

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÖLMEKTE OLAN
HASTAYA BAKIM VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE
İLİŞKİN TUTUMLARI, PSİKOLOJİK ESNEKLİK
DÜZEYLERİ VE BUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİNAY KİLİTCİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

BOLU, HAZİRAN - 2022

KABUL VE ONAY SAYFASI

Selinay KİLİTCİ tarafından hazırlanan “SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÖLMEKTE OLAN HASTAYA BAKIM VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI, PSİKOLOJİK ESNEKLİK DÜZEYLERİ VE BUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 17/06/2022

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

.....

Üye
Doç. Dr. Figen İNCİ
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

.....

Üye
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

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

Teze ilişkin 20/05/2022 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğü tarafından belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, %26 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan (2021/56) ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden gereken izinler yazılı olarak alınmıştır.

SELİNAY KİLİTCİ

ÖZET

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÖLMЕКTE OLAN HASTAYA BAKIM VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI, PSİKOLOJİK ESNEKLİK DÜZEYLERİ VE BUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİNAY KİLİTCİ

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. NAZMİYE YILDIRIM)
BOLU, HAZİRAN - 2022
(XI + 59)

Araştırma, sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ile ölüm algıları, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte olup, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören hastalara doğrudan bakım veren ve tedavisini sürdüren toplam 236 sağlık profesyonelinin (hemşire ve hekim) katılımıyla Haziran-Ekim 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik Esneklik Ölçeği ile kullanılmıştır. Veriler Pearson korelasyon, Student t, ANAVO Varyans Analizi ve Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması 32.09 ± 7.03 (21-54) yıl olup, %69.1 kadındır. Ölüme yönelik tanımlamalarını %37.3'ü “hayatın gizemi, akıl almaz bir durum”, %28.8'i “hatırlatıcı” ve %10.2'si “yalnızlık” olarak ifade etmiştir. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutumu ile psikolojik esneklik arasında pozitif anlamlı ilişki ($r=.26$; $p<0.01$) saptanmıştır. Saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin ve diğer demografik ya da mesleki faktörlerin etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Regresyon analizinde psikolojik esnekliğin alt boyutlarından “an'da olma” ($\beta = .28$) anlamlı ölçüde ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyini yordamıştır ($R=.29$, $R^2 = .09$, Düzeltilmiş $R^2 = .06$). Sonuçta, sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyindeki değişimin %6'sının “an'da olma” ile açıklandığı görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELELER: Sağlık Profesyoneli, Ölmekte Olan Bireye Bakım, Ölüme İlişkin Tutum, Saygın Ölüm, Psikolojik Esneklik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF HEALTH PROFESSIONALS' ATTITUDES TO DYING PATIENT CARE AND RESPECTFUL DEATH PRINCIPLES, LEVELS OF PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY AND THE RELATIONSHIP BETWEEN THESE

MSC THESIS

SELİNAY KİLİTÇİ

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES
DEPARTMENT OF NURSING**

(SUPERVISOR: PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)

**BOLU, JUNE 2022
(XI + 59)**

The study was conducted to examine the relationship between health professionals' attitudes towards caring for the dying patient and their perceptions of death, attitudes towards respectable death principles, and psychological flexibility.

The study was cross-sectional and relationship-seeking, with the participation of a total of 236 healthcare professionals (nurses and physicians) who directly care for and continue their treatment to inpatient or outpatient patients at Abant İzzet Baysal University İzzet Baysal Training and Research Hospital between June and October 2021. Personal Information Form, Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument, Attitudes Towards Dying Principles Rating Scale and Psychological Resilience Scale were used to collect data. Data were evaluated with Pearson correlation, Student's t, ANAVO Analysis of Variance and Multiple Linear Regression analysis.

The mean age of health professionals is 32.09 ± 7.03 (21-54) years and 69.1% are women. Their definition of death expressed 37.3% as "the mystery of life, an unbelievable situation", 28.8% as "reminder" and 10.2% as "loneliness". A positive significant relationship ($r=.26$; $p<0.01$) was found between the attitude of health professionals to the dying patient and psychological resilience. It was found that the level of adoption of respectable death principles and other demographic or occupational factors had no effect ($p>0.05$). In the regression analysis, "being present" ($\beta = .28$), a sub-dimension of psychological resilience, significantly predicted the level of approach to the dying patient ($R=.29$, $R^2 = .09$, Adjusted $R^2 = .06$). As a result, it was seen that 6% of the change in the level of approach of healthcare professionals to the dying patient was explained by "being in the moment".

KEY WORDS: Health Professional, Caring for Dying Patient, Attitude towards Death, Dying with Dignity, Psychological Resilience

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	ix
TEŞEKKÜR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ölüm	4
2.2. Sağlık Profesyonellerinin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Tutumları	6
2.3. Sağlık Profesyonellerinde Ölüm Algısı.....	8
2.4. Saygın Ölüm.....	10
2.5. Psikolojik Esneklik.....	11
2.5.1. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Kuramsal Yaklaşım	12
2.5.2. Psikolojik Esneklik Modeli.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Şekli.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	16
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	19
4. BULGULAR	21
5.TARTIŞMA	29
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1. Sonuçlar.....	38
6.2. Öneriler.....	40
7.KAYNAKLAR	41
8.EKLER.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2. 1. Heaxflex Psikolojik Esneklik Modeli	13
---	----



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri.....	18
Tablo 4.1. 1 Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı	21
Tablo 4.2. Katılımcıların ölüm olgusuyla karşılaşma durumları, ölüme yükledikleri anlamların dağılımı ve ölmekte olan hastaya yaklaşımları	22
Tablo 4.3. Katılımcıların ölmekte olan hastaya yaklaşımlarının, ölüm algıları ve psikolojik esneklik ile alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum puanları	24
Tablo 4.4. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumları ile saygın ölüm ilkelerini benimsemeleri, psikolojik esneklik toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki.....	24
Tablo 4.5. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumlarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	25
Tablo 4.6. Katılımcıların yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumuna, ölüm algılarına, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması	26
Tablo 4.7. Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerine göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.8. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumları ile yaş, mesleki deneyim, çalışılan bölümden memnuniyet ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi arasındaki ilişki	27

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

KKT :Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy)

FATCOD :Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği
(Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument)

F :Varyans analizi test istatistiği

p :Önemlilik derecesi

r :Pearson Korelasyon Katsayısı

Ss :Standart sapma

t :Student t test istatistiği



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve desteğini esirgemeyen ve sevgisiyle birlikte her daim yol gösteren değerli danışman hocam Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM' a,

Tez dönemim boyunca bana destek veren, veri toplama sürecinde çalışmama katılmayı kabul eden, kısıtlı zamanlarını bana ayıran hastanede çalışan değerli meslektaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benim yanımda olan sevgi ve desteklerini hep hissettiğim sevgili annem Necla KİLİTCİ ve babam Ahmet KİLİTCİ' ye, hep yanımda olan kardeşlerim Meltem KİLİTCİ ve Sude KİLİTCİ' ye,

Çalışma dönemim boyunca manevi desteğini hep hissettiğim, sevgi, anlayış ve sabrıyla her zaman yanımda olan sevgili erkek arkadaşım Umut Yavuzhan AKMERİÇ' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SELİNAY KİLİTCİ

1. GİRİŞ

Ölüm, tüm varlıklar için evrensel bir gerçek ve yaşamın son evresi olup, insanların yaşamında başına gelen en eşitlikçi, en belirleyici ve en kaçınılmaz gerçekliktir. Tanım olarak ölüm, canlı bir varlıkta hücre, doku veya organizmanın yaşamsal faaliyetlerinin yenilenmemek üzere sona ermesidir (1-7). Sağlık profesyoneli olan hekim ve hemşirelerin eğitimlerinde bireyin hayatta kalmasını sağlamaya odaklanılsa da sıklıkla ölmekte olan bireylerin tedavi ve bakımını sürdürmeleri de gerekmektedir (1,8-11). Sağlık profesyonelleri yaşama ve ölüme ilişkin problemlerle karşılaştıklarında, bu problemlerle yüzleşmeye ve ölümün hissettirdiği duygu ve düşünceleri incelemesi, yakınlarının kaybını yaşadıklarında ailelerin tepkilerini anlayarak, aileye yas süresi boyunca destek olmaları gerekmektedir (12). Ancak yapılan çalışmalar, sağlık profesyonelleri için ölmekte olan hastaya bakım vermenin duygusal anlamda zorlayıcı, anksiyete yaratan bir durum olduğunu, ölüm kaygısı ve korkusu yaşamalarına yol açtığını (13,14,15) ve ölmek üzere olan hastaya bakım vermekten kaçındıklarını göstermektedir (16,17). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin sadece üçte birinin ölümcül hastaya bakmak istedikleri saptanmıştır (16). Bu durumda hasta bakım kalitesinin olumsuz etkilenmesi sorunuyla karşılaşmaktadır (18). Ayrıca, Mart 2020'den itibaren ülkemizde de devam eden salgın sürecinde ölümlerin daha sık olduğu göz önüne alındığında, hekim ve hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumunun ve etkileyen faktörlerin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumunu etkileyecek faktörlerden biri ölüm algıları veya ölüme yükledikleri anlam olabilir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalar hemşirelerin ölüm olgusu karşısında yetersizlik yaşadığını ortaya koymuştur (19-23). Bir araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeğine göre en fazla puanı ölümü kabullenmeme, en az puanı tarafsız kabullenme alt ölçeğinden aldıkları bulunmuştur (24). Oysa aynı ölçeğin kullanıldığı uluslararası çalışmalarda sonuç tam tersi, yani en yüksek puanın tarafsız kabullenme, en düşük puanın ölümü kabullenmeme alt ölçeklerden alındığı görülmektedir (25,26). Yakın zamanlarda ülkemizde yapılan bir çalışmada da hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının negatif olduğu sonucu bildirilmiştir (27). Başka bir çalışmada ise

hekim ve hemşirelerin en fazla ölüme karşı “yaklaşımı kabullenme” tutumunu sergiledikleri bulunmuştur (28). Bu sonuç umut verici ise de çalışma sonuçlarının tutarlı olmadığı görülmektedir.

Ölmekte olan hasta için tedavi ve bakım hizmetleri standartları belirlenerek takip edilmesinin sağlık bakım kalitesini artırmada önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir (29). Literatürde saygın ölüm ilkeleri belirlenmiş ve lkemizde Saygın lm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme leği geliştirilmiştir (30). Belirlenen 12 ilkeyi sağlık profesyonellerinin benimsemesi, bu hastalara bakımı olumlu etkileyebilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerine yönelik tutumunu tanımlamak ve ölmek üzere olan hastaların bakımına etkisini belirlemek önemli olabilir. Ancak tezin yazım aşamasında henüz bu konuda yayınlanmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye yönelik tutumlarını etkileyebilecek, değiştirilebilir faktörleri belirlemek müdahale edilmesine imkn sağlayacağından önemlidir. Ayrıca lm, mesleki eğitim ve deneyimle ilgili olduğu kadar sağlık profesyonelinin duygusal durumlara bireysel tepkileriyle de ilgili olabilir. Son dönemde üzerinde çalışılan, “durumsal isteklerin uygun şekilde karşılanabilmesi için kişinin göstereceği davranışların değiştirilmesi” olarak tanımlanan psikolojik esneklik, ölmekte olan hastaya yaklaşımda etkili faktörlerden biri olabilir. Psikolojik esneklik, duygusal deneyimlerde, bireyin durumu ile duygusal deneyimlerinin uyumlu şekilde eşleşmesi olarak açıklanmaktadır (31). Psikolojik esnekliği düşük bireylerin negatif durumlar ortaya çıktığında içinde bulundukları durumdan kaçma ya da uyumlu olmayan başa çıkma davranışları kullanıldığı belirtilmektedir. Bu durum hem bireyin kendisine hem de çevresine zarar vermesine sebep olabilmektedir. Aksine psikolojik esneklik düzeyi yüksek olan bireyler negatif durumları daha başarılı şekilde düzenleyebilmektedirler (32). Psikolojik esneklik, bireyin geçmiş ve geleceğe takılı kalmayarak içinde bulunduğu an ile temas içinde bulunarak belirlemiş olduğu değerler doğrultusunda davranış geliştirmesidir (33). İnsan hayatında olumlu ve olumsuz taraflarıyla bütünleşen zihinsel ve ruhsal kabullenmeler de kişinin kendi değiştirmediği taraflarına karşı kendi kişisel gücünün artmasını sağlar (34). Ölümün, yaşamın doğal döngüsü içindeki temel yeri ve son bir yılda pandemi sürecinde karşılaşılan sıklığı sebebiyle ölümle

karşılaştan sağlık profesyonellerinin psikolojik esnekliğinin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumunda ilişkili olabileceği düşünölmüştür.

Sağlık profesyonellerinin yaşamın son döneminde olan bir hastayla iletişime geçmede, ona ihtiyacı olan bakım, tedavi ve psikolojik desteği sağlamada tutumları ile onların ölüme yüklediği anlam, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve psikolojik esneklik düzeyleri arasında ilişkiyi belirleyerek, elde edilecek sonuçların ölmekte olan hastaya bakım veren hekim ve hemşirelere yönelik uygulanacak müdahalelerde yol göstermesi beklenmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ile ölüm algıları, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1. Sağlık profesyonelleri için ölümün anlamı nedir?
2. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyi nedir?
3. Sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi nedir?
4. Sağlık profesyonellerinin psikolojik esneklik düzeyi nedir?
5. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumu ile saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumu ile psikolojik esneklik toplam ve alt ölçek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyini ölümü anlamlandırma biçimleri, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığı, yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumu etkilemekte midir?
8. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyini demografik ve mesleki özellikleri etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Ölüm, insanoğlunun yüzyıllardır üzerinde düşündüğü ve tanımlamaya çalıştığı bir kavramdır (35), ölümden sonra ne gibi deneyimler yaşanacağını belirsizliği merak uyandırmaktadır (1,3,36). Ölüm insan yaşamının kaçınılmaz ve doğal bir parçasıdır. Yaşayan canlılarda ortak, yaşamın son evresi olup evrensel bir durum olan ölüm, canlı varlıklarda yaşamsal görevlerin yinelenmemek üzere son bulduğu, bireyin fiziksel ve psikolojik olarak son evresidir (37). Kastenbaum ve Aiesenberg (1972) ölüm olgusunun temel özelliklerini şöyle açıklamaktadır:

1-Ölüm, kişiden kişiye değişen bir kavram olup, bu görecelik gelişimsel düzeyde ele alınır. Bu gelişimsel düzey de kesin olarak kişinin kronolojik yaşıyla ilgili olmamaktadır.

2-Ölüm olgusu genellikle birtakım önerme ile açıklanamayacak şekilde komplikedir.

3-Ölüm olgusu insanın gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.

4-Ölüm olgusunun gelişimsel amacı belirsiz ve halen oluşma sürecindedir. En uygun ölüm anlayışının ne olduğu belirsiz olmakla birlikte birtakım tespitler bulunmaktadır. Fakat bu kanılar metotlu kuramlardan ya da araştırmaların sonuçlarından daha ziyade değer yargıları olmaktadır.

5-Ölüm olgusu durumsal bağlamdan etkilenmektedir. Özel bir anda ölümü nasıl algıladığımız gibi birçok durumdan etkilenmektedir. Bulunduğumuz yerde yaşamının son döneminde biri var mıdır? Hayatımız için herhangi bir tehlike var mıdır? Tek başına mıyız yoksa yanımızda biri var mı? gibi içinde bulunduğumuz durumlar hafızamızda yer alan birçok ölüm çeşidinden birini seçer.

6- Ölüm olgusu davranışlarımız üzerinde etkili olabilmektedir ama bu aradaki ilişki her durumda kolay olmamaktadır. Ölümü algılama durumlarının benzer ya da farklı olması sonucunda davranış ve tutumlarda bu sonuca göre ortaya çıkabilmektedir. Kısaca bir bireyin ölüm algısı davranışları üzerinde dolaylı yoldan etkili olabilmektedir (7,38).

Ölüm olgusu, farklı bilim dalları tarafından incelenmiş, değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır (1,3,36). Bazı filozoflar ölüm olgusunu yok olma olarak, bazıları ölümün biçim değiştirme olduğunu ifade etmiştir (35). Biyolojik açıdan

insan organizması temel işlevlerini yerine getirebildiği sürece canlı kabul edilmektedir. Bu organizmada ölümün bir anda gerçekleşmediği, temel fonksiyonların bozulmaya başlayarak vücutta belirli bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir. Bu yüzden “ölüm anı” tanımlaması ancak yaşayan insanda geri döndürülemeyecek şekilde canlılık aktivasyonunun sona ermesi kabul edilen an olarak değerlendirilmektedir (39). Ölüm ile ilgili bilimsel olarak yeterli ilk tanımlamayı 19. Yüzyılda Fransız bilim insanı Emanuele Fodere “Somatik ölüm” (vücut ölümü) kavramını ortaya atarak yapmıştır. İnsan vücudunda solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi gibi temel işlevlerini gerçekleştiren sistemlerin geri dönüşsüz olarak kaybına somatik ölüm denilmiştir. Birbirine bağlı ve düzen içinde çalışan bu sistemlerin birinin işlevini kaydetmesi diğer sistemlerinde işlev kaybına neden olmaktadır. Kanunen de geçerli bir ifade olan somatik ölüm, bireyin kanunen varlığı canlı doğumu ile başlıyorsa, yaşamının bitmesi de somatik ölüm tanımı ile olmaktadır (40,41). Somatik ölümle beraber, özellikle beyin sapındaki solunum ve dolaşım sistemlerinin işlevlerini kaybetmesi sonucu tüm organ ve dokular geri dönüşsüz olarak canlılık durumunu yitirir. Bu duruma “hücre ölümü” (biyolojik ölüm) adı verilir (42).

Ölüm ve yaşam arasındaki çizgi biyolojik olarak kesin bir şekilde belirlenebilirken psikolojik ve sosyal alanda ölüm tanımı rahat yapılamamaktadır (43). Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli fonksiyonlarını yapamaması, sosyal ölüm ise kişinin teknoloji yardımıyla fiziksel fonksiyonlarını gerçekleştirdiği fakat diğer kişilerle etkileşim kurarken sosyal işlevlerini gerçekleştirememesi olarak tanımlanmaktadır (44). Biyolojik ve sosyal ölüm psikolojik sonuçları bakımından da farklılık göstermektedir. İnsanlar bir kaza sonucu yaşamlarını ani şekilde yitirdiklerinde biyolojik ölüm gerçekleşirken, geride kalan kişiler ise kaybedilen kişinin bıraktığı boşlukla başa çıkmaya çalışarak sosyal ölüm sürecini gerçekleştirmektedir. Nörodejenaratif hastalığa sahip olan kişiler ise biyolojik ölüm yaşamadan önce sosyal olarak sahip oldukları rolleri yavaş yavaş kaybederek ilk olarak psikolojik ölüm yaşamaktadırlar (44,45). Bütün bu durumlar değerlendirildiğinde ölümün sadece biyolojik olarak gerçekleşmediği, sosyal ve psikolojik boyutları olduğu anlaşılmaktadır.

Ölüm evrensel bir olgu ise de kültürel özelliklerin etkisi özellikle önemlidir (46). Farklı kültür ve toplumlar tarafından farklı tanımlar yapılmış ayrıca benzer kültürlerde de süreç içinde farklı anlamlar belirlemişlerdir (47).

Kaçınılmaz olan ölüm olgusu bazı bölgelerde kolay bir şekilde bahsedilebilirken bazı yerlerde ölüm üzerine hiç bahsedilmemektedir (48). Kültürel özelliklerle birlikte dini inançlar da ölüme farklı perspektif getirmektedir. Yahudilik inancında ölüm en kötü ceza olarak ve korkutucu bir gerçek olarak algılanmakta; Hristiyanlık inancında insan ruh ve bedenden oluşmakta, ölüm sadece bedende olmaktadır. Ölümden sonra yaşam devam etmekte daha güzel ve değişik bir şekle dönüştüğü düşünülmektedir. Müslümanların inancında ise ölüm olgusu insan ruhunun bedenden ayrıldıktan sonra Allah'ın katına yükseldiği şeklinde inanılmaktadır (49,50). Geleneksel toplumlarda ölüme karşı gösterilen tepkiler toplumsal hayatla iç içe şekillenen bir uygulama yaratırken; modern toplumlarda bireyselleşme ve değişme üzerine yürütülen tartışmalar ölüme karşı tutumların değişmesine sebep olmuştur. Günümüzde önemli olan ölümün ertelenmesi ve baş edilmeye çalışılmasıdır. Modern tıp hizmetleri, teknolojik gelişmeler bu durumu desteklerken geleneksel toplumun oluşturduğu ölüm olgusuyla iç içelikler soyutlanmış ve dışlanmış (48). Bu durumda ölüm, ölüm algısı ve ölüme karşı tutumların kültürle doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir.

2.2. Sağlık Profesyonellerinin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Tutumları

Günümüz modern toplumlarında insan ölümü, “müdahale edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel” olarak algılanmaktadır. Tüm dünyada artan tıbbi ve teknolojik imkanlar ve hayat şartlarındaki düzelmeler sonucunda, kronik ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarla yaşanan zaman, sağlık kurumlarına başvurma oranları ve yaşanan ölümlerin arasından hastanede gerçekleşen ölümler artış göstermektedir. Böylece hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastayı görme sıklığı artış göstererek uygulanan tedavi dönemi de uzamaktadır (51). Ancak diğer bireylerde olduğu gibi sağlık profesyonelleri de ölüm karşısında kaygı duyabilmekte, ölümle karşılaşmaktan kaçınabilmektedir (22). Ölüm olgusuyla her an iç içe olan hemşirelerin ve hekimlerin terminal dönemde olan hastaya bakım verirken kaygı, korku, çaresizlik, suçluluk gibi duygular hissettikleri, kendilerini yetersiz ve başarısız görebildikleri ortaya konmuştur (52,53). Ölüm gerçeği ile yüzleşemeyerek ölümü kabul edemeyen sağlık profesyonelleri ölmekte olan hasta ve ailesinden uzakta durmakta ve yaşadıkları ölüm korkuları onları da etkilemektedir (54,55).

Hemşirelerle yapılan çalışmalarda kaygı (6,8,15,56), korku (8,15,57), üzüntü, çaresizlik (6,8,15,58,59), öfke (8), yıpranma (60,61), inkâr, depresyon, suçluluk (15,8) yaşadıkları bildirilmiştir. Büyük çoğunluğu (%83.3) terminal dönemde olan hastaya bakım veren hemşirelerle yapılan çalışmanın sonucu, hemşirelerin bakım verirken çoğunlukla keder yaşadıklarını göstermiştir (16). Terminal dönemde olan hasta ve yakınlarının duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılarken yetersizlik hissettikleri (54,62-64) ve bu hastalarla çalışmak istemedikleri saptanmıştır (16,17). Ölüm olgusuyla sık karşılaşmak istemedikleri için ölümün fazla yaşandığı klinik ve yoğun bakımlarda çalışmayı reddettikleri eğer çalışmak durumunda kalırlarsa yaptıkları uygulamalara yönelik belirli savunma mekanizmaları geliştirdikleri bulunmuştur (65). Bu savunma mekanizmaları sıklıkla hastadan kaçınmak, bakım uygularken nesne gibi davranması, hastayla konuşmayarak donuk bir ifade gösterilmesi, hasta ve ailesiyle manevi bir ilişki kurmamak, hastaya durumu ile ilgili bilgilendirilmemesi (13), hasta ve yakınlarının sordukları sorulara yanıt vermemek için boş vaktinin olmadığı imajı vermek ve enerjinin iyileşme ihtimali yüksek olan hastalara kullanmak şeklindedir (60).

Son sınıf tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ölmekte olan bir hastayla karşılaştıklarında kendilerini hazırlıksız, öfkeli, kapasitesiz ve başarısız olarak ifade ettiklerini (51); aynı durumla karşılaşan diğer hekimlerin de hastanın durumundan kendileri sorumlusuymuşçasına suçlu hissettikleri belirlenmiştir (66). Hekimlerle yapılan diğer çalışmalarda ölüm olayına karşı kendi duygu ve düşüncelerinden kaçındıkları, ölmekte olan hastaya bakım verirken tedavi ve bakım uygulamaları hakkında konuşmak durumunda kalmayı stres verici buldukları (67) ve bu duruma kendilerini hazır hissetmedikleri bulunmuştur (68). Ayrıca ölmekte olan hastayla karşılaştıklarında bazı iletişim güçlükleri yaşayarak hasta ve ailesiyle daha az zaman geçirdikleri (69), hasta bireylerin hastalığının tanı ve seyri hakkında nasıl bilgi vereceklerini bilemedikleri, hastanın ailesi ile hastanın genel durumu ve uygulanacak olan tedavi ile ilgili konuşmaktan kaçınarak, hastane koridorlarında ve odalarda karşılaşmamaya çaba gösterdikleri saptanmıştır (70,71).

Sağlık profesyonellerinin ölüm karşısında olumlu tutum geliştirememesi hasta bakım kalitesini azaltmakta ve ölmekte olan bireyin rahat ve huzurlu ölümünü engellemektedir (1). Ölüme ilişkin olumsuz tutumlara sahip olmaları,

sağlık profesyonellerini de etkilemektedir. Ölmekte olan hastanın tedaviye cevap vermemesi ve yaklaşmakta olan ölümü, hemşireler için duygusal bir yük oluşturmaktadır (72). Çalışma ortamında yaşadıkları bu duygusal yük tükenmişlik, kendini yetersiz hissetme, depresyon gibi problemlere yol açabilmektedir (73).

Hemşirelerin ve hekimlerin hasta ve ailelerin ölümle ilgili tepkilerini anlayarak, onları yaklaşan ölüm ve yas sürecine hazırlamada, sağlıklı ya süreci yaşamalarında yardım etmeye ve destek olmaya hazır olması gerekmektedir (53,74,75). Sağlık profesyonellerinin ölümle karşılaştığında, kayıp yaşayan ailenin tepkilerini anlamaya çalışırken ve yas sürecinde aileye destek olurken kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması, yaşam ve ölümle ilgili gerçeklerle yüzleşmesi gerekmektedir (12). Başka bir ifadeyle yaşam sonundaki bir bireye etkin bir bakım vermek ve psikososyal yönden destek olabilmek amacıyla sağlık profesyonellerinin öncelikle kendi duygularını tanıması ve ölüm olgusunu kabul etmesi gerekmektedir (76). Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım verirken uyguladıkları bakım, ölüm karşısındaki tutumlarından etkilendiği ve olumsuz durumların ölüme ilişkin eğitimi ile değiştirilebildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (72,77-80). Hekim ve hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastaya bakıma ilişkin eğitimin yanı sıra kendi davranış tutumlarına ilişkin iç görü kazanmaları önemli görünmektedir (73).

2.3. Sağlık Profesyonellerinde Ölüm Algısı

İnsan yaşamının başlangıcı olan doğum nasıl doğal bir olay olarak algılanıyorsa yaşamın sonu olan ölüm de birey için normal bir olaydır (81). Ancak ölüm gerçeği bireylerin birebir deneyimleyerek sonrasında tutum geliştirdiği bir olgu değil, diğer insanların deneyimlerinden öğrendikleri ve toplumsal kültürler, dinler, inançlar, değer yargıları, gelenek ve görenekler gibi birçok faktörün etkisiyle gelişen tutum davranışlarıdır. Bu yüzden her bireyde ölüm algısı farklı olmaktadır (82). Ölüm gerçeği ile yüzleşirken insanlar ona birçok anlam yüklemişlerdir. Bazıları için stres kaynağı olarak görürken bazı insanlar stresten kurtulmanın kaynağı olarak görebilmekte; bir yandan kaygı yaratırken diğer yandan yaşamını anlamlandıran bir deneyim olabilmektedir (1,83,84).

Gelişimsel açıdan ölüm algısı, geri dönüşmezlik/son, evrensellik/uygulanabilirlik, kaçınılmazlık, sonlanma/işlevsellik ve nedensellik olarak tanımlanmıştır. Geri dönüşmezlik ya da son, ölen kişinin hayata tekrar geri

dönemeyeceğinin fark edilmesidir. Evrensellik ya da uygulanabilirlik ölüm olgusunu tüm canlıların yaşayacağı bir durum olduğunun kabul edilmesidir. Kaçınılmazlık, bütün canlıların bir gün ölümü yaşayacağının anlaşılmasıdır. Sonlanma ya da işlevsellik ölümün, insan vücudunun işlevlerini kaybetmesi sonucu gerçekleştiğinin anlaşılmasıdır. Nedensellik ise insan vücudunun fonksiyonlarını tamamen yitirmesi sonucu ölüme sebep olduğunun anlaşılmasıdır (85,86). Her bireyin ölüm algısı kendine özgü, diğer bireylerin ölüm algılarından farklı gelişmektedir.

Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ölümü kaçınılmaz bir son olarak gördüğü ve ölümü kabul etmenin zor olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (87). Hemşireler için ölüm olgusu kaybetmek ya da kayıp, korkutucu ya da acı veren bir durum olarak ifade edilirken bir kısmı yaşamın başlangıcı bir kısmı da yaşamın sonu olarak tanımlamışlardır (88). Ölmekte olan hastaya bakım vermek istemeyen hemşireler ölüm olgusunun çaresiz ve üzüntü hissettirdiğini, bu sürecin yıpratıcı ve yorucu olduğunu sarf edilen tüm çabaya rağmen sonucun değiştirilemeyeceğini ifade etmişlerdir (17). Hekimlerle yapılan bir çalışmada diğer sağlık çalışanlarından daha çok ölüm kaygısı hissettikleri ve bu kaygılarını bastırmak için doktor olduklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (89). Ölüm olayına karşı olumlu bir ölüm algısı geliştirememiş ve ölümün hayatın son dönemi olduğunu kabul edemeyen sağlık profesyonelleri, ölümle karşılaştığında olumsuz duygu ve davranışlar gösterebilmektedir (6). Hekimlerin ve hemşirelerin ölümü korkutucu bir durum olarak algılamaları hastanın tedavi ve bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (7,90). Sağlık profesyonellerine eğitimleri boyunca yaşamı sürdürme ilkesi öğretilmektedir. Bu yüzden sağlık profesyonelleri ölümü kabullenemez ya da ölüme karşı olumlu bir tutum gerçekleştiremez ise bakım uyguladıkları hastanın ölümünü başarısızlık, çaresizlik ve yetersizlik olarak görebilmektedir (8,9).

Kişilerin ölüm algısı, etrafında gerçekleşen ölüm olayına bağlı olarak gelişen bireysel tecrübelerine, yaşam evresine, dini inancına ve kültürel değerlerine göre değişmektedir (8,87,91). Ölüm algısı bireyin sosyodemografik özellikleri olan yaş, cinsiyet, meslek, yaşadığı yer, alışkanlıklar ve aldığı eğitime göre değişkenlik gösterebilmektedir (92). Her birey içinde yaşadığı dönem, yaşadığı içsel duygular, doğuştan gelen mizaç özellikleri, hayatı boyunca gelişim gösteren kişilik özellikleri, amaçları, içinde yaşadığı sosyal, psikolojik ve

fizyolojik durum gibi birçok faktörün etkisiyle ölümü farklı şekilde algılayıp çeşitli anlamlar yükleyerek ölüme karşı farklı tutumlar geliştirmektedir (47). Bir çalışmada medeni durum, aile tipi, meslekte çalışma yılı gibi faktörlerin hemşirelerin ölüm algısını etkilediği saptanmıştır (87).

2.4. Saygın Ölüm

Yaşam sonu bakımın en önemli amacı ölmekte olan hastanın saygın bir ortamda insani hakkı olan huzurlu ölümü yaşamasını sağlamaktır (93). Burada sağlık profesyonellerinin görevi hastanın geri kalan ömrünün kaliteli geçirmesini sağlamak ve huzurlu, onurlu, saygın ölüm yaşamalarını sağlamaktır (94,95). Sağlık profesyonelleri hastaların gereksinimlerini karşılarken, saygın ölüm kavramını anlamalı, ilkelerini bilmeli ve daha sonra saygın ölüm ilkelerine yönelik kendi tutum ve davranışlarında iç gözü kazanarak, hasta ve ailesine fiziksel ve psikososyal olarak bütüncül bakım vermelidir (96,97).

Saygın ölüm; temel bir insan hakkı olan, diğer insanlar tarafından etkilenebilen, bireysel, karmaşık ve hastalığın seyrine göre göre değişebilen dinamik bir süreçtir (98). 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Hekim Birlikleri ölümcül hastalığa sahip olan hastaların saygın bir ölüm hakkettiğini kabul etmiş ve 1999 yılında Sağlık ve Bakım Yaşı Tartışması Çalışma Grubu tarafından saygın ölüm ilkeleri belirlenerek ortaya çıkarılmıştır (30,99). On iki ilkeden oluşan saygın ölümün sağlık bakım hizmetleri kurum ve kuruluşları tarafından benimsenmesi önerilmektedir (30,99). Bu ilkeler;

“1.Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendini neyin beklediğini anlayabilmek.

2.Süreç üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek.

3.Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek.

4.Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek.

5.Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek.

6.Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek.

7.İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek.

8.Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek.

9.Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilmek.

10.Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek.

11.Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek.

12.Hastanın gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış hayatı devam ettirmemektir”.

Saygın ölümde amaç ölmekte olan hastalar için ağrı ve acıları hafifletilerek, mahremiyetin korunarak, saygı görerek, kişi için değerli olan insanlarla vakit geçirerek, güvenli ve huzurlu bir ortam içerisinde ölümü yaşamasını sağlamaktır (98,100). Saygınlığın korunmasında semptom kontrolünün sağlanması (101) ve mahremiyet (98) önemli görülürken, hasta gizliliğinin olmaması saygınlığı tehdit eden bir unsur olarak vurgulanmaktadır (102). Terminal dönemde ölmekte olan hastaların huzurlu ve saygın şekilde ölmek istemesi, hasta ve ailesinin ölüm yeri tercihi yapması, klinik, kültürel ve etik ilkelere uygun etkin bir bakım sağlayabilmek hem ölüm sürecinde yaşam kalitesini hem de ölümün kalitesini etkilemesi bakımından önemlidir (103).

2.5. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik, Hayes ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir (104). “Kabul ve Kararlılık Terapisi’nin (KKT) esas kavramlarından biridir. Psikolojik esneklik; “değerler doğrultusunda şekillenen, bütüncül ve bilinçli farkındalık halinde an’a odaklı davranışlarla ilgili, kişinin kontrolü dışında gerçekleşen olayları kabul ederek hayatını zenginleştirecek davranışları devam ettirmede kararlı olma ve değiştirmesi gereken davranışları olduğunda, rehber olarak kendi kişisel değerlerini takip etme süreci” olarak tanımlanmaktadır (105). Psikolojik esneklik yaklaşımında, kişinin yaşamını yönlendiren kişisel değerleri doğrultusunda, gerekli anlarda işlevsel olmayan davranışlarını değiştirebilme gücünü de geçişin bir kısmı olarak görmektedir (106). Ayrıca psikolojik esneklik, kişinin geçmiş ya da geleceğe takılı kalmadan anı yaşamasını, duygu, düşünce ve davranışlarının farkında olarak kabullenmesini amaçlamaktadır. Psikolojik olarak esnek olan bir kişi, bir durumda olması gereken ve kendi değerlerine uyacak şekilde davranacağı birçok eylem seçeneğine (hem fiziksel hem bilişsel) sahip olmaktadır. Aynı zamanda bu bireyler kabul, an’da olma, bağlama göre değişen benliğinin farkında olma, kendi değerlerinin farkında olma ve bu değerlere uygun yaşama ve bilişsel ayrışma gibi özelliklere sahip olduğu görülmektedir (107).

Kişilerin yaşadıkları deneyimler uyumlu, değerleri doğrultusunda hareketleri ne kadar fazla olursa yaşam kaliteleri de oldukça yüksek olmaktadır. Böylece yaşam boyunca karşılaştıkları problemlerle ve zorluklarla mücadele ederken daha etkili davranışlar sergileneceği düşünülmektedir (108).

2.5.1. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Kuramsal Yaklaşım

İnsan yaşamını içine alan kabul, değerler ve bilinçli farkındalığa odaklanan üçüncü kuşak bilişsel davranışsal terapi yöntemlerinden biri olan KKT, bireyin içinde bulunduğu duruma göre değerlendirmeyi esas almaktadır (109). Psikolojik esnekliği artırmayı amaçlayan KKT, insan bilişinin kapsamlı bir deneysel analizi olarak adlandırılan “İlişkisel Çerçeve Kuramı” ve felsefe temelli olan “İşlevsel Bağlamcılık” üzerine kurulmuştur (110).

İlişkisel Çerçeve Kuramı; kişide dil ve bilişi esas alarak, durumları isteğe göre bağlantı kurarak ve diğer yaşanan durumlarla arasındaki bağlantıya dayanan olguların işlevlerini değiştirebilme yeterliliğine sahip olduğunu göstermektedir (111). Kişiler tarafından uyaranlar arasında bağlantı kurarak genellikle çabuk öğrenilir. Böylece belirli bir durumda fonksiyonları sadece kişinin bu durumda direk olarak deneyimleriyle değil, diğer olaylarla ilişkilendirdiği etkileşim ve inanışlarıyla belirlendiği savunulmaktadır (112). Bu durumda verdiği tepki de yaşanan olaydan çok diğer olaylara yüklenen ilişkiye göre belirlenmektedir (113).

İnsanlar yaşamlarını biçimlendirmek ve anlamlandırmak için dili kullanmakta ancak bu durum yararlı olurken bazen problem olarak da karşımıza çıkmaktadır (114). Bu durumda dilde sözel ifadelere ek olarak sembolik aktiviteler, jestler, resimler yer aldığı düşünülmektedir. İnsanlar böylelikle olumsuz olayları ileri taşıyabilmekte, olaylar arasında benzerlik ve farklılıklar yaratabilmekte, geçmişte yaşanan olaylarla bağlantı kurabilmekte ve gelecek hakkında yaşanacak olayları kurgulayabilmektedir (115).

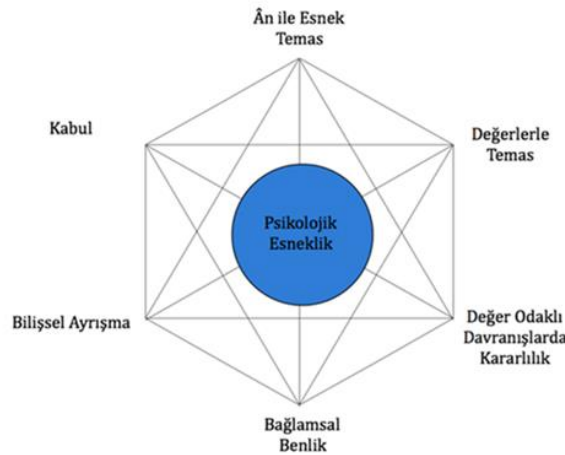
İlişkisel Çerçeve Kuramı, sorunun temel kaynağı olarak bilişsel içeriği görmemektedir. Bilişsel içeriğin, bireyin davranışını faydasız şekilde yönlendirdiğinde asıl problemin ortaya çıktığını söylemektedir (116). İlişkisel çerçeveleme ile sözel kalıplar altında birleşen bazı bedensel duyular, düşünce, davranışsal eğilimler ve bağlayıcı etkenler, kültürel etki altında olumlu veya olumsuz, istenme veya istenmeme şeklinde sınıflandırılmaktadır. Böylece insanlar davranışlarını, duygusal ve bilişsel terimlerle ifade ederek, gerekçelerini de ifade etmeyi öğrenmektedir. Bu yüzden kuram insan dilinin geniş şekilde incelenmesine dayanmaktadır (117).

Diğeri İşlevsel Bağlamlılık, eylemle alakalı geçmiş ve durumsal olarak, davranışlar üzerinde etkin rol oynayan değişkenlik gösteren bir kavramdır (115). KKT de, eylemin içinde bulunan bağlama ve işleve göre ele alarak işlevsel bağlamlılık olarak isimlendirilen bir öğreti temeline dayanmaktadır (110,118). KKT, bu kuram temelli olarak yaşam için doğru ve bilgili olanı bir araç olarak alarak, yapılan eylemin sonucuyla değerlendirmektedir. Böylece yaşanan psikolojik olayları hem önceden yaşadıklarından öğrenerek gelen hem de temel aldığı öncüller, sonuçlar ve bağlı olduğu sözel kurallar arasındaki yaşanan etkileşimler olarak ifade edilmektedir (114).

Çerçeveler, bir durumu öngörülmesine onay veren öğeleri tanımlarken diğer taraftan bu öğelerin yaşanan olay üzerinde test edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (113). Hayes (2004) psikolojik olayları, “tüm organizmalar arasında tarihsel ve durumsal bağlamlar içinde meydana gelen ve devam eden etkileşimler” olarak kavramsallaştırmaktadır (110). Bu nedenle kişinin eylemlerini bağlamı göz önüne almadan incelemenin, problemin temelini ve çözüm yolunu kaçırmak anlamına geldiği görüşünü savunmaktadır.

2.5.2. Psikolojik Esneklik Modeli

Psikolojik esneklik modeli, “kabul etme, ayırışma, anda olma, bağlamsal benlik, değerler ve kararlı eylemler” olarak bildirilen her biri birbirine bağlı ve birbirini destekleyen altı süreçten oluşmaktadır (119,120). KKT’nin altı temel aşamasından oluşan model “esnek altıgen modeli” olarak adlandırılmaktadır. Bu modeldeki süreçler kişilerin psikolojik yapısının güçlü olduğunu ifade etmektedir (107, 115).



Şekil 2. 1. Heaxflex Psikolojik Esneklik Modeli (121)

Kabul boyutunda insana acı ya da üzüntü veren duygu, düşünce ve anlara açık olması demektir. Kişi bu düşünce veya anılarla mücadele etmekten vazgeçerek direnmek yerine kendi iç dünyasında yer açmaktadır. Bu durumların sevdiği ya da istediği anlamına gelmediği gibi beraber olaylara karşı savunmaya geçmek yerine onları olduğu gibi kabul etmektedir (122). Kabul süreci, terapötik olarak yaşamsal kaçınmanın alternatifi olarak düşünülmektedir. Örneğin, bireyler anksiyete yaşarken direnç göstermeden bunu bir duygu olarak kabul etmesi yönünde desteklenir ve bu duruma uygun uygulama yaptırılır (33).

Ayrışma, kişinin zihninde problem oluşturan düşünce ve anılardan uzaklaşmak, bir adım geride durmak anlamına gelmektedir. Düşüncelere kapılıp, mücadele etmek yerine onların gelip geçmesine izin vermektir. Bu durumda birey düşüncelerin içinde kaybolmak yerine düşünce sürecinin etkin bir şekilde geçmesini sağlar (108). Geleneksel bilişsel terapiden farklı olarak düşünceler problemin kaynağı olarak tanımlanmaz ve değiştirilmeye çalışılmaz (110).

An'da olma, kişinin tüm farkındalığıyla şimdi ve burada olma hali olarak ifade edilmektedir. İnsanlar düşünceleri ile mücadele etme ve hayatlarını “otomatik pilot”ta devam etme eğilimindedirler. Ancak an'da olma ile ifade edilen kişinin hem iç hem dış dünyayla temas edebilmesi, bireylerin problem yaratan davranışlarının yerine koyabileceği işlevsel davranışları keşfedebilmesidir (110,122). İnsanlar zamanlarını geçmişi ya da geleceği düşünerek harcamak yerine o anda deneyimlediği şeye odaklanarak anda bulunmak, zihni o ana ve o sırada ne oluyorsa ona yöneltmesidir (32).

Bağlamsal benlik; düşünen ve gözlemleyen benlikten oluşmaktadır. Düşünen benlik, düşüncelerine, hatıralarına, planlarına, hayallerine ve inançları üzerine yoğunlaşır. Gözlemleyen benlik, tüm insanın yaşamı boyunca değişen düşüncelerine, duygularına, yaşam rollerine tanıklık eden, izleyen ve değişmeyen benlik parçasıdır. Bireyler içsel yaşantılarına, acı verici durumlara ve anksiyetelerine rağmen bu benlikleri fark ederek, psikolojik esnekliklerini artırarak kendi değerlerini fark etmelerini sağlamaktadır (33,110,122).

Değerler, bireylerin gündelik yaşam içerisinde kendilerine “bu hayatı ne için yaşıyorum?” diye sorarak verdikleri cevaplardır (122). KKT’ye göre değerler belli olmadığında kişi bilişsel ayrışma ve kabul süreçlerini tamamlasa da istenilen sonuç elde edilememektedir (123). Davranışlar değerler doğrultusunda ve değerlerin öncülüğünde harekete geçmektedir. Bu durum rahatsız edici veya acı

verici birçok duygu ve düşünceyi beraberinde getirebilmektedir. Birey için deneyimlemek ne kadar rahatsız edici ve zor olsa da gereğini yapmak anlamına gelmektedir. Davranış aktivasyonu, maruz bırakma, hedef belirleme ve yetenek geliştirme gibi geleneksel yöntemler de kullanılmaktadır (108).

İnsanların karşılaştıkları durum ya da olaylarda hislerini anlayabilmesi, duygularını gerçekçi bir biçimde değerlendirerek durumları açıklama şekli kişilerin yaşamdan aldığı doyum ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Duygularının farkında olmayan kişiler karar verme süreçlerinde ve hayatlarında sorumluluk alırken sorun yaşamaktadırlar (124,125). Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım verme tutumu ve becerisi psikolojik esneklikten etkilenebilir. Psikolojik esneklik hekim ve hemşirelerin ölmekte olan hastasına bakım verirken ortaya çıkabilecek olumsuz duyguları, düşünceleri ve tutumları kabul etmesini etkileyebilir. Öyleyse, KKT yaşam sonundaki hastalara bakım veren sağlık profesyonelleri için kullanılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bolu il merkezinde bulunan Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, tüm klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerde Haziran-Ekim 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalara doğrudan bakım veren ve tedavisini sürdüren toplam 600 sağlık profesyoneli (hemşire ve hekim) oluşturmuştur. Örneklem, evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplandığında %5 hata, %95 güven seviyesine göre 236 olarak hesaplanmıştır. Yönetim, eğitim gibi alanlarda çalışan, çalışma sürecinde izinli olan hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir. Yatarak tedavi gören hastalara doğrudan sağlık hizmeti sunan, çalışmaya gönüllü katılmak isteyen ve verileri eksiksiz tamamlayan 236 sağlık profesyonelinin katılımıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler Aydınlatılmış onam formu ile başlayarak (EK 1.1), Kişisel Bilgi Formu (EK-1.2), Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği (EK-2), Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği (EK-3) ve Psikolojik Esneklik Ölçeği (EK-4) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; Katılımcılara ait demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi), mesleki (toplam görev süresi, çalıştığı birimin, adı, çalıştığı birimdeki görev süresi, memnuniyeti, ölmekte olan hasta ile karşılaşma sıklığı ve bakım verme becerisi) ve sağlık profesyonellerinin ölüme ilişkin algıları ile ilgili bilgileri içeren 19 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından literatürden (1, 16, 171, 180) yararlanılarak hazırlanmıştır.

Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD); Katherine H. Murray Frommelt (1988) tarafından geliştirilmiş, Çevik ve Kav, (2013) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması

yapılmıştır (16,126). Aile dışında hastanın bakımında katkı sağlayan bakım verici kişilerin bazı durumlar karşısında nasıl hissettiklerini öğrenmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte 30 madde bulunmaktadır ve pozitif/olumlu ve negatif/olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler mevcuttur. Ölçekte pozitif (13 madde) ve negatif (17 madde) olmak üzere maddeler belirtilmektedir Yanıt seçenekleri, “1-Tamamen Katılıyorum 2-Katılıyorum 3-Kararsızım 4-Katılmıyorum ve 5- Tamamen Katılmıyorum” olmak üzere 5 puanlı likert tipindedir. Ölçeğin puan değerlendirilmesi negatif tutumlar içeren maddeler ters çevrilerek pozitif cevaplarla toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 150, en düşük puan 30’dur Puanın yüksek olması ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Çevik ve Kav (2013) toplam ölçek için Cronbach alfa değerini 0.73 olarak saptamıştır (16). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği; Duyan (2014) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (30). Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri, “1 = Tamamen Katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4 = Katılıyorum ve 5 = Tamamen Katılıyorum ” olmak üzere 5’li likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 60, en düşük puan 12’dir. Puan yükseldikçe saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Toplam ölçek için Cronbach Alpha değeri 0.89’dur (30). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Psikolojik Esneklik Ölçeği; Francis ve ark. (2016) tarafından geliştirilmiş, Karakuş ve Akbay (2020) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (123,127). Yetişkin bireylerin psikolojik esneklik düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte 28 madde bulunmaktadır ve Değer ve değerler doğrultusunda davranış (10 madde), an’da olma (7 madde), kabul (5 madde), bağlamsal benlik (3 madde) ve ayrışma (3 madde) olmak üzere beş alt ölçeği mevcuttur. Ölçek kişilerin psikolojik esneklik düzeyini ölçmek üzere yedi dereceli (1= Hiç Katılmıyorum, 7= Tamamen Katılıyorum) değerlendirme yapılmaktadır. Her bir alt boyut maddelerin puanlarının toplanmasıyla ayrı ayrı değerlendirilerek toplam puanda hesaplanmaktadır. Ölçekte ters puanlar maddeler (12 madde) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 196, en

düşük puan 28'dir. Puanın yüksek olması psikolojik esneklik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Karakuş ve Akbay (2020) toplam ölçek için Cronbach Alpha değerini 0.79, alt ölçekler için 0.59-0.84 arasında değiştiği saptanmıştır (123). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri

Değişkenler	Cronbach alfa	Çarpıklık	Basıklık
FATCOD* toplam puan	.703	.388	-.559
Saygın ölüm ilkeleri toplam puan	.941	-1.378	1.438
Psikolojik esneklik toplam puan	.723	.568	-.029
Değerler ve değer doğrultusunda davranış	.779	.017	.065
An'da olma	.849	.319	-.570
Kabul	.710	.274	-.030
Bağlamsal benlik	.776	-.108	.350
Ayrışma	.704	.211	-.549

*Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin büyük bir kısmı (191) kâğıdın basılı olarak anketin uygulanmasıyla, 45'i çevrimiçi bir anket platformu (surveey.com) aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın kriterlerine uyan hemşire ve hekimlere öncelikle çalışmanın amacı ve toplanan verilerin gizliliği ile ilgili araştırmacı tarafından bilgi verilerek anketleri sessiz bir ortamda ve tek başına, samimi şekilde doldurmaları konusunda gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan sağlık profesyonellerinin anketi çevrimiçi mi yoksa anket olarak mı doldurmayı tercih ettikleri öğrenilmiştir. Çevrimiçi katılmayı seçenlere veri toplama formlarını içeren platformun bağlantı linki araştırmacı tarafından telefonlarına mesaj yoluyla gönderilmiştir. Katılımcılar çalışmaya kaydolduktan sonra onay vererek anketi yanıtlamaya geçebilmişlerdir. Kâğıda basılı anketi doldurmayı seçenlere veri toplama formu araştırmacı tarafından teslim edilmiş, sözel olarak onayları alınmış ve bir hafta sonra kendilerinden teslim alınmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. COVID-19 pandemi döneminde sağlık profesyonellerinin yoğun çalışma temposu ile

anketleri doldurmaktaki isteksizlikleri araştırmanın yürütülmesinde yaşanan zorluklardan biri olmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programında kodlanarak istatistiksel değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ± 1.5 arasında elde edilenlere parametrik analizler yapılmıştır (128). Genel ve alt ölçeklerinin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.3 ile +1.4 arasında değişmesi normal dağıldığını göstermiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, sürekli verilerin ve ölçeklerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. FATCOD, Saygın Ölüm ve Psikolojik Esneklik ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Bu değişkenlerin sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumunu ne derece yordadığını belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Sağlık profesyonellerinin demografik ve mesleki özelliklerine ölmekte olan bireye yönelik tutumunda fark olup olmadığı, Student t testi ve ANAVO Varyans Analizi ile test edilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tek merkezde yapılmış olması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerden ‘Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği’ni kullanmak için Çevik’den, ‘Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği’ni kullanabilmek için Duyan’dan, ‘Psikolojik Esneklik Ölçeği’ni kullanabilmek için Karakuş’dan izin alınmıştır ((EK-5). Araştırmaya Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 01/03/2021 tarihinde onay (Protokol No: 2021/56) verilmiştir. Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izni alınmıştır. Ölçek izinleri, etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra veri toplama işlemine geçilmiştir. Çalışmaya katılmakta gönüllülük esası temel alınmıştır. Çalışma sırasında katılımcılara istendiği durumda araştırmacıyı bilgilendirerek çalışmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Araştırma sırasında

alınan bilgiler araştırmacıda gizli kalacak şekilde veriler sadece bilimsel amaçla kullanılmıştır. Bu araştırma insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda gerçekleştirilen tüm prosedürlere, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, 1964 Helsinki deklarasyonuna ve etik standartlara uygun olarak yapılmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 236 sağlık profesyonelinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Ortalama	Ss* (Minimum-Maksimum)
Yaş (yıl)	32.09	7.03 (21-54)
Meslekte çalışma süresi (yıl)	7.39	6.24 (.10-31)
Mevcut birimde çalışma süresi (yıl)	2.97	2.95 (.10-21)
Çalıştığı bölümden memnuniyet	5.08	1.81 (0-7)
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	163	69.1
Erkek	73	30.9
Medeni durum		
Evli	118	50.0
Bekar	99	41.9
Boşanmış	19	8.1
Çocuk sayısı		
0	121	51.3
1	57	24.2
2	46	19.5
3-4	12	5.0
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	12	5.1
Ön lisans	8	3.4
Lisans	181	76.7
Lisansüstü	35	14.8
Ekonomik durum		
Düşük	14	5.9
Orta	158	66.9
İyi	64	27.2
Meslek		
Hemşire	150	63.6
Hekim	86	36.4
Çalışma biçimi		
Sürekli gündüz	45	19.1
Vardiya/nöbet	184	78.0
Sürekli gece	7	3.0
Çalışılan birim		
Dahili klinikler	21	8.9
Cerrahi klinikler	41	17.4
Yoğun bakım ünitesi	115	48.7
Psikiyatri servisi	3	1.3
Acil servis	7	3.0
COVID servisi	25	10.6
Çocuk kliniği	24	10.2
Toplam	236	100.0

*Standart Sapma

Sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması 32.09 ± 7.03 yıldır. Sağlık profesyonellerinin çoğunluğu (%69.1) kadın, %50'si evli bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %51.3'ünün çocuğu yokken, büyük bir çoğunluğun lisans mezunu (%76.7) ve lisansüstü mezunu olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma süreleri ortalaması da 7.39 ± 6.24 yıldır. Katılımcıların %63.6'sı hemşirelerden oluşurken %36.4'ü hekimlerden oluşmuştur. Sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu (%78) vardiya/nöbet usulüyle çalışmakta olup, %48.7'si yoğun bakım servislerinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Mevcut servislerde çalışma süresi ortalaması da 2.97 ± 2.95 yıldır. Çalışılan birimden memnuniyet ortalaması 5.08 ± 1.81 (0-7) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların ölüm olgusuyla karşılaşma durumları, ölüme yükledikleri anlamların dağılımı ve ölmekte olan hastaya yaklaşımları

Değişkenler	Sayı	%
Ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme sıklığı		
Hiç	18	7.6
Çok az / Nadir	42	17.8
Sık sık	84	35.6
Çok sık	31	13.1
Her zaman	61	25.8
Çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığı		
Hiç	9	3.8
Çok az / Nadir	48	20.3
Sık sık	125	53.0
Çok sık	31	13.1
Her zaman	23	9.7
Yakın çevresinde ölümle karşılaşma durumu		
Evet	116	49.2
Hayır	120	50.8
Ölümün anlamına ilişkin tanımlamaları		
Hayatın gizemi, akıl ermez bir durum	88	37.3
Hatırlatıcı	68	28.8
Yalnızlık	24	10.2
Acı çekme	19	8.1
Bilmiyorum, fikrim yok	9	3.8
Hatırlatıcı	8	3.4
Terk etme	8	3.4
Unutulması gereken bir olay	7	3.0
Yeni bir başlangıç, hüznün, beklenen son	5	2.1
Başarısızlık	3	1.3
Cesaret	3	1.3
Ödüllendirilme	2	0.8

Tablo 4.2. Katılımcıların ölüm olgusuyla karşılaşma durumları, ölüme yükledikleri anlamların dağılımı ve ölmekte olan hastaya yaklaşımları (devamı)

Değişkenler	Sayı	%
Hastasının ölümüne ilişkin tanımlamaları		
Hatırlatıcı	79	33.5
Hayatın gizemi, akıl ermez bir durum	64	27.1
Acı çekme	30	12.7
Yalnızlık	19	8.1
Unutulması gereken bir olay	15	6.4
Bilmiyorum, fikrim yok	11	4.7
Başarısızlık	6	2.5
Terk etme	5	2.1
Cesaret	3	1.3
Gerçek son	3	1.3
Ödüllendirilme	1	0.4
Toplam	236	100.0
Beceri düzeyi [Ortalama $\pm$ Ss* (Minimum-Maksimum)]	5.64 $\pm$ 1.58 (0-7)	
Eğitim ihtiyacı [Ortalama $\pm$ Ss* (Minimum-Maksimum)]	4.22 $\pm$ 2.24 (0-7)	

*Standart Sapma

Sağlık profesyonellerinin ölüm olgusuyla karşılaşma durumları ve ölüme yükledikleri anlamlar Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %35.6’sının sık sık ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürdüğü, %53’ünün çalıştıkları birimde sık sık ölümle karşılaştıkları bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin %50.8’inin herhangi bir yakın çevresinde ölen birinin olmadığı görülmüştür. Ölümün anlamına yönelik algılarında ise katılımcıların %37.3’ü hayatın gizemi, akıl almaz bir durum olarak anlamlandırırken, %28.8’i hatırlatıcı ve %10.2’si de yalnızlık olarak anlamlandırdıkları bulunmuştur. Hastalarının ölümüne dair katılımcıların algılarında ise %33.5’i ölümün hatırlatıcı bir durum olduğu üzerinde dururken, %27.1’i hayatın gizemi, akıl almaz bir durum ve %12.7’si de acı çekme olarak ifade etmiştir. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi ve eğitim ihtiyacına yönelik 0 ile 7 puan arasında derecelendirmeleri istendiğinde beceri düzeyi puan ortalaması 5.64 $\pm$ 1.58, eğitim ihtiyacına yönelik ortalaması ise 4.22 $\pm$ 2.24 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların ölmekte olan hastaya yaklaşımlarının, ölüm algıları ve psikolojik esneklik ile alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum puanları

Değişkenler	Ortalama	Ss*	Minimum-Maksimum
FATCOD toplam puan	98.04	7.34	85-115
Saygın ölüm ilkeleri toplam puan	43.74	10.68	12-60
Psikolojik esneklik toplam puan	127.31	14.12	102-162
Değerler ve değer doğrultusunda davranış	53.90	6.96	35-70
An'da olma	31.38	8.67	15-49
Kabul	16.23	5.14	5-29
Bağlamsal benlik	13.33	3.18	4-21
Ayrışma	12.39	2.91	7-20

FATCOD-Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum, *Standart Sapma

Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortalaması 98.04 ± 7.34 (85-115) olarak tespit edilmiştir. Saygın Ölüm İlkeleri Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 43.74 ± 10.68 (12-60) olarak bulunmuştur. Psikolojik Esneklik Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 127.31 ± 14.12 (102-162), alt ölçeklerinin puan ortalaması değerler ve değer doğrultusunda davranış için 53.90 ± 6.96 (35-70), An'da olma için 31.38 ± 8.67 (15-49), kabul için 16.23 ± 5.14 (5-29), bağlamsal benlik için 13.33 ± 3.18 (4-21) ve ayrışma için 12.39 ± 2.91 (7-20) olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumları ile saygın ölüm ilkelerini benimsemeleri, psikolojik esneklik toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki

Araştırma Değişkenleri ve Alt Boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8
1. FATCOD Toplam	1							
2. Saygın Ölüm İlkeleri Toplam	.006	1						
3. Psikolojik Esneklik Toplam	.258**	.059	1					
4. Değerler ve Değer Doğ. Dav.	.103	-.003	.717**	1				
5. An'da Olma	.226**	.020	.696**	.199**	1			
6. Kabul	.144*	.075	.498**	-.002	.416**	1		
7. Bağlamsal Benlik	.052	.074	.061	.159*	-.358**	-.306**	1	
8. Ayrışma	.016	.015	.088	.308**	-.447**	-.261**	.450**	1

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı; *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı; FATCOD-Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum

Tablo 4.4'te gösterilen korelasyon analizine göre şu sonuçlara ulaşılmıştır; FATCOD toplam ile psikolojik esneklik toplam arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.258$; $p<0.01$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin psikolojik esneklik düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır. FATCOD toplam ile psikolojik esneklik An'da olma alt boyutu arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.226$; $p<0.01$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin an'da olma düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır. FATCOD toplam ile psikolojik esneklik kabul alt boyutu arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.144$; $p<0.05$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kabul düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır. FATCOD toplam ile saygın ölüm ilkeleri toplam puanı arasında ise korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumlarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	İkili r	Kısmi r	Tolerans	VIF
Sabit	82.027	5.050		16.244	.000				
Saygın Ölüm İlkeleri	-.022	.045	-.032	-.493	.623	-.008	-.033	.981	1.019
Değerler ve Değer Doğ. Dav.	-.010	.079	-.009	-.121	.904	.098	-.008	.761	1.314
An'da Olma	.239	.071	.281	3.353	.001	.223	.220	.591	1.962
Kabul	.142	.104	.099	1.374	.171	.142	.092	.796	1.257
Bağlamsal Benlik	.331	.178	.141	1.858	.065	.062	.124	.719	1.390
Ayrışma	.265	.214	.105	1.239	.217	.013	.083	.574	1.743
F=3.464, $p^1=0.003$, R=0.294, $R^2=0.086$, Düzeltilmiş $R^2=0.061$, $p^2<0.05$									

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

P¹: Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

R²: Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

Sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkeleri ve psikolojik esneklik bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan ölmekte olan hastaya yaklaşıma etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle çoklu doğrusal regresyon analizi kriteri olan normallik, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki doğrusallık varsayımını sağladığı, bağımsız değişkenler arasında çoklu ortak doğrusallık (Multicollinearity) olmadığı, Varyans Büyütme

Faktörü (Variance Inflation Factor-VIF) değerinin 10'dan küçük olduğu, Tolerans değerinin 0.2'den büyük olduğu kontrol edilmiştir (129).

Tablo 4.5'te gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyine etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin ($F=3.464$, $p^1=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; sadece An'da olma için ($t=3.353$, $p=0.001$) anlamlı düzeydeyken diğer değişkenler için anlamsız bulunmuştur. Modelde An'da olma ($\beta = .28$) anlamlı ölçüde ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyini yordamıştır ($R=.29$, $R^2 = .09$, Düzeltilmiş $R^2 = .06$). Bulunan bu sonuç; sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyindeki değişimin %6'sının anda olma ile açıklandığını göstermiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumuna, ölüm algılarına, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	FATCOD			
	Ortalama	Ss*	t / F	p
Yakın Çevresinde Ölümle Karşılaşma Durumu	97.40	6.77	-1.305	.193
Evet	98.66	7.82		
Hayır				
Ölüm Algıları			1.042	.409
Hayatın gizemi, akıl ermez bir durum	97.48	7.27		
Acı çekme	99.21	8.89		
Ödüllendirilme	99.00	2.82		
Başarısızlık	95.33	5.68		
Cesaret	97.33	9.07		
Unutulması gereken bir olay	99.42	9.41		
Yalnızlık	98.50	7.55		
Terk etme	96.13	7.64		
Hatırlatıcı	98.70	7.00		
Bilmiyorum, fikrim yok	93.00	4.76		
Yeni bir başlangıç, hüznün, beklenen son	104.00	5.43		
Ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme sıklığı			1.534	.193
Hiç	100.39	8.76		
Çok az / Nadir	98.59	8.13		
Sık sık	97.10	6.89		
Çok sık	99.97	6.44		
Her zaman	97.31	7.21		
Çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığı			.483	.748
Hiç	98.44	8.18		
Çok az / Nadir	97.83	7.27		
Sık sık	97.94	7.59		
Çok sık	99.51	7.16		
Her zaman	96.81	6.22		

Sağlık profesyonellerinin yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumuna, ölüm algılarına, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığına göre ölmekte olan bireye bakım

vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Sonuçta incelenen değişkenlere göre katılımcıların ölmekte olan hastaya yönelik tutum düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerine göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	FATCOD			
	Ortalama	Ss*	t / F	p
Cinsiyet				
Kadın	97.84	7.49	.632	.528
Erkek	98.49	7.04		
Medeni durum				
Evli	98.45	6.82	1.833	.162
Bekar	98.15	7.73		
Boşanmış	95.04	8.00		
Eğitim durumu				
Sağlık meslek lisesi	97.55	6.22	.143	.934
Ön lisans	96.50	8.52		
Lisans	98.14	7.31		
Lisansüstü	98.05	7.84		
Ekonomik durum				
Düşük	98.78	8.38	.095	.910
Orta	98.06	7.04		
İyi	97.84	7.92		
Çocuk Sayısı				
0	98.09	7.52	.543	.653
1	98.47	7.53		
2	98.04	6.44		
3-4	95.50	8.23		
Çalışma Biçimi				
Sürekli gündüz	98.16	6.68	.407	.666
Vardiya/nöbet	98.11	7.59		
Sürekli gece	95.57	4.57		
Meslek				
Hemşire	98.35	7.40	.828	.409
Hekim	97.52	7.25		

FATCOD-Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum

Sağlık profesyonellerinin demografik ve mesleki özelliklerine göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Sonuçta sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutum puan ortalamasında cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, ekonomik duruma, çocuk sayısına, çalışma biçimine ve mesleğe göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların ölmekte olan hastaya tutumları ile yaş, mesleki deneyim, çalışılan bölümden memnuniyet ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi arasındaki ilişki

	FATCOD	
	r	p
Yaş (yıl)	-.039	.553
Meslekte çalışma süresi (yıl)	-.015	.823
Mevcut birimde çalışma süresi (yıl)	-.005	.940
Çalıştığı bölümden memnuniyet	.110	.094
Ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi	.056	.392
Eğitim ihtiyacı	-.029	.660

FATCOD-Frommelt Ölmekte Olan Bireyin Bakıma İlişkin Tutum

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutumları ile yaş, mesleki deneyim, çalışılan bölümden memnuniyet ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi arasındaki ilişki Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Sonuçta sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutumları ile yaş, mesleki deneyim, çalışılan bölümden memnuniyet ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ile ölüm algıları, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmaya katılan 236 sağlık profesyonelinin yaş ortalaması 32.09 ± 7.03 yıl olup, çoğunluğu (%69.1) kadın, yarısı evli ve büyük bir çoğunluğu (%76.7) lisans mezunudur. Yapılan bir çalışmada benzer olarak sağlık profesyonellerinin %62'sinin kadın, %60.7'sinin lisans ve üzeri olduğu saptanmıştır (10). Çalışmamızın katılımcılarının %63.6'sı hemşirelerden oluşurken, %36.4'ü hekimlerden oluşmaktadır ve meslekte çalışma süresinin ortalaması 7.39 ± 6.24 yıldır. Yarıya yakını (%48.7) yoğun bakım ünitesinde ve %78'i vardiya/nöbet usulünde çalışmaktadır. Katılımcıların demografik ve mesleki profiliyle birlikte ölüm olgusuyla karşılaşma durumları ve ölüme yükledikleri anlamlar belirlenmiştir. Sonuçta, sağlık profesyonellerinin %74.5'inin çoğunlukla ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürdükleri, çalıştıkları klinikte %75.8'inin ölümle karşılaştığı ve %49.2'sinin yakın çevresinde ölümü deneyimlediği görülmüştür. İzmir ili Bornova ilçesindeki Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde 112 katılımcıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin %67.3'ünün ölüm olayıyla sık sık karşılaştığı, %67.4'ünün birinci derece akrabasını kaybettiği tespit edilmiştir (87). Benzer bir çalışmada da hemşirelerin %70.4'ünün çalıştığı birimde ölümle sık karşılaştığı ve %56.1'inin daha önce birinci derece yakınını kaybettiği saptanmıştır (130). Yapılan başka çalışmada hemşirelerin %65.3'ünün çalıştığı birimde ölümle sık karşılaştığı ve %48.5'inin daha önce birinci derece yakınını kaybettiği bulunmuştur (131). İstanbul ilinde hizmet veren hastanelerde terminal dönem hastalarına bakım veren hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalıştıkları birimde ölümle karşılaşma durumları araştırıldığında, %88.8'nin ölümle karşılaştığı saptanmıştır (17). Bal (2018) yaptığı çalışmada ölmekte olan hastaya bakım vericilerin %80'i daha önce yakın çevresinden bir yakınını kaybettiğini bildirmiştir (132). Çınar'ın (2018) hemşirelerin yaşam sonu bakımla ilgili özelliklerini araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin %68.9'unun daha önce ölmekte olan hastaya bakım verdiğini ve %81.5'inin çalıştığı birimde ölüm olgusuyla karşılaştığını tespit

etmişlerdir (133). Mevcut çalışmalarda ve çalışmamızda da görüldüğü üzere, sağlık profesyonelleri hem çalıştıkları kliniklerde hem de yakın çevrelerinde önemli oranda ölümle karşılaşmaktadır. Çalışmamıza katılan hemşire ve hekimlerin neredeyse yarısının yoğun bakım servisinde çalıştığı, çalışmanın pandemi döneminde yapıldığı düşünüldüğünde elde edilen oranların beklenir olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölümün anlamına yönelik algılarında ise katılımcıların %37.3'ü “hayatın gizemi, akıl almaz bir durum” olarak anlamlandırırken, %28.8'i “hatırlatıcı” ve %10.2'si de “yalnızlık” olarak anlamlandırdıkları bulunmuştur. Önceki yıllarda yapılan bir çalışmada, kanser tanısı konmuş hastalara sağlık hizmeti sunan hekimlerin %8.9'u ve hemşirelerin %8'i ölümün anlamını “ölümden sonraki yaşamın başlangıcı” olarak tanımlamıştır (134). Başka bir çalışmada sağlık profesyonellerine göre ölümün anlamı araştırıldığında; hemşirelerin %12.7'si ve hekimlerin %28.8'i ölümü “yeni ve gerçekçi bir hayat, yeni bir başlangıç ve yeni bir mekan” şeklinde ifade etmişlerdir (22). Literatürde ölüme yükledikleri anlamla ilgili yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin ölümü, “kabul edilmesi gereken doğal bir süreç” olarak algıladıkları sonucu bildirilmiştir (12,135,136). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin ölümün anlamını “yaşamın sona ermesi” (%33.3); “ayrılık” (%26.7); “yok olmak” (%24.4); “yeni bir yaşamın başlangıcı” (%15.6) olarak tanımladıkları bulunmuştur (1). Başka bir çalışmada da hemşireler ölümü tanımlarken “bir son” olarak ifade etmişlerdir (137). Hemşirelerin ölüm kavramı ile ilgili algılamalarında çoğunlukla “yaşam fonksiyonlarının sona ermesi” (%31.3); “yok olmak” (%13); “bir yaşamdan yeni bir yaşama geçmek” (%9.3); “yeni bir başlangıç” ve “sonsuzluk” (%8.3) şeklinde açıkladıkları saptanmıştır (16). Hemşirelerin ölüm algısının incelendiği bir çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının (%63.2) ölümü “kabul edilmesi gereken zorlu süreç”, (%18.8) “başka bir formda yeniden yaşama dönmek” ve (%17.5) “yeni bir hayatın başlangıcı” olarak değerlendirmişlerdir (87). Oysa bizim çalışmamızda katılımcıların sadece %2.1'i “yeni bir başlangıç” olarak anlamlandırmıştır. Daha çok “hayatın gizemi, akıl almaz bir durum” olarak anlamlandırdıkları ve literatürdeki sonuçlarla benzer olmadığı dikkati çekmektedir. Yukarıda verilen çalışmaların pandemi öncesi döneme ait olması, çalışmamızın pandemi döneminde yapılması bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmüştür. Dünyada

sağlık krizine yol açan bu salgında algılanan tehlikenin yüksekliği, izolasyon, yalnız, acı çekerek ölümlerin gerçekleşmesi, sevdikleriyle vedalaşamamaları, sonrasında kültürel olarak yas ritüellerin yerine getirilememesi, toplu mezarlara definler gibi (138) birçok farklı deneyim ölümün anlamını da etkilemiş olması kuvvetle muhtemeldir. Çalışmamızda katılımcıların hastalarının ölümüne dair algılarında da %27.1'i "hayatın gizemi, akıl almaz bir durum" ve %12.7'si de "acı çekme" ifadesi ilk üç sıra içindedir. Burada ilk sırada (%35.5) ölümü "hatırlatıcı" bir durum olarak değerlendirildikleri görülmektedir. Yapılan bir çalışmada da hemşirelerin %57.4'ünün klinikte hastalarının ölümüyle yüzleştğinde ölümü kabullenmelerinin zor olduğunu ifade ederken, %60.1'inin "kendi ölümünü ara sıra düşündüğü" ve %75.9'unun "kendini ölüme hazır hissettiği" tespit edilmiştir (87). Çalışmamızdaki sağlık profesyonellerinin bir hastasının ölümünün, kendisine ölümü hatırlatması ile bu çalışmanın sonucunun benzer olduğu söylenebilir. Sağlık profesyonelleri ölmekte olan hastaya bakım veren en yakın kişiler olduklarından hastanın yaşadığı tüm güçlükleri gözlemekte ve acılarını hafifletememenin yarattığı baskıyı yaşayabilmektedirler. Nitekim çalışmalar böyle durumlarda çoğunlukla yoğun üzüntü, çaresizlik, başarısızlık ve yıpranmışlık yaşadıklarını göstermiştir (139,61). Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) araştırmasında, hemşirelerin ölüm olgusuyla yüzleştiklerinde %54.2'sinin bu olayı doğal karşıladıklarını, %46.7'sinin hastanın acılarının sona erdiğini düşündükleri bulunmuştur (24). Son iki yıldır yaşanan pandemi, sağlık profesyonellerinin ölüm algısını etkilediği, ölüme yükledikleri anlamlarda değişimlerin olduğu anlaşılmıştır.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda beceri ve eğitim ihtiyacı yaklaşık orta düzeylerde bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır (22). Ölmekte olan hastaya bakım vermeye hazırlık hususunda tıp öğrencileri kendilerini hazırlıksız hissederken (140), hemşirelik öğrencilerinin %43.9'u kendilerini terminal dönem hasta bakımında yeterli hissetmedikleri belirlenmiştir (59). Yapılan bir çalışmada tıp eğitimi verilirken ölüm ve ölmekte olan hasta ile ilgili öğretilen tek şeyin hastalığın nasıl tedavi edilmesi gerektiği, bu eğitim sırasında tıp öğrencilerinin ölüm olgusu karşısında tutumlarının yeterli değerlendirilmediğini vurgulamaktadır (141). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da

%75.7'sinin terminal dönem hastanın bakımı konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri tespit edilmiştir (6). Literatüre bakıldığında lisans dönemi boyunca verilen eğitimlerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye hazırlamadığı tutarlı olarak gösterilmiştir (87,142,143). Sonuçta, sağlık profesyonellerinin meslek yaşamlarında hizmet içi eğitimlerle ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda desteklenmeye ve becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin sağlık profesyonellerinin tutumunun olumlu ve orta düzeyde (98.04 ± 7.34) olduğu görülmektedir. Çalışmamızda FATCOD Ölçeği'nden elde edilen sonuç ile aynı ölçek kullanılarak yapılan diğer çalışmalar karşılaştırıldığında, FATCOD Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması uluslararası çalışmalarda; 130 ± 12.7 (144), 107 ± 10.5 (145), 111.66 ± 9.06 (146), 119.8 ± 11.1 (147) iken, ülkemizde yapılan bir çalışmada elde edilen sonuç (99.9 ± 8.7) (16) ve çalışmamızın toplam puan ortalaması daha düşüktür. Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının tutarlı biçimde pozitif olduğu, ancak çalışmamızda elde edilen puanın kısmen daha düşük olması, ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda olumlu tutumun artırılmasına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyine bakıldığında da ortanın üstü/yüksek (43.74 ± 10.68) ve birçok çalışmanın sonucunda bildirilen puan ortalamasının ($43.9-50.6$) alt sınırına yakın olduğu görülmektedir (27,28,100). Ülkemizde aynı ölçek kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda sağlık profesyonellerinin saygın ölüm ilkelerini kabullenme düzeyleri yüksek olarak belirlenmiştir (148,149). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimsediği ancak geliştirilmeye ihtiyaç olduğu söylenebilir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalardan birinde hekimlerin ölüm ve ölmekte olan hastaya karşı tutumları incelenmiş ve %70.1'inin "Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, iyi ölüm ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür" ifadesini benimsediği saptanmıştır (89). Sağlık profesyonellerinin iyi, saygın bir ölümün insan onuruna uygun olması gerektiği hassasiyetine sahip çıktığı görülmektedir. Saygın ölüm ilkeleriyle yaşamın son günlerini yaşayan hastalara bakım verilmesi, ilkelerin uygulamaya yansıtılması gerekir çünkü her insan yaşamının son döneminde onurlu ve saygın bakım almayı hakketmektedir (98,150). Yoğun bakım ve onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin yararsız

tıbbi bakım ve iyi ölüm ilkelerine dair algı ve deneyimlerini inceleyen bir araştırmada, hastanelerde hemşirelerin sadece %25'nin saygın ölüm ilkelerinin uygulandığını ifade ettikleri saptanmıştır (151). Saygın ölüm ilkelerinin benimsenmesi ve uygulamaya aktarılması konusunda yapılacak çalışmalara, kültürlerarası farkların ortaya konmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada Psikolojik Esneklik Ölçeği'nden elde edilen puan ortalaması 127.31 ± 14.12 (102-162) olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin alt boyutlarında en yüksek puan ortalaması değerler ve değer doğrultusunda davranış için 53.90 ± 6.96 , en düşük puan ortalaması ayrışma için 12.39 ± 2.91 olarak saptanmıştır. Son yıllarda ülkemizde aynı ölçek kullanılarak Ünver (2021) tarafında yapılan çalışmada psikiyatri hemşirelerinde psikolojik esneklik düzeyi 124.88 ± 11.38 , ölçeğin değerler alt boyutunda puan ortalamaları 54.67 ± 5.05 , ayrışma alt boyutunda puan ortalamaları 11.23 ± 2.58 olarak saptanmıştır (152). Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin psikolojik esneklik düzeyinin bu çalışmaya benzer olarak orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Özdemir (2021) psikiyatrik tanılı bireylerle yaptığı çalışmada psikolojik esneklik puan ortalamasını (135.27 ± 20.39) daha yüksek olarak bulmuştur (153). Ramaci ve arkadaşlarının (2019) hastanede sağlık profesyonelleri ile yaptığı araştırmada psikolojik esneklik düzeyinin ortalamasının altında olduğu (2.50 ± 1.18) saptanmıştır (154). Hekim ve hemşirelerin psikolojik esneklik düzeylerine yönelik farkındalığın artırılması yararlı olabilir, psikolojik esneklik düzeyleri geliştirilebilir. Çünkü onların bakım davranışları sadece kendileri için değil, bakım verdikleri bireyler için de önemlidir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumu (FATCOD puanı) ile bağımsız değişkenler arasında ilişki ya da fark aranmıştır. FATCOD puanı ile saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi ile ilişki bulunamamıştır. Benzer bir çalışmaya ulaşılammıştır. FATCOD puanı ile psikolojik esneklik toplam puanı arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.258$; $p<0.01$). Psikolojik esneklik alt boyutlarından an'da olma ($r=.226$; $p<0.01$) ve kabulün ($r=.144$; $p<0.05$) ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumla ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan regresyon analizinde sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyindeki değişimin %6'sının anda olma ile açıklandığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin psikolojik esneklik düzeyleri özellikle an'da

kalabilmeleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır. Literatürde benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır ancak kabullenilmesi zor, genelde kaçınma ile tepki verilen ölmekte olan hastanın bakımını sürdürdüklerinde ve ölümle yüzleşip, kabullenebildiklerinde, daha sonra zamanlarını geçmiş ya da geleceği düşünerek harcamamaları olumlu etkilediği düşünülebilir. Sağlık profesyoneli için yaşam akıp giderken, ölmekte olan veya ölen hastanın yerine o anda deneyimlediği şeye odaklanarak anda bulunmaya, zihni o an'a ve o sırada ne oluyorsa ona yönleltmeye devam edebilecektir (32). An'da olarak kişinin hem iç hem dış dünyayla temas halinde olması, ölümü hayatın doğal bir sonucu olarak kabullenmek, ölmekte olan hastaya bakım vermekten kaçınmayı azaltabilir. Bu açıdan hekim ve hemşirelerin psikolojik esneklik düzeyinin yüksek olması, yaşamının son dönemindeki hastanın bakımına katkı sunabilir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölümü anlamlandırma biçimlerinin, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığının, yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumunun ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyinde anlamlı fark oluşturup oluşturmadığı da araştırılmıştır. Bu değişkenlere göre katılımcıların FATCOD puan ortalamasında fark tespit edilmemiştir ($p>.05$). İncelediğimiz değişkenlerin literatürde sıklıkla sağlık profesyonellerinin ölüm kaygısına etkisinin araştırıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ölümden sonra yaşamın olduğuna olan inancın bireylerde ölüm kaygısını azalttığına yönelik sonuçlar saptanmıştır (155,156,157). Onkoloji ve cerrahi hemşiresiyle yapılan bir çalışmada terminal dönemde olan hastalarla daha sık karşılaşan hemşirelerin ölüme ve terminal dönemdeki hastanın bakımına daha pozitif yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir (158). Başka bir çalışmada 30 ve daha üzeri ölümle karşılaşan hemşirelerin, 60 ve üzeri ile bir ve üzeri ölümle karşılaşan hemşirelere göre daha olumlu tutum sergilediği belirlenmiştir (159). Koç ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada çalıştıkları birimde ölüm olgusuyla sık karşılaşan hemşirelerin ölüme karşı daha pozitif tutum sergiledikleri saptanmıştır (160). Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda klinikte ölüm olayını ve ölmekte olan hastaya verilen bakımı deneyimlemek ölüme yönelik tutumu olumlu etkilediği gösterilmektedir (56,59,161,162,163,164). Arslan ve ark. (2014), yaptığı çalışmada hemşirelerin yakın çevresinde ölümle karşılaşma durumu

terminal dönemde olan hastaya bakım verme durumunu etkilemediği tespit edilmiştir (161). Bazı çalışmalarda ise yakın çevresinden birini kaybetme deneyimini yaşayan hemşirelerin ölüm olgusu karşısında olumsuz tutum sergiledikleri belirlenmiştir (21,157). Başka bir çalışmada hemşirelerin birinci derece yakınıni kaybettiğinde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (165). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmada yakın çevresinden bir kayıp yaşamayan öğrencilerin ölüme ilişkin tutumlarını etkilemediği ve ölmekte olan hastaya bakım verirken keder, öfke, çaresizlik, ümitsizlik hissettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır (166). Bu konuda çalışma sonuçlarının tutarsız olduğu görülmektedir. Yine de genelde ölümle sık karşılaşmanın, pozitif tutum sağladığı anlaşılmaktadır. Ancak bu çalışmalarda kullanılan değerlendirme araçlarının farklı olması, çalışmamızda elde edilen sonucun farklı olmasına yol açmış olabilir. Diğer alternatif bir açıklama, pandemi döneminde ölüme verilen anlamın ve ölümle karşılaşma sıklığının değişmesine yol açmış olabilir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyini demografik özellikleri etkilemekte midir sorusunun yanıtı araştırıldığında da herhangi bir fark veya ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmamıza benzer olarak yaş ile terminal dönemde olan hastanın bakımına ilişkin yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişkinin tespit edilmediği çalışmalar vardır (16,159,161,167). Lange ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada ise yaş arttıkça ölmekte olan hastaya bakım verirken daha olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir (168). Hasheesh ve arkadaşlarının (2013), yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastalara bakım sunmaya yönelik tutumları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve daha yaşlı hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakmaya ve ölüme karşı daha olumlu tutum sergilediği bildirilmiştir (164). Literatürde çalışmamıza benzer olarak cinsiyet ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. (16,164,169,170,171). Bu konuda yapılan çalışmalarda medeni durumun da ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları üzerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (171,172). Terminal dönemde olan hastanın bakımıyla ilgili tutumların belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak eğitim durumunun sağlık profesyonellerinin tutumunu etkilemediği tespit edilmiştir (167,173). Başka bir çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin diğer mezunlara göre ölmekte olan

hastaya bakım verirken daha olumlu tutum gösterdikleri belirlenmiştir (159). Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise mezunu olan hemşirelerin ön lisans ve lisans mezunlarına göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (16). Çalışmamızda hem hemşirelerin hem hekimlerin yer alması nedeniyle sadece hemşirelerle yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyini mesleki özellikleri etkilemekte midir sorusunun yanıtı araştırıldığında da herhangi bir istatistiksel anlamlı fark veya ilişki bulunamamıştır ($p>.05$). Literatürde çalışmamıza benzer olarak hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölmekte olan hastaya karşı tutumları üzerinde anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı bildirilmektedir (174,175). Bu çalışmaların sonuçları, çalışmamızın bulgularıyla benzerken, başka bir çalışmada ise hospis ve acil servis hemşireleri karşılaştırıldığında, acilde çalışan hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarının olumsuz olduğu, bakımevinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (130). Çevik ve Kav (2013) yaptıkları çalışmada, onkoloji ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin diğer klinikte çalışan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha olumlu tutum sergilediği sonucuna ulaşmıştır (16). Hamama-Raz ve arkadaşları (2000) onkoloji, iç hastalıkları, cerrahi, psikiyatri ve pediatri kliniğinde çalışan uzman hekimlerle yaptıkları araştırmada, meslekte daha tecrübeli olan hekimlerin ölüm kaygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (176). Özkırış ve arkadaşları (2011) meslek unvanlarının ölüm kaygısını etkilemediği sonucunu bildirmiştir. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birime göre ölüm olgusuyla karşılaşma sayıları farklılık göstermektedir (89). Yapılan bir çalışmada psikiyatri servisinde karşılaşılan ölüm olgusu ile acil ve onkoloji servislerinde görülen ölüm olgusu arasında sayı ve farklılık olmaktadır (4). Sağlık profesyonellerinin tedavi ve bakım verdikleri hasta popülasyonuna göre tutumlarında farklılık olduğunu ve olmadığını gösteren çalışma bulguları olduğu göz önüne alındığında, henüz bu konuda bir sonuca ulaşamayacağı anlaşılmaktadır. Ayrıca pandemi nedeniyle hekim ve hemşirelerin çalıştıkları servisler sıklıkla değiştiğinden, ölümle karşılaşma durumları da değişmiştir. Çalışmamızın sonucunu bu faktörler de etkilemiş olabilir.

İlgili literatüre bakıldığında meslekte daha deneyimli olan sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya bakım verirken daha olumlu tutum sergilediği görülmektedir (164,168,177). Çevik ve Kav (2013) ise yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalışma yılı 0-1 yıl ile 6-10 yıl olan grup ortalamalarının, 2-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri olanlara göre ölmekte olan bireye bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır (16). Ali ve Ayoub (2010)'un hemşirelerle yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin çalışma yılları ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (159). Karakaya (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam çalışma süresi ve çalıştıkları birimde çalışma sürelerinin ölmekte olan hastaya karşı tutumunda anlamlı bir fark ortaya çıkarmadığını belirlemiştir (172). Bu çalışmalar, çalışmamızda ortaya çıkan mesleki çalışma sürenin ölmekte olan hastaya tutumda etkisinin olmamasını desteklemektedir ancak deneyimin olumlu katkısı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Lima ve ark. (2013) yaptığı çalışmada, hemşirelerin bir kısmı ölmekte olan hastaya bakım becerilerinde kendini yeterli görürken, bir kısmı da duygusal olarak bir şey ifade etmediğini ve diğer hastalara verilen bakımdan bir farkı olmadığını belirtmişlerdir (178). Özhan (2019), üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlükleri araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya bakım sunmakta güçlük yaşadıkları saptanmıştır (179). Bir üniversite hastanesinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada, %58.6'sı ölmekte olan hastaya psikolojik ve fiziksel bakım verme becerilerinde güçlük yaşadıklarını ve eğitime ihtiyacı olduklarını ifade etmişlerdir (180). Başka bir çalışmada hemşirelerin terminal dönemde olan hastaya bakımında güçlük yaşadıkları, çaresizlik, üzüntü hissettikleri saptanmıştır (137). Çalışmamızda ise sağlık profesyonelleri 7 puan üzerinden becerilerini ortanın üstünde (5.64) ve eğitim ihtiyacını orta düzeyde (4.22) hissettiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca FATCOD puanı ile ilişkili bulunmaması da sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya olumlu tutumunu geliştirmek için etkileyen faktörlerin ve müdahalelerin belirlenmesine yönelik daha farklı bir perspektifle ve yöntemle çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık profesyonellerinin %69.1 kadındır ve yaş ortalaması 32.09 ± 7.03 yıldır. Sağlık profesyonellerinin %50'si evlidir, %51.3'ünün çocuğu olmadığı belirlenmiştir.

Sağlık profesyonellerinin %63.6'sı hemşirelerden oluşurken %36.4'ü ise hekimlerden oluşmaktadır. Lisans mezunu katılımcılar çoğunluktadır (%76.7) ve meslekte çalışma süreleri 10 ay ile 31 yıl arasında olup ortalaması da 7.39 ± 6.24 yıldır.

Sağlık profesyonellerinin %48.7'si yoğun bakım ünitelerinde, %17.4'ü cerrahi servislerde, %10.6'sı COVID servisinde, %10.2'si çocuk servisinde ve %8.9'u da dahili servislerde çalışmaktadır.

Mevcut servislerde çalışma süresi 10 ay ile 21 yıl arasında olup, ortalaması 2.97 ± 2.95 yıldır.

Çoğu (%78) vardiya/nöbet ile çalışmaktadır ve çalıştıkları birimden memnuniyetleri ortanın üstünde (5.08 ± 1.81 (0-7) düzeydedir.

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını %35.6 oranında sık sık sürdürdükleri görülürken, %25.8'i her zaman, %17.8'i çok az ve %13.1'i çok sık sürdürdüklerini, sadece %7.6'sı bu bakımı sürdürmek istemediklerini belirtmiştir.

Katılımcıların yarısından fazlasının (%53) çalıştıkları birimde sık sık ölümle karşılaştıkları görülürken, %3.8'i ise çalıştıkları birimde herhangi bir ölüm olgusuyla karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık profesyonellerinin %49.2'sinin son bir yıl içerisinde yakın çevresinden birinin kaybını yaşadıkları görülürken, %50.8'i ise herhangi bir yakın çevreden kayıp yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık profesyonellerinin ölümün anlamına yönelik algılarında %37.3'ü hayatın gizemi, akıl almaz bir durum olarak anlamlandırırken, %28.8'i hatırlatıcı ve %10.2'si de yalnızlık olarak anlamlandırdıkları; Hastalarının ölümüne dair katılımcıların algılarında ise %35.5'i ölümün hatırlatıcı bir durum olduğu,

%27.1'i hayatın gizemi, akıl almaz bir durum ve 12.7'si de acı çekme olarak ifade etmiştir.

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi ortalaması 5.64 ± 1.58 (0-7) olup, eğitim ihtiyacına yönelik ortalaması ise 4.22 ± 2.24 (0-7) olarak belirlenmiştir.

FATCOD Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortalaması 98.04 ± 7.34 (85-115), Saygın Ölüm İlkeleri Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 43.74 ± 10.68 (12-60) olarak bulunmuştur. Psikolojik Esneklik Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması 127.31 ± 14.12 (102-162), alt ölçeklerinin puan ortalaması değerler ve değer doğrultusunda davranış için 53.90 ± 6.96 (35-70), An'da olma için 31.38 ± 8.67 (15-49), kabul için 16.23 ± 5.14 (5-29), bağlamsal benlik için 13.33 ± 3.18 (4-21) ve ayrışma için 12.39 ± 2.91 (7-20) olarak bulunmuştur.

FATCOD toplam ile psikolojik esneklik toplam arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.258$; $p<0.01$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin psikolojik esneklik düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutumun arttığı anlaşılmıştır.

FATCOD toplam ile psikolojik esneklik An'da olma alt boyutu arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.226$; $p<0.01$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin an'da olma düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır.

FATCOD toplam ile psikolojik esneklik kabul alt boyutu arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.144$; $p<0.05$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin kabul düzeyleri yükseldikçe, ölmekte olan hastaya pozitif tutum düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği alt boyutlarından an'da olma düzeyi ölmekte olan hastaya yaklaşım düzeyindeki değişimi yordadığı tespit edilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumuna, ölüm algılarına, ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme ve çalışılan klinikte ölümle karşılaşma sıklığına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutum puan ortalamasında cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, ekonomik duruma, çocuk sayısına, çalışma biçimine ve mesleğe göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya tutumları ile yaş, mesleki deneyim, çalışılan bölümden memnuniyet ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda algıladıkları beceri düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$).

6.2. Öneriler

Hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarına göre yapılacak benzer çalışmalar hem psikolojik esnekliğin hem de ölmekte olan hastaya karşı tutumun daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir.

Daha sonra yapılacak araştırmalarda, ölüm olgusu ile ilgili daha detaylı bilgilerin ortaya çıkarılmasını sağlayacak nitel yöntemlerin kullanılması,

Sağlık profesyonellerinin, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının gözlem yoluyla da değerlendirilmesi,

Etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmaların yapılmaya devam edilmesi,

Araştırmada psikolojik esneklik ile ölmekte olan hastaya karşı tutum arasında saptanan pozitif ilişki dikkate alındığında, hekim ve hemşirelerde psikolojik esnekliği geliştiren müdahalelerin kullanılarak etkisinin değerlendirilmesi,

Sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki gelişimlerini sağlayacak hem temel eğitim hem de hizmet içi eğitimlerinde ölüm ve ölüme ilişkin tutumlarını iyileştirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

Sağlık profesyonellerinin terminal dönemde olan hastaya bakım verdiği kliniklerde farkındalığı artıracak ve başetmelerini destekleyecek uygulamaların süreklilik kazanması,

Ölmekte olan hastaya bakım verirken sağlık profesyonellerinin yaşadıkları güçlüklerle ilişkin yöneticilerin farkında olması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10:253-260.
2. Badur S. Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. Ölüm: Bir topografya. *Cogito Dergisi*. 2010; 40:22-25.
3. Erginer G. Bir halk bilimcinin gözünden ölüm. *Cogito*, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2004.
4. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum; 2014.
5. Uçar H. Ölüm kavramı ve ölümcül hastada hemşirelik bakımı. *Hemşirelik esasları el kitabı* (İçinde) M. Atalay (Ed.), Birlik Ofset Ltd Sti; 1997. s. 195-201.
6. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12(1): 14-17.
7. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüme karşı tutum ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009; 2: 28-43.
8. Öz F. Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj; 2004. s.276- 317.
9. Tepehan S. Yoğun Bakım ve Servislerde Çalışan Sağlık Personelinin Ötenaziye Yaklaşımı. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul; 2006.
10. Yorulmaz D, Sezer HK. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların ölüm kaygıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*. 2020; 3(2):171-7.
11. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(5): 395-403.
12. Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2003;22(5): 216-22.
13. De Araujo MMT, da Silva MJP. Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Reviews*. 2004;51: 149-58.
14. Vejlgaard T, Addington-Hall JM. Attitudes of danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative Medicine*. 2005;19(2): 119-127.
15. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(2): 178-187.
16. Çevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*. 2013; 36(6): 58-65.

17. Koku F, Ateş M. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.2016; 3(2): 99-104.
18. Kumaş G, Öztunç G, Alparaslan ZN. Intensive care unit nurses'opinions about euthanasia. *Nursing Ethics*. 2007;14(5): 637-650.
19. Gürkan A, Gümüş BA, 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*. 2011;4(1): 2-12.
20. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA The Journal of The American Medical Association*. 2000;284(19): 2460-2468.
21. Kara N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul; 2002.
22. Karahisar F. Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum; 2006.
23. Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses'attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(10): 1683-1687.
24. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;2(2): 41-46.
25. Matsui M, Braun K. Nurses' and care workers'attitudes toward death and caring for dying older adult in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010;16(12), 593-598.
26. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012;18(6):267-273.
27. Çelik N. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;12(2):316-327.
28. Köse S, Tunalı Bİ, Yıldırım G. Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerin ölüm ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019;23(1): 9-17.
29. Dadfar M, Farid AAA, Lester D, Vahid MKA, Birashk B. Effectiveness of death education program by methods of didactic, experiential, and 8A model on the reduction of death distress among nurses. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(7): 60-71.
30. Duyan V. Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;8(1): 25-31.
31. Fujimura T, Okanoya K. Heart rate variability predicts emotional flexibility in response to positive stimuli. *Psychology*. 2012;3(8): 578-582.
32. Uygur SS. Üniversite Öğrencilerinin psikolojik esneklik düzeylerinin yordanmasında duygusal şemaların rolü. *International Journal of Social Science*. 2018;70:135-151.
33. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger Publications. 2010; 60: 549-552.
34. Wong PT. Meaning therapy: assessments and interventions. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*. 2015;26(1):154-161.

35. Dönmez ÇF, Yılmaz M. Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümle baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012;3(3):141-147.
36. Tufan İ. *Old Age from Antiquity to Today (Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık)*. İstanbul: Aykırı Matbaacılık; 2002.
37. Peykerli, G. Ölümcul hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003;25(4): 62-65.
38. Kastenbaum R, Aisenberg R. *The Psychology of Death*. New York: Springer Publishing Company; 1972.
39. Özel Ç. Medeni Hukuk Açısından Ölüm Anının Belirlenmesi Ve Ceset Üzerindeki Hakka İlişkin Bazı Düşünceler. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*. 2002; 51(1): 43-78.
40. Knight B. *Forensic Pathology*. London, Melbourne: Auckland; 1991.
41. Maio DDJ, Maio DVJM. *Forensic Pathology*, London: CRC Press; 1993.
42. Koç S, Can M. *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Türk Tabipler Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği. 2011; 18-19.
43. Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüm verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006; 3(2): 44-45.
44. Burcu E, Akalın E. Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları (HÜTAD)*. 2008;(8): 29-54.
45. Aksu T, Okçay H. Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010;5(14):113-126.
46. Warren BJ. The cultural expression of death and dying. *Case Manager*. 2005;16(1):44-47.
47. Demirkol M. İntihar olasılığı: kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara Üniversitesi. Ankara, 2013.
48. Sağır A. Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 2012; (2):903-925.
49. Hökelekli H. Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma II. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1992; 4(1): 57-98.
50. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 14(3):171-179.
51. Zisook S, SA Z. Ölüm, ölmek ve yas: In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007. p. 2367-2392.
52. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölümle karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(3):119-12.
53. Keser Ö. Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı. *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, Editör: Akça Ay F, İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2007.

54. Mok E, Chiu PC. Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48(5): 475-483.
55. Brosche TA. A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*. 2007;26(1):21–28.
56. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 2005;11(8):423-430.
57. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(1):59-68.
58. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative & Supportive Care*. 2008;6(4):363-369.
59. Taşdemir G, Gök F. Bir sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2012;9:288-302.
60. Ay F, Gençtürk N. Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013;21(3),164-171.
61. Başer G, Yiğit R. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadıkları duygular. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 1996;13(3):209-215.
62. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *Journal of advanced nursing*. 2003;44(5):525-533.
63. Cherlin E, Schulman-Green D, McCorkle R, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. Family perceptions of clinicians' outstanding practices in end-of-life care. *Journal of Palliative Care*. 2004;20(2):113-116.
64. Frommelt KHM. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2003;20(1):13-22.
65. Abdel-Khalek AM, Al-Kandari Y. Death anxiety in kuwaiti middle- aged personnel. *The Journal of Death and Dying*. 2007;55(4):297-310.
66. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: hekime düşen görev. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 2008; 71(1):22-26.
67. Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education: status report and future directions. *Jama*. 1997;278(9):733-738.
68. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Academic Medicine*. 1998;73:418-422.
69. Seravalli EP. The dying patient, the physician, and the fear of death. *The New England Journal of Medicine*. 1988;3(19):1728-1730.
70. Gerber I. Medical care of the dying patient: Physicians' attitudes and behavior. In: Klagsburn SC, Goldberg IK, Rawnsley MM, Kutscher AH, Marcus ER, Siegel ME. (Eds.) *Psychiatric aspects of terminal illness*. The Charles, Philadelphia, The Charles Press; 1988. p. 13-24.
71. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy D, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care: perspectives of patients, families, and health care workers. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(1):41-49.
72. Mok E, Lee WM, Wong FK. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*. 2002;22(4):319–329.

73. Yam BM, Rossiter JC, Cheung KY. Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(5):651–659.
74. Çakırcalı E. Hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar. 3.Baskı İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir; 2000.
75. Román EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;34(3):338-345.
76. Berman A, Snyder S, Frandsen G. Study Guide for Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, [by] Berman, Snyder. Pearson; 2016.
77. Eues SK. End-of-life care; improving quality of life at the end of life. *Professional Care Management*. 2007;12(6):339–344.
78. Feudtner C. Hope and the prospects of healing at the end of life. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2005;11(1):23–30.
79. Jo KH, Doorenbos AZ, Gyeong JA. Effect of an end-of- life care education program Among Korean Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2009;11:230–238.
80. Merja K. Emotional support for dying patient the nurses's perspective. *European Journal of Oncology Nursing*. 2003;7(2):120–129.
81. Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı, Nobel Matbaacılık, Hadımköy-İstanbul; 2012. s: 698-720.
82. Ayhan D. Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Ankara; 2013.
83. Tanhan, F. Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013;10(1):184-200.
84. Tanhan, R, İnci İA. Ölüm Eğitimi. Ankara: Pegem Akademi. Ankara; 2009.
85. Slaughter V. Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*. 2005;40(3):179-186.
86. Slaughter V, Griffiths M. Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2007;12(4):525-535.
87. Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(4):222-229.
88. Zaybak A, Erzincanlı S. Hemşirelerin ölümüne karşı tutumları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016;6:16-29.
89. Özkiriş A, Güleç G, Yenilmez Ç, Musmul A, Yanaş M. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2011;24:89-100.
90. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;50(3):335-342.
91. Topuz I. Ölüm Algısı Ölçeği (ÖAÖ) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*. 2013;11(26):279-300.

92. Ertufan H. Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Sıklığının Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir; 2008.
93. Van Der Geest S. Dying peacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social Science & Medicine*. 2004;58:899–911.
94. Han NY, Yoon HJ, Park IH, Chung YS, Yoo SM. The elderly's perception of good death. *Korean Journal of Family Medicine*. 2002;23:769–777.
95. Toscani F, Borreani C, Boeri P, Miccinesi G. Life at the end of life: Beliefs about individual life after death and good death models a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:1–10.
96. Özgüroğlu M. Terminal dönemdeki kanser hastasına yaklaşım: Hospice ve Palyatif Bakım. *Klinik Gelişim*. 2004;17(1-2):1-2.
97. Chen CY, Chiu TY, Bhikkhuni TT. Influencing factors of death fear in terminal cancer patients. *Taiwan Journal Hospice Palliative Care*. 2003;8(2):134–142.
98. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative medicine*. 2014;28(7):931-940.
99. Henwood M. Debate of the Age Health and Care Study Group. The Future of Health and Care of Older People: The Best Is Yet to Come. Age Concern England; 1999.
100. Dağ A, Badır A. Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2017;10(4):186-192.
101. Benner P, Kerchner S, Corless IB, Davies B. Attending death as a human passage: core nursing principles for end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 2003;12(6):558-561.
102. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(1):23-37.
103. Işıksan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2008;24:34-44.
104. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford Press; 1999.
105. Harris R. ACT'ı Kolay Öğrenmek İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç (H. T. Karatepe ve F. Yavuz, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık; 2018.
106. Whittingham K, Wee D, Sanders MR, Boyd R. Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*. 2012;39(3):366–373.
107. Ciarrochi J, Bilich L, Godsel C. Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. (pp. 51-76). New Harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA; 2010.
108. Harris R. ACT'i Kolay Öğrenmek. (H.T. Karatepe ve K.F. Yavuz, Çev.). İstanbul:Litera Yayıncılık; 2016.
109. Strosahl KD, Robinson PJ. Teaching ACT: To whom, why and how. J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary theory research and practice* (pp. 59–89) Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press; 2009.

110. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639–665.
111. Allen JR. Effects of values development on parents' experiential avoidance in parentchild interaction therapy (Unpublished doctoral dissertation). Hofstra University Hempstead. Newyork United States; 2016.
112. Hayes SC, Wilson KG. The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1995;26(3):241–248.
113. Burke K. Parental psychological flexibility in parenting of adolescents (Unpublished doctoral dissertation). Swinburne University of Technology. Melbourne, Australia; 2013.
114. Köroğlu E. Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler, Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar. Ankara: HYB Yayıncılık; 2009.
115. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford press; 2012.
116. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44:1–25.
117. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*. 2001;57(2):243– 255.
118. Biglan A, Hayes SC. Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*. 1996;5(1), 47–57.
119. Yavuz KF. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2015;8(2):21-7.
120. Cansız A, Nalbant A, Yavuz KA. Şizofreni hastalarında psikolojik esnekliğin araştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2020;9(2):82-93.
121. Blackledge JT, Ciarrochi J, Deane F. (Eds.). *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory Research and Practice*. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press; 2009.
122. Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publication. 2009;9 (13):26-30.
123. Karakuş S, Akbay SE. Psikolojik Esneklik Ölçeği: Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2020;16(1):32-43.
124. Gün N. *İçimizdeki zaman, duyguların simyası*. İstanbul: Kuraldışı Yayınları; 2007.
125. Koçak R. Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2002;35(1-2):183-212.
126. Frommelt KM. Frommelt attitude toward care of the dying scale. Unpublished master's thesis, University of Dubuque. Dubuque, LA; 1988.
127. Francis AW, Dawson DL, Golijani-Moghaddam N. The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(3):134-145.
128. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics* (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon; 2013.

129. Cevahir, E. SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi. İstanbul: Kibele Yayınları; 2020.
130. Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(4):700-6.
131. Field D, Wee B. Preparation for palliative care: Teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Medical Education*. 2002;36(2):561-7.
132. Bal T. Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara; 2018.
133. Çınar B. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlarına etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul; 2018.
134. Başaran N. Kanseri tanısı konmuş hastalara, tanıların söylenip söylenmemesine ilişkin doktor, hemşire ve hasta görüşlerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara; 1987.
135. Çimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalara Bütüncül Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002.
136. Forbes MA, Rosdahl DR. The final journey of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2003;5(4):213-220.
137. Köse G, Durmaz O, Özet FG. Yoğun bakım ünitelerinde ve yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin ölüme karşı düşünce ve tutumlarının karşılaştırılması. *Acıbadem Hemşirelik Bilimsel Çalışmalar*, 2011. Erişim:; <http://www.acibademhemsirelik.com/BilimselCalismalar.asp?mID=10&yil=2011>. Erişim Tarihi: 16 Nisan 2012.
138. Bucuka Y. Covid-19 kaynaklı ölümlerde yerine getirilemeyen ritüeller ve ölümün toplumsal bağlamından uzaklaşması. *Toplum ve Sosyal Hizmet, Covid-19 Özel Sayı*. 2021;1:103-123.
139. Tatar Ü. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul; 1988.
140. Sullivan AM, Lakoma MD, Block D. The status of medical education in end of life care. *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(9):685-695.
141. Oğuz Y. Tıp etiği açısından ötenazi. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(3):5-8.
142. Karen S, Cecile O, Elizabeth S. Nursing experience and care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(1):97-103.
143. Shih FJ, Gau ML, Lin YS, Pong SJ, Lin HR. Death and help expected from nurses when dying. *Nurs Ethics*. 2006;13(4):360-75.
144. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(1):97-104.
145. Kinoshita S, Miyashita M. Development of a scale for “difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care”(DFINE): A survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(4):202-210.
146. Abudari G, Zahreddine H, Hazeim H, Al Assi M, Emara S. Knowledge Of And Attitudes Towards Palliative Care Among Multinational Nurses In Saudi Arabia. *International Journal Of Palliative Nursing*. 2014;20(9):7- 11.

147. Tait V, Higgs M, Magann L, Dixon J, Davis JM, Fernandez R. Attitudes of nonpalliative care nurses towards palliative care. *International Journal of Palliative Care*. 2015;1-6.
148. Hasg l E. Evde hasta bakımı öğrencilerinin saygın ölüm ilkeleri hakkındaki d ş nceleri. IV. International Multidisciplinary Congress of Eurasia Proceedings. April 27-30 Barcelona, Spain. 2017;597-605.
149. Duyan V, Serpen AS, Duyan G, Yavuz S. Opinions of social workers in Turkey about the principles on die with dignity. *J Relig Health*. 2016;55:1938-1953.
150. Kennedy G. The importance of patient dignity in care at the end of life. *The Ulster Medical Journal*. 2016;85(1):45-48.
151. Demir A, San ar B, Yazgan E ,  zcan S, Duyan V. Intensive care and oncology nurses' perceptions and experiences with "futile medical care" and "principles of good death". *Turkish Journal of Geriatrics*. 2017;20:116-124.
152.  nver L. Psikiyatri hemşirelerinde psikolojik esneklik ve profesyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya; 2021.
153.  zdemir İ. Çocukluk travmaları ve somatizasyon arasındaki ilişkide; Bilinçli farkındalık, psikolojik esneklik, deneyimsel kaçınma ve bilişsel esnekliğin aracılık rolleri. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Ekonomi Üniversitesi. İzmir; 2021.
154. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:1302.
155.  zcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. İzmir: Saray Tıp Kitapevleri; 1996.
156. Kraff WA, Litwin WJ, Barber SE. Religious orientation nad assertiveness: relationship to death anxiety. *The Journal of Social Psychology*. 1986;127(1):93-94.
157. Roff LL, Butkeviciene R, Klemmack DL. Death anxiety and religiosity among lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*. 2002;26:731-742.
158. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(1):97-104.
159. Ali WGM, Ayoub NS. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*. 2010;1(1):16-23.
160. Ko  A, Oztaş D, Avcı DA, Akkuş Y, Uysal N, Sılay K. Exploring Turkish Nurses' attitudes towards death: A prospective study. *JOJ Nurse Health Care*. 2017;4(5): 1-8.
161. Arslan D, Kilic N, Simsek N, Zorba P. Student nurses' attitudes toward dying patients in Central Anatolia. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2014;25(3):183-188.
162. Barrere CC, Durkin A, La Coursiere S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. *International Journal of Education Scholarship*. 2008;5(1):11-15.
163. Shih FJ, Gau ML, Lin YS, Pong SJ, Lin HR. Death and help expected from nurses when dying. *Nurs Ethics*. 2006;13(4):360-75.
164. Hasheesh MA, AboZeid SA, El-Said SG, Alhujaili AD. Nurses characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*. 2013;7(4): 384-394.

165. Kayaoğlu K, Ekinci M. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*. 2016;5: 21-36.
166. Özer Z, Yıldırım D, Bölüktaş RP. Hemşirelik öğrencilerinin ölüme karşı tutumları. *Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2015;2(4), 1-13.
167. Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2005;7(4):212-218.
168. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35:955-959.
169. Abu-El-Noor NI, Abu-El-Noor MK. Attitude of palestinian nursing students toward caring for dying patients a call for change in health education policy. *Journal of Holistic Nursing, American Holistic Nurses Association*. 2016;34(2):193-199.
170. Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Casteli L, Torta R. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;4(3):188-196.
171. Seven A. Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi. Sakarya; 2015.
172. Karakaya BG. Ölmek üzere olan hastalara hizmet veren hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitesine etkisinde empatinin aracı rolü. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi. Sakarya; 2019.
173. Conner NE, Loerzel VW, Uddin N. Nursing student end-of-life care attitudes after an online death and dying course. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2014;16(6):374-382.
174. Dalcalı KA, Çolak M. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının etik duyarlılıkları ile ilişkisi: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 2021;29(3):375-81.
175. Ay MA, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1442-57.
176. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Ohry A. Fear of personal death among physicians. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2000;41(2):139-149.
177. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(3):135-141.
178. Lima CSP, Batista ACO, Barbosa SFF. Perceptions of the nursing team in the care of the patient in brain death. *Rev Eletr*. 2013;15:780-789.
179. Özhan TK. Üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi. Bursa; 2019.
180. Akın B. Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümçül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya; 1996.

8.EKLER

EK 1.1 Aydınlatılmış Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sağlık Profesyonellerinin Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşımlarının, Ölüm Algıları ve Psikolojik Esneklikle İlişkinin İncelenmesi” dir. Bu çalışma BAİBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM danışmanlığında BAİBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Selinay KİLİTCİ tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

Bu araştırmada sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hastaya yaklaşımlarıyla birlikte ölüm algılarının ve psikolojik esneklik düzeylerinin belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde sizden kişisel bilgi formu, Frommelt Ölmekte olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik Esneklik Ölçeği anket formunu doldurmanız istenmektedir. Bu araştırma ile ilgili olarak anket formunda yer alan soruları samimiyetle, kendi düşüncenize göre yanıtlamanız ve bunun için yaklaşık 20-25 dakika ayırmanız sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu nedenle çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk veya rahatsızlık söz konusu değildir. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda sizinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırma yayınlansa bile kişisel bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendi bilgilerinize ulaşabilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için no.lu telefondan Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM’a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Tel: Tarih: İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Selinay KİLİTCİ Görevi: Hemşire / Yüksek lisans öğrencisi Tel: Tarih: İmza:
--	--

EK-1.2 Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınızı yazınız	2. Cinsiyetiniz 2. Kadın 2. Erkek
3. Eğitim durumunuz 1. Lise 2. Ön lisans 3. Lisans 4. Lisansüstü 5. Tıp fakültesi 6. Uzman hekim 7. Öğretim üyesi 8. Diğer	4. Medeni durumunuz 1. Evli 2. Bekâr 3. Boşanmış 4. Dul
5. Çocuk sayınızı yazınız	6. Ekonomik durumunuz 1. Çok düşük 2. Düşük 3. Orta 4. İyi 5. Oldukça iyi
7. Mesleğiniz 1. Hemşire 2. Hekim	8. Meslekte çalışma sürenizay/yıl
9. Şu anda çalıştığınız servis 1. Dahiliye servisi 2. Cerrahi servis 3. Yoğun bakım ünitesi 4. Psikiyatri servisi 5. Acil servis 6. Palyatif servisi 7. Covid servisi 8. Diğer.....	10. Mevcut serviste çalışma sürenizay/yıl
11. Çalışma biçiminiz 1. Sürekli gündüz 2. Vardiya/nöbet 3. Sürekli gece	12. Çalıştığınız bölümden memnuniyetinize 0 ile 7 arasında kaç puan verirsiniz? 07 Hiç memnun değil Çok memnun
13. Ölmekte olan hastanın tedavi ve bakımını sürdürme sıklığınız nedir? 1. Hiç 2. Çok az / Nadir 3. Sık sık 4. Çok 5. Her zaman	14. Ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda becerilerinize 0 ile 7 arasında kaç puan verirsiniz? 0 7 Hiç Tam
15. Çalıştığınız klinikte ölümle karşılaşma sıklığınız nedir? 1. Hiç 2. Çok az / Nadir 3. Sık sık 4. Çok 5. Her zaman	16. Son bir yılda ailenizden biri veya yakın bir arkadaşınız, akrabanız vefat etti mi? () 1. Evet () 2. Hayır
17. Bir hastanızın ölmesi sizin için ne anlam ifade eder? 1. Hayatın gizemi, akıl ermez bir durum 2. Acı çekme 3. Ödüllendirilme 4. Başarısızlık 5. Cesaret 6. Unutulması gereken bir olay 7. Yalnızlık 8. Terk etme 9. Hatırlatıcı 10. Bilmiyorum, fikrim yok 11. Diğer (lütfen belirtiniz).....	18. Ölüm sizin için ne anlam ifade etmektedir? 1. Hayatın gizemi, akıl ermez bir durum 2. Acı çekme 3. Ödüllendirilme 4. Başarısızlık 5. Cesaret 6. Unutulması gereken bir olay 7. Yalnızlık 8. Terk etme 9. Hatırlatıcı 10. Bilmiyorum, fikrim yok 11. Diğer (lütfen belirtiniz).....
19. “Ölüm riski yüksek hastalarla çalışma” eğitimine katılmakla ilgili ihtiyacınıza 0 ile 7 arasında kaç puan verirsiniz? 0 7	

Hiç	Tam	
-----	-----	--

EK-2 Frommelt Ölmekte olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)

Aşağıdaki ifadelerde hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bazı durumlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amaçlanmaktadır. Tüm ifadeler ölmekte olan birey ya da ailesinin bakımına ilişkin konuları içermektedir. Burada **“Ölmekte olan birey”** terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır. **“Aileden olmayan bakım verici”** ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastanın ailesinden birisi değildir.

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

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

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

EK-3 Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Her bir maddeye katılma durumunuzu 5 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

Maddeler	Tamamen Katılmıyorum =1	Katılmıyorum=2	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum=3	Katılıyorum=4	Tamamen Katılıyorum=5
1.Hastanın ölümün ne zaman geleceğini bilme ve kendini neyin beklediğini anlama hakkı vardır.					
2. Hastanın süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilme hakkı vardır.					
3.Hastanın saygınlığının ve mahremiyetinin korunması hakkı vardır.					
4.Hastanın ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilme hakkı vardır.					
5.Hastanın ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilme ve kontrol edebilme hakkı vardır.					
6.Hastanın gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilme hakkı vardır.					
7. Hastanın istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilme hakkı vardır.					
8.Hastanın sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilme hakkı vardır.					
9.Hastanın son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilme hakkı vardır.					
10.Hastanın yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilme hakkı vardır.					
11.Hastanın vedalaşma için zamana sahip olabilme ve zamanlamasını kontrol edebilme hakkı vardır.					
12.Hastanın gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamama hakkı vardır.					

EK-4 Psikolojik Esneklik Ölçeği

Aşağıda psikolojik esneklik düzeyinizi ölçmeye ilişkin ifadeler yer almaktadır. Sizden, kendi yaşantınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Her bir maddeye katılma durumunuza göre 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

Hiç Katılmıyorum 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 Tamamen Katılıyorum	Hiç katılmıyorum						Tamamen Katılıyorum
1-Benim için neyin önemli olduğunu ve hayatımda gelmek istediğim noktayı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
2-Duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasını engellemek için bir şeylerle meşgul olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
3-Olumsuz duygular hissettiğimde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
4-Duygu ve düşüncelerimi değiştirmeksizin, onları olduğu gibi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5-Zorlayıcı duygu, düşünce veya hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
6-Üzüntü verici duyguları uzak tutmak için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
7-Stresli olsa bile, tercihlerim benim için neyin önemli olduğuna dayanarak yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
8-İş veya görevlerimi, ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik bir şekilde yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
9-Yaşamayı seçtiğim önemli değerlere sahibim.	1	2	3	4	5	6	7
10-Duygu ve düşüncelerim kontrol etmek ya da onlardan kaçınmak yerine, onları olduğu gibi kabul edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11-Düşünceler sadece düşüncelerdir-yaptıklarımı kontrol etmezler.	1	2	3	4	5	6	7
12-Aklıma gelen düşünce, duygu ve hisler ne olursa olsun, onları değiştirmeden ve onlara karşı çıkmadan tam anlamıyla deneyimlemeye razıyım.	1	2	3	4	5	6	7
13-Kişisel değerlerim doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7

14-Düşüncelerime öyle takılırım ki en çok yapmak istediğim şeyleri yapamam.	1	2	3	4	5	6	7
15-Düşüncelerimin, yapmak istediğim şeyleri engellemesine izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7
16-Yapması zor olsa bile, benim için anlamlı olan şeylerin sorumluluğunu alırım.	1	2	3	4	5	6	7
17-Kendim hakkındaki bir düşünceme tam olarak uymak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
18-Ne yaptığımı pek farkında olmadan otomatik hareket ediyordum gibi görünür.	1	2	3	4	5	6	7
19-Hayatta benim için gerçekten önemli olan şeyleri belirler ve onların peşinden giderim.	1	2	3	4	5	6	7
20-Benim için anlamlı olan etkinlikleri çok dikkatimi vermeden aceleyle yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
21-Bir şey benim için önemli ise onu yapmaya devam edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
22-Şuanda yaşananlara odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
23.Geçmiş ya da gelecek ile çok meşgul olduğumdan, kendimi şu an olanları kaçıırken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
24.En büyük hedeflerimden biri bana acı veren duygularımdan kurtulmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
25.Benim için oldukça önemli olsalar da kendimi, o işi dikkatimi vermeden yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
26.Değerlerim, davranışlarıma tamamıyla yansır.	1	2	3	4	5	6	7
27.İlerleme yavaş olsa bile, zaman gerektiren uzun vadeli planlarıma sadık kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
28.Hayatımı nasıl yaşamak istediğimle uyumlu bir şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-5 Ölçek Kullanım İzinleri

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Gelen Kutusu x



Selinay Kilitçi

17 Ocak Paz 16:42 (7 gün önce)



Merhaba Banu hanım, Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim.(S...



banu küçük

Alıcı: ben

20 Ocak Çar 17:22 (4 gün önce)



Selinay merhaba tezinde ölçeği kullanabilirsin sevgiler

Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

...

Yanıtla

Yönlendir

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Gelen Kutusu x



Selinay Kilitçi

Alıcı

11:29 (9 dakika önce)



Merhaba Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim.(Selinay KİLİTÇİ) Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Saygın Ölüm İlkelerine ilişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeğini tez çalışmam da kullanmak için izin istiyorum.Ölçeğin tümünü ve değerlendirme yöntemi gönderirseniz memnun olurum.Şimdiden teşekkürler,İyi çalışmalar.



Veli Duyan

Alıcı: ben

11:32 (6 dakika önce)



Sayın Selinay Kilitçi

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım.İyi günler, iyi çalışmalar dilerim. Sağlıcakla kalın.

...

Yanıtla

Yönlendir

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Selinay Kilitçi

Alıcı: karakusse

14 Ara 2020 Pzt 21:32



MERHABA,BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ALANINDA YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİYİM.(SELİNAY KİLİTÇİ)
SİZİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİ YAPTIĞINIZ PSİKOLOJİK ESNEKLİK ÖLÇEĞİNİ TEZ ÇALIŞMAM DA KULLANMAK İÇİN İZİN İSTİYORUM.ÖLÇEĞİN TÜMÜNÜ VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMİNİ GÖNDERİRSENİZ MEMNUN OLURUM.
ŞİMDİDEN TEŞEKKÜRLER,İYİ ÇALIŞMALAR...

Yanıtla

Yönlendir

Psikolojik Esneklik Ölçeği

Gelen Kutusu x



Sena Karakuş

Alıcı: ben v

14 Ara 2020 Pzt 21:47



Merhaba tabi ki kullanabilirsiniz. Size ekte değerlendirme ve ölçeği iletiyorum. Değerlendirme kısmında ufak değişiklik var o yüzden gönderdiğim eki kullanmanı rica ediyorum.



Veni İleti

