herhangi bir fark olmayıp puanlar birbirine benzer niteliktedir.

Çizelge 4.5. Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Ölçekler				
	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği				Saygın Ölüm İlkeleri
	Ölümünden Korkusu	Tarafsız Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Genel Ölüme Karşı Tutum	
$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	3,8360±1,61307	4,7659±1,77670	4,1238±1,68223	4,5000±,68398	3,3532±1,03545
Ortaöğretim	3,0463±1,28950	4,8194±1,48313	4,3333±1,53188	4,5569±,84630	3,2847±,99483
Üniversite	4,5979±2,33240	4,9960±1,08220	4,4714±1,54374	4,3678±,80506	3,8730±,58608
*İstatistik	p=0,018 F=6,789	p=0,869 F=0,149	p=0,775 F=0,981	p=0,760 F=0,922	p=0,071 F=2,847
Kendi Ölümünü Düşünme					
Çok Sık	3,4974±1,34698	5,3333±,97788	4,9714±1,29040	4,4551±,87768	3,5437±,60531
Ara Sıra	4,0667±2,30398	4,6083±1,63580	3,8567±1,65168	4,7056±,61471	3,3750±1,08662
Çok Seyrek	3,6519±1,50007	4,6944±1,55892	4,2933±1,50592	4,0545±,81233	3,6611±,96797
* İstatistik	p=0,540 F=0,622	p=0,193 F=1,690	p=0,041 F=3,355	p=0,052 F=3,117	p=0,599 F=0,516

* Tek Yönlü Anova testi

Çizelge 4.5’de bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır. Çizelge 4.5’de istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bulgulara yer verilmiştir. Bakım vericilerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği alt boyutlarından olan Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma alt boyutunun eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Üniversite mezunu olan bakım vericilerin ölüm korkusu ve

ölümden kaçınma düzeylerinin ($\bar{x}=4,5979$) ortaöğretim mezunu olan bakım vericilere göre daha yüksek düzeyde ($\bar{x}=3,0463$) olduğu bulunmuştur.

Bakım vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği alt ölçeği olan Kaçış Kabullenme alt boyutunun ölümü düşünme sıklığı bakımından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kendi ölümünü çok sık düşündüğünü söyleyen bakım vericilerin Kaçış Kabullenme düzeylerinin ($\bar{x}=4,9714$) kendi ölümünü ara sıra düşündüğünü belirten bakım vericilere göre daha yüksek ($\bar{x}=3,8567$) olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması $\bar{X}$

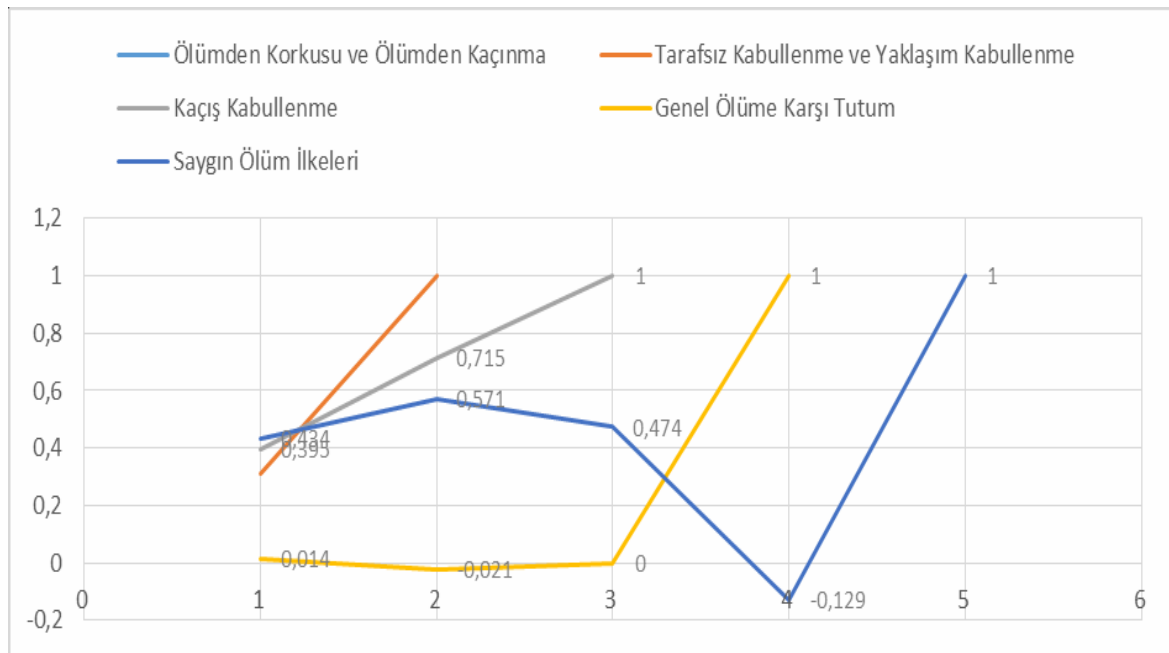
Özellikler	Ölçekler				
	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği				Saygın Ölüm İlkeleri Ölçeği
	Ölümden Korkusu	Tarafsız Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Genel Ölüme Karşı Tutum	
	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS
Erkek	2,7879±1,49687	4,7879±1,50617	4,0909±1,88968	4,2517±,76254	3,0379±,94748
Kadın	3,6815±1,30367	3,4582±1,21457	4,3244±1,41311	4,5427±,77962	3,5185±,90991
*İstatistik	p=0,05 t= 0,760	p=0,828 t=0,198	p=0,648 t=1,753	p=0,270 t=0,220	p=0,125 t=0,021
Çocuk Sahibi Olma					
Çocuk sahibiyim	3,2750±1,34091	4,7979±1,50117	4,1850±1,58350	4,5048±,79432	3,5438±,90955
Çocuk sahibi değilim	4,0833±1,33302	5,0677±1,37949	4,5125±1,29196	4,4375±,75928	3,1250±,93739
*İstatistik	p=0,046 t=0,006	p=0,537 t=0,301	p=0,466 t=0,699	p=0,773 t=0,005	p=0,129 t=0,015
Palyatif Bakıma Yönelik Temel Eğitim Dışında Eğitim Alma Durumu					
Eğitim aldım	3,5043± 1,62770	5,2628± 1,16758	4,6462± 1,61070	4,1864 ±,81011	3,9231±,52315
Eğitim almadım	3,5065 ±1,31341	4,7578± 1,53032	4,1674 ±1,46900	4,5760± ,75460	3,2733±,97528
*İstatistik	p =0,996 t=0,342	p =0,278 t=0,164	p =0,350 t=0,021	p =0,114 t=0,273	p =0,026 t=3,451
Daha Önce Yakınlarından Birini Kaybetme Durumu					
Kaybettim	3,5578±3,1429	5,0306±3,7857	4,4490±3,0857	4,4859±4,4835	3,4473±3,2619
Kaybetmedim	1,23259±2,24591	1,34583±1,8630	1,32636±2,16905	,79650±,68976	,87462±1,3242
*İstatistik	p=0,461 t=12,518	p=0,034 t=1,385	p=0,023 t=2,804	p=0,994 t=0,750	p=0,626 t=3,808

*Bağımsız t testi

Çizelge 4.6.'da sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Ölçeğin puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Çizelgede istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bulgular yer almaktadır. Palyatif bakıma yönelik temel mesleki eğitim dışında özel eğitim alan sağlık

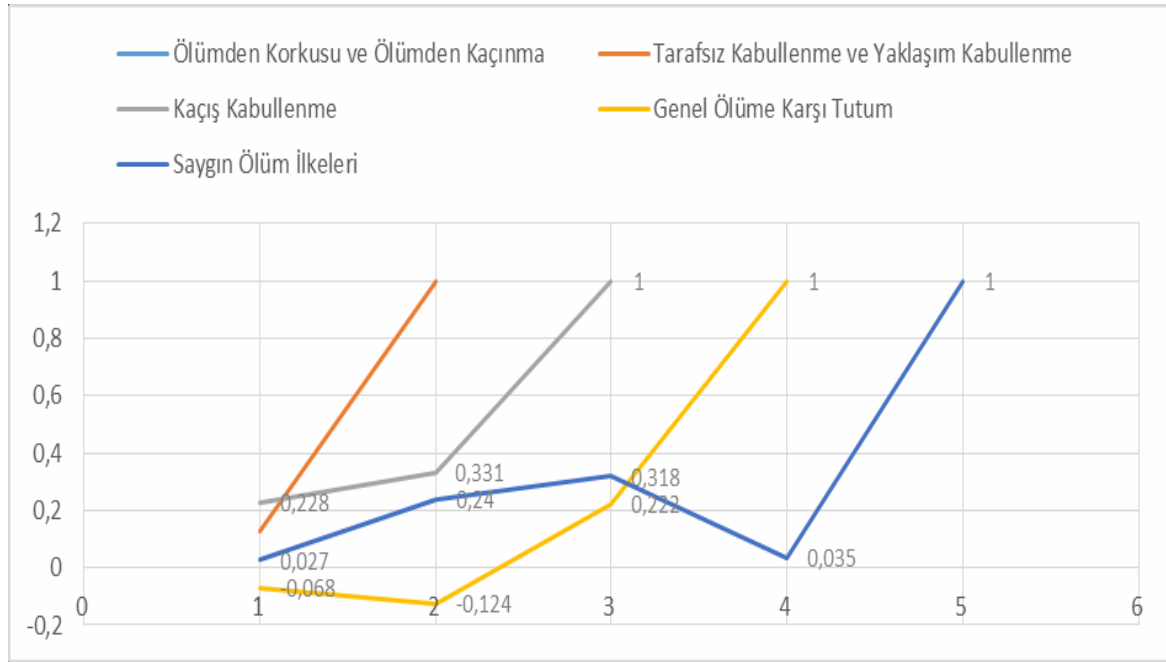
profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlarının düzeyleri eğitim almayan sağlık profesyonellerine göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olmayan sağlık profesyonellerinin ($\bar{x}=4,0833$) Ölüm Karşı Tutum alt boyutlarından olan Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma düzeylerinin çocuk sahibi olan sağlık profesyonellerine göre ($\bar{x}=3,2750$) daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.



Şekil 4.1. Bakım vericilerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki grafiği

Şekil 4.1’de Bakım vericilerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkeleri İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği düzeyleri arasındaki ilişki yer almaktadır. Bakım vericilerin ölüm karşı tutum ile saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları arasındaki ilişki korelasyon analizinde Ölüm Karşı Tutum Ölçeği alt boyutlarından Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme boyutlarının Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).



Şekil 4.2. Sağlık profesyonellerinin Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki grafiği

Şekil 4.2.'de sağlık profesyonellerin Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği alt boyutlarından olan Kaçış Kabullenme boyutunun Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sağlık profesyonelleri Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği alt boyutları ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($P < 0,05$). Bahsi geçen ilişkilerin düzeyleri ve yönleri aşağıdaki gibidir:

- Bakım vericilerin Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma düzeylerinin, sağlık profesyonellerin genel Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği düzeyleri ile pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
- Bakım vericilerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım düzeylerinin, sağlık profesyonellerin genel Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği düzeyleri ile pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
- Bakım vericilerin Kaçış Kabullenme düzeylerinin, sağlık profesyonellerin genel Ölümüne Karşı Tutum düzeyleri ile pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

- Bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme düzeylerinin, sağlık profesyonellerin genel Ölüme Karşı Tutum Ölçeği düzeyleri ile pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölümle ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 56 sağlık profesyoneli ve 65 bakım verici ile tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibi tartışılmıştır.

Sağlık Profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Araştırmamızda sağlık profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları $4,3849 \pm 1,29288$, alt ölçek puan ortalamaları ise Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçma $3,50403,5040 \pm 1,30749$, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme $5,3929 \pm 0,92027$ Kaçış Kabullenme $4,0750 \pm 1,23380$ olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.3). Sağlık profesyonellerinin ölümle karşı tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarında alınan puanlar incelendiğinde Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçış boyutunda daha pozitif bir yaklaşıma sahipken, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme boyutunda daha negatif bir tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre; sağlık profesyonellerinin ölümden sonraki hayatın olduğuna ve ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanmada daha negatif tutumları olduğu saptanmıştır. Ölümü konuşmaktan ya da düşünmekten kaçınarak ölümün uyandırdığı korku ile kaygı duygusunu azalacağı inancının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Çevik (2010)'in hemşirelerin ölümle ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını incelediği çalışmasında Kaçış Kabullenme alt boyutunun 3.5, puan Tarafsız Kabullenme alt boyutunun 5.5 puan olduğunu saptanmıştır. Maria ve arkadaşlarının (2011) Yunan hemşirelerin ölümle karşı tutumunu belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada 2.6 puan Kaçış Kabullenme, 5.6 puan Tarafsız Kabullenme olduğunu belirlemiştir. Benli'nin (2016) Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan 176 hemşireye yaptığı "Hemşirelerin Yaşam Doyum ve Ölümle Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasında hemşirelerin ÖKTÖ toplam puanı ve Tarafsız Kabullenme alt ölçeğinin puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde, kaçış kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma alt boyutlarının ise orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Literatür incelendiğinde hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta, ölümle karşı tutumu ve yaklaşımı belirleyen çalışmalara daha ağırlıklı olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar sağlık profesyonellerinin ölümü kabullenmekten

çok mücadele edilmesi ve kaçınılması gereken bir olgu gibi algıladıklarının somut bir göstergesi niteliğindedir.

Araştırmamızda sağlık profesyonellerinin cinsiyetlerine göre toplam ÖKTÖ ve alt ölçeklerde anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak kadın katılımcıların Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden ölçeğinden erkek katılımcılara göre daha fazla puan aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Selçuk ve Avcı'nın (2015) yaptığı çalışmasında öğrencilerin, cinsiyet faktörü ile ÖKTÖ analiz ettiğinde Ölümü Kabullenme puan ortalamasının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Benli'nin (2016) yaptığı çalışmada kadın hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma alt boyut puan ortalamasının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu Tarafsız Kabullenme, Kaçış Kabullenme alt boyutları ve toplam puan ortalamasının önemli bir fark olmadığını belirlemiştir. Bilge, Embel ve Kaya'nın (2013) sağlık profesyoneli olacak öğrencilerle yürüttüğü çalışmasında cinsiyetin ile ÖKTÖ toplam puan ve alt ölçekler puan ortalamalarını etkilemediğini belirlemiştir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla uyumludur. Cinsiyet, ölüm algısını doğrudan etkilememekle birlikte saygın ölümüne yaklaşımı etkileyebilmektedir. Kadınların, özen, empati, bakım gibi değerlerinin daha fazla geliştiği ve bu bağlamda saygın ölümüne yönelik daha hassas davranabildikleri düşünülmektedir.

Palyatif bakıma yönelik temel eğitim dışında eğitim alan sağlık profesyonellerinin ÖKTÖ puan ve alt ölçek puan ortalamaların eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca eğitim alan sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nden anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları dikkati çekmektedir (Çizelge 4.6) Frommel (2003)'in hemşirelerin terminal dönemde bakıma yönelik tutumları ve eğitim durumları başlıklı çalışmasında ölüm hakkında eğitim almanın Ölümüne Karşı Tutumu olumlu yönde etkilediği, İnci ve Öz'ün (2009) ölüm eğitiminin ölümcül hastaya tutuma etkisinin belirledikleri çalışmasında; ölüm eğitiminin ölümüne karşı tutumu olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Özkırış ve arkadaşlarının (2011) 304 hekimle yaptığı çalışmada hekimlerin %94,4'u ölümcül hastaya yaklaşım hakkında eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Wessel ve Routledge (2005)'in yaptığı çalışmada da, video, okuma ve yazma temeline dayanan testte, ev bakımı ve hastanede bakım yapan 33 hemşirenin ölümüne karşı tutumlarının öntest öncesi ve sontest çalışmasında hemşirelerin pozitif yönde tutumlarının değiştiği saptanmıştır. Bilge ve

arkadaşlarının (2013) Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik, ebelik, beslenme ve diyetetik ve sağlık memurluğu bölümlerine kayıtlı 456 öğrenciyle yapılan çalışmada öğrenciler ölüme yaklaşımda ölüm eğitimi almanın iyi bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir. Dağ'ın (2016) "Hekim ve Hemşirelerin Saygın Ölüme İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi" başlıklı 355 hemşirenin 235 hekimin katılımıyla yaptığı bir çalışmada, ölümle ilgili eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayan hemşirelere göre saygın ölümü benimseme düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak eğitimin ölüme ve saygın ölüme yönelik profesyonel bir yaklaşım sergilemede etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda daha önce bir yakını kaybeden sağlık profesyonellerinin Tarafsız Kabullenme Yaklaşım Kabullenme ile Kaçış Kabullenme alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 4.6). İranmanesh ve arkadaşlarının (2009) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada yakın çevresinde ölüm olgusu ile karşılaşan öğrencilerin ÖKTÖ' nün alt ölçeği olan Kaçış Kabullenme puanının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir. İranmanesh'in çalışmasıyla bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bireysel yaşamdaki ölüm deneyimi kişilerin ölüm algılarını ve saygın ölüme ilişkin yaklaşımlarını etkileyebilmektedir. Ölüm deneyimi yaşayan sağlık profesyonellerinin, ölümün gerçek ve kaçınılmaz olduğunu algıladıkları ve ölüm karşısında daha kabul edici bir yaklaşım sergileyebilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölümü yaklaşan bir hasta ve hastanın yakını ile konuşabildiğini belirten sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (EK-6). Feudtner ve arkadaşlarının (2007) pedyarik palyatif bakım sağlayan hemşirelerin umutlu düşünme ve konfor seviyesini araştırdığı çalışmasında daha uzun süre palyatif bakım eğitimi alan, palyatif bakım yetkinliği yüksek düzeyde olan hemşirelerin daha umutlu olduğunu, ölüm ve ölmek hakkında daha rahat konuşabildiklerini belirlemişlerdir. Ülker'in (2016) 65 yaş üstü hastalara bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %37,8'nin bakım verdiği hastasıyla ölüm hakkında konuşmak istemediğini belirlemiştir. Özdemir'in (2007) 100 hemşireyle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin %73,8' i hasta ve hasta yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması nedenleriyle bakımı yetersiz bulduğu, %43,9'unun yaşam sonu bakımı geliştirmeye yönelik, hastaların yakınları ile yeterli iletişim kurulması ve daha fazla zaman geçirilmesi gerektiği önerisinde bulunduklarını belirlenmiştir. Çevik'in (2010)

çalışmasında hemşireler yaşamın son günlerindeki hastaya bakım verirken; en fazla hasta ve ailesiyle, ölüm kavramına ilişkin sorulara cevap vermek ve yaşamın son günlerindeki hastanın bakımını sağlamak konusunda kendilerini yetersizlik hissettiğini bildirmişlerdir. Hastalarla iletişime girmek istememelerinin nedeni olarak; çoğunlukla hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacaklarını bilememeleri ve sağlık çalışanlarının konuşmasının daha uygun olacağını düşündükleri belirtmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarında da anlaşılabacağı üzere sağlık profesyonellerinin ölümcül hasta ile konuşmada çok yeterli olmadıkları, ancak kendini yeterli hisseden sağlık profesyonellerinin ölümcül hasta ve yakınları ile konuşabilmelerinin, ölüm algılarını, saygın ölüm algılarını ve dolayısı ile ölümcül hastaya yaklaşımlarını pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin en çok puan verilen maddesi "Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerektiği" olduğu belirlenmiştir. Bu ölçeğin maddelerine katılım oranı çoktan aza doğru; "İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek gerekir", "Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek gerekir", "Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek gerekir", "Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek gerekir" şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Çizelde 4.4). Dağ'ın (2016) 590 hekim ve hemşirenin katılımı ile yaptığı hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları çalışmasında saygın ölüm ilkelerinden "saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek, ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek, istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek, sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek, son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek, yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek" maddelerine hekim ve hemşirelerin yüksek oranlarda katıldıklarını belirlemiştir. Bu araştırma bulguları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, ölümcül hastaların yalnızca hastanede değil ev vb. farklı ortamlarda da hizmet almaları gerektiğini düşünmektedirler.

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme "gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak gerekir" maddesine katılım oranı orta düzeydedir (Çizelge 4.4). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çoğunun hastalara ölüm yeri tercihinin sorulmaması gerektiğini belirlenmiştir (Çevik, 2010), ancak yapılan başka bir çalışmada ise hastaların ölüm nerede

gerçekleşeceğini seçebilmesi ve buna saygı gösterilmesi kaliteli bir yaşam sonu ve saygın ölümün gerçekleşmesi için önemli olduğunu belirlenmiştir (Işıkhani, 2008). Thomas'ın (2004) çalışmasında hastaların saygınlığını kaybetme endişesi ölüm yeri tercihlerini etkilediğini belirlenmiştir. Ko ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında hastaların özerkliğinin ve saygınlığının önemsenmediği, isteklerinin yerine getirilmediği, anlamsızca uzamış yaşam destek ünitelerine bağlanarak etkisiz tedavilerin ve invazif girişimlerin yapıldığı bir yaşam sonunu kötü ölüm olarak nitelendirdiklerini belirlenmiştir. Demir ve arkadaşlarının (2017) 816 hemşirenin katılımıyla yaptığı çalışmalarında ise ömrü uzatırken yaşam kalitesini göz ardı etmenin sağlık profesyonelleri için hala belirsiz olduğunu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda anlamsızca uzamış yaşam yerine yaşam kalitesini önemini vurgulayan “gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak gerekir” maddesine katılımın oranının orta düzeyde olması sağlık profesyonellerinin bu konuda halen çekimser kaldıklarının bir göstergesidir.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanı diğer maddelere göre düşük olan diğer bir madde ise “Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek gerekir” maddesidir (Çizelge 4.4). Işıkhani'nin (2008) kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri başlıklı çalışmasında terminal dönemdeki hastaların ölümün nerede gerçekleşeceğini seçebilmelerinin önemli olduğunu belirlenmiştir. Hechler ve arkadaşları (2008) Almanya'da kanser nedeniyle kaybedilmiş çocukların ebeveynlerinin durumu araştırmıştır. Bir devlet hastanesinde çocuk onkoloji kliniğinde 1999 ve 2000 yılları arasında ölen 48 çocuğun ebeveynleri araştırma kapsamına alınmıştır. Çocukların %88'inin evde öldüğü ve klinikte ölenlere göre daha huzurlu bir şekilde yaşama veda ettiği tespit edilmiştir. Sağlık profesyonelleri ölüm anında kadar hastaya yapacak mutlaka bir şey olacağını düşünmektedirler. Ancak sağlık profesyonelleri hastane dışında da ölümcül hastalara bakım verilmesi gerektiğini oldukça yüksek bir oranda düşünmektedirler. Dolayısı ile sağlık profesyonelleri ölümün “nerede” olacağından ziyade nasıl gerçekleştiğine odaklanmaktadır. Sağlık profesyonelleri ölümcül hastanın son ana kadar profesyonel bakıma ulaşabilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği alt boyutlarından olan Kaçış Kabullenme boyutunun Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Şekil 4.2). Çalışmamıza göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin alt boyutu olan Kaçış Kabullenme

(ölüm sayesinde, yaşamın fiziksel ve psikolojik kurtulacağına inanma) tutumu arttıkça Saygın Ölüm İlkelerine benimseme düzeyi de artmaktadır. Ölüm sayesinde yaşamın psikolojik ve fiziksel zorluklarından kurtulacağına inanma olarak açıklanan Kaçış Kabullenme alt ölçeğine ilişkin tutumun pozitif yönde arttığında saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi de artmaktadır. Bu bulgulardan da anlaşılabileceği gibi ölüme ilişkin algı, saygın ölüm algısını etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin ölümü kabullenmeleri saygın ölüm ilkelerini benimsemelerini sağlamaktadır. Dolayısı ile sağlık profesyonellerinin kendi ölüm algılarının farkında olarak ölümcül hastalara bakım vermeleri hastaların hakları açısından önemlidir. Sağlık profesyonellerinin pozitif yöndeki ölüm algıları hastalarına daha rahat ve pozitif yaklaşımlarını sağlayacaktır. Çalışmamızın bu bulgusuna yönelik literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonuç sağlık profesyonellerinin ölümcül hastaya yaklaşımlarını etkilemesi bakımından oldukça önemlidir.

Bakım Vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bakım verici hasta yakınlarının ÖKTÖ’de aldığı toplam ölçek puanı $4,4856 \pm 0,77818$ ÖKTÖ’nün alt ölçeklerinden ise Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme $4,8586 \pm 1,45583$ Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma $3,7912 \pm 1,86511$ Kaçış Kabullenme $4,3106 \pm 1,56659$ olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.3.). Bakım vericilerin ölüme karşı tutumu orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt ölçeklerden alınan puanlar incelendiğinde alınan puanlar arasında çok az fark olmakla birlikte bakım verici hasta yakınlarının Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt ölçeğinde daha pozitif, Tarafsız Kabullenme ve Kaçış Kabullenme alt ölçeğinde daha negatif tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulgularda görüldüğü gibi bakım vericiler ölümden korkma ve kaçma eğilimleri daha yüksek, kabullenme eğilimleri daha düşük bulunmuştur. Bu bağlamda ölüm süreci bakım vericiler için oldukça yoğun anksiyeteye neden olabilmektedir.

Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre ölüme ilişkin algıları incelendiğinde eğitim durumunun ve ölümü düşünme sıklığının bakım vericilerin ölüme karşı tutumu belirlemede etken olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5). Çalışmamızda üniversite mezunu olan bakım vericilerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma düzeylerinin ortaöğretim mezunu olan hasta yakınlarına hasta göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca

üniversite mezunlarının Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ilişkin puanları daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.5). Eğitim seviyesi arttıkça bireyin ölümün hakkında konuşmaktan ya da düşünmekten kaçınarak ölümün uyandırdığı korku ile kaygı duygusunu azalacağı inancı daha fazla olmaktadır. Üniversite mezunlarının saygın ölüm ilkelerini benimseme oranlarının yüksek olması, eğitimle birlikte ölümcül hastalara yaklaşımın olumlu yönde değiştiğini göstermektedir.

Çalışmamızda kendi ölümünü çok sık düşündüğünü belirten bakım vericilerin Kaçış Kabullenme düzeylerinin kendi ölümünü ara sıra düşündüğünü belirten bakım vericilere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5). Ölüm ile çok sık karşılaşan kişiler ölümün kaçınılmaz ve hayatın bir parçası olduğunu daha kolay kabullenebilmektedirler.

Çalışmamızda bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ne yönelik görüşlerinin ortalamalarına bakıldığında bakım vericilerin “Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerektiği” ve “İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olması gerektiği” görüşüne katılımlarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4). Bu sonuçlardan da anlaşılabileceği üzere bakım vericiler yalnızca palyatif bakım ortamlarında değil ev gibi farklı diğer ortamlarda da ölmek üzere olan hastaların profesyonel bakımı alması gerektiğini düşünmektedirler. Bunun ölmek üzere olan bir hastanın saygın ölümü için önemli olduğunu düşünmektedirler. Ülkemizde ölümü yaklaşan hastaların evde bakım hizmetlerine yönelik yeterli düzenleme ve uygulama bulunmamaktadır. Hastalar ev ortamlarında manevi ve duygusal desteği alabilme olanağı bulabilirler ancak profesyonel desteği alamamaktadır. Bu nedenle ölümcül hastaların rahat edecekleri bir ortamda (evleri gibi) sosyolojik, psikolojik, fizyolojik destek alabilecekleri ve profesyonel bakım imkanı bulabilecekleri düzenlemelerin yapılması oldukça önemlidir. Bu imkânın hastalara sunulması bir insan olarak saygın biçimde ölme hakkının bir gereğidir.

Çalışmamızda Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerine en düşük katılım oranının ise “Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir” maddesinde olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.4). İnsanlar, ölümün gerçek, kaçınılmaz olduğunu düşünse de ölümün ne zaman geleceğini bilmeyi çok istemeyebilirler. Öleceğini bilmek ile ölümün ne zaman

gerçekleşeceğini bilmek çok farklı şeylerdir. Ölümün ne zaman gerçekleşeceğini bilmek baş etmesi güç bir durumdur. Ayrıca sağlık profesyonelleri arasından ölümün kesin olarak ne zaman olacağını söylemek de her zaman çok mümkün olamayabilir. Ölümün ne zaman olacağını bilmek mümkün olsa dahi her sağlık çalışanı bunu hastaya ve ailesine söylemekten çekinebilir.

Bakım vericilerin ÖKTÖ'nin alt boyutlarından Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme ile Kaçış Kabullenme boyutlarının Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1). Ölümden sonraki hayatın olduğuna ve ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanışı açıklayan Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu ile ölüm sayesinde yaşamın psikolojik ve fiziksel zorluklarından kurtulacağına inanma olarak açıklanan Kaçış Kabullenme alt ölçeğine karşı tutum pozitif yönde arttığında Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeğinden alınan puan düzeyi artmaktadır. Hem sağlık profesyonellerinin hem de bakım vericilerin ölümü kabullenmeleri saygın ölüme ilişkin yaklaşımlarını olumlu etkilemektedir. Ölüm, baş edilmesi, savaşılmaması gereken bir durum olmaktan çıkıp kabul edilmesi gereken hayatın gerçeği olarak algılandığında bu hastaların saygın ölüm hakları daha fazla gözetilebilir. Böylece kabul aşaması geçmiş ve kişinin son anlarını iyi/huzurlu yaşaması için yapılması gereken eylemlere yönelinmiş olur. Bu bağlamda ölüm algısının sağlık profesyoneli ya da bakım vericilerin eylemlerini doğrudan etkileyeceği düşünülmektedir. Dolayısı ölümcül hastaya yönelik etkili bir yaklaşımın gelişmesi için kişilerin ölüm algısı ile eğitime başlamak gerekmektedir.

Sağlık Profesyonelleri ve Bakım Vericilerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Saygın Ölüm İlkeleri ne İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeğinin Puanlarının Tartışılması

Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ÖKTÖ' den ve alt ölçeklerden alınan puanların birbiri ile benzer olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.3.). Bu sonucun iki nedeni olabilir: Birincisi bakım vericilerin ve sağlık profesyonellerinin birbirlerinin algılarından etkilenmeleri, ikincisi ise aynı toplumun üyeleri olarak kültürel bir olgu olan ölüme yönelik benzer algıya sahip olmalarıdır. Her iki duruma da sağlık profesyonellerinin tutumu bakım verici hasta yakınlarını, bakım vericilerin tepkileri de sağlık profesyonellerini etkilemektedir. Bu sonuç sağlık profesyonellerinin ölüme karşı tutum

pozitif yönde arttığında bakım verici hasta yakınlarının da ölüme karşı tutumu pozitif yönde artacağını göstermektedir. Önemli olan sağlık profesyonelleri bu etkileşimin farkında olmasıdır.

Bakım vericilerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri ile sağlık profesyonellerinin genel ölüme karşı tutum düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.2 ve Şekil 4.1) Bu sonuca göre sağlık profesyonelleri ölüme karşı olumlu tutum sergiledikçe bakım verici hasta yakınlarının saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri de artmaktadır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi bakım vericilerin ve sağlık profesyonellerinin ölüm algıları saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini doğrudan ve çok güçlü bir şekilde etkilemektedir. Palyatif bakım gibi ölüm sürecinde olan hastaların yattığı kliniklerde hem bakım verici hasta yakınları hem de sağlık profesyonelleri kendilerini çaresiz hissetmekte, tükenebilmektedirler (Çevik, 2010). Bu iki grup birbiriyle sürekli iletişim ve etkileşim içinde olduğundan algıları, düşünceleri, eylemleri birbirini etkilemektedir. Bakım vericiler, sağlık profesyonellerini yakından gözlemektedirler. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin algısı, düşüncesi ve eylemleri bakım vericileri etkileyebilmektedir. Bu bulgu hem sağlık profesyonellerine hem de bakım vericilere yönelik planlanacak etkinliklere yol göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

Sonuç olarak; bu tez ile sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algılarının ve saygın ölüm ilkeleri algılarının birbirine etkilediği ve benzer olduğu, bazı bireysel özelliklerin ölüm ve saygın ölüm algısını etkilediği, her iki grubun da ölüm algılarının saygın ölüme ilişkin algılarını etkilediği belirlenmiştir. Bu tez çalışmasının sonucunun ölümcül hastalara hizmet veren sağlık profesyonellerinin daha etkin hizmet vermelerini, bakım vericilerinde sürece daha etkin katılabilmelerini güçlendirecek etkinliklerin, düzenlemelerin planlanması için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 56 sağlık profesyoneli ve 65 bakım verici ile tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Bakım vericilerin %36,4'ü 46-55 yaş aralığında, %75,8'i kadın ve %69,7'si evli ve %80,3'ü çocuk sahibidir. Bakım vericilerin % 36,4'ü ortaöğrenim mezunu ve %50'si ekonomik olarak orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin % 58,4'ü hastanın birinci derece yakını olduğu, %73,8'inin daha önce palyatif bakımda yatan birine bakım vermediği saptanmıştır (Çizelge 4.1).
- Sağlık profesyonellerinin %39,3'ü 36-45 yaş aralığında, %80,4'ü kadın, %71,4'ü evli ve % 71,6'sı çocuk sahibidir. Sağlık profesyonellerinin %66,1'inin mesleğini isteyerek seçtiği, % 76,8'inin palyatif bakıma yönelik eğitim almadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).
- Sağlık profesyonellerinin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları $4,3849 \pm 1,29288$, bakım vericilerin puan ortalaması $4,4856 \pm ,77818$ 'dir (Çizelge 4.3).
- Sağlık profesyonellerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Ölçeği toplam puan ortalaması $3,9330 \pm 1.0221$ iken bakım vericilerin puan ortalaması $3,4936 \pm ,1.4554$ dir (Çizelge 4.4).
- Çalışmamızda üniversite mezunu olan bakım vericilerin Ölüm korkusu ve Ölümünden Kaçınma düzeylerinin ortaöğretim mezunu olan bakım vericilere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5).
- Çalışmamızda ölümü kendi ölümünü çok sık düşündüğünü söyleyen bakım vericilerin Kaçış Kabullenme düzeylerinin kendi ölümünü ara sıra düşündüğünü belirten bakım vericilere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.5).
- Çocuk sahibi olmayan sağlık profesyonellerin Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma düzeylerinin çocuk sahibi olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.6).
- Palyatif bakıma yönelik temel eğitim dışında eğitim alan sağlık profesyonellerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması eğitim almayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.6).

- Çalışmamızda daha önce bir yakını kaybeden sağlık profesyonellerinin Tarafsız Kabullenme Yaklaşım Kabullenme ile Kaçış Kabullenme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6).
- Bakım vericilerin ise Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme ile Kaçış Kabullenme boyutlarının saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1).
- Sağlık profesyonellerinin Kaçış Kabullenme boyutunun Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.2).
- Bakım vericilerin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puanı ile sağlık profesyonellerinin genel Ölüme Karşı Tutum puanları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.2 ve Şekil 4.1).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Palyatif bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin ölüm algılarının farkında olmalarını sağlayacak etkinliklerin düzenlenmesi,
- Sağlık çalışanlarının hem temel eğitim hem de hizmet içi eğitimlerinde ölüm ve ölüme ilişkin tutumlarını iyileştirmeye yönelik eğitim programları, bağımsız seminer, konferanslar, kurlar, grup toplantıları gibi bilimsel etkinlikler düzenlenmeli ve sürekliliği sağlanması,
- Ölümcül hastalarla ve bakım vericileri ile konuşabilme, etkili bakım hizmeti verebilmek konusunda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hastaların saygın ölüm hakkı konusunda sağlık profesyonellerinin eğitilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A. M. and Al-Kandari, Y. (2007). Death Anxiety In Kuwaiti Middle- Aged Personnel. *The Journal of Death And Dying*, 55(4), 297-310.
- Abu Hasheesh, M. O., Al Sayed AboZeyid, S., Goda El-Zaid, S. and Alhujaili, A.D. (2013). Nurses Characteristic and Their Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394.
- Akbayrak, N. (1998). *Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara. 24-30.
- Akça, F. ve Köse, İ. A. (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11, 7-16.
- Aksoy, M. (2014). *Rönesans sanatında ölüm teması*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Aksu, T. ve Okçay, H. (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 113-126.
- Aktürk, D. (2014). *Ölümlerle çok karşılaşan servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümlerle karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeyinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akyol, A. (2010). Yetişkinlerde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 59-72.
- Aries, P. (1991). *Batıların ölüm karşısında tavırları*. Çeviri: Kılıçbay M.A., (1. Baskı). Ankara: Gece Yayınları.
- Aslan, Y. (2012). *Türk romanında ölüm (1859-1910)*, Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Ay, F.ve Gençtürk, N. (2013). Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri Odak Grup Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 164-171.
- Ay, M. A. (2013). *Hemşirelerin Ölüm, ölümcül hasta ve ötanaziye ilişkin tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, M. (1999). *Din Felsefesi*, (4.Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları.
- Ayhan, D. (2013). *Hemşirelik uygulamalarında ölümlerle karşılaşma durumu ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Beckstrand, R. L. and Kirchoff, K. T. (2005). Providing End of Life Care Nurses Perceived Abstracles and Supportive Behaviors. *Amerikan Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403.

- Beckstrand, R., Callister, C. L. and Kirchhoff, K. D. (2006). Providing a Good Death : Critical care nurses suggestions for improving end- of- life care. *American Journal of Critical Care*, 15 (1), 38- 47.
- Benli, S. (2016). *Hemşirelerin yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Erzincan.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2004). Ölüm sürecindeki hastaya ve yakınına psikiyatri hemşiresinin terapötik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 127-136.
- Bilge, A., Embel, N. ve Kaya, F. G. (2013). Sağlık Profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 4(3), 119-124.
- Bjorklund, D. F. (2000). *Children thinking: developmental function and individual differences* (3rd Ed.). Belmont, C.A. Wadsworth Press.
- Boysan, M. (2005). *Üniversite öğrencilerinde disasiyatif yaşantılar, travma ve ölüm anksiyetesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.
- Braun M., Gordon D. and Uziely B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nurs Forum*, 37(1), E43-E50.
- Brosche, T. A. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs*, 26, 21–8.
- Burcu, E. ve Akalın, E. (2008). Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. *Hacettepe Üniversitesi Tıbbiyat Araştırmaları Dergisi*, (8), 29-54.
- Chen C. Y., Chiu T. Y. Bhikkhuni, T. T. (2003). Influencing factors of death fear in terminal cancer patients. *Taiwan J Hospice Palliat Care*, 8(2), 134–142.
- Cimete, G. (2002). *Yaşam sonu bakım, ölümcül hastalarda bütüncül yaklaşım*. İstanbul: Nobel Kitapevleri.
- Çevik, B. (2010). *Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Çevik, B. Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36(6), 58-65.
- Çil, O. ve Görkey, Ş. (2014). Beyin ölümü tarihsel gelişimi ve kadavradan organ nakline etkisi. *Marmara Medical Journal*, 27(1), 69-74.
- Dadfar, M., Abdel- Khalek A. M. and Laster, D. (2017). Psychametric characteristics of the reasons for death fear scale among İrarien nurses. *İnternational Journal of Nursing Sciences*, 4, 384-388.

- Dağ, A. (2016). *Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, İstanbul.
- Demir, A., Sançar, B., Yazgan, E. Ö., Özcan, S. ve Duyan, V. (2017). Intensive Care and oncology nurses perceptions and experices with futile medicl care and principles of Good Death. *Turkish Journal of Geratries*, 20(2), 116-124
- Demirkol, M. (2013). *İntihar olasılığı: kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Dökmeci, I. ve Dökmeci, A. H. (2009). *Büyük Tıp Sözlüğü*. Yeniden düzenlenmiş (3.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Dönmez, Ç. (2012). *Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Dunn, K. S, Otten, C. and Stephens E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nursing Forum*, 32, 97-104.
- Dunn, K.S., Otten, C. and Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32, 97-104.
- Duyan, V. (2014). Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1).
- Ekşi, A. (1999). *Çocuklarda ölüm algısı ve terminal dönemde hasta çocuk, ben hasta değilim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 476-498.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 329-334.
- Ertufan, H. (2008). *Hekimlik uygulamalarında ölümle karşılaşma sıklığının ölüm kaygısı üzerine etkisi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Eues, S. K. (2007). End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag*, 12, 39-44.
- Feudter, C., Santucci, G., A. J., Snyder, R. C., Rourke, T. M. and Kong, I. T. (2007). Hopeful Thinking and Level of Comfort Regarding Providing Pediatric Palliative Care. *American Academy of Pediatrics*, (1),119.
- Freud, S. (1993). *Genel nevroz öğretisi. psikanalize giriş*. Çeviri: Koptagel G. İstanbul: Gümüş Basınevi, 104.
- Fromm, E. (1994). *Kendini savunan insan*. Çeviri: Arat N. (4. Baskı). İstanbul: Say Yayıncılık.
- Frommelt K. H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal Of Hospice And Palliative Care*, 20(1), 13-22.
- Gençtan, E. (1989). *Yasam ve ölüm, insan olmak*. (6. Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi, 120- 126.

- Gökçora İ. H. (2005). Profesyonelliğe saygı. *Üniversite ve Toplum*, 5(3), 1-4.
- Gudas, L. J., Koocher, G. P. and Wypij, D. (1991). Perceptions of medical compliance in children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Developmental Behavior Pediatrics*. (12), 236- 242.
- Gulanik, M. and Myers, J. (2007). *Death and dying: end life issues. nursing care plans nursing diagnosis and intervention*. 6th Edition, USA, Mosby & Elsevier Company, 1131-1140.
- Guo, Q. and Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931-940
- Gültekin, M. (2014). *Palyatif bakım nedir?. Klinik, etik, kültürel ve hukuiki yönleriyle yaşamın sonuna ilişkin kararlar*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 63-68.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E. ve Tuncer, M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.
- Han, N. Y., Yoon, H. J., Park, I. H., Chung, Y. S. and Yoo, S. M. (2002). The elderly's perception of good death. *Korean Journal of Family Medicine*, 23, 769–777.
- Hançerlioğlu, O. (1978). *Felsefe ansiklopedisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi, 5.
- Hechler, T., Blankenburg, M., Friedrichsdorf, S. J., Garske, D., Hübner, B., Menke, A., Wamsler, C., Wolfe, J. and Zernikow, B. (2008). Parents' perspective on symptoms, quality of life, characteristics of death and end-of-life decisions for children dying from cancer. *Klinik Padiatri*, 220(3), 134-6.
- Hökelekli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3, 151-165.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H. and Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*, 6(4), 363-369.
- Işık, A. E. (2008). *Ölüme karşı tutum ölçeğinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Işık, E. A., Fadiloğlu, Ç. ve Demir, Y. (2009). Ölümüne karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 11, 28-43.
- Işıkhani, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(1), 34-44.
- İnci, F. (2008). *Hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- İnci, F. ve Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187.

İnternet: Debate of the Age Health and Care Study Group (1999). The Future of Health and Care of Older People. URL: https://www.siiis.net/documentos/Digitalizados/93461_The%20future%20of%20healt%20and%20care.pdf.http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.siiis.net%2Fdocumentos%2FDigitalizados%2F93461_The%2520future%2520of%2520healt%2520and%2520care.pdf&date=2018-10-04. Son Erişim Tarihi: 04.10.2018

İnternet: Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2018. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR%2C10461%2Fhasta-haklari-yonetmeliği.html&date=http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR%2C10461%2Fhasta-haklari-yonetmeliği.html&date=2018-10-02>, Son Erişim Tarihi: 02.10.2018.

İnternet: Türk Dil Kurumu. 2018. Ölüm. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_ttas&view=ttas&kategori=derlay&kelime1=%C3%B6l%C3%BCm. Son Erişim Tarihi: 01.06.2018

İnternet: Türk Dil Kurumu. 2018. Saygı. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.56a2aa76661319.45717751. Son Erişim Tarihi: 01.06.2018

İnternet: Türk Dil Kurumu. 2018. Saygın. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.56a2aa76661319.45717751. Son Erişim Tarihi: 01.06.2018

İnternet: URL: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1.http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fwhr%2F2006%2Fwhr06_en.pdf%3Fua%3D1&date=2018-10-03. Son Erişim Tarihi: 03.10.2018

İnternet: URL: https://www.siiis.net/documentos/Digitalizados/93461_The%20future%20of%20healt%20a%20nd%20care.pdf.http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.siiis.net%2Fdocumentos%2FDigitalizados%2F93461_The%2520future%2520of%2520healt%2520a%2520nd%2520care.pdf&date=2018-10-02, Son Erişim Tarihi: 02.10.2018

İnternet: World Health Organization, (2006). *World Health Report .working together for health.* Geneva:.. WHO. URL: <http://www.who.int/whr/2006/en/>.<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fwhr%2F2006%2Fen%2F&date=2018-10-03>. Son Erişim Tarihi: 03.10.2018.

İsen, G. B. (1995). *Saldırganlık kuramları ve basında cinayet haberleri*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kabalak, A. A. Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.

Kabalak, A. A., Öztürk, H., Erdem T. ve Akın, S. (2012). SB Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.

- Karahanoğlu, G., Bahçeçik, N. ve Alpar, E. Ş. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, 1(1), 50-61.
- Karahisar, F. (2006). *Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Kelh, A. K. (2006). Moving yoward peace; an analysis of the concept a good death. *Amerikan Journal of Hospice and palliative Medicine*, 23(4), 277-86.
- Keser, Ö.N. (2007). *Ölüm ve ölümü yaklaşan bireyin bakımı, Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiyede palyatif bakım hizmetleri. *Journal of Health Science and Profession*, 4(2), 132-135.
- Ko, E., Kwak, J. and Nelson-Becker, H. (2015). What constitutes a good and bad death?: Perspectives of homeless older adults. *Death Studies*, 39(7), 422-32.
- Koç, E. (2009). Varoluşsal bir problem olarak ölüm üzerine bir değerlendirme: Tolstoy'un İvan İlyiç'in ölümü adlı eseri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(22), 245-260.
- Koç, S. ve Can, M. (2011). *Birinci basamak için adli tıp el kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Türk Tabipler Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, 18-19.
- Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
- Lange, M., Thom, B. and Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nursing Forum*, 35(6), 955-960.
- Mallory, J. L. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 305- 312.
- Maria, M., Kiriaki, S., Tatiana, S., Kastentina, K., Eleni, M. and Eleni, T. (2011). Grede nurse atttudes towars death. *Global Journal of Health Science*, 3(1), 224-230.
- McClatchey, I. S. and King, S. (2015). The impact of death education on fear of death and death ankxiety among human services studends. *Journal of Death and Dying*, 71(4), 343-361.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A. and Peyrovi, H. (2016).Death anxiety among nurses and health care professionals. *İnternational of Community Based Nurs Midwifery*, 4(1), 2-10.
- Oğuz, N. Y. (2001). *Ötanaziye Etik Yaklaşım: Tıp Etiği Açısından Yaşamın Son Döneminde Karar Verme Süreçleri*. *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)*. (1. Baskı). İstanbul: Yüce AŞ., 61-67.

- Oğuz, N. Y., Kucur, K. D. ve Tepe, H. (2005). *Biyoetik terimler sözlüğü*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, 190-191.
- Onur, B. (1995). *Gelişim Psikolojisi yetişkinlik yaşlılık ölüm*. (5. Baskı). Ankara: İmge Yayıncılık, 319-323.
- Önsöz, S. B. (2013). *Yoğun bakım hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Örnek, S. V. (1988). *100 Soruda İlkellerde Din, Büyü, Sanat, Efsane*. (2. Baskı). İstanbul: Gerçek Yayıncılık, 199-203.
- Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. (2. Baskı). Ankara: Mattek Matbaacılık, 225- 255.
- Özdemir, K. (2014). *Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Özdemir, Z. (2007). *Cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özel, Ç. (2002). Medeni hukuk açısından ölüm anının belirlenmesi ve ceset üzerindeki hakka ilişkin bazı düşünceler. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 51(1), 43-78.
- Özgüroğlu, M. (2004). Terminal dönemdeki kanser hastasına yaklaşım: “Hospice” ve Palyatif Bakım”, *Klinik Gelişim*, 17(1-2), 1-2.
- Özkiriş, A., Güleç, G., Yenilmez, Ç., Musmul, A. ve Yanaş, M. (2011). Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 89-100.
- Paçacı, M. (1994). *Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı*. İstanbul: Nuh Yayınları, 308-309.
- Pastrana, T., Junger, S., Ostgathe, C., Elsneret, F. and Radbruch, L. (2008). A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222-232.
- Peters, L. Cant, R., Payne, S. Cannor, MO., Derontt, F., Hood, K., Morphet, S. and Shimionaba, K. (2013). How death anxiety impacty nurses caring for patienty at the end of life: a review of literature. *Open Nursing Journal*, 7, 14-21.
- Ross, K. E. (1997). *Ölüm ve ölmek üzerine*. Çeviri: Büyükal, B. İstanbul: Boyner Holding Yayınları, 40-56.
- Sağır, A. (2012). Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi. *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* (2), 903-925.

- Santrock, J. W. (2016). *Yaşam boyu gelişim*. Çeviri: Yüksel, G. (1.Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık, 633-640.
- Selçuk, K. T. ve Avcı, D. (2015). Sağlık yüksek okulu öğrencilerin ölüme karşı tutumu ve ilişkili etmenler. *Davranış Bilimleri Dergisi*, 6, 26-33
- Seven, A. (2015). *Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Seven, A. (2015). *Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Sezer, S., Saya, P. (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-65.
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40(3), 179-186.
- Smith, R. (2000). A good death. *BMJ*, 320(7228), 129-130.
- Sullivan, A. M., Lakoma, M. D. and Block, S. D. (2003). The status of medical education in end of life care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 685-695.
- Şarko, L. (2015). *Çağdaş sanatta ölüm kavramı*, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tanhan, F. (2013). Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm aygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 184-200.
- Tanhan, F., Arı, F. (2009). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 44-45.
- Tanhan, F., İnci, A. F. (2006). *Ölüm Eğitimi*. (1. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları, 8-12.
- Tatar, Ü. (1988). *Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Thomas, C., Morris, S. M. and Clark, D. (2004). Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2431-2444.
- Toscani, F., Borreani, C., Boeri, P. and Miccinesi, G. (2003). Life at the end of life: Beliefs about individual life after death and good death models a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-10.
- Turgay, G. (2010). *Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

- Uslu, F. (2013). *Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uysal, N. ve Çakırcalı, E. (2015). *Hemşirelik esasları, insan sağlığı ve fonksiyonları*. (1. Basım). Ankara: Palme Yayıncılık, 1289-1300.
- Ülker, D. (2016). *Yaşlı hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşamın sonuna ilişkin kişisel tercihleri*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Ünsal, S. (2008). *Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Van Der Geest, S. (2004). Dying peacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social Science & Medicine*, 58, 899–911.
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
- Warren, B. J. (2005). The cultural expression of death and dying. *Case Manager*, 16(1), 44–47.
- Weisman D. S. (1988). Appropriate death and the hospice program. *The Hospice Journal*, 4(1), 65-77.
- Wessel, E. M. and Rutledge, D. N., (2005). Homecare and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: effects of palliative care education. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 212-218.
- Yalom, I. (1999). *Varoluşçu Psikoterapi*. Çeviri: Babayiğit İ. Z. (1. Basım). İstanbul: Kambur Yayinevi.
- Yazaroğlu, R. ve İmamoğlu, T. (2007). Mevlana düşüncesinde bir ölümsüzlük tecrübesi olarak iradeli ve doğal ölüm. *Atatürk Üniversitesi Türkiye Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, 34, 9-19.
- Yıldız, M. (1996). Ölümle ilgili genel tutumlar. *Akademik Araştırmalar Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 178-188.
- Yıldız, M. (2006). *Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. (2. Baskı). İzmir: İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları.
- Yılmaz, A. H. (2016). Türkiyede ölüm anlayışının çağdaş Türk resminde göstergebilimsel açıdan incelenmesi. *İdil Dergisi*, 5(20), 249-274.
- Yılmaz, E. ve Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Zambak, A. ve Erzincanlı, S. (2016). Hemşirelerin ölüme karşı tutumları. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 6, 16-29.

Zyga, S., Malliaro, M., Lavdariti, M., Athanosopoulou, M. ve Sanofis, P. (2011). Greek nurses attitudes towards death. *Journal of Care*, 37(2), 100-107.

EKLER

EK-1. Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve hasta yakınlarının ölüm algılarının saygın ölüme yönelik tutumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Bu çalışmada size; ölüme ve saygın bir şekilde ölmeye yönelik düşüncelerinize ilişkin bazı sorular sorulacaktır. Bu soruları içtenlikle cevap verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Tülay BAL

Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Hemşirelerin ve Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz
 - a) Erkek b)Kadın
3. Medeni durumunuz?
 - a) Evli b)Bekâr
4. Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet b)Hayır
5. Mesleğiniz:
 - a) Hekim (Uzmanlık alanınızı belirtiniz.....)
 - b) Hemşire (En son tamamladığınız hemşirelik programını yazınız.....)
6. Çalıştığınız kurumdaki pozisyonunuznedir?
 - a) Klinikhemşiresi c) Uzman Hekim(açıklayınız.....)
 - b) Sorumluhemşire d) AsistanHekim
7. Mesleğinizi isteyerek mi tercihtettiniz?
 - a) Evet b)Hayır
8. Mesleğinizden memnunmusunuz?
 - a) Evet b)Hayır
9. Mesleki deneyim süreniz.?.....ay/yıl
10. Ne kadar süredir bu birimde çalışıyorsunuz?.....ay/yıl

EK-1. (devam) Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu

11. Palyatif bakıma yönelik temel mesleki eğitiminiz dışında özel bir eğitim aldınız mı?
(13. Soruyageçiniz)
a) Evet b) Hayır
12. Cevabınız evet ise ne tür bir eğitim aldınız? (Açıklayınız) Eğitimin türü (Kurs/ Konferans/HİE/ Sempozyum vb): Eğitimin Süresi :
Eğitimin verenkurum :
13. Palyatif bakım kliniğinde çalışmayı siz mitercihettiniz?
a) Evet b) Hayır
14. Palyatif bakım kliniğinde çalışmaktan memnunmusunuz?
a) Evet b) Hayır
15. Herhangi bir kronik hastalığınız varmı?
a) Yok b) Var (Belirtiniz)
16. Ekonomik durumunuzu nasıltanımlarsınız?
a) Çokiyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çokkötü

Hemşirelerin ve Hekimlerin Ölümüne Yönelik Yaklaşımlarına İlişkin Özellikler

17. Ölüm sizce ne demektir. Bir cümle ile tanımlarmısınız?
.....
.....
18. Temel mesleki eğitiminizi ölümcül hastaya yaklaşımınız için gerekli bilgi, beceri ve tutum geliştirmeniz için yeterli buluyormusunuz?
a) Yeterli b) Yetersiz
19. Yeni mezun meslektaşlarınızın ölüm konusunda hizmet-içi programlarına katılması gerektiğini düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
20. Çalıştığınız klinikte ölüm görme/karşılaşma/müdahale etme sıklığınız nedir?
a) Her gün
b) Haftadabir
c) Haftada birdenfazla
d) İki haftada bir
e) Ayda bir
f) Aydan birden dahaaz
21. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkladüşünürsünüz?
a) Çok sık b) Arasıra c) Çok nadir d) Hiç

EK-1. (devam) Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu

22.Ölümü yaklaşan bir hasta ile rahatlıkla ölümü konuşabiliyor musunuz?

- a) Evet b)Kısmen c)Hayır

23. Ölümü yaklaşan bir hastanın yakınları ile rahatlıkla ölümü konuşabiliyor musunuz?

- a) Evet b)Kısmen c) Hayır 24.Daha önce yakınlarınızdan birini kaybettiniz mi?

a)Evet ise; yakınlık derecesi.....

(Lütfen belirtiniz) b)Hayır

25.Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaştığınızda ne hissettiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a)Çaresizlik b)Başarısızlık c)Öfke
d)Korku e)Üzüntü f) Diğer

(Belirtiniz.....) 26.Kliniğinizde karşılaştığınız ölümler karşısında neler hissediyorsunuz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a)Çok üzülüp, ağlıyorum
b)Kendi ölümümü düşünüp korkuyorum)
c)Ölümü kabullenmem güç oluyor
d)Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor e)Ölümle o kadar çok karşılaştım ki alıştım
f)Hiç bir şey hissetmiyorum
g)Diğer (Açıklayınız.....)

27. Dini inanış konusunda aşağıdakilerden hangisi sizi

- tanımlamaktadır? a)Dinime çokbağlıyım
b)Dinimebağlıyım
c)Dinime orta düzeydebağlıyım
d) Dinime zayıf düzeydebağlıyım
e) Herhangi bir dini inancımıyoktur

EK-1. (devam) Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
Ölüm, bütün sıkıntılarımin bitmesini sağlayacak.							
Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
Yoğun bir ölüm korkum var.							
Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
Öldükten sonra sevdiğimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
Ölümlle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK-1. (devam) Hemşirelere ve hekimlere yönelik veri toplama formu

SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen ifadelerin her birine ilişkin olarak en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir.					
Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek gerekir.					
Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek gerekir.					
Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek gerekir.					
Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek gerekir.					
Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek gerekir.					
İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek gerekir.					
Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerekir.					
Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek gerekir.					
Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek gerekir.					
Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek gerekir.					
Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak gerekir.					

EK-2. Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve hasta yakınlarının ölüm algılarının saygın ölüme yönelik tutumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Bu çalışmada size; ölüme ve saygın bir şekilde ölmeye yönelik düşüncelerinize ilişkin bazı sorular sorulacaktır. Bu soruları içtenlikle cevap verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Tülay BAL

Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız? 2. Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekâr

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Çocuğunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır

4. Mezuniyet durumunuz nedir?

- a) İlk öğretim b) Ortaöğretim c) Üniversite

5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

6. Şuan palyatif bakım kliniğinde bakımına yardımcı olduğunuz kişi ile yakınlık dereceniz nedir?

- a) Oğlum/kızım b) Eşim c) Kardeşim d) Akrabam e) Arkadaşım f) Diğer

7. Şuan palyatif bakım kliniğinde yatan yakınınız ile olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok yakın b) Yakın c) Kararsızım d) Biraz yakın e) Hiç yakın değiliz

8. Daha önce palyatif bakımda bakım ve tedavi alan hastaya baktınız mı?

- a) Evet b) Hayır

9. Herhangi bir kronik hastalığınız varmı?

- a) Yok b) Var (belirtiniz.....)

EK-2. (devam) Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

Hasta Yakınlarının Ölümüne Yönelik Yaklaşımlarına İlişkin Özellikler

10. Ölüm sizce ne demektir. Bir cümle ile tanımlar mısınız?

.....

.....

11. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?

- a) Çok sık b) Ara sıra c) Çok seyrek ya da hiç

12. Daha önce birinci derece yakınınızı veya sizin için önemli birini kaybettiniz mi?

- a) Evet ise; yakınlık derecesi..... (Lütfen belirtiniz)
- b) Hayır

13. Ölüm karşısında ne hissedersiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a) Çaresizlik b) Başarısızlık c) Öfke
- d) Korku e) Üzüntü
- f) Diğer (Belirtiniz.....)

14. Yakın çevrenizde karşılaştığınız ölümler karşısında neler hissetmektesiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a) Çok üzülüp, ağlarım
- b) Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım c) Ölümü kabullenmem güç oluyor.
- d) Duygularım kişinin yaşına ve hastalığına göre değişmektedir. e) Ölümle o kadar çok karşılaştım ki alıştım.
- f) Hiç bir şey hissetmiyorum h) Diğer

15. Bir ölüm haberi vermek zorunda kalsanız ne hissedersiniz? a) Normal bir olay kabul eder ve söylerim.

- b) Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim. c) Kaçarım, söylemek istemem.
- d) Diğer (Belirtiniz.....)

16. Dini inanış konusunda aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır? a) Dinime çok bağlıyım

- b) Dinime bağlıyım
- c) Dinime orta düzeyde bağlıyım
- d) Dinime zayıf düzeyde bağlıyım
- e) Herhangi bir dini inancım yoktur

EK-2. (devam) Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katıyorum	Katıyorum	Kesinlikle Katıyorum
Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.							
Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
Yoğun bir ölüm korkum var.							
Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							

EK-2. (devam) Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK-2. (devam) Hasta yakınlarına yönelik veri toplama formu

SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen ifadelerin her birine ilişkin olarak en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek gerekir.					
Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek gerekir.					
Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek gerekir.					
Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek gerekir.					
Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek gerekir.					
Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek gerekir.					
İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek gerekir.					
Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek gerekir.					
Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek gerekir.					
Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek gerekir.					
Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek gerekir.					
Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamak gerekir.					

EK-3. Bakım verici hasta yakınları ölüme yaklaşımlarına yönelik özellikleri

Özellikler	n : 65	%
Kendi Ölümünü Düşünme		
Ara Sıra	30	45,5
Çok Sık	21	31,8
Çok Seyrek	14	22,7
Daha Önce Birinci Derece Yakının Kaybetme Durumu		
Kaybettim	52	80
Kaybetmedim	5	7,6
Birinci derece yakını olmayan	9	12,4
Ölüm Karşısındaki Duygular		
Çaresizlik	41	62,1
Üzüntü	27	40,9
Diğer	26	40,9
Üzüntü	27	40,9
Korku	23	34,8
Başarısızlık	5	7,6
Yakın Çevrelerinde Karşılaştığı Ölümlere Yönelik Duyguları		
Çok üzülüp, ağlarım	37	56,1
Duygularım kişinin yaşına ve hastalığına göre değişmektedir	32	50,0
Ölümü kabullenmem güç oluyor	9	13,6
Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım	6	9,1
Ölümle o kadar karşılaştım ki alıştım	6	9,1
Hiçbir şey hissetmiyorum	3	4,5
Diğer	3	4,5
Ölüm Haberi Vermek Zorunda Kaldıklarındaki Hisleri		
Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim	43	65,2
Kaçarım, söylemek istemem	8	12,1
Normal bir olay kabul ederim	8	12,1
Diğer	6	9,6
Dini İnanışları Konusunda Kendilerini Tanımlamaları		
Dinime çok bağlıyım	28	43,1
Dinime bağlıyım	23	35,4
Dinime orta düzeyde bağlıyım	13	20
Herhangi bir dini inanışım yok	1	1,5
Ölümü Tek Cümle İle Tanımlayınız		
Fizyolojik olarak yaşamın bitmesi	23	35,3
Takdiri ilahi/kader	24	36,9
Psikolojik olarak üzüntü veren olgu	8	12,8

EK-4. Sağlık profesyonellerinin ölüme yaklaşımlarına yönelik özellikleri

	n:56	%
Temel Mesleki Eğitimin Ölümcül Hastaya Yaklaşımına ilişki yeterlilik durumu		
Yeterli	36	64,3
Yetersiz	20	35,7
Yeni Mezunların Ölümcül hastaya yaklaşıma yönelik eğitim gereksinimi		
Gereksinin vardır	55	98,2
Gereksinim yoktur	1	1,8
Çalıştıkları Klinikte Ölümle karşılaşma sıklığı		
Her gün/Haftada bir veya birden fazla	21	37,5
Ayda bir veya birden fazla	35	62,5
Kendi Ölümlerini Düşünme Sıklıkları		
Ara Sıra	29	51,8
Çok Sık	14	25,0
Çok Nadir	9	16,1
Hiç	4	7,1
Ölümü Yaklaşan Bir Hasta İle Rahatlıkla Konuşma durumu		
Konuşamıyorum	27	48,2
Kısmen konuşabiliyorum	23	41,1
Konuşabiliyorum	6	10,7
Ölümü Yaklaşan Bir Hasta Yakını İle Konuşabilme		
Kısmen konuşabiliyorum	34	60,7
Konuşabiliyorum	15	26,8
Konuşamıyorum	7	12,5
Daha Önce Yakınlarından Birini Kaybetme Durumu		
Kaybettim	49	87,5
Kaybetmedim	7	12,5
Klinikte Karşılaştıkları Ölümlere yönelik duyguları		
Üzüntü	45	68,2
Çaresizlik	30	45,5
Korku	12	18,2
Diğer	4	6,0
Başarısızlık	3	4,5
Dini İnanış Konusunda Kendilerini Tanımlamaları		
Dinime bağlıyım	32	57,1
Dinime çok bağlıyım	12	21,4
Dinime orta düzeyde bağlıyım	11	11,5
Ölümü Bir Cümle İle Tanımlayınız		
Takdiri ilahi/kader	25	50,0
Fiziksel olarak yaşamın bitmesi	24	48,0
Psikolojik olarak üzüntü veren olgu	1	2,0

EK-5. Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyo demografik Özellikler	Ölçekler				
	Ölüm Karşı tutum Ölçeği				Saygın Ölüm İlkeleri
	Ölümden Korkusu	Tarafsız Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Genel Ölüm KarşıTutum	
Yaş					
20-45 Yaş	3,6288±1,26236	5,3803±,80790	4,1282±1,28922	4,3481±1,10789	3,9145±0,66899
46 Yaş ve Üzeri	3,2222±1,40381	5,4216±1,1610	3,9529±1,12368	4,1448±1,21173	3,9755±,70142
İstatistik	p=0,291	p=0,879	p=0,629	p=0,542	p=0,758
Medeni Durum					
Evli	3,3264±1,37674	4,7448±1,40649	4,2813±1,45658	4,6566±,43994	3,4948±,80764
Bekar	3,9400±1,98523	4,8950±1,48336	4,3200±1,61422	4,4286±,85887	3,4933±,96654
İstatistik	p=0,255	p=0,722	p=0,932	p=0,347	p=0,996
Cinsiyet					
Erkek	3,9855±2,10865	4,8768±1,52224	4,2587±1,60977	4,5020±,77503	3,4746±,97940
Kadın	3,3444±1,03349	4,8167±1,32663	4,4300±1,49564	4,4509±,80622	3,5375±,80590
İstatistik	p=0,202	p=0,879	p=0,686	p=0,821	p=0,802
Ekonomik Durum					
İyi	3,9082±1,48341	5,1341±1,46179	4,4174±1,50866	4,5842±,84446	3,6449±,93549
Orta	3,9293±2,23085	4,8636±1,47400	4,3848±1,61557	4,5356±,62035	3,4747±,94315
Kötü	3,0667±1,16675	4,2083±1,3086	3,8200±1,60125	4,0577±1,0213	3,2083±,84916
İstatistik	p=0,417	p=0,247	p=0,567	p=0,242	p=0,460
Çocuk Sahibi Olma					
Çocuk sahibiyim	3,8931±1,92153	4,9340±1,44017	4,3151±1,48601	4,4154±,69795	3,5142±,90696
Çocuk sahibi değilim	3,3761±1,61560	4,5513±1,53792	4,2923±1,92979	4,7727±1,03653	3,4103±1,02766
İstatistik	p=0,375	p=0,400	p=0,963	p=0,174	p=0,720
Eğitim Durumu					
İlköğretim	3,8360±1,61307	4,7659±1,77670	4,1238±1,68223	4,5000±,68398	3,3532±1,03545
Ortaöğretim	3,0463±1,28950	4,8194±1,48313	4,3333±1,53188	4,5569±,84630	3,2847±,99483
Üniversite	4,5979±2,33240	4,9960±1,08220	4,4714±1,54374	4,3678±,80506	3,8730±,58608
İstatistik	p=0,018	p=0,869	p=0,775	p=0,760	p=0,071
Şuan Palyatif Bakımda Yardımcı Oldukları Kişilere Olan Yakınlıkları					
1. Derece Yakınım	3,9679±1,42874	4,7796±,91722	3,9533±1,20874	4,3799±1,3025	3,6688±1,42071
Akrabam/Diğer	3,6275±1,22914	4,8344±2,1428	4,3248±1,20514	4,4257±,82351	3,5201±1,41230
İstatistik	p=0,147	p=0,527	p=0,671	p=0,630	p=0,159
Şuan Palyatif Bakımda Yardımcı Oldukları Kişilere Olan İlişki Düzeyleri					
1. Derece Yakınım	4,2910±2,64236	4,8294±1,21692	4,2619±,1,68774	4,4256±,75753	3,7183±,69845
Akrabam/Arkadaşım	3,5580±1,33806	4,8722±1,56757	4,3333±1,52614	4,5075±,79371	3,3889±1,00284
İstatistik	p=0,138	p=0,912	p=0,865	p=0,731	p=0,180
Daha Önce Palyatif Bakımdaki Bir Hastaya Bakma Durumu					
Baktım	3,8272±1,52120	5,0694±1,63005	4,3556±1,41014	4,6010±,63957	3,2731±,99048
Bakmadım	3,7778±1,99329	4,7795±1,39523	4,2938±1,63517	4,4394±,83008	3,5764±,89536
İstatistik	p=1,99329	p=0,475	p=0,888	p=0,488	p=0,238
Herhangi Bir Kronik Rahatsızlığı Olma Durumu					
Kronik rahatsızlığım yok	3,6785±1,51486	4,7270±1,57499	4,1298±1,68870	4,5314±,77883	3,4113±,98470
Kronik hastalığım var	4,0702±2,56552	5,1842±1,07568	4,7579±1,13054	4,3889±,79020	3,6974±,73975
İstatistik	p=0,444	p=0,251	p=0,142	p=0,527	p=0,258
Kendi Ölümünü Düşünme					
Çok Sık	3,4974±1,34698	5,3333±,97788	4,9714±1,29040	4,4551±,87768	3,5437±,60531
Ara Sıra	4,0667±2,30398	4,6083±1,63580	3,8567±1,65168	4,7056±,61471	3,3750±1,08662
Çok Seyrek	3,6519±1,50007	4,6944±1,55892	4,2933±1,50592	4,0545±,81233	3,6611±,96797
İstatistik	p=0,540	p=0,193	p=0,041	p=0,052	p=0,599
Daha Önce Birinci Derece Yakının Kaybetme Durumu					
Kaybettim	3,8155±2,01277	4,9135±1,44522	4,3925±1,57625	4,4684±,81833	3,5063±,92202
Kaybetmedim	3,6923±1,12871	4,6346±1,53679	3,9769±1,54173	4,5559±,61427	3,4423±,97086
İstatistik	p=0,833	p=0,540	p=0,396	p=0,741	p=0,825

EK-5. (devam) Bakım vericilerin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bir Ölüm Haberi Vermek Zorunda Kaldıklarında Hissettikleri Duygular					
Normal kabul ederim	4,2778±4,04952	4,7083±1,20432	4,0750±2,21408	4,5385±,91260	3,6771±,66434
Güçlük çekerim	3,5736±1,31579	4,7364±1,56706	4,1977±1,49706	4,5455±,72887	3,2752±,97226
Kaçarım,	4,5062±,95599	4,8333±1,33333	4,8000±1,49666	4,0256±,92807	3,9537±,77405
Diğer	3,6296±2,12645	5,9722±,62952	4,7000±1,34907	4,8846±,49554	4,1250±,52108
İstatistik	p=0,485	p=0,276	p=0,657	p=0,219	p=0,078
Dini İnanış Konusunda Kendilerini Tanımlamaları					
Dinime çok bağlıyım	3,4061±1,49581	4,7960±1,60350	4,0103±1,72551	4,6731±,83214	3,1868±1,03669
Dinime bağlıyım	4,1884±2,52961	5,1522±1,49845	4,6000±1,55154	4,4661±,54340	3,8188±,80075
Dinime orta düzeyde bağlıyım	3,9365±,1,0547	4,5060±,98192	4,4571±1,18822	4,1361±,85451	3,5952±,68239
İstatistik	p=0,311	p=0,411	p=0,379	p=0,126	p=0,062

EK-6 Sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Ölçekler				
	Ölüm Karşı Tutum Ölçeği				Saygın Ölüm İlkeleri Ölçeği
	Ölümden Korkusu	Tarafsız Kabullenme	Kaçış Kabullenme	Genel Ölüm Karşı Tutum	
	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS	$\bar{X}$ ve SS
Yaş					
30 - 40 Yaş	3,6268±1,26236	5,3803±,80790	4,12825±1,2892	4,3481±1,10789	3,9145±,66899
41 Yaş ve üzeri	3,2222±1,40381	5,4216±,1,1661	3,9529±1,12368	4,4148±1,2173	3,9755±,70142
İstatistik	p=0,291	p=0,879	p=0,629	p=0,774	p=0,758
Medeni Durum					
Evli	3,3778±1,50041	5,0646±1,51365	4,3300±1,60802	4,6000±,69060	3,5708±,89107
Bekar	3,8264±,97116	4,4010±1,23499	4,1500±1,23396	4,1995±,92641	3,0573±,94757
İstatistik	p=0,275	p=0,126	p=0,689	p=0,082	p=0,061
Cinsiyet					
Erkek	2,7879±1,49687	4,7879±1,50617	4,0909±,1,88968	4,2517±,76254	3,0379±,94748
Kadın	3,6815±1,30367	±	4,3244±1,41311	4,5427±,77962	3,5185±,90991
İstatistik	p=0,050	p=0,828	p=0,648	p=0,270	p=0,125
Çocuk Sahibi Olma					
Evet	3,2750±1,34091	4,7979±1,50117	4,1850±1,58350	4,5048±,79432	3,5438±,90955
Hayır	4,0833±1,33302	5,0677±1,37949	4,5125±1,29196	4,4375±,75928	3,1250±,93739
İstatistik	p=0,046	p=0,537	p=0,466	p=0,773	p=0,129
Ekonomik Durum					
İyi	3,1981±1,22998	5,3587±,78473	4,0261±1,33526	4,2274±1,11297	4,0507±,59551
Orta	3,5000±1,27567	5,4256±1,02423	4,0643±1,20990	4,3365±1,23386	3,7827±,73540
Kötü	5,4074±,61195	5,7222±1,07475	4,9333±,46188	3,9615±,69975	4,6111±,12729
İstatistik	p=0,037	p=0,765	p=0,600	p=0,880	p=0,140
Mesleki Unvan					
Hekim	4,4286±1,03723	5,0595±,66094	4,5429±1,04380	4,1154±,69621	3,3214±,91215
Hemşire	3,3741±1,37674	,66094±1,54361	4,2408±1,56097	4,5385±,78132	3,4388±,93955
İstatistik	p=0,057	p=0,724	p=0,623	p=0,181	p=0,758
Mesleklerini İsteyerek Seçme					
İsteyerek seçim	3,2763±1,29989	4,5473±1,56724	3,9459±1,56393	4,3960±,88961	3,2793±,96689
İsteyerek seçmedim	3,9532±1,44649	5,5132±,97550	4,9263±1,15318	4,6599±,46795	3,7061±,79948
İstatistik	p=0,081	p=0,018	p=0,019	p=0,233	p=0,104
Mesleki Memnuniyet					
Memnunum	3,6449±1,27197	4,8333±1,53408	4,2913±1,51303	4,4273±,79244	3,4330±,95397
Memnun değilim	2,8667±1,71478	5,0667±1,10121	4,2200±1,52738	4,7538±,68086	3,3833±,84820
İstatistik	p=0,106	p=0,651	p=0,895	p=0,232	p=0,880
Mesleki Deneyim Süresi					
0-5 Yıl	3,5641±1,22849	5,2564±,99097	3,8000±1,46969	4,1183±1,31375	3,9423±,57068
6-15 Yıl	3,4103±1,34973	5,2949±,89857	4,5692±1,29318	4,2663±,90955	4,1987±,54384
16 Yıl ve Üzeri	3,5185±1,36312	5,4944±,91782	3,9800±1,07171	4,3679±1,16580	3,8139±,74558
İstatistik	p=0,954	p=0,679	p=0,237	p=0,806	p=0,230
Palyatif Bakımda Çalışma Süresi					
0-1 Yıl	3,3056±1,06533	5,5625±,62480	4,0750±1,04163	4,4231±1,03999	3,4063±,69499
2-3 Yıl	3,5467±1,20652	5,5733±,84174	4,2480±1,10947	4,6108±,93616	3,9367±,60202
4-5 Yıl	3,2370±1,33589	5,1611±,89224	3,6267±1,32205	3,9821±1,31469	4,0944±,68347
6 Yıl ve Üzeri	4,0694±1,77970	5,0938±1,36962	4,3750±1,58723	3,7067±1,25153	4,1458±,68971
İstatistik	p=0,517	p=0,396	p=0,409	p=0,147	p=0,083
Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışmayı Kendilerinin İsteme Durumu					
Kendim istedim	3,3056±1,50527	4,2760±1,77031	3,9750±1,71717	4,6082±,85603	3,2917±,99907
Kendim istemedim	3,5861±1,33357	5,1146±1,26306	4,4000±1,41204	4,4365±,75069	3,4771±,90700
İstatistik	p=0,496	p=0,05	p=0,343	p=0,461	p=0,505
Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışmaktan Memnun Olma Durumları					
Memnum	3,6595±1,36895	4,7823±1,54675	4,1677±1,57827	4,5149±,70162	3,4839±1,03736
Memnum değilim	3,3156±1,39025	4,9900±1,36768	4,4160±1,42117	4,4492±,87746	3,3500±,78837
İstatistik	p=0,357	p=0,601	p=0,543	p=0,757	p=0,596
Herhangi Bir Kronik Rahatsızlıklarının Olma Durumu					
Kronik rahatsızlığım yok	3,5062±1,43871	4,7963±1,55634	4,3733±1,47624	4,5368±,75756	3,3500±,98146
Kronik rahatsızlığım var	3,5051±1,14758	5,1970±,96269	3,8909±1,61583	4,2762±,86343	3,7273±,61699
İstatistik	p=0,998	p=0,420	p=0,344	p=0,324	p=0,230

EK-6 (devam) Sağlık profesyonellerinin bazı özelliklerine göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutum Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Palyatif Bakımda Çalışma Süresi					
0-1 Yıl	3,3056±1,06533	5,5625±,62480	4,0750±1,04163	4,4231±1,03999	3,4063±,69499
2-3 Yıl	3,5467±1,20652	5,5733±,84174	4,2480±1,10947	4,6108±,93616	3,9367±,60202
4-5 Yıl	3,2370±1,33589	5,1611±,89224	3,6267±1,32205	3,9821±1,31469	4,0944±,68347
6 Yıl ve Üzeri	4,0694±1,77970	5,0938±1,36962	4,3750±1,58723	3,7067±1,25153	4,1458±,68971
İstatistik	p=0,517	p=0,396	p=0,409	p=0,147	p=0,083
Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışmayı Kendilerinin İsteme Durumu					
Kendim istedim	3,3056±1,50527	4,2760±1,77031	3,9750±1,71717	4,6082±,85603	3,2917±,99907
Kendim istemedim	3,5861±1,33357	5,1146±1,26306	4,4000±1,41204	4,4365±,75069	3,4771±,90700
İstatistik	p=0,496	p=0,05	p=0,343	p=0,461	p=0,505
Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışmaktan Memnun Olma Durumları					
Memnun	3,6595±1,36895	4,7823±1,54675	4,1677±1,57827	4,5149±,70162	3,4839±1,03736
Memnun değilim	3,3156±1,39025	4,9900±1,36768	4,4160±1,42117	4,4492±,87746	3,3500±,78837
İstatistik	p=0,357	p=0,601	p=0,543	p=0,757	p=0,596
Herhangi Bir Kronik Rahatsızlıklarının Olma Durumu					
Kronik rahatsızlığım yok	3,5062±1,43871	4,7963±1,55634	4,3733±1,47624	4,5368±,75756	3,3500±,98146
Kronik rahatsızlığım var	3,5051±1,14758	5,1970±,96269	3,8909±1,61583	4,2762±,86343	3,7273±,61699
İstatistik	p=0,998	p=0,420	p=0,344	p=0,324	p=0,230
Temel Mesleki Eğitimlerinin Ölümöl Hastaya Yaklaşımı İçin Gerekli Bilgi, Beceri ve Tutum Geliştirmesine İlişkin Görüşler					
Yeterli	3,3488±1,39921	4,7894±1,45590	4,3056±1,52876	4,4284±,90878	3,4236±,95294
Yetersiz	3,7889±1,32252	5,0292±1,49274	4,2300±1,49000	4,5885±,46290	3,4250±,90801
İstatistik	p=0,255	p=0,561	p=0,859	p=0,466	p=0,996
Yeni Mezun Meslektaşlarının Ölüm Konusunda Hizmet İçi Programlarına Katılması Gerekliliği					
Gerekli	3,5152±1,31631	5,4136±0,91502	4,0836±1,243474	4,2748±1,14022	3,9409±0,5213
Gerekli değil	2,8889±0,96542	4,2500±1,22530	3,600±1,144562	4,9231±1,135467	3,500±1,31233
İstatistik	p=0,639	p=0,213	p=0,701	p=0,575	p=0,521
Çalıştıkları Klinikte Ölümle Karşılaşma Sıklıkları					
Her gün/ Haftada	3,1905±1,32224	5,3214±0,93663	3,7333±1,16676	4,4872±1,2458	3,7381±,60282
Bir ve Birden Fazla	3,6921±1,28057	5,4357±0,92135	4,2800±1,24352	4,1659±1,06059	4,0500±,69405
Ayda bir ve birden fazla					
İstatistik	p=0,167	p=0,657	p=0,109	p=0,309	p=0,093
Kendi Ölümünü Düşünme Sıklıkları					
Çok Sık	4,1429±1,33932	5,5238±1,16090	4,3000±1,22725	3,8654±1,35930	3,9226±,71197
Ara Sıra	3,3755±1,20090	5,3966±,74922	3,8897±1,15460	4,3727±1,15463	3,8362±,65673
Çok Nadir	2,8889±1,09291	5,2778±1,12731	4,2889±1,12744	4,6239±,71407	4,1759±,74120
Hiç	3,5833±1,92744	5,1667±,93294	4,1500±2,19924	4,3750±,69329	4,1250±,55067
İstatistik	p=0,129	p=0,887	p=0,715	p=0,413	p=0,563
Ölümü Yaklaşan Bir Hasta İle Rahatlıkla Konuşma					
Konuşabiliyorum	3,1852±1,36385	5,7778±,35616	4,0667±1,91276	4,5897±,81468	4,2083±,46473
Kısmen konuşabiliyorum	3,2174±1,30675	5,5435±,95771	4,1391±1,18542	4,2609±1,06322	4,1268±,68344
Konuşamıyorum	3,8189±1,27066	5,1790±,94301	4,0222±1,14936	4,2407±1,26814	3,7068±,64648
İstatistik	p=0,223	p=0,212	p=0,947	p=0,791	p=0,068
Daha Önce Yakınlarından Birini Kaybetme Durumu					
Kaybettim	3,5578±3,1429	5,0306±3,7857	4,4490±3,0857	4,4859±4,4835	3,4473±3,2619
Kaybetmedim	1,23259±2,24591	1,34583±1,86330	1,32636±2,16905	,79650±,68976	,87462±1,32412
İstatistik	p=0,461	p=0,034	p=0,023	p=0,994	p=0,626
Dini İnancı Konusunda Kendilerini Tanımlamaları					
Dinime çok bağlıyım	3,6111±1,60282	5,8125±,96211	4,2500±1,24791	3,9103±1,49225	3,7431±,79014
Dinime bağlıyım	3,4549±1,23450	5,2995±,87679	3,8875±1,27501	4,3450±1,14856	3,9661±,66964
Dinime orta düzeyde bağlıyım	3,5278±1,28980	5,2222±,94504	4,4000±1,10536	4,5064±,50862	4,0347±,56904
İstatistik	p=0,939	p=0,200	p=0,411	p=0,402	p=0,529

EK-7. Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

“Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölümüne Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi.” başlıklı tez çalışmasını Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara ve Tülay Bal tarafından Ankara ili ve Kırıkkale ili içerisinde palyatif bakım ünitesi bulunan hastanelerde yapılacaktır. Çalışmanın amacı katılımcıların, ölümüne karşı tutumları ile saygın ölümüne benimseme düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılacaktır. Bu çalışmaya katıldığınızda ölüm algınız ve ölümüne karşı tutumunuzun, saygın ölümüne benimseme düzeyini belirlemeye yönelik olduğundan palyatif bakım hastalarına bakıma yönelik yeni stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve yaklaşık 246 gönüllüye ulaşılmaya çalışılacaktır. Araştırmaya katılmayı tercih etmenin herhangi bir risk taşımamaktadır

Araştırmadan sizden beklenen anketi samimiyetle cevaplamanızdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamimiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir, elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Sorular genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamak istemediğinizi söylemek yeterli olacaktır. Anketi uygulamanız yaklaşık olarak 15-20 dakika sürecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara (tel:05056801421 E-posta:gocmenzehra@yahoo.com) ya da Tülay Bal (tel:05077561760 E-posta:tulaybal-84@gmail.com ile iletişim kurabilirsiniz.

Veri toplama formunun birinci bölümünde sizin yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, çalışma yılı vb. bireysel özelliklerinizi içeren sorulardan formun ikinci bölümünde ölüm algınız, ölümüne yönelik yaklaşımınızı belirlemeye yönelik sorular, üçüncü bölümünde Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeğinde bulunan sorularda *kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, orta derecede katılmıyorum, karasızım, orta derecede katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum* seçenekleri bulunmaktadır. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeğinde *tamamen katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne katılmıyorum, katılıyorum, tamamen katılıyorum* seçenekleri bulunmaktadır. Size en yakın doğru olanı işaretleyiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim).Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sundum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermek için yeterince zaman tanındı.

EK-7. (devam) Katılımcılar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Bu koşullar altında araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

Katılımcının Ad ve Soyadı

Tarih

İmza

Araştırmacının Adı ve Soyadı

Tarih

İmza

TÜLAYBAL

EK-8. Etik kurul izni



GİZLİ

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

31 Ocak 2013

Sayı : 56786525-050.04.04 / 6990
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Tülay BAL
Saimekadın Mah. Uslu Sok. Merve Apt. 40/9
Mamak/ANKARA

İlgi: 27/12/2017 tarihli başvurunuz.

“Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölüme Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışması ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 29/01/2018 tarihli toplantısında alınan 02/32 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

EK-8. (devam) Etik kurul izni

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 29/01/2018
Toplantı Sayısı : 02
Karar Sayısı : 32

32-Üniversitemiz Kardiyoloji bölümü hemşiresi ve Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi **Tülay Bal**'ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölümüne Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili 27/12/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Tülay Bal**'ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölümüne Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasının, çalışmaya katılacak gönüllü sayısının Başkanlığımıza bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
29/01/2018


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-9. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi uygulama izni



T.C.
KIRIKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KIRIKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRIKKALE
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
19.02.2018 14:38 - 61660848 - 774.02.01 - E.199



00063162362

Sayı : 61660848-774.02.01
Konu : Tez Uygulama İzni (Tülay BAL)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 24/01/2018 tarihli ve 61660848-3274 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı 158536134 numaralı Yüksek Lisans öğrenciniz Tülay BAL' ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölüme Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını; Kamu Hastaneleri Birliği Başkanlığımıza bağlı Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesinde Palyatif Bakım Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Feramiş Ender GÜNGÜNEŞ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
tez uygulama izni tülay bal_Ustyazi

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
19.01.2018
Ömer ÖZÇELİK
YHK

Bağlar Başı Mah.Lokman Hekim cd.No:1 Kırıkkale
Faks No:(0318)215 12 84
e-Posta:reyhan.durmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0(318)215 10 03/10 04

Bilgi için:Reyhan DURMAZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0318215 12 79

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 30b3964f-6d58-4cce-9387-4424cc266f6c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10. Ankara Ulus Devlet Hastanesi uygulama izni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yöneticiliği



Sayı : 69668506-799
Konu : Tülay BAL (Tez İzinleri) Hk

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 07/02/2018 tarihli ve 90169164-799-169 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini yapmakta olan Tülay BAL'ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölümüne Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında alan araştırması yapması Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Kadir KAZEZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Rüzgarlı Caddesi Gayret Sokak No:8 Ulus/ANKARA

Faks No:0312 310 30 04

e-Posta:ismailfurkan.zeren@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
ismailfurkan.zeren@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 63871204-731f-42be-974b-b64e91389863 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:İSMAİL FÜRKAN ZEREN

Unvan:MEMUR

Telefon No:0312 509 72 15

EK-11. Ankara 29 Mayıs Hastanesi uygulama izni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi



Sayı : 82478784-799
Konu : Tülay BAL (Tez İzinleri)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07/02/2018 tarihli ve 90169164-799-169 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini yapmakta olan Tülay BAL'ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölüme Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi " konulu tez çalışması kapsamında sağlık tesisimizde anket yapma talebi tarafımıza bildirilmiştir.

Söz konusu anketin hastanemizde yüz yüze görüşme tekniği ile Tülay BAL tarafından yapılması ve anket sonuçlarının tarafımızla paylaşması kaydıyla çalışmasını sağlık tesisimizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Yrd. Doç. Dr. Dilek DÜLGER
Başhekim

Aydınlar Mah. Dikmen Cad. No: 312

Faks No:3125932930

e-Posta:Rahsan.GunerGecmez@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
rahsan.gunergecmez@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6347/2006-3 sayılı 4618-273-48-39169-5834 kodu ile onaylanmıştır.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Rahşan Güner GEÇMEZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:03125932929 / 4091

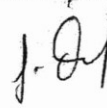
EK-12. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Uygulama İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayın Tülay BAL

“Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölüme Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi” konulu tez çalışması için hastanemiz Palyatif Bakım ünitesini uygun gördüğünüz için teşekkür ederiz. Ancak ünitemizde yoğun iş temposu ve akademik çalışmalar nedeniyle yeterli katkı sunamayacağımızı bildirir, başka bir çalışmada sizlere destek olma dileğiyle saygılar sunarım.

Doç. Dr. Fatma Gülçin ŞENEL
Palyatif Bakım Klinik Sorumlusu



EK-13. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı
Ankara Sağlık Müdürlüğü

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ - ANKARA ATATÜRK GÖĞ. HAST. ve
GÖĞ. CER. E.A.H PERSONEL BİRDİMİ
19/02/2018 16:50 - 53610172 - 799 - E.381



Sayı : 53610172-799
Konu : Tülay BAL (Tez İzinleri)

ANKARA VALİLİĞİNE
İL Sağlık Müdürlüğü

İlgi: 07/02/2018 tarih ve 169 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini yapmakta olan Tülay BAL'ın "Palyatif Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Hasta Yakınlarının Ölüm Algılarının Saygın Ölüme Yönelik Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi " konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapılması uygun görülmemiş olup, ayrıca Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalına bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Mine YEKELER
Başhekim a.
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

EK-14. Saygın Ölüm İlkeleri Tutum Ölçeğine kullanabilme izni

Tülay BAL <tulaybal84@gmail.com>

Alıcı: duyanveli

Merhaba hocam.geliştirdiğiniz Saygın Ölüm İlkeleri Tutum Ölçeğini izninizle tezimde kullanmak istiyorum.

SAYGILARIMLA...



5.03.2

Veli Duyan <duyanveli@yahoo.com>

017

Alıcı: bana

Merhaba Tülay,

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda başarılar. Prof. Dr. VeliDuyan

From: Tülay BAL <tulaybal84@gmail.com>
To: duyanveli@yahoo.com
Sent: Sunday, March 5, 2017 1:50
Subject: Saygın ölüm ilkeleri tutum ölçeğine kullanabilme izni

Merhaba hocam.geliştirdiğiniz saygın ölüm ilkeleri tutum ölçeğini izninizle tezimde kullanmak istiyorum.

SAYGILARIMLA...

EK-15. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin kullanabilme izni

Tülay BAL <tulaybal84@gmail.com>

Alıcı: abalielif

Merhaba hocam. Ben Gazi Üniversitesi Hemşirelik Esaslarında yüksek lisans yapmaktayım. Sizin geliştirdiğiniz Ölüme Karşı Tutum Ölçeğini Tezimde , izniniz ile kullanmak istiyorum.

SAYGILARIMLA..

1.03.2

Elif IŞIK <abalielif@gmail.com>

017

Alıcı: bana

Merhaba Tülay Hanım
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. İyi çalışmalar

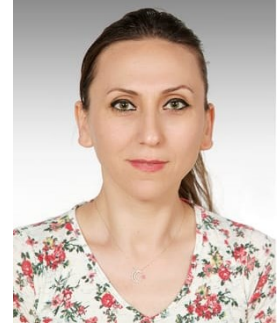
dilerim. Elif ABALI IŞIK

24 Şubat 2017 19:31 tarihinde Tülay BAL <tulaybal84@gmail.com>yazdı:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı adı : BAL Tülay
 Uyuğu : T C.
 Doğum tarihi ve yeri : 08.05.1984
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0507 756 17 60
 e-posta : tulaibal84@gmail.com



Eğitim Derecesi	Okul / Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	Devam ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksek Okulu	2008
Lise	Yıldırım Beyazıt Lisesi	2001

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2008-Devam ediyor	Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi	Hemşire
2008-2008	Gazi Üniversitesi Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dili İngilizce Yayınları

5.Uluslararası 16. Ulusal hemşirelik kongresi *yaşamın kaçınılmaz gerçeği ölüm ve hemşirelik* başlıklı poster sunumu



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

