

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTALARA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI, MANEVİ
DESTEK ALGILARI VE BUNLAR ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Yurdagül SELVİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Figen İNCİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2019
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTALARA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI, MANEVİ
DESTEK ALGILARI VE BUNLAR ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Yurdagül SELVİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Figen İNCİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2019
NEVŞEHİR**

Doç. Dr. Figen İNCİ (I. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN (II. Danışman) danışmanlığında Yurdagül SELVİ tarafından hazırlanan “**Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

17.06.2019

JÜRİ

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Arzu YÜKSEL
(Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

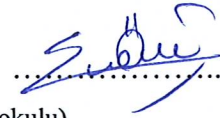
Üye: Doç. Dr. Figen İNCİ (Danışman)
(Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN
(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu)

İMZA

.....


.....


.....


ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **17.07.2019** tarih ve **42-435** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

17.07.2019

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Yurdagül SELVİ



Bu tezi beni erken bırakıp giden annem Servet DELİBAŞI ve babam Tahsin DELİBAŞI'na adıyorum.

Hep benimlesiniz...



TEŞEKKÜR

Tez konusunun seçilmesi, yurütülmesi ve tezimin oluşturulmasında yol gösteren, engin bilgilerini ve yüksek sabrını benimle paylaşan, desteğini hiç esirgmeden sunan değerli danışman hocam Doç. Dr. Figen İNCİ'ye,

İkinci danıŐmanlık görevini kabul eden ve desteğini hep hissettiren Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN'a,

Yükseklisans sürecim boyunca bilgi ve desteklerini benden esirgemeyen, baŐta saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŐ'a ve tüm hocalarıma,

Çalışma döneminde manevi desteği ve yardımlarıyla yanımda olan eŐim Kadir SELVİ'ye, yine tez çalışma döneminde yeterince ilgilenemediğim dünyanın en değerli varlıkları kızım Servet Yağmur SELVİ'ye, oğlum Ömer YuŐa SELVİ'ye,

YaŐamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen baŐta sevgili abim Arslan DELİBAŞI'na ve tüm AİLEME,

BÜTÜN KALBİMLE TEŞEKKÜR EDERİM...

Yurdagül SELVİ

TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI, MANEVİ DESTEK ALGILARI VE BUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Yurdağül SELVİ

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2019

ÖZET

Araştırma, terminal dönemdeki hastaya bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel, ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, terminal dönem hastalara bakım verilen kliniklerde çalışan biri devlet diğeri özel iki hastanede çalışan toplam 198 hemşire oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeyip araştırma hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul eden hemşirelerin hepsi örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) ve Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde veri tipine göre sayı ve yüzdeler veya ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişki Korelasyon Analizi ile gruplar arasındaki farklılık ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu (ÖKTÖ 1. Alt Boyut) puan ortalaması 63.45 ± 9.87 , Kaçış Kabullenme Alt Boyutu (2. Alt Boyut) puan ortalaması 19.47 ± 6.48 , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu (3. Alt Boyut) puan ortalaması ise 31.42 ± 9.49 'dur. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) puan ortalaması 50.98 ± 7.98 olarak belirlenmiştir. MDA ile ÖKTÖ Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu (ÖKTÖ 1. Alt Boyut) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.305$), ($p<0.05$). Hemşirelerin yaşları ile ÖKTÖ Kaçış Kabullenme Alt Boyutu (2. Alt Boyut) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r=-0.145$), ($p<0.05$). Hemşirelerin çalışma yılları ile ÖKTÖ Kaçış Kabullenme Alt Boyutu (2. Alt Boyut) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel

olarak anlamlı ilişki saptanırken ($r=-0.160$), ($p<0.05$), bölümde çalışma süreleri ile ÖKTÖ Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu (ÖKTÖ 1. Alt Boyut) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0.154$), ($p<0.05$). Kadın hemşirelerin ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu (3. Alt Boyut) puanı, erkek hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yüksek lisans mezunu hemşirelerin ÖKTÖ Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyut (1. Alt Boyut) puan ortalaması, sorumlu hemşirelerin ise Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) puan ortalaması diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Onkoloji bölümünde çalışan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin ölüme ilişkin olumlu tutumlarının, yaşlarının, deneyimlerinin ve eğitim düzeylerinin artmasının manevi destek algısını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Yaşam sonu bakımın verildiği kliniklerde hemşire iş gücü planlanırken bu özelliklere dikkat etmenin hemşirelik bakımının niteliğini artıracakı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: *Yaşam sonu bakım, ölüm kaygısı, manevi bakım, hemşirelik*
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Figen İNCİ
Sayfa Adedi: 70

**NURSES WHO CARE FOR PATIENTS IN THE TERMINAL STAGE OF
ATTITUDES TOWARD DEATH, PERCEPTIONS SPIRITUAL SUPPORT AND
INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THEM**

(M.Sc. Thesis)

Yurdagül SELVİ

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES**

June 2019

ABSTRACT

This study, which is cross-sectional and correlational has been planned to investigate nurses' attitude toward death, their emotional support perceptions and relationship among these behaviors. This study consisted of a total 198 nurses working in two hospitals, 131 nurses working in state hospital and 67 nurse working in private hospitals. Samples were not selected specifically. They were informed and asked about whether or not they were willing to participate the research. Institutional permissions, Ethics Committee approval and necessary consents were taken from participants. Research data were collected by using Personal Information Form, Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) and Emotional Support Perception Evaluation Scale which were created by researchers following literature review. Number and percentages or average and standard deviation values were used when evaluating data. While statistical parameters were analyzed by Correlation Analysis, group differences were assessed by using Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U Test. Average values of Objective Adoption and Approach Adoption Subscale (DAP-R Subscale 1), Escape Adoption Subscale (DAP-R Subscale 2) and Fear of Death and Evasion from Death Subscale (DAP-R subscale 3) were 63.45 ± 9.87 , 19.47 ± 6.48 and 31.42 ± 9.49 respectively. Total Score of Emotional Support Perception Evaluation Scale (ESP) was found $50,98 \pm 7,98$. Between ESP and Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) Subscale 1, there was a statistically weak positive correlation ($r:0,305$), ($p<0,05$). It was found that ages of nurses and DAP-R Subscale 2 were negatively correlated. ($r:0.145, p<0.05$). There was a weak negatively correlation between working years of nurses and DAP-R Subscale 2 ($r:-0,160$), ($p<0,05$). Between working times and DAP-R Subscale 1, there was a negatively weak correlation ($r:-0,154$), ($p<0,05$). Score

of woman nurses on DAP-R Subscale 3 was found higher than man nurses statistically ($p<0,05$). Mean values of postgraduate nurses on DAP-R Subscale 1 was found high statistically compared to nurses that have high school and bachelor's degree ($p<0,05$). Average of total score of Emotional Support Perception Evaluation Scale for responsible nurses was found higher than service and intensive care nurses on statistically ($p<0,05$). Mean of total score of Emotional Support Perception Evaluation Scale for nurses working in Oncology department was detected higher in comparison with the nurses who work in intensive care (child), Cardiovascular Surgery intensive care, palliative and anaesthesia intensive care ($p<0,05$). According to these findings; the attitude of nurses about death, their ages, experiences and increases the level of their education is affected the perception of spiritual support in positively. When planning the nurse workforce, it can be said that paying attention to these features will increase the quality of nursing care in clinics giving end of life care.

Keywords: *End-of-life care, death anxiety, spiritual care, nursing*

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Figen İNCİ

Page Number: 70

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMALAR.....	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ölüm Olgusu	4
2.2. Ölüm Karşısında Tutumlar.....	5
2.3. Ölüm Kaygısı	10
2.4. Terminal Dönemdeki Hastanın Bakımı	11
2.5. Ölüm Eğitimi.....	15
2.6. Manevi Bakım ve Manevi Destek	17
2.7. Manevi Destek ve Hemşirelik Mesleği.....	19
2.8. Yaşam Sonu Dönemde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	20
3. BÖLÜM	
GEREÇ VE YÖNTEMİ.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23

3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24	
3.4.	Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	24	
3.5.	Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	24	
3.5.1.	Aydınlatılmış Onam Formu	24	
3.5.2.	Kişisel Bilgi Formu	24	
3.5.3.	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	25	
3.5.4.	Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği	25	
3.6.	Ön Uygulama	25	
3.7.	Uygulama	25	
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	26	
3.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	26	
3.10.	Araştırmanın Etik Yönü	26	
4. BÖLÜM			
BULGULAR			27
5. BÖLÜM			
TARTIŞMA			39
6. BÖLÜM			
SONUÇ VE ÖNERİLER			46
KAYNAKLAR			48
EKLER			
EK 1:	T.C. Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi	62	
EK 2:	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anket ve Ölçek İzni	63	
EK 3:	Acıbadem Kayseri Hastanesi Anket ve Ölçek İzin Belgesi	64	
EK 4:	Aydınlatılmış Onam Formu	65	
EK 5:	Kişisel Bilgi Formu (Anket Formu)	66	
EK 6:	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)	67	

Ek 7: Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA)	69
ÖZGEÇMİŞ.....	70



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	27
Tablo 4.2. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı	28
Tablo 4.3. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) alt boyutları arasındaki ilişki.....	28
tablo 4.4. Hemşirelerin bazı özellikleri ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki	29
Tablo 4.5. Hemşirelerin bazı özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puanların dağılımları	30

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

MDA	Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği
Med	Medyan (ortanca değer)
Min-Max	En küçük, en büyük değer
N	Araştırmanın evreni
n	Araştırmanın örneklemi
ÖKTÖ	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
ÖKTÖ 1. Alt Boyut	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu
ÖKTÖ 2. Alt Boyut	Kaçış Kabullenme Alt Boyutu
ÖKTÖ 3. Alt Boyut	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu
(r)	Spearman's Korelasyon
Sig (p)	Significance (anlamlılık)
± ss	Artan ya da azalan standart sapma
\bar{x}	Aritmetik ortalama

1. BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam, insanın bilinci ile algıladığı gerçeklik ve bu gerçeklikteki varoluşu olarak ifade edilebilir. İnsan, algıladığı ve eylemleriyle dâhil olduğu yaşamı devamlı bir şekilde anlamaya çalışmıştır. Bu noktada, insan bilinciyle uyumlu olan en geçerli eylem varlığını sürdürmektir. Bunun için insan bilincinin yok oluşunun yani varlığın sonlu oluşunun kabul edilmesi kolay değildir [1,2,3]. Hastalık ve yaşlılık gibi varlığın sonlu, insanın ölümlü olduğunu gösteren her durum kaygı yaratmaktadır.

Hızlı gelişen teknoloji ile sağlık alanında meydana gelen ilerlemeler sayesinde, günümüzde hayatı tehdit eden çoğu hastalığın tedavisi mümkün olmaktadır. Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, daha önce insanların kısa sürede yaşamlarını kaybetmelerine neden olan pek çok hastalıkta yaşam sürelerinin uzamasını sağlamıştır. Teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatmakta, aynı zamanda kronik hastalıkların ve terminal dönemde bakıma ihtiyacı olan hasta sayısının artmasına da neden olmaktadır [4,5,6].

Terminal dönemdeki hastaya bakım vermek birçok önemli beceriyi gerektirmektedir. Tedavi seçeneğinin kalmaması, hastalığın giderek kötüleşmesi, semptomların kontrolünün güçleşmesi, hasta ve yakınları tarafından zor soruların sorulması, duygusal ve spiritüel (manevi) gereksinimlerin artması bakımı zorlaştırmaktadır. Tüm bunlarla birlikte bakım verdiği hastanın ölüyor olması hemşire için bir kayıp olarak deneyimlenmektedir. Hasta ve ailesinin verdiği tepkiler gibi hemşire de kayıp karşısında korku, öfke ve depresyon gibi duygusal tepkiler verebilmektedir [5,7,8]. Hemşirenin yaşadığı bu güçlükler terminal dönemdeki hastanın hakkı olan nitelikli bakım almasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [5,8].

Yaşam sonu dönemdeki hastalara kaliteli bakım verilebilmesi için bu hastaların biyopsikososyal tüm gereksinimlerinin bilinmesi ve bunların karşılanabilmesi gerekir. Bunun için öncelikli olarak bu alanda çalışan bakım profesyonellerinin ölüme ilişkin olumlu tutumlara sahip olmalıdır [5]. Bir insanın ölümüne şahit olmak veya ölümü yaklaşan bireye bakım vermek duygusal açıdan yoğun bir deneyimdir. Klinik uygulamaları sırasında ölümlü karşılaşan hemşirelik öğrencilerinin, ölümcül hastalara

bakım vermektten korktukları, eğitim programlarının öğrencileri bu duruma hazırlamada yetersiz olduğunu göstermektedir [7].

Ölmekte olan hasta ve yakınlarına gerekli desteği sağlayabilmesi için hemşirenin eğitim sürecini tamamlamadan önce ölüme ilişkin kendi duygularını tanıması, kontrol etmesi sağlanmalıdır [1]. Ölüme yakın olan bireylere bakım sunan hemşireler hastayı tüm boyutlarıyla değerlendirebilmek için hemşirelik sürecinin; fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve spiritüel boyutlarını ele almalıdır [9]. Yaşam sonu dönemde; hastanın gereksinimlerini belirleyemeyen ve kendi hissettiklerinin farkında olmayan hemşire gerekli nitelikli bakımı sunamayabilir. Nitelikli yaşam sonu bakımın sunulabilmesi için hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının belirlenmesi önemlidir [1,10].

Bakıma ihtiyaç duyacak derecede hastalığa sahip, günlük aktivitelerinde sınırlılıkları olan hastalara evde yeterince bakım verilemediği, bu nedenle kronik hastalıkların ataklarının sıklaştığı ve hastaneye planlanmamış yatışların arttığı bilinmektedir. Hastaneye yatışların tekrarlanma nedenleri arasında; tıbbi takipteki eksiklikler, sosyal destek ve manevi destek hizmetlerinde yetersizlik gibi etkenler sıralanmaktadır [11].

Uluslararası Hemşirelik Konseyi Etik Kurulu'nda hemşirelerin "kişinin, ailenin ve toplumun manevi inançlarına, değerlerine, geleneklerine ve insan haklarına saygı göstermelidir" denmektedir. Hemşireler hastaların biyopsikososyokültürel ve manevi gereksinimlerine uygun bakım sunmalıdır [12,13,14]. Ancak manevi gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanması birçok hemşireyi zorlamaktadır. Bu zorluğun anlaşılabilmesi için hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik davranışlarına ilişkin iç görü kazanmaları gerekir [14].

Manevi gereksinimler fiziksel olanlara göre daha karmaşık ve soyuttur. Bu nedenle belirlenmesi, karşılanması ve değerlendirilmesi zor gereksinimlerdir. Soyut ve ölçülemez olmaları gözden kaçırılmalarına neden olabilmektedir [14,15]. Yapılan bazı çalışmalar hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde inancın yararlı olduğunu göstermektedir [13,14]. Maneviyatın iyileşme süreci üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle hemşirelerin manevi baş etme biçimlerini ve baş etmelerin nasıl kullanacağını bilmeleri değerlidir [16]. Maneviyatın ne olduğu ve bireyler tarafından nasıl anlamlandırıldığı bilinmelidir. Kostak'ın aktardığına göre Oldnall, maneviyatı, yaşama anlam katan ve insanın yaşamını etkileyen değer ve

inançlar düzenini oluşturmada kişiyi destekleyen güç olarak tanımlamıştır [15,17]. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin, hastaların manevi gereksinimleri ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğu, bakım planında hastanın manevi gereksinimlerine yönelik çok az bilgi olduğu belirlenmiştir [18].

Hemşirelerin düşünce sistemleri, manevi ihtiyaçları ve bakımını nasıl algıladığı, gönüllülüğü ve konuya ilişkin duyarlılığı manevi gereksinimlerin karşılanmasında etkili rol oynamaktadır. Bunun yanında çalışma ortamı ve koşulları, diğer sağlık profesyonelleri ile iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi etkenler de manevi bakım sunumunu etkilemektedir. Hemşirelerin manevi destek algılarının iyi olmamasının nedenlerinden birini de ölüme ilişkin tutumları olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmektedir [14,15,19].

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin olumsuz tutumları, manevi destek algılarının yetersiz oluşu, hasta ve ailelerinin aldıkları yaşam sonu bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca ölüme ilişkin tutumlar ile manevi bakım algısı arasında bir ilişki olabilir. Bu nedenle bu araştırma terminal dönemdeki hastaya bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılmıştır. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde yaşam sonu bakımda hemşirelerin ölüm kaygısı ve manevi destek algısı ayrı ayrı incelenmiştir. Bu çalışma birbiri ile ilişkili olabileceği düşünülen bu iki değişkenin birlikte ele alındığı ve aralarındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma olması nedeniyle özgün ve değerlidir.

Araştırmadan elde edilen bulgular terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı ve manevi destek algıları arasında ne düzeyde ve nasıl bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda mevcut durum incelenmiş ve terminal dönemdeki hastalara sunulan bakımın niteliğini artırmak için neler yapılması gerektiği tartışılmıştır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Olgusu

Yaşamın kaçınılmaz bir parçası olan ölüm, yaşamın sonunu, insanın başına gelen en eşitlikçi gerçeği ve bilinmeyen korkusunu temsil ederek, varoluş halinin nitelik ve nicelik olarak biçim değiştirmesi şeklinde tanımlanır. Bir canlının hücre, doku ve organlarındaki bütün yaşamsal süreçlerinin ya da canlı olma halinin kesin olarak sonlanmasıdır [4,20,21,22,23,24,25].

Ölüm her çağda merak uyandırıcı, korkutucu, düşündürücü olmuş, bunun sonucu olarak da insanoğlunun yaşamını yakından etkileyerek, yaşam tarzını belirlemiştir. Hem coğrafi, hem de kültürel yapı olarak farklı olan toplumların, ölüm ile ilgili inaç, adet ve eylemleri arasında birçok benzerliklerin olduğu görülür. Bu da bize, ölüm olgusunun tüm evreni kapsayan bir özellikte olduğunu gösterir. Bu sebeple ölüm olgusu sadece sosyal normlar ya da bilimsel araştırmalar gibi bağlamlarda değil, sanatsal, medyatik, ekonomik, siyasi, dinsel ve yazınsal alanlarda da ele alınıp, sayısız eserler üretilmesine sebep olmuştur. Bu şekilde, insanın yaşamındaki anlam ve oynadığı rol tanımlanmaya çalışılmaktadır [4,21,26]. Ancak günlük yaşamın hareketi içinde ölüm unutulur; Antik Yunan filozoflarından Epikür, ölümden korkmanın anlamsızlığından bahsederek bu durumu; "... yaşadığımız sürece ölüm yoktur, ölüm geldiğinde ise artık biz yokuz" şeklinde ifade etmiştir [27,28].

Kastenbaum ve Aisenberg (1972) ölüm algısının temelinde bulunan özellikleri şöyle açıklar:

- 1- Ölüm göreceli bir algıdır. Ölüm algısının göreceliği gelişim dönemlerinde ele alınır. Fakat gelişim dönemleri, illa ki kişinin kronolojik yaşı anlamına gelmemektedir.
- 2- Gelişim dönemlerine göre bir insanın ölümü algılaması farklılık göstermektedir.
- 3- Ölüm algısının gelişimsel amacı, belirsizdir ya da oluşum sürecinde olmaya devam etmektedir. En ideal ya da uygun ölüm anlayışı için kuşkusuz bir takım tespitler vardır. Ancak bu kanılar yapılan araştırmalardan çıkarılmış sonuç ya da sistemli kuramlar

olmaktan ziyade, değer yargılarıdır.

4- Ölüm algısı durumsal bağlamda, yani ölümü özel bir anda nasıl algıladığımız, içinde bulunduğumuz birçok durumdan etkilenmektedir. Bulduğumuz herhangi bir ortamda yaşamı sona ermek üzere olan biri var mıdır? Hayatımız için bir tehdit mi? gibi içinde bulunduğumuz durumlar hafızamızda bulunan pek çok ölüm çeşidinden birini seçer.

5- Ölüm algısı davranışlarımızı da etkiler. Örneğin, ölümü mutlu bir yaşama geçiş olarak gören bir bireye göre, intihar etme davranışı tutarlı olarak kabul edilebilir. Bu şekilde düşünmeyen başka biri ise, intihar sonrasındaki ölümü, travmatik bir durum olarak görebilir. Fakat aradaki bağ her zaman bu kadar basit olmayabilir. Çoğu zaman benzer davranışlar farklı ölüm anlayışlarından sonra gelebilir veya benzer ölüm anlayışları, farklı davranışlara da yol açabilir. Diğer bir deyişle, bireyin ölüm algısı onun davranışlarını karmaşık ve dolaylı yollardan etkileyebilmektedir [22,28,29,30,31].

2.2. Ölüm Karşısında Tutumlar

Ölümü yaklaşmış ya da ölmekte olan kişi kendi ölümünü yaşarken çevresinde bulunan kişilerin farklı duygusal tepkilerine ve ruhsal dünyalarında önemli dalgalanmalara sebep olmaktadır. Hastaya bakım veren sağlık profesyonelleri, özellikle de hemşireler, bu durumu yoğun yaşamaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin ölüm gerçeği karşısında ortaya koydukları tutum oldukça önem taşır [32,33]. Özellikle terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin, ölüm olgusuna karşı gelişen depresif duygu durumları, onları hem psiko-sosyal yönden olumsuz etkileyip, hem de iş doyumlarında azalmaya neden olabilir [1,25].

Yaşayan tüm organizmalar tarafından ortak paylaşılan ölüm, bireyin gerek psikolojik gerekse fiziksel anlamda yaşadığı son evredir. Kültür, gelenek, din, inanç sistemi, toplumsal değer yargıları, yaş, gelişimsel seviye ve bireysel değerlerin, ölümün algılanışı üzerinde büyük rol oynadığı, bundan dolayı ölüme karşı farklı tutum ve tepkilerin geliştiği bilinmekte, ölümün kabul edilme biçimi ve yüklenen anlam etkilenmektedir [20,22,34,35]. Aries'e göre, ölüme karşı Batılı insanların almış olduğu tavır, Antik Çağ'dan Ortaçağ'a ve günümüze kadar oldukça fazla farklılaşmaya uğrayarak gelişmiş; bu değişim kendisini, ölüm anlayışından mezar yapımına ve defin törenlerine, vasiyetlerin içeriklerinden matem gösterilerinin anlamına kadar çeşitli

biçimlerde göstermiştir. Fakat modern insanda ölüme karşı tavır, uygarlıktaki gelişimin tam tersi, evcillikten vahşiliğe doğru evrilmiştir. Onsekizinci yüzyılda, şehir merkezlerinin ortasına kurulan ve ölümü anımsatmasına rağmen, rahatsızlık uyandırmayan mezarlıklar, günümüzde şehir merkezlerinden uzakta yer alarak, ölümün, üzerine konuşulmasının rahatsızlık verici olduğunu gösteren bir tabu olmuştur, mutluluğa duyulan gereksinim ve her zaman mutlu görünme isteği sebebiyle ölüm ve ölüme ilişkin keder barındıran duyguları açığa çıkarmak yasaklanmıştır [4,36,53]. Çileli ve İnci'nin aktardığına göre, özellikle Amerikalı bilim adamları, kendi toplumlarında çocukların cinsellik, doğum ve ölüm gibi doğal olaylara tanık olmadıklarını, bu durumun da bireyin gelişiminde süreksizlik yarattığını belirtmişler ve Amerikan kültürünü ölüme yadsıyan bir kültür olarak tanımlamışlardır [4,37].

Ölüme karşı hissedilen duygular her bireyde farklılık göstermesine rağmen, evrensel olarak ortak yaşanan duygu korkudur. Bunun sebebi ise, yakınlarını yitirme, kimlik duygusundaki sürekliliği, beden ve beden üzerindeki denetimi yitirme, yakınlarından ayrılma, sevdiklerini bir daha görememe, yalnızlık, acı duyma ve bilinmezlik olarak söylenebilir [22].

Sonunda öleceğini ve bunun kaçınılmaz son olduğunu bilen insanın ölümü düşünmesi normaldir. Fakat bu düşüncenin aşırı, kontrolsüz, patolojik şekilde olması kişinin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilir [22,38,39]. Bundan dolayı, insan dengesini koruyabilmeli ve ölüm düşüncesinin sınırlarını bilmelidir. Bu denge ve uyum bozuldukça, insanın kaygı düzeyi artacak ve çevresine sağlaması gereken uyumu güçleşecektir [1,5,22,74].

Şahin'in aktardığına göre; Elizabeth Kübler-Ross (1969)'un Ölümün Evre Teorisi, sağlık alanında ölüm ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda en çok bilinen teoridir. Kübler-Ross' un teorisi, mevcut eleştirilere ve alternatifleri olan çağdaş teorilere rağmen günümüzde popüler olmaya devam etmektedir [28].

Kübler-Ross'un Beş Evre Teorisi, ölüme verilen tepkileri açıklamada temel model olarak görülmektedir. Bu paradigmayı benimseyen birçok kişi, ölmekte olan her bireyin bu aşamalardan geçeceğini ancak cinsiyet, ırk ve kültür gibi özelliklere göre aşamaların sürekliliğinin değişebileceğini kabul etmektedir. Kübler-Ross, 200 ölmekte olan hasta ile görüşerek yaptığı araştırmalar sonucunda ölüm sürecinin beş evreden oluştuğunu

ileri sürmüştür [41]. Bu aşamalar şu şekilde sıralanmaktadır:

1-İnkâr: Bu dönemde hasta öleceğine inanmaz ve yanlışlık olduğunu umut eder. “Hayır, bir yanlışlık olmalı, ben değilim” şeklindeki konuşma bu dönemde sıkça duyulur [45]. Öleceğini inkâr eden hasta, hayat için, büyük bir umuda gereksinim duyar. Diğer savunmalar gelişene kadar kendini izole etme ve red durumu devam eder. Hemşire, bu evreyi bilmeli ve farkında olmalıdır.

2-Öfke: Tedirgin şekilde “neden ben” sorusunu soran hasta, yapacak, yaşayacak çok şey olduğunu düşünüp, durumunu haksızlık olarak değerlendirir. Hastalığının, kendisine verilen bir ceza olduğunu düşünen hasta, öfkelenir [45]. Duyduğu öfke, kendisine, sağlıklı kişilere ya da Tanrı’ya olabilir. Kızgınlık duygularını sağlık personellerine karşı yansıtabilir.

3-Pazarlık: Bu evrede hasta, ölmek için arayış içine girer. Kişi, çaresizlik ve ümitsizlik gibi duygularına karşı, çocukça bir güçlülük duygusu ile gerçeği değiştirebileceği duygusunu yaşayabilir [45]. Tanrı ve çevresindekiler ile pazarlığa girişen hasta için pazarlık, ölümün kaçınılmazlığını geciktirme çabasıdır [46,47].

4-Depresyon: Kişinin fiziksel durumu kötüleştikçe, kayıp duygusunun yanına depresyon da eklenir [45]. Depresyonun bu evrede iki farklı yönü vardır. İlki, ölüme karşı hazırlığın oluşturduğu depresyon, diğeri ise hastalığın bireye ve aileye getirdiği fonksiyonelliğin kaybına ve maddi zorlukların yaşattığı suçluluk duygusuna bağlı reaktif depresyondur [47]. Kabullenme aşamasına geçişin kolay olabilmesi için, hastanın depresyon dönemini yaşamasına izin verilmelidir. Hemşire bu aşamada, sessizliği paylaşarak ya da hastaya dokunarak yanında olduğunu hissettirebilir

5-Kabullenme: Hasta bu dönemde, diğer aşamaları tamamlayıp, durumu kabullenmiştir. Yarım kalan işlerini bitirmeye çalışıp, yakınlarına ölümünden sonra isteklerini anlatır ve dine bağlanma davranışı gösterir [45]. Elizabeth Kübler-Ross bu evrede hastanın ne mutlu, ne mutsuz olduğunu iletir. Hayatının bu son kısmında birey, son isteklerini yerine getirme arzusu içindedir.

Özetle, geniş bir biçimde kabul gören Kübler-Ross’un Evre Teorisi (1969), sağlık bakım alanında büyük bir boşluğu doldurmuştur. Kübler-Ross’un ifade ettiği gibi, bazı

hastalar bazı evrelerden geçemeyebilir ve her hasta bu aşamaların hepsini tamamlamayabilir. Ayrıca ölmekte olan hastalarla çalışan sağlık personelleri tarafından da, ölüme ilişkin bu aşamalar yaşanabilir; Bu beş evrenin yanı sıra, umut, korku, öfke, keder, geri çekilme, sakinlik ve depresyon evreleri arasında da geçişler yaşanabilir [5,22,28,42,43,48,50].

Copp'un aktardığına göre; Buckman (1993), Kübler-Ross'un ölüm ve ölmenin beş evre modelinde algılanan eksiklikleri düzeltmek ve geliştirmek adına üç evre modelini ileri sürmüştür. Buckman, ölüm tehlikesi ile karşılaşıldığında bireylerin karakterlerine ve geçmişte deneyimledikleri baş etme biçimlerine göre tepkide bulduklarını ifade etmiştir. Hastanın duygularını, içinde bulunduğu evrenin göstergesi olarak değerlendirmek yerine hastanın özündeki kaynaklar olarak görmenin daha kullanışlı olduğunu söyler. Üç Evre Modeli'ne göre hastanın söz konusu duyguları ard arda değil, eş zamanlı olarak bir mozaik biçiminde ortaya çıkarlar. Buckman, Kübler-Ross'un modelinde yer almayan ancak klinik uygulamalarda gözlenen başka duygulara ve yanıtlara da değinmiştir. Bunlar; ölüm korkusu, suçluluk, ümit, ümitsizlik ve mizah gibi çeşitli duygulardır [4,49,50].

Üç evre modeli iki temel prensibe dayanır. Birincisi, ölümlle yüzleşen kişinin gösterdiği duyguların evre ya da hastalık türünden bağımsız olarak, hastanın kişilik özellikleri ile ilgili olduğudur. İkincisi ise, kişinin bu süreçte ilerlemesi için duygularının değişmesinden ziyade, çözülebilir duyguların çözülmesi gerektiğidir [4,49,50].

Buckman'ın modelindeki evreler; başlangıç evresi, kronik evre ve nihai evredir. Başlangıç evresi, ölüm korkusu, suçluluk, ümit, ümitsizlik ve mizah gibi duyguları içerir ve ikinci evreye geçebilmek için hastanın bu duyguları çözmesi gerekmektedir. İlk evredeki duygular çözüldüğü takdirde kronik evre oluşur, eğer çözümlenemezse bu kişi için kronik evre oluşamaz. Buckman bu tip bir hasta ile çalışan sağlık personellerine, hasta için profesyonel psikiyatrik yardım aramalarını önerir. Son evrede ise hastanın duygu yoğunluğu azalmakta ve evre, ölümün kabul edilmesiyle tamamlanmaktadır [4,49,50].

Ölüme karşı tutumlar topluma, kültüre, dine, kişisel özelliklere göre farklılık göstermekle beraber, bu farklılık, bireyin kendi ölümüne karşı veya kendisi dışındaki insanların ölümüne karşı da oluşabilmektedir [51]. Bireyin ölüm karşısındaki tutumları

dört ana başlık altında toplanmıştır [28], bunlar;

1.Ölümü Kabullenmeme

Günümüzde, refah, mutluluk ve cinsellik düşünceleri hâkimdir ve ölümü hatırlatan her türlü şeyden uzak durmak çağdaş davranış biçimi olarak kabul görmektedir [52]. Ölüm, mücadele edilmesi gereken bir hastalık, rahatsız edici bir durum olarak algılanmaktadır. Bu nedenle de ölümü hastane odalarına, gözden uzak mezarlıklara, filmlere hapseden insan, ölümün duygusal yükünden kurtulmaya çalışmış, yas tutmak rahatsız edici bir durum haline gelmiştir [53,54].

Ölümü inkâr etmek, “bastırma” ve “maskeleye” şeklinde olabilmektedir. Bastırma, kişinin ölüm algısını bilincinden çıkararak etkisiz hale getirmesi, maskeleye ise; kişinin ölümü düşünmemek, hatırlamamak için kendisini günlük işlerine vererek hayatı yoğun yaşamasıdır [51].

2. Ölüme Meydan Okuma

Her insanda var olan “ölümsüz olma arzusu” ile kişi, bir yandan ölümsüz olmayı isterken, diğer yandan da ölümlle uzlaşmaya çalışır [51]. Godin, ölüm karşısında bireylerin, ölümü dışlama ihtiyacının ve köklü bir yaşama isteğinin ifadesi olan “narsistik korunma ve kaçınma” davranışı ile daha iyi ve farklı yaşama arzusunun ifadesi olan “tamamlanma arzusu” davranışlarını gösterdiğini ileri sürmüştür [55]. Her iki durumda da insan, ölümsüzlüğe duyduğu özlemi ifade etmektedir [51].

Fromm’a göre, ölüme karşı duyulan kaygıyı azaltmak için, çeşitli inançlarda ve bazı cenaze törenlerinde sergilenen ölüyü gömmeden önce süsleme işlemi, aslında ölümsüzlük arzusunun en belirgin dışa vurum şeklidir. Bu durum, bedensel ölümsüzlüğe duyulan özleme bir örnektir. Başkalarına faydalı olabilecek çalışma ve eserler bırakarak sosyal ölümsüzlüğü yakalamaya çalışan insanlar da vardır [56].

3. Ölümü İsteme

Ölüm isteği modern toplumda, sanılanın aksine daha yaygındır. Hıristiyanlarda daha çok görülen intihar vakaları, çağdaş insanın, ölümü istediğinin bir göstergesidir. Freud tarafından “ölüm içgüdüleri” olarak tanımlanan şey, aslında ölüme duyulan eğilimi ve

isteği ifade etmektedir. Jung (1953) ise, bilinçaltında varlığını hissettiren ölümün özlemini ve isteğini, anne karnındaki rahat ve huzurlu hayata dönme isteği olarak düşünür. Bu durum Jung'a göre, bireyin ruhsal hayatının ilerlemesini engelleyen bir gerileme (regresyon) durumudur [57]. İnsanlarda farklı psikolojik şartlar ölüm isteğini oluşturabilmektedir. Ölüm, nevroitik düşünen biri için itibar kazanmanın yolu, mistik düşünen biri için ise, Tanrı'ya kavuşmanın bir yoludur [51].

4. Ölümü Kabullenme

Ölümlü olduğunun farkında olan birey, aslında ölümsüzlük yanılısaması yaşar. Dolayısıyla, ölümsüzlük yanılısaması, bireyde psikolojik açıdan iyi hissetmemeye ve bunalıma sebep olacaktır. Bundan yola çıkılarak, varoluş felsefelerine göre birey, ölümü ve ölümlü olduğunu cesaretle kabullendiği zaman, daha sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olabilir [51].

2.3. Ölüm Kaygısı

Genel olarak değerlendirildiğinde korku ve kaygı kavramları arasında birçok benzerlik bulunmaktadır. Bu benzerlikler arasında, korku sırasında oluşan fizyolojik belirtilerin kaygı esnasında da görülmesi ve bu iki kavramın psikoloji literatüründe sıklıkla birbirlerine yakın anlamlarda kullanımları bulunmaktadır. Bu benzerliğin yanında, korku kaynağının belirli olup, kaygı kaynağının belirsiz olması ise, aralarındaki en belirgin farktır [4,22,58]. Kaygı ve korku kavramlarına, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu açısından bakıldığında ise, benzer görüşler ortaya çıkmakta ve ölüm korkusunun diğer bütün korkuların temelinde yattığı görüşü göze çarpmaktadır [52].

Freud, ölüm kaygısı kavramını ilk kullanan bilim insanıdır, cinsiyet güdüsü olan "libido" birincisi ve saldırganlık ile yıkıcılık iç tepkilerini açıkladığı "ölüm içgüdüleri" ikincisi olmak üzere, insanda iki temel güdünün olduğundan bahseder. Freud, dini inançları, zihnin yarattığı bir ürün ve nevrozların ilk belirtisi olarak ifade eder. O' na göre insanlar, kendilerini güvende hissetmek için, birbirine bağlı bazı ilahi varlıklara sığınır, bunlar; hayat ve ölümdür. Ölüm, yaşam boyu sürekli sesini duyurarak, yaşantı ile davranışlar üzerine etkide bulunur [22].

Ölüm kaygısı, ölüme karşı hissedilen bilinmezlik, kişisel kimliği kaybetme, yalnızlık,

gerileme, ölüm anında ızdırap çekme, denetimi kaybetme, ölüm sonrası cezalandırılma, yok olma ve değer verilen insanları kaybetme korkusu olarak tanımlanır [22,59,60].

Ölüm kaygısı; diğer bir ifade ile gelecek ile ilgili planların gerçekleşemeyeceği düşüncesi sonucu yaşanan ya da ölümden sonraki belirsizlikle birlikte ortaya çıkan bir kaygıdır. Tüm bu kaygılar aslında yaşam kaygılarıdır [61].

“Ölmek zorunda olan bir varlık” olduğunun farkında olması, insanı derinden etkiler. Ölüm kaygısının temel nedeni, her bireyde farklılık gösterir. Sevdiklerinden, eşinden, çocuklarından ayrı kalma düşüncesi, mezarda yalnız kalmanın hayali, bedeninin toprakta çürüyüp, böcekler tarafından yenileceği düşüncesi, hayattaki var olan konfor, statü ve zenginliklerden yoksun olacağı düşüncesi ölüm kaygısına neden olan sebepler arasındadır [22,42].

Hemşirelerin yaşamın son dönemindeki hasta ve ailesine nitelikli bakımı sunabilmesi için, hemşirelik eğitimi programlarından, ölüm ile ilgili kendi duygularını tanıdıktan, bunu kontrol edebilmeyi öğrendikten sonra mezun olmaları gerekir [1]. Terminal dönemde hasta bakımı veren hemşireler ölüm gerçeği karşısında farkında olup, hemşirelik süreçlerini; fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal ve spiritual boyutta hazırlamalıdır [9]. Ancak, böyle bir durum içerisinde olup, hem hastanın hem de kendi duygularının farkında olmayan hemşire çaresizlik hissederek hasta ve ailesine profesyonel yardımda bulunamaz. Yaşamın son dönemindeki hasta ve ailesine hak ettiği nitelikli bakımı sağlamada, bu bakımı sunan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının nasıl olduğunun belirlenmesi önemlidir [1,92,93]. Nitekim ölüme ilgili düşünceler ölüme ilgili tutumları da etkilemektedir [94].

2.4. Terminal Dönemdeki Hastanın Bakımı

Yaşamın bir parçası olan ölüm, doğum kadar doğaldır [62]. Hâlbuki ölüm sürecinin hastalık ile ilgili bir olgu olduğu düşünülür. Günümüz tıp anlayışı da ölümün doğal ve kaçınılmaz olduğunu kabul etmek istemez, ölümü tıbbın başarısızlığı ya da düşmanı olarak görür. Sağlık profesyonellerinin ölümü anlayıp, kabul etmesi, bu anlayış nedeni ile zorlaşmaktadır [63]. Bundan dolayı, ölümü beklenen hastaya yaklaşımda çeşitli güçlükler yaşanabilmektedir [64].

Kübler Ross (1997), insanın ölümle yüzleşmekten kaçındığını, bunun en önemli sebebinin günümüzde ölümün insanlıktan uzak, yalnız ve itici hale getirildiğini ifade eder. Bu fikirden yola çıkarak, hemşirelerin ölmekte olan hastalarla çalışmasına rağmen ölümle yüzleşmekten kaçındıkları ve ölmekte olan hasta ve ailelerine bakım vermeye hazır hissetmedikleri söylenebilir [40,41,65].

Bireyi biyo-psiko-sosyo-kültürel açıdan, bütüncül olarak ele alan, doğumdan ölüme dek insan sağlığını korumayı hedefleyen, sağlığın sürekliliği için hizmet veren ve kendi başına bağımsız bir sağlık disiplini olan hemşirelik, sağlık disiplinlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır [22,66,67]. Velioglu'nun aktardığına göre; Henderson, hemşireliği "hastanın iyileştirilmesi ve sağlam bireyin sağlığının korunup geliştirilmesi ya da huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardımcı olmadır" şeklinde açıklar [68]. Hemşirenin mesleki rolünün gereği, hastalık, yaşlılık, ölüm gibi konular karşısındaki yaklaşımlarının farkında olarak bireyin sağlığını koruması, hastalıkta en iyi bakımı sunması, yaşam sonu dönemde fiziksel ve psiko-sosyal açıdan uygun çevreyi oluşturması ve yaşam kalitesini yükseltmesi beklenmektedir [69]. Hemşire, bireyin doğumundan ölümüne kadar yaşamının her anındaki ihtiyaçlarının sadece teorik bilgi ve beceri kapsamında belirlenmesi değil, bireyin değişebilen duygusal ve spiritüel gereksinimlerinin de belirlenerek uygun hemşirelik yaklaşımlarının oluşturulması da önemlidir [28,70]. Hemşireler, hastalara en yakın sağlık profesyonelleri olduğu için, ölüm gerçeğiyle daha iç içedirler. Kronik hastalıklarda süreçleri yakından takip edip, aynı zamanda yaşam sonu dönemdeki hastanın gereksinimlerini karşılayarak, huzurlu ölümü onlara sağlamaya çalışırlardır [22,71,72].

Hızlı teknolojik gelişmeler, tanı ve tedavi tekniklerinin ilerlemesi ile günümüzde çoğu ölümcül hastalığın tedavisi mümkün olmuştur. Gelişen tedavi yöntemleri ile, insanların yaşam süreleri de uzamıştır. Teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatırken aynı zamanda kronik hastalıkların ve terminal dönemde bakıma ihtiyacı olan hasta sayısının da artmasına sebep olmaktadır [4,5,6]. Terminal dönem, yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içerisinde sona ermesinin beklendiği, bu süre içerisinde yaşam kalitesini korumak amacı ile hastaya bütüncül bakımın verildiği, ölüm öncesi son dönem olarak tanımlanır (73). Terminal dönemdeki hasta, yaşamının son günlerinde olan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelir [74].

İnsana bütüncül bakım verilebilmesinde ilk adım bu hizmetin sağlayıcılarından biri olması nedeniyle, hemşirenin kendini tanıması olmalıdır. Hemşirenin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını belirleyen sosyokültürel faktörlerin farkına vardıkça, mesleki uygulamalarda karşılaşılabileceği sorunlar ile baş etme ve sorun çözme becerileri kazanacağı düşünülmektedir [4].

Terminal dönemdeki hastayla çalışan profesyonel bir meslek üyesi olarak hemşireler, ölümü yakından takip ederken, kendi ölüm gerçekleriyle yüzleşip bu sırada, hasta ve ailesiyle de yakından ilgilenmek, bakım vermek durumundadırlar. Aynı anda yaşanan ve duygusal olarak zorlayan bu iki durum hemşirenin bununla baş etmek için farklı becerilerle donanmalarını gerektirmektedir. Günümüzde terminal dönemdeki hastanın bakımını önemli kılan bir neden de, ölümlerin evden çok hastanelerde olmasıdır. Bundan dolayı, hemşirelerin yaşam ve ölümle ilgili sorunlarla yüzleşmeye, ölüme karşı kendi duygu ve farkındalığını araştırmaya, ölüme karşı ailelerin tepkilerini anlayıp, yaklaşan ölüme karşı ve yas sürecinde yardım etmeye hazır olmaları gerekmektedir [4,28,42,47,53,54].

Hasta ve yakınlarının yaşadığı gibi, ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler de kaygı, korku, çaresizlik, suçluluk, öfke, inkâr ve depresyon yaşarlar. Bunların yanında, hemşirenin bakım verdiği hastanın ölümü, kendilerini başarısız ve yetersiz olarak görmelerine ve suçluluk yaşamalarına da yol açabilir [1,47]. Yapılan çalışmalarda, bu kaygının gerçek olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun terminal dönemdeki hastaya bakım verirken üzüntü, çaresizlik [8,24,62,75,76,77,78,79,80,81], kaygı [8,24,62,82], korku [8,62,83], öfke [62], inkar, suçluluk, depresyon, keder [8,62], yıpranma [7,84] hissettiklerini, yaşam sonundaki hastanın ve ailesinin duygusal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olmadıklarını [40,64,85,86,87,88] ve bu hastalarla çalışmak istemediklerini [89] göstermiştir.

Hemşireler, uygulama alanı olarak klinik birimler dışında, yoğun bakım üniteleri ve onkoloji klinikleri gibi yoğun stres ve ölümün sık yaşandığı bölümlerde de bireye bakım vermektedirler. Hemşirenin, bireyin ölüme karşı tepkilerinin neler olabileceğini bilmesi bu nedenle önemlidir. Çünkü her insan ölüme ve ölmeye tam olarak aynı biçimde tepki veremez. Ölüme karşı bireylerin algılarını bilmek, hemşireye, ölmekte olan bireye ve

ailesine uygun bakım verme konusunda yardımcı olacaktır [90]. Ölüme ilişkin doğru bir algı ise, yaşama ilişkin doğru ve etkili bir tutum geliştirmeyi sağlayacaktır [91]. Terminal dönemdeki hastaya nitelikli bakım vermenin temelinde, hemşirelerin öncelikle ölüm olgusunu kabullenmeleri, hastaları bütüncül açıdan değerlendirip, gereksinimlerini bilmeleri, bu konuda gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları ve kendi duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin farkındalık kazanmaları yatmaktadır [6]. Dolayısıyla, yaşamın sonuna dek değerli olduğu bilinciyle ölmekte olan hastaya ve ailesine kaliteli bakım veren hemşire, sürecin sonunda beklenen ölümün gerçekleşmesini bir başarısızlık olarak görmeyip, yaşamının sonunda olan hastaya ve ailesine hak ettiği bakımı sunabilecektir [28]. Hemşireler, hastalarıyla konuşmanın önemini bilmeli, hastaların ümit mekanizmalarına saygı göstermelidirler. Hastalar, kendilerini anlayan biriyle konuşmak isterler. Bu nedenlerle hemşire, önce kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olarak, konuşmaya istekli olmalıdırlar [10,22,71]. Duyarlı ve bütüncül bir bakım alma şüphesiz her insanın hakkı olmakla birlikte, yaşamının sonunda olan hasta için zamanın daha değerli oluşu sebebiyle bu bakım daha da önem kazanır. Tedavi seçeneklerinin sınırlanması, prognozun kötüleşmesi, ağrı ve diğer semptomlarda kontrol yetersizliği, yanıtlanması zor soruların sorulması, duygusal ve manevi gereksinimlerin artması gibi durumlar, bu süreçte bakım vermeyi zorlaştırmaktadır [5,7,8]. Yaşanılan bu güçlükler, hemşirenin terminal dönemdeki hastanın hakkı olan nitelikli bakım almasını olumsuz etkileyebilmektedir [5,8].

Ölmekte olan hastaların fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi gereksinimlerinin neler olduğunun bilinmesi ve bunların karşılanabilmesi, bu hastalara nitelikli bakım verilebilmesi için gereklidir. Bunun için öncelikli olarak bu alanda çalışan bakım profesyonellerinin ölüme ilişkin olumlu tutum geliştirmiş olmaları gerekir [5]. Ölümü yaklaşan bireye bakım vermek veya bir insanın ölümüne şahit olmak oldukça stresli ve duygusal açıdan yoğun bir durumdur [7]. Özellikle de terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşireler, bu süreci hastalarla beraber yaşamaktadır [22,95].

Sonuç olarak, hemşireler stres, kaygı ve iş yükünün fazla olduğu bir çalışma ortamında bulunmakta, ölüm olayı ile birlikte yoğun depresif duygular yaşamaktadırlar. Kliniklerde hastaların tüm bakım ve tıbbi tedavilerini yürütüp, ailenin desteklenmesinde kilit rolü olan hemşirenin yaşadığı duyguları bilip, farkında olması ve bunlarla baş edebilmesi, hem kendi biyo-psiko-sosyal yaşamını hem de hastaya verdiği hizmetin

kalitesini artıracaktır. Bundan dolayı, hemşirelerin ölüm konusundaki düşünce ve tutumlarının araştırılıp, bu doğrultuda bilgi ve bakım becerisi konusunda yeterliliklerinin sağlanması önem taşımaktadır [32,71,92,93].

2.5.Ölüm Eğitimi

Ölüm eğitimi ya da ölüme ilişkin eğitimde amaç, kişilerin ölüm olgusu karşısında kendi tavır ve tutumlarını belirlemeyi sağlamaktır.

Tüm insanlar için kaçınılmaz bir gerçek olan ölüm olgusunda önemli olan, bu gerçeği açıkça ve cesaretle kabul ederek, büyüme gelişmenin sürdürülmesini bu uyum ile sağlamaktır [96]. Bu, kendimizi ve hayatı bütünsel olarak algılamamızın da ön koşuludur. Kişinin ruh sağlığını gerçek anlamıyla kazanabilmesi için, ölümü tam anlamıyla kabul etmesi gerekir [97,98]. Bu noktada ölüm eğitimi, kişinin ölüm olgusu karşısında farkındalık geliştirmesini sağlayarak, ölüm kaygısının azaltılmasına ve yaşama ilişkin olumsuz tutumların değişmesine etki edebilir [98,99].

Ölüm eğitimi 1960'lı yılların sonunda tartışılmaya ve araştırılmaya başlanmış, Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez tanımlanmış ve sonrasında Kanada ve İngiltere de bu yeni konuya değinmişlerdir [100]. Ölüm eğitimi programlarını tartışan ilk modern ölüm eğiticisi olan Herman Feifel'e göre, ölüm eğitiminde insancıl bakış açısı önemlidir ve eğitimin hedefleri; bilgi edinme, farkındalık ve gelişim, değerlerin açıklanması, anlamlar ve ölüme yönelik tutumların belirlenmesi olmalıdır. Ölüm hakkında gelişmiş bilgi, ölmekte olan kişilere uygun bakım vermede önemlidir; böylece ölmekte olan kişi ve ailesi daha iyi anlaşılacaktır [4].

Terminal dönemdeki hastaya bakım vermek duygusal olarak acı veren, üzüntülü ve bazen de tehdit edici bir deneyimdir. Eğer hemşirenin kendi ölüm kaygısı fazla ise, bu durum, ölüm hakkında konuşmakta ve hastayla birlikte olmakta, hastaya bakım vermekte isteksizlik oluşturabilir. Hemşireden, ayrıca, hastanın ailesine destek olması, psiko-sosyal iyi oluşlarını sürdürmelerine yardım etmesi beklenir. Yalnızca, hemşire nitelikli bir eğitim aldığı anda, iyi kişilerarası becerilere ve baş etme stratejilerine sahip olduğunda, bu beklentinin karşılanması mümkündür [4].

Ölüm eğitiminde öncelik, bütüncül bakış açısının sağlanması ve bireysel farkındalığın

artırılmasıdır. Bunun yanında bireysel tutumların farkındalığı ve ölmekte olan kişinin anlaşılması ile uygulama becerilerinin de önemi büyüktür. Son dönemde semptom kontrolü ile ilgili gelişmeler ve fiziksel rahatlığın sağlanabilir olması, bu hastalarla olan iletişimi kolaylaştırmıştır. Artık hastanın fiziksel rahatlığı kolaylıkla sağlanırken psikososyal gereksinimlerini karşılamanın önemi de anlaşılabilir, bu bağlamda, psikososyal ve spiritüel iyilik hallerine de gereken önemin verilmesinin gereği anlatılmaya, bütüncül bakış açısı kazandırılmaya çalışılmaktadır. Tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ise hastanın ölümünü huzur içinde karşılamasına yardımcı olmanın yolları aranmalıdır. Günümüzde otoritelerin desteklediği yaklaşım olan bilinçli ölüm; yaşamın bir parçası olarak ölümü kabul etmek ve ölümlle barışmaktır. Yaşam sürecinin son aşaması olması nedeniyle bu evre sonuna kadar anlam dolu ve bilinçli yaşanmalıdır. Hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara istedik bakımı verebilmeleri için bütüncül bakım algısını geliştirmeleri, bunun için de, hemşireliğe ait; saygı, içtenlik ve atılganlık gibi özel becerilerini geliştirmeleri gereklidir [4] .

Ölmekte olan hastaya verilecek hemşirelik bakımında tutum önemlidir, burada öncelikli bilgi, hemşirelerin yaşamın son döneminde bulunan hastaya karşı tutumlarının ne olduğu ve bunun nasıl değerlendirileceğidir. Birçok çalışma, hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara karşı olumsuz tutumları olduğunu göstermektedir. Ana hedefi duygusal gelişimin desteklenmesi olan ölüm eğitimi ve farkındalık programlarına, olumsuz tutumların değiştirilebilmesi için gereksinim vardır [4]. Ölüme ilişkin var olan olumsuz tutumların olumlu tutuma dönüştürülmesi için, konu ile ilgili bireysel farkındalığın artırılması önem taşır. Bununla birlikte, yaşamı daha anlamlı kılabilmek için ölüm gerçeği ile yüzleşilmelidir. Her insan için gerekli olan bu yüzleşme, özellikle ölüm ve ölüm sonrasında yaşanan yas sürecindeki bireyler ile sık karşılaşan sağlık profesyonelleri için ayrıca önemlidir [98].

Literatürde, ölüme ilişkin eğitim sonrasında, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir. Bu durum, ölüme ilişkin eğitimin, ölüm kaygısını ve ölüme ilişkin depresyonu azaltmada etkili olduğunu göstermektedir [4,122]. İnci'nin aktardığına göre; LeRoy (1986) yaptığı çalışmada, hemşirelerin yüksek ölüm kaygısının ölümcül hasta ve ailesine yönelik tutumuna etkisi olup olmadığını ve ölüme ilişkin eğitimin bu durumu nasıl değiştirdiğini saptamaya çalışmış, sonuçlar hemşirelerin ölüm kaygısının, ölmekte

olan hastaya yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini ve ölüme ilişkin eğitimle bu olumsuz tutumların düzeltilebileceğini göstermiştir [4].

Yaşam sonu bakım sunan sağlık profesyonellerinin, ölüme ilişkin tutumlarının, sahip oldukları bilgiye rağmen verdikleri bakımı nasıl etkilediğinin farkında olmaları önemlidir. Çünkü insan yaşamında bu kadar önemli bir yeri olan ölüm konusunda, sadece bilimsel bilginin tek başına davranışı belirleyici olması olanaksızdır. Ölüm eğitimleri teorik bilginin aktarılması şeklinde ve bireysel tutumların farkındalığının geliştirilmesi şeklinde oluşturulmalıdır [4].

2.6. Manevi Bakım ve Manevi Destek

Latince’de yaşamın içeriğini geniş bir çerçevede ele alan ve “nefes almak”, “hayatta olmak” anlamlarına gelen ve kaynağı “spiritus” olan maneviyat kelimesinin, diğer bir ifadesi yaşamı hissetmektir [101]. Maneviyatın sözlük anlamı ise, “maddi olmayan manevi şeyler, yürek gücü, moral” dir [102].

İnsan, biyolojik, psikolojik, manevi (spiritual), sosyal ve kültürel boyutlara sahip bir varlık olduğu için bütüncül bir yaklaşım ile en kapsamlı sağlık bakımının sunulabilmesi mümkündür. İnsanın sahip olduğu bu boyutların her biri, birbiri ile ilişkili ve birbirlerine bağımlıdır [15,19,107,108,109]. Bu bağlamda fiziksel alanda oluşan bir sorun psikolojik ve sosyal alanda, ruhsal alanda oluşan bir sorun ise fiziksel alanda başka sorunlara neden olabilmektedir [62,68,110,111]. Bundan dolayı, insanın bu boyutlarının tümünde sorun yoksa ve uyum içinde ise ancak o zaman sağlıklı olmaktan söz edilebilir [16]. Sağlık bakımının bütüncül yaklaşım ile sunulmaya başlanması ile beraber, manevi boyut da diğer boyutlar kadar önem kazanmıştır [13,14,62,107].

İyi hemşirelik bakımının temeli, bireyin varoluşunun tüm boyutlarını koruması, sürdürmesi veya elde etmesinde ona yardımcı olmaktır [112]. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’ne göre (1973), sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkları önleme ve acıyı dindirme hemşirenin fonksiyonudur. İyi sağlığı, ruh, beyin ve vücut arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlayan Amerikan Holistik Hemşireler Birliği, bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerektiğini bildirir [14,111].

Manevi bakım hemşirelik alanında yeni bir kavram olmasına rağmen [14,15,107], hemşirelik tarihinde hiçbir zaman hemşireliğin sadece fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlanmamıştır. Hemşireliği meslek olarak var eden Florence Nightingale'den bu yana, maneviyat modern hemşireliğin merkezi olmuştur. Florence Nightingale hastaların sağlığını teşvik etmek amacıyla, hastanın psikolojik ve ruhsal yönlerini tanımlayabilmek için hemşirelerin önemini vurgulamıştır [13,19,101]. Nightingale'in, "sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu da etkileyebilir" ifadeleri, sağlık bakımında holistik bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir [111].

Hemşirelik mesleğinin önemli kuramcılarında Virginia Henderson, Maslow'dan da etkilenerek, geliştirmiş olduğu hemşirelik kuramını insanın temel gereksinimleri üzerine kurarak, biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi (spirituel) boyutları kapsayan 14 temel gereksinimi ele almıştır [114].

Kavas ve Kavas'ın aktardığına göre; Neuman (1995) ile Roper ve arkadaşları (2000) ise, manevi uygulamaların faydaları ve gerekliliği nedeniyle, sağlık çalışanları kuramlarına maneviyatı ve holistik bakımı ekleyerek yeniden düzenlediklerini açıklamışlardır.

Ross (1994), Renetzky, manevi boyutun 3 tür ihtiyaçtan oluştuğunu ifade etmektedir. Bunlar;

1. Ölüm, acı çekme ve yaşam kavramlarının anlamını, amacını ve gücünü bulma gereksinimi,
2. Yaşama umudu gereksinimi,
3. İnsanlara ve ilahi varlığa yönelik inanç ve güven duyma gereksinimidir [13].

Maneviyat, insanların kendi farkındalıklarını oluşturarak, kendilerini anlamalarını, diğer insanlarla kendilerini karşılaştırmaları, empati yapmaları ve kendilerine olan saygılarını korumalarını sağlar. İnsanlara sorunlar ile başa çıkmada güç, huzur, rahatlama ve umut verir. Hastalıkları önleme, ağrı ve acıyı azaltma, hastalıkların kabul edilmesini kolaylaştırma, stres ve depresyon ile baş ederek azaltma, sosyal sorumluluk üstlenmelerini destekleme, kişisel değer ve dünya görüşlerinin olumlu yönde

değiştirilmesini sağlama ve yaşam kalitesini artırma açısından kişilere fayda sağlar [121]. Maneviyat, bireyin yaşamındaki amaç, hedef ve anlamına yönelik bilgileri barındırır. Bu bilgilerin düşünülenin aksine dini inançlarla da ilgili olması şart değildir [13,107,115].

Yılmaz ve Okyay'ın aktardığına göre; araştırmacılar manevi bakım kavramının hemşirelik literatüründe özellikle Hristiyan ve Müslüman toplumların dini inanç ve uygulamaları ile bağdaştırıldığı için dar bir çerçeveye konulduğu, bundan dolayı manevi baş etme yöntemlerinin dini inançlarla sınırlandırıldığı görülmekte ve maneviyatı tanımlamada dinin en önemli engel olduğu ileri sürülmekteydi [17].

Günümüzde ise maneviyatın, dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş fakat dini de içine alan, yaşamın anlam ve amacını sorgulayan bir kavram olduğu, hastalık, sağlık, günah, diğer insanlara karşı sorumluluk, ölüm ve ölüm sonrası yaşam [15,117], hedef, amaç, umut, inanç, empati, merhamet, var olma [17] gibi konuları kapsayan bir kavram olduğu görüşü ortaktır [18,103,111,116].

Araştırmalar, maneviyatın olduğu gibi, inanç ve dini aktivitelerin de; depresyonun, anksiyetenin ve ağrının azaltılmasında, hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisinde, sorunlarla başa çıkma ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğunu göstermiştir [13,103,104,107]. Bu bağlamda, manevi boyutun yaşam kalitesi, sağlık ve iyilik üzerine olumlu etkileri olduğu iletilir [13,14,104,118].

2.7. Manevi Destek ve Hemşirelik Mesleği

Hemşirelik mesleğinde, insanın bütüncül yaklaşımla ele alınması zorunludur ve manevi boyut alanındaki ihtiyaçların doğru belirlenip, hastanın fiziksel bakımının manevi destek ve bakımla uyumlu bir şekilde verilmesi gerekir. Sağlık profesyonellerinden hemşirenin bu konudaki bilgisi, becerisi, tutumu ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması zorunludur. Hemşirenin uygun müdahaleleri planlayabilmesi açısından bakım verdiği hastayı bu bağlamda doğru değerlendirebilmesi ve bu alana özgü gereksinimleri doğru saptayıp, karşılayabilmesi önemlidir [115].

Hemşireler geçmişleri, kültür ve yaşayışları farklı olan her yaşta insanların, yaşamın anlam ve değerini sorguladıkları olay ya da kriz durumları ile karşılaşır. Yaşanan bu

durumların algılanma biçimi, hemşirenin ve hastanın manevi değer ve inançları ile kültüründen etkilenir [103]. Bu sebeple hemşirelerin donanımlı ve kendi manevi bakış açısının farkında olması ile manevi bakımı etkin ve doğru vermeleri mümkündür. Yılmaz ve Okyay'ın aktardığına göre; McSherry (2006) maneviyat ve manevi bakım ile ilgili çok sayıda yayın bulunduğunu, hemşirelikte bu kavramların eğitim alanlarında teorik bilgidan öteye gitmediğini fakat bunun ötesine gitmenin zorunlu bir gereksinim olduğunu belirtmiştir [17]. Tıp alanındaki modern gelişmelerin hemşirelik bakımını daha teknolojik yaparak, bütüncül bakımın içinde yer alan manevi bakımın uygulamada yerini bulamamasına sebep olduğu belirtilir [105]. Araştırmacılar, buna bağlı olarak, hemşirelerin empati yapmada ya da hastanın kaygılarını dinlemede yetersiz kaldıklarını ileri sürerler [17,103,106].

Manevi bakım verilmesinde hemşirelerin etkilendiği çok fazla faktör vardır, bunlar; hemşirenin manevi bakım ve gereksinimleri algılaması, bireysel düşünce sistemi, konuya duyarlılığı ve kendi yaşam umudu şeklinde sıralanabilir. Bunlara ek olarak, hemşirenin çalışma koşulları ve ortamı, diğer sağlık profesyonelleri ile iletişimi ya da hastanın iletişime açık olması gibi manevi bakımı etkileyen etmenler de vardır [107].

Manevi bakım ve manevi destek konuları ile ilgili araştırmalar, ülkemizde sınırlı sayıda yapılmış olup, araştırma sonuçları, hemşireler tarafından bu kavramların yeterince fark edilmediği [14,17107,119,120], hemşire ve ebelerin yine bu kavramlarla ilgili yeterince bilgi alamadıkları [13,15,107,109], manevi gereksinimlerin göz ardı edilerek, yeterli manevi bakımın sunulmadığı yönündedir [107]. Yapılan araştırmalar aynı zamanda hemşirelerin de manevi bakım vermede kendilerini yetersiz gördüklerini, bunu da hemşirelerin eğitimleri sırasında manevi bakım ve destek konularını yetersiz almalarına ve çalışma koşullarının zorlayıcı olmasına bağlamışlardır. Çelik ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin manevi bakım algılarının, sundukları manevi bakımı da etkilediği görülmüştür. Buna göre, hastaya sunulan manevi bakımın nitelikli olması, sağlık profesyonellerinin bu konudaki algıları ile doğru orantılıdır denilebilir [13,107].

2.8. Yaşam Sonu Dönemde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Yaşam sonu dönemde hastanın durumuna uyum sağlaması, psikososyal gereksinimlerinin karşılanması ve baş etmelerinin desteklenmesi psikiyatri

hemşireliğinin Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği bağlamında ele alınır. Yaşam sonu dönemde hasta, yaşamındaki amaç ve hedeflerine ulaşmadan ölme, ölümlük ağrı hissetme ya da fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, terkedilme gibi korkular yaşar [5,43]. Hemşirelerin, hastanın bu korkularını ifade edebilmesi, kaybettiği gücü toplayabilmesi, bireyselliğini, saygınlığını ve aile bütünlüğünü koruması, ailenin manevi açıdan desteklenmesi ve aileyi yas sürecine hazırlama, hastanın rahat ölümünün sağlanabilmesi için semptomların kontrol edilmesi gibi sorumlulukları vardır [73].

Hemşirelerin, terminal dönemdeki hastalarda kaygı ve depresyon gibi psikiyatrik semptomları kontrol altına almak, psikolojik acıyı azaltmak, ağrı gibi fizyolojik semptomlarla baş etmede destek olmak, yaşam kalitesini artırmak, hastanın da tedaviye etkin katılımını sağlamak ve hastanın umudunu güçlü tutmak gibi temel hemşirelik yaklaşımları vardır [123,124].

Kübler Ross, ölümlük karşı karşıya olan kişilerin duygusal reaksiyonlarını incelemiş, sonuç olarak bu bireylerin, karşılaştıkları bu durumla baş edebilmelerinde; reddetme (inkâr), kızgınlık (öfke), pazarlık, depresyon ve kabullenme mekanizmalarını kullandıklarını iletmiştir [23]. Bu evrelerin, sırayla yaşanmayabileceği, bazen de birkaç evrenin aynı anda yaşanabileceği [5], hemşireler tarafından bilinmeli ve bu doğrultuda hastalara doğru yaklaşımlarda bulunulmalıdır.

Örf ve adetler, değerler ve inançlar kişilerin kayıp, yas ve ölümlük karşı reaksiyonlarını etkiler. Hemşire, hem hastanın hem de ailesinin inançlarını bilmeli ve saygı duymalıdır [73]. Kayıp sonrasında çoğu kişi verdikleri tepkilerin normal olmadığını ve yasin bitmeyeceğini düşünürler. Hemşirenin bunun farkında olması ve normal yas tepkilerini, yas tutma biçimlerinin farklı olabileceğini anlatması, terapötik iletişim tekniklerini kullanarak hasta ve ailesine ulaşılması önemlidir. Böylece hasta kendini daha doğru ve kolay ifade edebilir [124].

Yaşam sonu dönemde olan hastanın, en büyük destekçisi olan ailesinin bakım ve tedavi içinde yer alması sağlanmalı, bunun yanında ailenin de desteğe ihtiyacı olduğu bilinmelidir. Aileye cihazların tanıtılması, yabancı olmayan kelime ve kavramların konuşulması, karar verme ve destek aramada yardımcı olunması, evdeki rol değişikliği üzerine konuşulup, farkındalığın artırılması, ailenin kederinin tanınması ve desteklenmesi önemlidir. Ölüm süreci, hasta ailesini derinden etkiler. Hastanın

öleceğini öğrendikten sonra yaşanan duygusal tepkiler, hasta ailesi tarafından da yaşanır. Çaresizlik, keder, suçluluk, öfke, tükenmişlik içerisinde olan aile bireylerine karşı empati yapılmalı, duyarlı olunmalı ve ailenin acısı azaltılmaya çalışılmalıdır [23,125].

Terminal dönemdeki hastanın bakımı sürecinde, hastaya bütüncül bakımın doğru ve etkin verilebilmesi için, hemşirenin yeterli bilgi ve beceriye, terapötik yaklaşıma sahip olması, hastaya ve ailesine etkin psiko-sosyal destekte bulunabilmesi açısından, onların ruhsal durumunu bilmesi, anlaması ve kabul etmesi gerekir [74]. Bunları yapabilmesi için de hemşirenin kendi davranışlarına ilişkin iç görü kazanması gerekir.

Terminal dönemdeki hastayla etkileşim içinde olmak, ona gereksinimi olan desteği sunabilmek açısından, hemşirelerin ilk olarak yaşam, hastalık, kayıp ve ölüm hakkında kendi hislerinin farkında olup, bunları kontrol edebilmesi daha iyi fiziksel ve manevi bakımı sunabilmesi konusunda etkili bir davranış şekli olmaktadır [62,124].

Hemşirelerin terminal dönemde bulunan hastaların bakımında bireysel ve kültürel farklılıkları, yaşamın sonundaki hasta bakımını, yaklaşan ölüm belirtilerini bilmesi, ağrı yönetimi gibi konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması, bunlar için de sürekli eğitim programlarının kurumlar tarafından sıklıkla ve yeterli derecede uygulanması gerekir [124].

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını, manevi destek algılarını ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kayseri İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı bir Eğitim Araştırma Hastanesi ile Kayseri ilinde hizmet veren bir özel hastanede terminal dönemdeki hasta bakım verilen klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Yaşam sonu bakımın verildiği klinik ve üniteler; yoğun bakımlar, onkoloji ve palyatif bakım klinikleri olarak belirlenmiştir.

Kayseri Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Eğitim Araştırma Hastanesi, 1145 yataklı olup, yılda ortalama 1-1,5 milyon hastaya bakım verilmektedir. Toplam 13 bina ile sağlık hizmeti veren hastanede Yoğun bakımlar ile Onkoloji Klinikleri 9. binada, Anestezi Yoğun Bakım acil binasında ve Palyatif Bakım Kliniği ise 8. binada yer almaktadır. Hemşireler nöbet usulü çalışmakta, 24 saatlik dilimlerde görev almakta ve 2 vardiya şeklinde çalışmaktadırlar (sorumlu hemşireler ve bazı birimler hariç). Yoğun bakımlarda 153 hemşire çalışmakta olup, ortalama 3 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir. Onkoloji kliniklerinde, 20 hemşire çalışmakta ve ortalama 5 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir. Palyatif bakım ünitesinde ise, 13 hemşire çalışmakta olup, ortalama 5 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir.

Kayseri'de hizmet veren Özel Hastane, 98 yataklı olup toplam 165 hemşire çalışmaktadır. Ana Bina ve Tarihi Bina olmak üzere toplam 2 binadan oluşmaktadır. Tüm yoğun bakımlar ve onkoloji kliniği ana binada olup, kemoterapi bölümü ise Tarihi Binada yer almaktadır. Yoğun bakımlarda 45 hemşire çalışmakta olup ortalama 3 hastaya 1 hemşire bakım vermekte, Onkoloji Kliniğinde 15 hemşire çalışmakta ve ortalama 7 hastaya 1 hemşire bakım vermekte, kemoterapi bölümünde ise 7 hemşire çalışmakta ve 6 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kayseri ilinde bulunan devlet ve özel iki farklı tip hastanede terminal dönem hastalara bakımının verildiği kliniklerde (yoğun bakım, onkoloji ve palyatif bakım klinikleri) çalışan toplam 198 hemşire oluşturmaktadır. Bu hemşirelerin 131 tanesi devlet hastanesinde, 67 tanesi ise özel hastanede çalışmaktadır.

Evrenin tümünün çalışma kapsamına alınması düşünüldüğünden herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. Araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan hemşirelere, araştırma hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul edenler örnekleme alınmıştır. Araştırma 1 Ekim 2017 – 28 Şubat 2018 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 198 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınan hemşirelerde aşağıdaki özelliklerin bulunmasına dikkat edilmiştir:

- Devlet ve özel hastanenin yaşam sonu bakım verilen yoğun bakım, onkoloji ya da palyatif bakım ünitelerinde hemşire olarak çalışıyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) ve Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Aydınlatılmış Onam Formu: Araştırmanın adını, evrenini ve amacını form, hemşireler tarafından okunması sağlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onam imzaları alınmıştır (Ek-4).

3.5.2. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan bu form, ölüme karşı tutum ve manevi destek algılarını etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik ve mesleki özellikleri içeren 9 adet açık ve kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır (Ek-5) [4,13,25].

3.5.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ): Wong, Reker ve Gesser (1994) tarafından

geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Işık, Fadıloğlu, Demir (2008) tarafından yapılmıştır. Yedili likert tipi ölçek 26 madde içermektedir. Ölçek “Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme” (1. Alt Boyut) (4, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25. maddeler olmak üzere toplam 12 madde), “Kaçış Kabullenme” (2. Alt Boyut) (5, 9, 11, 20, 24. Maddeler olmak üzere toplam 5 madde) ve “Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma” (3. Alt Boyut) (1, 2, 3, 7, 10, 16, 17, 18, 26. maddeler olmak üzere toplam 9 madde) şeklinde 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alpha kat sayıları sırasıyla; 0.86, 0.74, 0.76 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.75, 0.54, 0.73 bulunmuştur. Ölçekten en az 26 en fazla 182 puan alınabilmektedir. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasının yüksekliği olumsuz tutumun varlığını göstermektedir [25]. Bu çalışmada Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmiş, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyut (1. Alt Boyut) puanının yüksek olması olumlu, Kaçış Kabullenme (2. Alt Boyut) ile Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyut (3. Alt Boyut) puanlarının yüksek olması ise olumsuz olarak kabul edilmiştir (EK-6).

3.5.4. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA): Kavas ve Kavas’ın geliştirdikleri ve 2014 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yaptığı ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.94 olarak belirlenmiştir. Ölçek; hiç katılmıyorum (0), katılmıyorum (1), kararsızım (2), katılıyorum (3), tamamen katılıyorum (4) seçeneklerinden oluşmuştur. Bizim çalışmamızda ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.92 bulunmuştur. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 60’dır. Alınan puanların artması, manevi destek algısı ve tutumunun yükseldiğini göstermektedir [13] (EK-7).

3.6. Ön Uygulama

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için özel hastanenin yoğun bakım ünitesinde çalışan gönüllü toplam 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrası veri toplama formları anlaşılır bulunmuş ve herhangi bir değişikliğe gerek olmadığı anlaşılmıştır.

3.7. Uygulama

Veri toplama formlarının uygulanması, gerekli kişi ve kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra 1 Ekim 2017 – 28 Şubat 2018 tarihleri arasında biri devlet diğeri özel iki hastanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 198 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile mesai saatleri içinde (08:00-16:00), çalışılan serviste, her bir hemşirede ortalama 20 dakika sürecek şekilde toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra bilgisayarda IBM SPSS Statistics 22 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; araştırmaya alınan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ile çalışılan klinik gibi sosyodemografik ve mesleki özellikleridir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden (ÖKTÖ) ve Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeğinden (MDA) alınan puanlardır.

Araştırmadan elde edilen veriler sayı, yüzde ve ortalama ölçütleri ile ölçekler arasındaki ilişki ise korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ilgili bağımsız değişkenler ile ölçek puanları arasındaki farklar ise ikili gruplarda Kruskal Wallis, ikiden fazla gruplarda Mann Whitney U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, kullanılan ölçüm araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik boyutları ile ve çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur (**Ek-1**). Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Kayseri İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi'nden (**Ek-2**) ve Acıbadem Kayseri Hastanesi'nden uygulama için (**Ek-3**) yazılı izin alınmıştır.

Örnekleme alınan hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış, sözlü ve yazılı onamları **(Ek-4)** alınmıştır.



4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=198)

Özellikler	$\bar{x}\pm SS$	min.-max.
Yaş	31.01±6.65	19 - 60
Hemşire olarak çalışma süresi (yıl)	8.64±6.29	1 - 32
Bölümde çalışma süresi (ay)	45.82±39.91	1 - 260
	Sayı	%
Cinsiyet		
• Kadın	143	72.2
• Erkek	55	27.8
Medeni Durum		
• Bekâr	79	39.9
• Evli	119	60.1
Eğitim Düzeyi		
• Lise	46	23.2
• Önlisans	34	17.2
• Lisans	104	52.5
• Yüksek Lisans	14	7.1
Çalıştığı Hastane		
• Eğitim Araştırma Hastanesi	131	66.2
• Özel Hastane	67	33.8
Çalıştığı Bölüm		
• Yoğun Bakım (yetişkin)	76	38.4
• Yoğun Bakım (çocuk)	24	12.1
• Onkoloji	38	19.2
• KVCYB	8	9.1
• Palyatif Bakım	8	4.0
• Anestezi Yoğun Bakım	29	14.6
• Diğer (Özel Dal)	5	2.5
Ölüm İle İlgili Eğitim Alma		
• Evet	54	27.3
• Hayır	144	72.7
Toplam	198	100.0

Yaş ortalaması 31.01 ± 6.65 olan hemşirelerin, çalışma süreleri ortalama 8 yıl (8.64 ± 6.29), şu anki bölümde çalışma süresi ortalama 4 yıl (45.82 ± 39.91 ay)'dır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%72.2) kadın, yarısından fazlasının (%60.1) evli olduğu belirlenmiştir. Yaklaşık yarısı (%52.5) lisans mezunu olan hemşirelerin yarısından fazlası (%66.2) eğitim araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Hemşireler en fazla yoğun bakım (yetişkin) ünitesi (%38.4) ve onkoloji servisinde (%19.2) çalışırken, sadece %23.7'si ölüm ile ilgili eğitim almıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin ÖKTÖ ve MDA Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

ÖLÇEKLER	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)		
• Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (1. Alt Boyut)	63.45±9.87	63.00 (12.00-84.00)
• Kaçış Kabullenme (2. Alt Boyut)	19.47±6.48	19.00 (5.00-35.00)
• Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (3. Alt Boyut)	31.42±9.49	31.00 (9.00-63.00)
Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği	50.98±7.98	52.00 (19.00-60.00)

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçeklerden almış oldukları puanların dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmektedir. ÖKTÖ 1. Alt Boyut puan ortalaması 63.45 ± 9.87 , ÖKTÖ 2. Alt Boyut 19.47 ± 6.48 , ÖKTÖ 3. Alt Boyut ise 31.42 ± 9.49 'dur. Buna göre, hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumlarının (1. Alt boyut) yüksek olduğunu söyleyebiliriz. MDA Tespit Ölçeği Toplam puanı 50.98 ± 7.98 olarak belirlenmiştir. MDA ölçeğinden en fazla 60 puan alınabildiği için, hemşirelerin manevi destek algı ve tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin ÖKTÖ Puanları ile MDA Puanları Arasındaki İlişki

Korelasyon	ÖKTÖ Alt Boyutları		
	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)	Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)
MDA Toplam Puan			
Spearman's Korelasyon (r)	0.305	0.03	0.27
Sig (p)	0.00	0.67	0.07

Araştırmaya katılan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDA) puanları ile ÖKTÖ 1. Alt Boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.305$), ($p<0.05$). ÖKTÖ 2. Alt Boyut ve ÖKTÖ 3. Alt Boyut arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bazı Özellikleri ile ÖKTÖ ve MDA Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki

Korelasyon	MDA Toplam Puan	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)	Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)
Yaş				
Spearman's Korelasyon (r)	0.071	-0.045	-0.145	-0.034
Sig (p)	0.32	0.52	0.04	0.63
Çalışma Yılı				
Spearman's Korelasyon (r)	0.099	-0.040	-0.160	-0.037
Sig (p)	0.16	0.57	0.02	0.60
Bölümde Çalışma Süresi				
Spearman's Korelasyon (r)	-0.113	-0.154	-0.111	-0.21
Sig (p)	0.11	0.03	0.12	0.77

Tablo 4.4'te hemşirelerin yaşları, hemşire olarak çalışma süreleri ve mevcut bölümde çalışma süreleri ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile KT 2. Alt Boyut arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenirken ($r=-0.145$), ($p<0.05$), hemşirelerin yaşları ile MDA ile KT 1. Alt Boyut ve KT 3. Alt Boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin alışma yılları ile KT 2. Alt Boyut arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($r=-0.160$), ($p<0.05$), hemşirelerin çalışma yılları ile MDA, KT 1. Alt Boyutu ve KT 3. Alt Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). Bölümde alışma süreleri ile KT 1. Alt Boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken ($r=-0.154$), ($p<0.05$), hemşirelerin bölümde çalışma süreleri ile MDA, KT 2. Alt Boyutu ve KT 3. Alt Boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre ÖKTÖ ve MDA Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları (n=198)

Hemşirelerin Özellikleri	MDA Toplam Puan		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)		Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet								
• Kadın	51.66±7.06	52.00 (28.00-60.00)	63.26±9.99	64.00 (12.00-84.00)	19.43±6.63	19.00 (5.00-35.00)	32.56±9.58	32.00 (12.00-63.00)
• Erkek	49.22±9.87	51.00 (19.00-60.00)	63.96±9.62	64.00 (35.00-80.00)	19.58±6.16	20.00 (6.00-31.00)	28.45±8.69	29.00 (9.00-53.00)
p*	0.209		0.482		0.817		0.015	
Medeni Durum								
• Bekâr	51.78±7.78	53.00 (26.00-60.00)	63.39±11.48	64.00 (12.00-84.00)	19.95±6.22	25.00 (5.00-35.00)	32.59±10.20	32.00 (9.00-63.00)
• Evli	50.45±8.11	52.00 (19.00-60.00)	63.50±8.69	64.00 (34.00-81.00)	19.16±6.67	18.00 (6.00-33.00)	30.64±8.96	31.00 (10.00-53.00)
p*	0.221		0.419		0.346		0.266	

*Mann Whitney U test, **Kruskall Wallis Test

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre ÖKTÖ ve MDA Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları (n=198) (devamı)

Hemşirelerin Özellikleri	MDA Toplam Puan		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)		Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu								
• Lise	51.17±7.86	52.50 (28.00-60.00)	64.28±7.38	64.00 (49.00-81.00)	19.54±7.43	19.00 (5.00-33.00)	32.54±10.20	32.50 (16.00-57.00)
• Önlisans	49.21±8.73	50.00 (22.00-60.00)	62.76±7.46	63.00 (43.00-75.00)	19.50±5.65	18.50 (8.00-30.00)	29.29±8.29	29.50 (9.00-51.00)
• Lisans	51.19±7.90	52.00 (19.00-60.00)	62.43±11.31	64.00 (12.00-81.00)	19.08±6.21	18.00 (6.00-35.00)	31.64±9.69	32.00 (12.00-63.00)
• Yükseklisans	53.07±7.18	55.50 (40.00-60.00)	70.00±8.65	70.50 (53.00-84.00)	22.14±7,6	25.00 (9.00-31.00)	31.21±8.50	31.50 (17.00-43.00)
p**	0.430		0.050		0.374		0.647	

*Mann Whitney U test, **Kruskall Wallis Test

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımları (n=198) (devamı)

Hemşirelerin Özellikleri	MDA Toplam Puan		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)		Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Hastanedeki Görevi								
• Sorumlu Hemşire	55.39±6.30	59.00 (40.00-60.00)	65.30±9.80	68.00 (40.00-78.00)	20.61±7.31	21.00 (6.00-32.00)	30.39±8.38	32.00 (10,00-46,00)
• Servis Hemşiresi	51.11±7.04	52.00 (26.00-60.00)	62.67±10.18	64.00 (12.00-84.00)	19.29±6.74	19.00 (5.00-35.00)	31.45±9.54	31.00 (9.00-63.00)
• Yoğun Bakım Hemşiresi	48.97±9.62	51.00 (19.00-60.00)	64.31±9.24	64.50 (40.00-80.00)	19.40±5.65	19.00 (8.00-30.00)	31.76±9.94	32.00 (14.00-53.00)
p**	0.003		0.340		0.725		0.880	
Çalıştığı Hastane								
• Eğitim Araştırma Hastanesi	50.52±7.63	51.00 (19.00-60.00)	63.73±8.84	64.00 (34.00-84.00)	19.31±5.95	19.00 (6.00-32.00)	31.43±8.66	32.00 (10.00-54.00)
• Özel Hastane	51.88±8.64	54.00 (26.00-60.00)	62.93±11.68	64.00 (12.00-81.00)	19.81±7.46	20.00 (5.00-35.00)	31.40±11.03	29.00 (9.00-63.00)
p*	0.058		0.897		0.742		0.455	

*Mann Whitney U test, **Kruskall Wallis Test

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımları (n=198) (devamı)

Hemşirelerin Özellikleri	MDA Toplam Puan		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)		Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut)		Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyut)	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Çalıştığı Bölüm								
• Yoğun Bakım (yetişkin)	49.49±9.27	52.00 (19.00-60.00)	62.41±11.20	63.50 (12.00-81.00)	19.71±6.49	20.00 (7.00-35.00)	30.14±9.26	31.00 (9.00-63.00)
• Yoğun Bakım (çocuk)	50.96±8.08	50.50 (28.00-60.00)	66.21±5.94	65.50 (54.00-77.00)	19.83±7.80	20.00 (5.00-35.00)	36.25±11.24	36.00 (10.00-57.00)
• Onkoloji	53.92±7.45	56.00 (26.00-60.00)	62.92±10.47	64.00 (34.00-81.00)	17.18±6.35	16.50 (8.00-32.00)	32.79±10.19	31.00 (12.00-55.00)
• KVCYB	48.83±7.70	49.50 (31.00-60.00)	64.78±11.48	65.00 (40.00-80.00)	21.05±6.79	19.00 (6.00-31.00)	30.89±10.69	28.00 (14.00-53.00)
• Palyatif	50.38±6.63	51.50 (40.00-60.00)	68.38±7.80	70.50 (53.00-78.00)	20.50±8.57	22.50 (8.00-30.00)	26.63±8.47	27.50 (17.00-38.00)
• Anestezi Yoğun Bakım	51.28±3.73	51.00 (44.00-60.00)	62.45±6.43	62.00 (53.00-77.00)	20.38±4.54	19.00 (11.00-27.00)	31.24±6.00	32.00 (15.00-47.00)
• Diğer (Özel Dal)	58.40±1.67	58.00 (56.00-60.00)	63.40±11.78	60.00 (54.00-84.00)	19.00±4.64	19.00 (14.00-25.00)	27.80±5.76	31.00 (19.00-33.00)
p**	0.045		0.109		0.210		0.072	

*Mann Whitney U test, **Kruskall Wallis Test

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımları (n=198) (devamı)

Hemşirelerin Özellikleri	MDA Toplam Puan		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyut)		Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu)		Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyutu)	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Manevi Bakım ya da Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Eğitim Alma								
• Evet	52.17±7.13	53.50 (31.00-60.00=	64.04±9.84	64.00 (36.00-84.00)	18.65±5.46	18.00 (7.00-31.00)	30.11±8.05	30.00 (9.00-53.00)
• Hayır	50.53±8.27	5100 (19.00-60.00)	63.24±9.91	64.00 (12.00-81.00)	19.78±6.83	19.00 (5.00-35.00)	31.91±9.97	32.00 (10.00-63.00)
p*	0.223		0.809		0.243		0.324	

*Mann Whitney U test, **Kruskall Wallis Test

Tablo 4.5’de hemşirelerin bazı özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Cinsiyet açısından incelendiğinde, lm Korkusu ve ölümden Kaçınma (KT 3. Alt Boyutu) puanında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir; kadın hemşirelerin lm Korkusu ve ölümden Kaçınma puanı, erkek hemşirelerden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerde MDA toplam puanı ile KT 1. Alt Boyutu ve KT 2. Alt Boyutu puan ortalamaları arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada yer alan hemşirelerin medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmada hemşirelerin MDA toplam puanı ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (KT 1. Alt Boyutu), Kaçış Kabullenme (KT 2. Alt Boyutu) ve lm Korkusu ve ölümden Kaçınma (KT 3. Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (KT 1. Alt Boyutu) toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (KT 1. Alt Boyutu) puan ortalaması lise, nlisans ve lisans mezunlarına göre istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). MDA toplam puanı ile Kaçış Kabullenme (KT 2. Alt Boyutu) ve lm Korkusu ve ölümden Kaçınma (KT 3. Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel anlamda fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada yer alan hemşirelerin hastanedeki görevlerine göre yapılan karşılaştırmada, MDA toplam puanında istatistiksel açıdan fark belirlenmiştir. Sorumlu hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması, servis hemşireleri ve yoğun bakım hemşirelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (KT 1. Alt Boyutu), Kaçış Kabullenme (KT 2. Alt Boyutu) ve lm Korkusu ve ölümden Kaçınma (KT 3. Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre yapılan karşılaştırmada grupların MDA toplam puanı ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (KT 1. Alt Boyutu), Kaçış Kabullenme (KT 2. Alt Boyutu) ve lm Korkusu ve ölümden Kaçınma (KT 3.

Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Araştırmada yer alan hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, MDA toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir. Onkoloji bölümünde çalışan hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması Yoğun Bakım (çocuk), KVCYB, Palyatif ve Anestezi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelere göre istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu), Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) ve Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında ise, istatistiksel anlamda fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin manevi bakım ya da yaşam sonu bakım ile ilgili eğitimi alma durumlarına göre yapılan grupta MDA toplam puanı ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu), Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) ve Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyutu) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Hemşirelik doğumdan ölüme insan yaşamının tüm dönemlerinde var olan bir meslektir. İnsan yavrusunun dünyaya gözlerini ilk açtığı anda gördüğü yüzlerden biridir hemşirenin yüzü. Aynı zamanda yaşam sonu dönemde gözlerini kaparken belki de son gördüğü kişi de hemşiredir. Bu bakımdan hemşirelerin karşılaştıkları önemli olgulardan biri olan ölümün ve ölüm algısının hemşirelik mesleği ile ilişkisinin ve hemşirelerin manevi destek algılarının çalışmamızın temel noktasını oluşturduğunu söylemek doğru olacaktır. Terminal dönem hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı ve manevi destek algısı düzeyinin ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada bulgular aşağıda yer aldığı şekli ile tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.01 ± 6.65 yıl, çoğunluğu kadın ve lisans/lisansüstü mezunu, toplam çalışma süreleri ortalaması 8.64 ± 76.29 yıl, bölümde çalışma süreleri ortalaması 45.82 ± 39.91 ay olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun genç ve bölümde çalışma sürelerinin az olmasının yoğun iş yükü ve ağır çalışma koşulları, ayrıca terminal dönem hastalarla çalışmaya ilişkin özel bilgi ve beceri gerektirmesi nedeniyle terminal dönemdeki hastaya bakımı sunan bölümler için dezavantajlı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçeklerden almış oldukları puan ortalamalarına bakıldığında, ÖKTÖ alt boyut puanlarından en yüksek puanın 1. Alt Boyutunda (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu) olduğu görülmektedir. Bu bulgu terminal dönemde bakım sunan hemşirelerin sık karşılaştıkları ölüm gerçeğini doğal, yaşanılması ve kabul edilmesi gereken bir olay olarak algıladıklarını göstermektedir. Bilge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bulgumuza benzer şekilde katılımcıların Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek saptanmıştır [1]. Ölüme ilişkin tutumların değerlendirildiği diğer çalışmalarda da, tarafsız kabullenmenin daha çok kullanılan yaklaşım olduğu belirlenmiştir [126, 127, 128]. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür ile benzerlik gösterirken, Yılmaz ve Vermişli (2015)'nin çalışmasında hemşirelerin ÖKTÖ alt boyut puanlarından en düşük 1. Alt Boyutundan aldığı ve çalışmamız ile örtüşmediği saptanmıştır [129]. Bu durum hemşirelerin ölümün

gerçekliği karşısında hissettiği korku ve kaygı ile başetmede kullandığı kaçınma savunma mekanizması ile ilgili olabilir. Ölümün uyandırdığı kaygıyı azaltmak için ölüm üzerine düşünmekten veya konuşmaktan kaçınmak söz konusu olabilir.

Çalışmamızda MDA ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin ölüme karşı olumlu/kabullenici tutumu arttıkça hastaların manevi destek gereksinimlerini algılama düzeylerinin de arttığı görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde, ölüm olgusu karşısında farkındalık ve pozitif tutumlar geliştiren hemşirenin, ölüm kaygısının azalacağı ve buna paralel olarak terminal dönemdeki hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumların değişeceği bilinmektedir. Bu nedenle hemşirelerde ölüme ilişkin olumlu tutumların oluşturulmasında bilgi, kültürel duyarlılık ve psikososyal becerinin artırılmasının etkili olacağı bildirilmiştir [8]. Çalışmamızın bulgusuna göre, ölümün yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir parçası olduğunu düşünen hemşirelerin, manevi destek algıları ve tutumlarının daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durum, hemşirelerin yaşı arttıkça ölümden kaçınan tutumun azaldığını göstermektedir. İnci ve Öz (2009)'ün çalışmasında, genç hemşirelerin ölüm kaygısının daha yüksek ve ölüme yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur [10]. Dağlı (2010), çalışmasında benzer şekilde genç hemşirelerin ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu belirtmiştir [130]. Çetin (2015), çalışmasında yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığını ifade etmiştir [131]. Literatür incelendiğinde, farklı sonuçların da olduğu çalışmalar yer almakta, ölüm kaygısı ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığına dair bulgular da bulunmaktadır. Taka (2010), hemşirelerin ölüm kaygısı üzerine gerçekleştirdiği çalışmasında ölüm kaygısı ile yaş ilişkisine yönelik anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı sonucu bulunmuştur [78]. Öztürk'ün 2010 yılında yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmada, Üstüner Top ve arkadaşlarının yine 2010 yılında, huzurevinde yaşayan bireyler ile yaptığı çalışmada, yaş ile ölüm kaygısı ilişkisine yönelik anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı belirtilmiştir [131,132]. Bu sonuçlara benzer şekilde ölüm kaygısı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığını gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır [133,134,135]. Yaşın genç olması, muhtemel ölümün uzak

algılanmasına veya ölüm üzerine daha az düşünülmesine neden olabilir. Sonuç olarak, ölüm gerçeği ile yüzleşmek genç hemşirelerde kaygı yükselmesi yaratıyor olabilir [4].

Hemşirelerin çalışma yılları ile Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamda ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). 2. Alt Boyut olan Kaçış Kabullenme ölümün; yaşamın psikolojik veya fiziksel zararlarından kurtaracağına inanma olarak açıklanmaktadır. Ölümü bir kaçış ya da kurtuluş olarak görmek, ölüme karşı olumsuz bir tutumdur. Hemşirelerin çalışma sürelerinin yani mesleki deneyimlerinin artması kaçış kabullenme gibi ölüme ilişkin olumsuz tutumun azalmasına sebep olmaktadır. Mesleki deneyimin ölüm olgusuyla daha fazla yüzleşmeye ve bu olgu karşısında daha gerçekçi tutum geliştirmeye neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdan farklı olarak Lange ve ark. (2008), hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarını değerlendirme ve kapsamlı bir kanser merkezinde ölen hastalara bakma ile ilgili çalışmasında, Kumar ve ark. (2014), hemşirelik öğrencilerinin ölüme yönelik algılanan tutumları ile ilgili çalışmasında, McSherry ve Jarnereson (2011) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım anlayışlarına dair çalışmalarında, meslekte bulunulan süre ile ölümü kabullenme ve ölüme karşı olumlu tutum arasında negatif yönde zayıf ilişki belirlemişlerdir [127,136,137]. Feudtner ve ark. (2007) ile Ayhan (2013) tarafından yapılan çalışmalarda, mesleki deneyimi daha fazla olan hemşirelerin yaşam sonu hasta bakımında daha rahat oldukları, bu hemşirelerle ölüm ve ölmek üzerine daha rahat konuşulabildiği saptanmıştır [138,139].

Çalışmamızdan farklı olarak, Chen ve ark (2006) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, deneyimi daha fazla olan öğrencilerin daha az deneyimli olan öğrencilere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu farklılık, deneyimli olan öğrencilerin ölmekte olan hastaya daha çok bakım vermesi, ölüm nedeniyle kayıp yaşamaları, hissettikleri duyguların farkında olmamaları ve etkin baş edememeleri, ölüm kaygısını artırdığı şeklinde yorumlanabilir [140].

Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süreleri Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamda ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durum, hemşirelerin terminal dönemdeki hastalarla çalışma sürelerinin artmasıyla, ölüme karşı olumlu ve kabul edici tutumlarının

azaldığını göstermektedir.

Dunn ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, yaşam sonu dönemdeki hastalar ile daha fazla karşılaşan hemşirelerin, daha pozitif tutumlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Lange ve Kline (2008) çalışmalarında deneyimli hemşirelerin ölüme karşı daha tarafsız ve daha olumlu oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise yaşam sonu bakım verme deneyimi olan hemşirelerin bu deneyimi olmayanlara göre ölüme karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur [129,141,142]. Araştırma bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir. Bu durumun terminal dönemdeki hastalara uzun süre bakım veriyor ve bakım verdiği pek çok hastayı kaybediyor olmanın oluşturduğu yoğun duygusal yük ve merhamet yorgunluğu ile ilgili olduğu söylenebilir. Ölüm gerçeği ile sıklıkla yüzleşiyor olmanın oluşturduğu kırılganlıkla uygun şekilde baş edebilmek için bu bölümlerde çalışan hemşirelerin destekleniyor olmaları son derece önemlidir. Çalışmalar arasındaki bu farklılıkların, hemşirelerin ölüme ilişkin pozitif/olumlu tutumlarının gelişimine imkân sağlayan eğitim ve desteklerle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyutu) puanında istatistiksel anlamda fark belirlenmiştir; kadın hemşirelerin puanı, erkek hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.05$). Akça ve Köse, (2008), Acehan ve Eker, (2013) ve Dağlı (2010) tarafından yapılan çalışmalarda araştırmamıza benzer şekilde kadınların ölüm kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır [35,130,143]. Çalışmamızdan farklı olarak İnce (2014)'nin yaptığı araştırmada kadınların ölüm kaygısı erkeklerden daha düşük bulunmuştur [50]. Özdemir (2014)'in çalışmasında ise ölüm kaygısının hemşirelerin cinsiyetleri açısından herhangi bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır [22]. Literatüre bakıldığında, ölüm kaygısı ile cinsiyet arasında ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar olsa da, kadınların ölüm kaygısının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar daha fazladır. Kadın cinsiyetinde ölüm korkusunun daha yüksek olmasını, kadınların duygularını fark etmekte ve ifade etmekte daha iyi durumda olmalarıyla, kadınların genel kaygı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olmasıyla, erkeklerin ise cinsiyet rolleri açısından güçlü ve korkusuz görünmek adına böyle ifade ediyor olmalarından kaynaklandığını bulgumuz ışığında söyleyebiliriz. Korku verici bazı durumlarda, erkeklerden korku göstermemeleri toplumumuzda genel olarak beklenen bir davranış iken, kadınlarda bu

durumlarda daha duygusal olmaları gibi zıt davranışlar beklenir [144].

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin toplam puan ortalaması lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre istatistiksel anlamda yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Mallory ve Allen (2006) ölümün bakımı: pozitif bir hemşirelik öğrencisi deneyimi başlıklı çalışmasında, Wessel ve Rutledge (2005) evde bakım ve bakımevi hemşirelerinin ölüme karşı tutumu ile ilgili çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ölüme karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir. İnce (2014)'nin çalışmasında, yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olanların ölüm kaygılarının daha fazla olduğu bulunmuştur [50,145,146]. Şahin (2016)'in hemşirelerde ölüm kaygısını incelediği çalışmasında hemşirelerin eğitim durumlarına göre ölüm kaygısı açısından bir fark olmadığı görülmüştür. Kayaoğlu ve Ekinci'nin (2016), Sayın Kasar ve ark, (2016)'nin çalışmasında da benzer şekilde eğitim durumu ile ölüm kaygısı arasında ilişki belirlenmemiştir [28,147,148]. Tüm bu bulgular doğrultusunda hemşirelerde eğitim düzeyinin ölüm kaygısını nasıl etkilediği üzerine daha fazla çalışma yapılması gerektiği söylenebilir. Eğitim düzeyinin yanı sıra içeriğinin de ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım vermekle ilgili ne kadar zengin olduğunun değerlendirilmesi önemlidir. Şu bilinen bir gerçektir eğer hemşireler ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım konusunda eğitilirse bu o hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları hakkında daha fazla farkındalık geliştirmelerine, ölüme yönelik daha olumlu tutum sahibi olmalarına ve yaşam sonu bakımı daha nitelikli sunmalarına sebep olur [8].

Çalışmamızda hemşirelerin manevi gereksinimleri algılama düzeyleri yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde genel olarak hemşirelerin manevi gereksinimleri algılama düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir [13, 15, 17, 107]. Hemşirelik mesleğinin temelinde bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi yer almaktadır. Bu bakış açısıyla, bireyin manevi boyutuna ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte Baldacchino (2006) hastaların maneviyatının göz ardı edildiğini ve manevi bakımın sunulmasının yetersiz olduğunu bildirmiştir [109]. Wong ve Lee (2008) yaptıkları çalışmada benzer sonuca ulaşmışlar, manevi bakımın yetersiz olduğunu belirlemişlerdir [118].

Narayanasamy (2001) de çalışmasında, hemşireler tarafından hastaların manevi gereksinimlerinin yeterince fark edilemediğini ifade etmektedir [18].

Yapılan araştırmalarda, yeterli manevi bakımın sunulamamasının en önemli nedenlerinin, hemşirelerde bilgi eksikliğinin ve zaman kısıtlılığının olması olarak gösterilmektedir [118,149]. Çalışmamız hemşirelerin hastaların manevi destek gereksinimlerini iyi algıladıklarını ortaya koymaktadır. Ancak algıladıkları manevi gereksinimleri ne kadar karşıladıklarını göstermemektedir. Bundan sonraki çalışmalarda terminal dönem hastalarının manevi destek gereksinimlerinin karşılanma durumunun incelenmesi, konunun tüm yönleriyle ortaya çıkarılmasını sağlayacaktır.

Sorumlu hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması, servis hemşireleri ve yoğun bakım hemşirelerinden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sorumlu hemşirelerin eğitim düzeyi daha yüksek, meslekte çalışma süreleri daha uzundur. Çalışmamızın sonucuna paralel olarak, Özbaşaran ve ark. (2011) yaptıkları araştırmada mesleki deneyim ile maneviyat ve manevi bakım arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır [150]. Yılmaz ve Okyay'ın çalışmasında çalışma yılı ile yaş, Akgün Kostak ve ark.'nın (2010)'nın çalışmasında ise yaş ile maneviyat ve manevi bakım puan ortalaması arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır [15,17]. Bulgular doğrultusunda genel olarak hemşirelerin eğitim düzeyinin ve mesleki deneyimlerinin artmasının manevi bakım ihtiyacını belirlemede önemli değişkenler olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre MDA toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Onkoloji bölümünde çalışan hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması Yoğun Bakım (çocuk), KVCYB, Palyatif ve Anestezi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelere göre istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızdan farklı olarak, literatürde, hemşirelerin çalıştıkları bölümlerin maneviyat puan ortalamasını etkilemediği sonuçları görülmektedir [15,16,107].

Terminal dönemdeki hastaya bakım veren birimler ölüm ve ölmekte olan hasta ile daha sık karşılaşan birimlerdir. Dolayısıyla bu birimlerde çalışan hemşirelerin ölüme yönelik deneyimleri daha fazla olduğundan, ölüme ilişkin algının daha olumlu, ölüm kaygısının daha düşük ve manevi destek algısının da daha yüksek olması beklenir. Yoğun bakımlarda hastalar genellikle iletişimi sınırlı kurulabilen ya da iletişime kapalı veya bilinçsizlerdir. Çocuk kliniğinde, çocuk ile soyut bir kavram olan ölüm ve manevi

gereksinimler konuşulmadığı için, çocuktan bu konular ile ilgili doğru veriler alınamaz. Onkoloji klinikleri ise, iletişime daha açık ve bilinçli hastalara bakım veren, tedavileri nedeniyle uzun süre vakit geçirilen ve hastaların ölüm, öte dünya, inanç ve maneviyat ile ilgili düşüncelerini paylaşma imkânı olan yerler olması, çalışmamızın bulgusunu açıklayabilir. Bunun yanında, bulgumuz, ölüm gerçeği ile karşılaşma sıklığı fazla olsa da, uygun şekilde baş edildiğinde bu durumun rahatsızlık yaratmayabileceğini de göstermektedir. Ayrıca bölümler ve hemşireler arasındaki özelliklerin farklı olması, hemşirelerin hasta odaklı çalışmaları da bu sonucun nedeni olabilir.

Hemşirelerin manevi bakım ya da terminal dönemdeki hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumlarına göre yapılan grupta MDA toplam puanı ile ÖKTÖ Alt Boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Yılmaz ve Okyay (2009) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun manevi bakım ve maneviyat kavramlarını tanımlayamadıkları saptanmıştır [17]. Çalışmamızdan farklı olarak, Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında yüksek lisans eğitimi alan hemşirelerin maneviyat puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [17]. Aynı çalışmada hemşirelerin çoğuna maneviyat ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların ise aldığı bilgiyi yeterli bulmadığı görülmüştür. Kostak ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada manevi bakım ve maneviyat hakkında bilgi alan hemşirelerin bu konuda bilgi almayanlara göre manevi bakımı algılamaları daha olumlu bulunmuştur [15]. Bulgular doğrultusunda literatürde de vurgulandığı gibi manevi bakımı nitelikli bir şekilde sunabilmek için hemşirelerin bu konuda eğitilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

6. BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; araştırmaya katılan hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme'den (ÖKTÖ 1. Alt Boyut) yüksek puan aldıkları, Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyut) ve Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma'dan (ÖKTÖ 3. Alt Boyut) ise ortalama düzeyde puan aldıkları görülmüştür. Hemşirelerin MDA toplam puanı ise oldukça yüksek (50.98 ± 7.98) belirlenmiştir. MDA ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşirelerin çalışma yılları ile Kaçış Kabullenme (ÖKTÖ 2. Alt Boyutu) arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenirken ($p < 0.05$), bölümde çalışma süreleri ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) arasında da, negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadın hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (ÖKTÖ 3. Alt Boyutu) puanı, erkek hemşirelerden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yüksek lisans mezunu hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (ÖKTÖ 1. Alt Boyutu) toplam puan ortalaması lise, önlisans ve lisans mezunlarına göre istatistiksel anlamda yüksektir ($p < 0.05$). Sorumlu hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması, servis hemşireleri ve yoğun bakım hemşirelerinden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında ise, Onkoloji bölümünde çalışan hemşirelerin MDA toplam puan ortalaması Yoğun Bakım (çocuk), KVCYB, Palyatif ve Anestezi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelere göre istatistiksel anlamda yüksektir ($p < 0.05$).

Bu bilgiler ışığında;

- Hemşirelerin, ölüme karşı olumlu/kabullenici tutumu arttıkça, hastaların manevi destek gereksinimlerini algılama düzeylerinin arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, hemşirelerin ölüm ile yüzleşebildikleri ve ölümü kabullendikleri, ölüme ve terminal dönemdeki hasta bakımına yaklaşımlarının da olumlu olarak arttığı sonucuna

ulaşmıştır. Bu nedenle manevi bakımın etkin verilebilmesi için gerek hemşirelik eğitimlerinde gerekse hizmet içi eğitimlerde ölüm eğitimi ve terminal dönemdeki hastaya bütüncül yaklaşım ile manevi bakım gibi konular interaktif eğitim yöntemi ile düzenli olarak verilmesi,

- Çalışmada ölüm gerçeği ile yüzleşmenin, yaşı genç hemşirelerde daha fazla kaygı yaratabileceği ve mesleki deneyimin artması ile ölüme ilişkin olumsuz tutumun azaldığı görülmüştür. Bu nedenle, terminal dönemdeki hastalara verilen bakımda, mesleki deneyiminin fazla olduğu genç olmayan hemşirelerin daha fazla yer alması,
- Yaşam sonu dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin, psikolojik iyi oluşlarının ve baş etme mekanizmaları desteklenmesi, eğitimlerle farkındalıkları ve motivasyonlarının geliştirilmesi,
- Çalışmamız, hemşirelerin hastaların manevi destek gereksinimlerini iyi algıladıklarını ortaya koymaktadır. Ancak bu durum, algıladıkları manevi gereksinimleri ne kadar karşıladıklarını göstermemektedir. Bundan sonraki çalışmalarda konunun tüm yönleriyle ortaya çıkarılması amacıyla, terminal dönem hastalarının manevi destek gereksinimlerinin karşılanma durumunun incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bilge, A., Embel, N., Kaya, F., “Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.*, 4(3):119-12, 2013.
2. Aksu, T., Okçay, H., “Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5:113-26, 2010.
3. Çam, O., Bilge, A., Keskin, G., “Gidenler ve geride kalanlar: İnsan, yavrusu ve ölüm yarasını sarmak”, 1. baskı, Egetan Basım Yayın, s. 11, İzmir, 2010.
4. İnci, F., “Hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 2008.
5. Akdemir, N., Birol, L., “İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı”, *Vehbi Koç Yayınları*, İstanbul, 2003.
6. Çimete, G., “Yaşam sonu bakım: ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım”, *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, 2002.
7. Ay, F., Gençtürk, N., “Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 164-171, 2013
8. İnci, F., Öz, F., “Palyatif bakım ve ölüm kaygısı”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4:178-87, 2012.
9. Bilge, A., Çam, O., “Ölüm sürecindeki hastaya ve yakınına psikiyatri hemşiresinin terapötik yaklaşımı”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20:2:127-36, 2004.
10. İnci, F., Öz, F., “Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:253-260, 2009.
11. Seyyar, A., “Bakım Terimleri Sözlüğü”, *Şefkatli Eller Yayınları*, Ankara, 2007.
12. Aştı, N., Pektekin Ç., Adana, F., “Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu”, *Hemşirelik Dergisi*, 54: 27-34, 2005.

13. Kavas, E., Kavas, N., “Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği”, *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume* 10/14, p. 449-460, 2015.
14. Ergül, Ş., Bayık, A., “Hemşirelik ve manevi bakım”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 8(1): 37-45, 2004.
15. Akgün, Kostak, M., Çelikkalp, Ü., Demir, M., “Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 218-225, 2010.
16. Okyay, N., “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Sivas, 2008.
17. Yılmaz, M., Okyay, N., “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3: 41-52, 2009.
18. Narayanasamy, A., Owens, J., “A critical incident study of nurses’ responses to the spiritual needs of their”, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 446–455, 2001.
19. Daştan, N, B., Buzlu, S., “Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1):73-9, 2010.
20. Badur, S., “Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. Ölüm: Bir topografya”, *Cogito Dergisi*. 40: 22-25, 2010.
21. Erginer, G., “Bir halk bilimcinin gözünden ölüm”, *Cogito Dergisi*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 2004.
22. Özdemir, K., “Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı”, *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi*, Erzurum, 2014.
23. Uçar, H., “Ölüm kavramı ve ölümcül hastada hemşirelik bakımı”, *Hemşirelik esasları el kitabı (İçinde) M. Atalay (Ed.)*, *Birlik Ofset Ltd Sti*, 195-201, İstanbul, 1997.
24. Koç, Z., Sağlam, Z., “Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi*

Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (1), 14-17, 2008.

25. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. “Ölüme karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 11:28-43, 2009.
26. Tufan, İ., “Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık”, *Aykırı Yayıncılık*, İstanbul, 2002.
27. Arslan, M., “Hellenistik Dönem'e damgasını vuran yaratıcı felsefe sistemleri: epikurosçuluk ve stoacılık”, *Arkeoloji ve Sanat*, 100, 19-23, 2001.
28. Şahin, M., “Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler”, *Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Aydın, 2016.
29. Kastenbaum, R., Aisenberg, R., “The psychology of death, *Springer Publishing Company*, ”, New York, 1972.
30. Geçtan, E., “Psikanaliz ve sonrası”, *Remzi Kitabevi*, İstanbul, 1997.
31. Çevik, B., “Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri”, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2010.
32. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., “İç Hastalıkları Hemşireliği”, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No.6, Geliştirilmiş VI, Baskı, Dizgi: *Lotus Yayıncılık*, Baskı: *Sanem Matbaası*, Ankara, 1997.
33. Kayaalp, L., “Ölüm karşısında hasta ve sağlık personeli”, *Sendrom Dergisi*, 8,16-23, 1999.
34. Henderson, V., Nite, G., “Death and dying, principles and practice of nursing”, *Collier Macmillan Publishers*, London, 1978.
35. Akça, F., Köse, A., “Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11:7-16, 2008.
36. Bauman, Z., “Ölümlülük, ölümsüzlük ve diğer hayat stratejileri”, Çeviri: N, Demirdöven, *Ayrıntı Yayınları*, İstanbul, 2000.
37. Çileli, M., “Ölüm. b. onur. gelişim psikolojisi, yetişkinlik, yaşlılık, ölüm”, *Gelişim Psikolojisi* , İmge Kitapevi, s.377-408, Ankara, 2000.

38. Kartopu, S., “Dini yaşayışta hayatı sorgulama”, *Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Adana, 2006.
39. Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C., “Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi”, *Fırat Tıp Dergisi*, 15: 10-16, 2010.
40. Frommelt, KH., “Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention”, *American Journal Of Hospice And Palliative Care*, 20(1),13– 22, 2003.
41. Kübler-Ross, E., “Ölüm ve ölmek üzerine”, Çeviri: Büyükal, B., *Boyner Holding Yayınları*, İstanbul, 1997.
42. Çakırcalı, E., “Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar”. 3. Baskı, *Ege Üniversitesi Basımevi*, İzmir, 2000.
43. Işıkhana, V., “Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 23: 34-44, 2008.
44. Adana, F., “Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu”, *Hemşirelik Forumu*, Eylül-Aralık: 1-4, 2006.
45. Kübler-Ross, E., “Sorular ve cevaplarla yaşamın son günleri”, Editör: Terakye, G., *Hürbilek Matbaacılık*, Ankara, 1995.
46. Birol, L., “Terminal evredeki hasta bakımı”, Editör: Akdemir. N., Birol, L., İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, *Vehbi Koç Vakfı Yayınları*, 46-48. İstanbul, 2003.
47. Keser, Özcan, N., “Ölüm ve ölümü yaklaşan bireyin bakımı”, In: Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Editör: Akça, Ay, F., *Medikal Yayıncılık*, İstanbul, 2007.
48. Çavuşoğlu, H., “Çocuk sağlığı hemşireliği”, *Sistem Ofset Basımevi*, Ankara, 2004.
49. Copp, G, A., “Review of current theories of death and dying”, *Journal of Advanced Nursing*. 28(2), 382- 390, 1998.
50. İnce, F., “Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde ölüm kavramı ve ölüm kaygısının araştırılması”, *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek*

Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

51. Hökelekli, H., “Ölüm, ölüm ötesi psikoloji ve din”, *Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları*, İstanbul, 2008.
52. Yalom, I., “Varoluşçu psikoterapi”. İyidoğan, Babayiğit, Z. (Edt), *Kabalıcı Yayınevi*, İstanbul, 2013.
53. Aries, P., “Batılının ölüm karşısındaki tavırları”, Kılıçbay MA. (Edt), *Gece Yayınları*, Ankara, 1991.
54. Roman, E, M., Sorribes, E., Ezquerro, O., “Nurses” attitudes to terminally ill patients”, *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 338-345, 2001.
55. Godin, A., *La Mort a-t-ell Change*, Bruxelles, Mort et Presence, 1971.
56. Fromm, E., “Sahip olmak ya da olmamak”, Arıtan A. (Edt), *Arıtan Kitabevi*, İstanbul, 2003.
57. Jung, G,C., *Metamorphose De L’ame et ses symboles*. Geneve, 1953.
58. Yalom, I., “Varoluşçu psikoterapi”, İyidoğan, Babayiğit, Z. (Edt), *Kabalıcı Yayınevi*, İstanbul, 1999.
59. Kızılkaya, M., Koştu, N., “Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 :69-74, 2006.
60. Işıl, Ö., Karaca, S., “Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1): 82-88, 2009.
61. Özen, D., “Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi”, *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2008.
62. Öz, F., “İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik”, *MN Klinik Bilimler ve Doktor*, 10, 266-273, 2004.
63. Civaner, M., “Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi”, *Toplum ve Hekim*, 18(2): 148-151, 2003.
64. Gürkan, A., Babacan, G, A., Dodak, H., “Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik

- sorunlar kapsamında bir inceleme”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:4,Sayı:1, 2011.
65. Hurtig, W, A., Stewin, L., “The effect of death education and experience on nursing students” attitude toward death, *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), 29-34, 1990.
 66. Turgay, M., “Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki”, *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul, 2003.
 67. Akgöz, S., Özçakır, A., Kan, I., Tombul, K., Altınsoy, Y., Sivrioğlu, Y., “Uludağ üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezinde çalışan hemşirelerin mesleki doyumları”, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 13: 86-96, 2005.
 68. Velioglu, P., “Hemşirelikte kavram ve kuramlar”, *Alaş Ofset*, İstanbul, 1999.
 69. Brosche, T, A., “A grief team within a healthcare system” Dimensions of Critical Care Nursing, 26(1), 21-28, 2007.
 70. Koç, M., “Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim” *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(5), 287-304, 2002.
 71. Işık, E., Fadiloğlu, Ç., Demir, Y., “Ölüme karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 2009.
 72. Kerim, N., “İstanbul İli Avrupa Bölgesinde kamu ve özel hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin liderlik davranış özellikleri”, *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2010.
 73. Çavdar, İ., “Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3):142-147, 2011.
 74. Birol, L., “Terminal evredeki hasta bakımı, iç hastalıkları ve hemşirelik bakımı” (Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol), 2. Baskı, *Sistem Ofset*, Ankara, 2004.
 75. Tatar, Ü., “Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 1988.
 76. Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A., “Attitudes of Iranian nurses toward

- caring for dying patients”, *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 363-369, 2008.
77. Ünsal, S., “Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması”, *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2008.
 78. Taka, F., “Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2010.
 79. Taşdemir, G., Gök, F., “Bir sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi”, *International Journal of Human Sciences*, 9:288-302, 2012.
 80. Önsöz, S, B., “Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2013.
 81. Menekli, T., Fadiloğlu, Ç., “Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 222-229, 2014.
 82. Coope,r J., Barnett, M., “Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses”, *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423-430, 2005.
 83. Costello, J., “Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards”, *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68, 2001.
 84. Başer, G., Yiğit, R., “Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadıkları duygular”, *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 13(3), 209-215, 1996.
 85. Mok, E., Lee, W, M., Wong, F, K., “The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education”, *Nurse Education Today*, 22(4), 319-329, 2002.
 86. Hopkinson, J, B., Hallet, C, E., Luker, K, A., “Caring for dying people in hospital”, *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 525-533, 2003.
 87. Cherlin, E., Schulman-Green, D., Mccorkle, R., Johnson-Hurzeler, R., Bradley, E.,

- “Family perceptions of clinicians outstanding practises in end-of-life”, *Journal of Palliative Care*, 20(2), 113-116, 2004.
88. Mok, E., Chiu, P, C., “Nurse-patient relationships in palliative care”, *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483, 2004.
89. Vural, H., Doğan, S., Salk, S., Aslan, O, et al. “Ölümcül hasta ve hemşirelik bakımı”, In: Hemşirelik Esasları, *Gata Basımevi*, Ankara, 1998.
90. Peykerli, G., “Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 62-65, 2003.
91. Sezer, S., Saya, P., “Gelişimsel açıdan ölüm kavramı”, *Dicle Üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-165, 2009.
92. Brown, P., “Saying goodbye”, *Nursing Times*, 89,4, 26-28, 1993.
93. Candy, C, E., “Not for resusciation the student nursing viewpoint”, *Journal of Advanced Nursing*, 2, 16, 138-146, 1991.
94. Bryant, J., Ewins, D., Relative comfort, *Nursing Times* 88,52, 61-63, 1992.
95. Yüksel, Erdoğan, M., “Predicting death anxiety by psychological dispositions of individuals from different religions”, *Erciyes tıp dergisi*, 30:84-91, 2008. [ElektronikDergi]. http://www.erciyestipdergisi.org/pdf/pdf_EMJ_289.pdf
96. Kawagoe, H., “Death education in home hospice care in japan journal of palliative care”, 16, 3, pp. 37–45, 2000.
97. Young, J., “Ölüm ve asıllık”, Malpas, J., Solomon, R.C., (Editör) Ölüm ve felsefe, ss. 221-235; Çev.: N. Küçük, *İthaki Yayınları*, İstanbul, 2006.
98. Tanhan, F., “Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi”, *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty)*, 10(1), 184-200, 2013.
99. Mork, E.; Lee, Q. M., Wong, F. K., “The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education”, *Nurse Education Today*, 22, pp. 319–329, 2002.
100. Arı, İnci, F., Tarhan, F., “Ölüm eğitimi”, *Pegem Akademi Yayıncılık*, 2013.
101. Erişen, M., Sivrikaya, K., “Manevi bakım ve hemşirelik”, *Gümüşhane*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3): 184-190, 2017.

102. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe Sözlük http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.580f51d86a33d1.60956303 (erişim tarihi 05.09.2016).
103. Gordon, M., “Functional health patterns, nursing diagnosis process and application”, *Mc Graw- Hill Book Comp*, New York, 1982.
104. Hall, J., “Spirituality at the beginning of life”, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 804–810, 2006.
105. Chung, LYF., Wong, FKY., Chan, MF., “Relationship of nurses’ spirituality to their understanding and practice of spiritual care”, *Journal of Advanced Nursing*, 58, 158–170, 2007.
106. Dyson, J., Cobb, M., Forman, D., “The meaning of spirituality: a literature review”, *Journal of Advanced Nursing* 26,1183-1188, 1997.
107. Çelik, Sis, A., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T., “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, s:1-12, 2014.
108. Kavak, F., Mankan, T., Polat, H, Çıtlık, Sarıtaş, S., Sarıtaş, S., “Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri “, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 21-24, 2014.
109. Baldacchino, D., “Nursing competencies for spiritual care”, *Journal of Clinical Nursing*, Jul; 15(7):885-96, 2006.
110. Dossy, BM., Dossy, L., “Attending to holistic care”, *Advanced Journal of Nursing*, 98:35-38,1998.
111. Hutchinson, M., “Healing the whole person: the spiritual dimension of holistic care”, 1997; URL: [http:// Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html](http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html). Ocak 14, 2010.
112. Cox, T., “Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention”, *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery*, 9(1), 30-34, 2003.
113. Ertufan, H., “Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı

- üzerine etkisi”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir, 2008.
114. Seçim, H., “Hemşirelik esasları”, *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları*, No: 225, s:10-11, 1996.
115. Eğlence, R., Şimşek, N., “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi”, *ACU Sağlık Bil Dergisi*, (1):48-53, 2014.
116. Baldacchino, DR., Draper, P., “Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature”, *Journal of Advanced Nursing*, 34,6, 833–841, 2001.
117. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A., “Spiritual bakım ve hemşirelik”, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8, 1, 47-50, 2007.
118. Wong, K. F., Lee, L.Y.K., Lee, J.K.L., “Hong Kong Enrolled Nurses’ Perceptions of Spirituality and Spiritual Care”, *International Nursing Review*, 55, 333–340, 2008.
119. Ergül, Ş., Temel, Bayık, A., “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(1): 75-87, 2007.
120. Kostak, M., “Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(2), 105-15, 2007.
121. Gumus, F., Baran, G., Zengin, L., “Spiritual Care in Nursing”, *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)*, 3(1): 102-106, 2014.
122. Tanhan, F., Arı, F., “Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri”, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34-43, 2006.
123. Keskin, G. Ü., “Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2): 125-134, 2005.
124. Koku, F., Ateş, M., “Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, sayı 2, cilt 3, 2016.
125. Terakye, G., “Hasta hemşire ilişkileri”, *Aydoğdu Ofset*, s. 92-102, Ankara, 1994.

126. Gama, G., Barbosa, F., “Vieira, M., Factors influencing nurses’ attitudes toward death”, *Int J Palliat Nurs*, 18(6), 267-273, 2012.
127. Kumar, S., Chris, E., Pais, M., Sisodia, V., Kumar, K., “Nursing students' perceived attitudes towards death: a cross-sectional survey”, *Indian Journal of Forensic Medicine & Pathology*, 7(1), 5-15. (2014).
128. Matsui, M., Braun, K., “Nurses’ and care workers’ attitudes toward death and caring for dying older adult”, *Int J Palliat Nurs*, 16, 12, 1-9, 2010.
129. Yılmaz, E., Vermişli, S., “Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları”, *CBU-SBED*, 2(2):41-46, 2015.
130. Dağlı, EN., “Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2010.
131. Öztürk, ZK., “Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı”, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, Adana, 2010.
132. Üstüner, Top, F., Saraç, A., Yaşar, G., “Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 1422, 2010.
133. Kaçan, Softa, H., Uçukoğlu, H., Ulaş, Karaahmetoğlu, G., Esen, D., “Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi”, *Yaşlı sorunları araştırma dergisi*, 1-2, 67-79, 2011.
134. Çınar, M., “Yetişkin ve yaşlılarda Tanrı’ ya bağlama tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2015.
135. Orak, OS., Gök, Uğur, H., Başköy, F., Özcan, M., Seyis, N., “Yaşlı hastalarda Tanrı algısı ölüm kaygısını etkiler mi?” *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, 8(38), 618-624, 2015.
136. Lange, M., Thom, B., Kline, N., “Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center”, *Oncol Nurs Forum*, 35(6), 955-960, 2008.
137. McSherry, W., Jarnereson, S., “An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care”, *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1757-1767, 2011.

138. Feudtner, C., Santucci, G., Feinstein, JS., Snyder, CR., Rourke, MT., Kang, TI., “Hopefull thinking and level of comfort regarding providing pediatric palliative care: a survey of hospital nurses”, *Pediatrics*,119(1):186–192, 2007.
139. Ayhan, D., “Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
140. Chen, Y., Del, Ben, K., Fortson, BL., Lewis, J., “Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience”, *Death Studies*, 30(10), 919-929, 2006.
141. Dunn, KS., Otten, C., Stephens, E., “Nursing experience and the care of dying patients”, *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104, 2005.
142. Lange, M., Thom, B., Kline, NE., “Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center”, *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955–959, 2008.
143. Acehan, G., Eker, F., “Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 27-35, 2013.
144. Yıldız, M., “Ölüm kaygısı ve dindarlık”, *İzmir İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları*, İzmir, 2006.
145. Mallory, JL., Allen, CL., Care of the dying: a positive nursing student experience, Aug;15(4):217-22, 2006.
146. Wessel, EM., Rutledge, DN., “Home care and hospice nurses attitudes toward death and caring for the dying”, *Journal of Hospice And Palliative Nursing*, 7(4), 212-218, 2005.
147. Kayaoğlu, K., Ekinci, M., “Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler”, *Uluslararası hakemli psikiyatri ve psikoloji araştırmaları dergisi*, 5, 21-36, 2016.
148. Sayın, Kasar, K., Karaman, E., Say, Şahin, D., Yıldırım, Y., Şenuzun, Aykar, F., “Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 48-55, 2016.

149. Baldacchino, DR., “Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods”, *Nurse Education Today*, 28, 550-562, 2008.
150. Özbaşaran, F., Ergül, Ş., Bayık, Temel, A., Gürol, Aslan, G., Çoban, A., “Turkish nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care”, *Journal of Clinical Nursing*, 20; 3102–3110, 2011.





EKLER

EK 1. T.C. Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi

ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C. ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi :22/02/2017
Toplantı Sayısı :03

KARAR-2017/03-01: Üniversitemiz Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Figen İNÇİ ve danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Yurdagül SELVİ tarafından hazırlanan "Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli proje başvurusunun raportör görüşü doğrultusunda etik açıdan uygunluğuna, oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Mehmet ŞENER
(Başkan)

Prof.Dr. Ayten ÖZTÜRK
(Üye)

Prof. Dr. Çiğdem ULUBAŞ SERÇE
(Üye)

Prof.Dr. Esen GÜRBÜZ
(Üye)

Prof.Dr. Faruk ARAL
(Üye)

Prof.Dr. Zeliha YILDIRIM
(Üye)

Doç.Dr. Duygu UÇGUN
(Üye)


Yrd.Doç.Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER
(Üye)

Batuhan TAŞDURMAZ
(Üye)



Prof. Dr. Mehmet ŞENER
Etik Kurul Başkanı

EK 2: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anket ve Ölçek İzni


TC Sağlık Bakanlığı

KAYSERİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KAYSERİ İLİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
05/06/2017 11:05 - 27268541 - 044 - E 5208
00046560413

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 27268541/044
Konu : Anket ve Ölçek İzni

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE**

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Yurdagül SELVİ' nin "Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanenizde yapma talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Cem TURANOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Yazı Sureti ve Ekleri (28 sayfa)

Sanayi Mah. Atatürk Bul. Hastane Cad. No:78 Kocasinan/KAYSERİ
Bilgi için:Mahmut KALEDİBİ
Unvan:UZMAN
Faks No:0 352 320 73 13
Telefon No:0352 3200096 / 1123
e-Posta:mahmut.kaledibi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://kayseri.khb.saglik.gov.tr/
Evrakin elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ccaedcbb-b16d-4e54-ac65-5244382257cf kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: Acıbadem Kayseri Hastanesi Anket ve Ölçek İzin Belgesi

Sayı: 2017/519

05/06/2017

Konu:Yurdagül Selvi hk.

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı**

İlgi:31.05.2017 Tarih 2767 sayılı yazınız,
Yurdagül Selvi'nin 05.06.2017-29.07.2017 tarihleri arasında yapacağı tez araştırması yapması uygun görülerek izin verilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Ömer Akbeyaz
Başhekim-Mesul Müdür

Ek 4: Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmanın Adı: Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumlarını, Manevi Destek Algılarını ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sayın Meslektaşım; Bu araştırma bir eğitim araştırma hastanesi ile özel bir hastanede çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını, manevi bakımlarına etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katıldığınız için size ödeme yapılmayacak, bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız size ek bir yükümlülük ya da zarar getirmeyecektir. Sorulara verdiğiniz yanıtların bir kelimesi bile bilimsel yayın oluşturma dışında kullanılmayacaktır.

Kimlik bilgileriniz kesinlikle açıklanmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmayı reddetmek ve araştırmadan çekilmek hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğiniz ile ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizin zararınıza bir durum oluşmayacaktır.

KATILIMCININ BEYANI

Araştırmanın amacını anladım. Bu araştırma kapsamında bana yöneltilen soruları cevaplamayı kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

Tarih-İmza:

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

Yurdagül SELVİ

Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Figen İnci

Ömer Halisdemir Üniversitesi

Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

EK 5: Kişisel Bilgi Formu (Anket Formu)

Anket No:.....

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma tanımlayıcı bir bilimsel çalışmadır. Araştırma, sizlerin ölüme karşı tutumlarınızın, manevi bakımlarınıza etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, araştırmada gizlilik esasına uygun olarak isim bilgisi istenmemektedir. Sorulara verdiğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın güvenilir olmasında etkili olacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, içtenlikle cevaplayınız. Yanıtsız soru bırakmayınız. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Yaşınız:				
2. Cinsiyetiniz:				
a) Erkek	b) Kadın			
3. Medeni Durumunuz:				
a) Bekâr	b) Evli			
4. Eğitim Düzeyi:				
a) Lise	b) Ön Lisans	c) Lisans	d) Lisans Üstü	
5. Göreviniz :				
a) Sorumlu Hemş.	b) Servis hemşiresi	c) Özel Dal	d)Diğer (_____)	
6. Çalışma yılınız				
7. Çalıştığınız Bölüm:				
a) Yoğun Bakım (yetişkin)	b) Yoğun Bakım (Çocuk)	c) Onkoloji (Yetişkin)	d) Onkoloji (Çocuk)	
e) KVCYB (Yetişkin)	f) KVCYB (Çocuk)	g) Cerrahi YB (Yetişkin)	h) Cerrahi YB (Çocuk)	I) Diğer (_____)
8. Bölümünüzde kaç yıldır çalışıyorsunuz?				
9. Daha önce manevi bakım ya da yaşam sonu bakımla ilgili bir eğitim aldınız mı?				
• Evet () b) Hayır ()				

EK 6: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta Derece Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Aşağıda maddeleri ölüme ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.	1	2	3	4	5	6	7
1 Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2 Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3 Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4 Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5 Ölüm, bütün sıkıntıları bitmesini sağlayacak.							
6 Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7 Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8 Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9 Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10 Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11 Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
13 Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım							
14 Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15 Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16 Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
18 Yoğun bir ölüm korkum var.							
20 Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
21 Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							

EK 6: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (Devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta Derece Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Aşağıda maddeleri ölüme ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.	1	2	3	4	5	6	7
22 Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23 Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
25 Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
27 Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28 Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29 Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
31 Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32 Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK 7 : Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği

Manevi Bakım; Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiçbir şekilde müdahalede bulunmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Bu ölçek; Doktor, Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek hakkındaki kanaatlerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen yan sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak, sizin görüşlerinize en uygun olan seçeneği "X" ile işaretleyiniz.						
Aşağıda maddeleri manevi desteğe ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.		0	1	2	3	4
1	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.					
2	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.					
3	Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.					
4	Hastaların tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.					
5	Manevi destek, hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.					
6	Manevi desteğin, hastalardaki manevi sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.					
7	Manevi desteğin, hastalarda yaşama direncini arttıracığı kanaatindeyim.					
8	Manevi desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.					
9	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.					
10	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.					
11	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi destekte bulunmak isterim					
12	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu kanaatindeyim.					
13	Hastanede, her türlü dini ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var.					
14	Hastaların, manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.					
15	Hastalar manevi gereksinimlerini (ibadet, kitap, v.b.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.					

ÖZGEÇMİŞ

Yurdagül SELVİ 1981 yılında Hollanda’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2006 yılında Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Mezun olduğu yıl Özel Almet Diyaliz Merkezi’nde diyaliz hemşiresi olarak çalıştı. 2009 yılında Acıbadem Kayseri Hastanesi’nde Yenidoğan Yoğun Bakım Klinik Eğitim Hemşiresi olarak göreve başladı, sonrasında Diyabet Eğitim Hemşiresi ve Eğitim Gelişim Hemşiresi olarak çalışmasını sürdürdü. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi’nde ve Kayseri Nuh Naci Yazgan Üniversitesi’nde Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği’nde Öğretim Elemanı olarak görev aldı. 2015 yılında başladığı Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı (Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisansı) halen devam etmektedir.

Adres: Yenidoğan mah. Alperen sk. 1/15 Talas KAYSERİ
Telefon: 0555 289 58 53
e-posta : yurdagulsevli@gmail.com

