

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN ÖLÜM, ÖLÜMCÜL HASTA VE ÖTENAZİYE
İLİŞKİN TUTUMLARI**

Melike Ayça AY

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2013**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN ÖLÜM, ÖLÜMCÜL HASTA VE ÖTENAZİYE
İLİŞKİN TUTUMLARI**

Melike Ayça AY

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
 Program : Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
 Tez Başlığı : Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları
 Öğrenci Adı-Soyadı : Melike Ayça AY
 Savunma Sınavı Tarihi :12.09.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Yard. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
 (Başkent Üniversitesi)
 Tez Danışmanı : Prof. Dr. Fatma ÖZ
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Üye : Doç. Dr. Satı Demir
 (Gazi Üniversitesi)
 Üye : Yard. Doç. Dr. Figen ARI İNCİ
 (Niğde Üniversitesi)
 Üye : Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
 (Hacettepe Üniversitesi)



ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür y.

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ tez danışmanım ve değerli hocam olarak çalışmanın her aşamasının planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş engin deneyim ve bilgisini manevi desteğiyle birlikte sunmuştur.

Sayın Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgisi ve desteğini hiç esirgememiş, çalışmanın her aşamasına değerli katkılar sağlamış ve sevgisiyle birlikte her daim yol göstermiştir.

Çalışmanın uygulanmasında tüm meslektaşlarım, yoğun çalışma koşullarına rağmen araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. İş arkadaşlarım moral ve motivasyonuma sürekli katkı sağlayarak desteklerini esirgememişlerdir.

Değerli arkadaşım Arş. Gör. Sevcan TOPTAŞ umutsuzluğa kapıldığım her an manevi desteği ile yanımda olmuştur.

Canım annem, babam ve abim ile değerli geniş ailemin her bir üyesi sonsuz sevgi, güven, anlayış ve sabrıyla sınırlı bu yaşam sürecinde yanımda olarak hayatımı daha anlamlı beni de daha güçlü kılmıştır.

ÖZET

Ay, M. A., Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Bu araştırma hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan; çocuk veya yetişkin yoğun bakım ünitesi bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 25 hastanede çalışan 340 hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak “Hemşire Bilgi Formu” ve “Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey HSD ve LSD Testi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre hemşirelerin ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması 83.31 ± 9.48 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları “Ötenaziye İlişkin Tutum” için 36.94 ± 7.61 , “Ölüme İlişkin Tutum” için 24.07 ± 2.80 , “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” için 22.28 ± 3.18 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin medeni durum, çocuk sahibi olma, mesleki deneyim süresi, kayıp deneyimi yaşama durumu, ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenme durumu, ötenaziye tanımlama biçimi, ötenaziye uygun bulunduğu hasta grubu, ötenazi isteyene yapılması gereken girişimlere ilişkin görüşleri, ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziyle ilgili danışmanlık ihtiyacı hissetme durumlarına göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, çalışılan birim, ölümün anlamı, ölümcül hastaya bakım verirken yaşadığı güçlükler, ötenazi talebiyle karşılaşma durumunda hissedebileceği duygu ile nasıl davranabileceğine göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçlara göre, hemşirelere gerek eğitimleri, gerek iş yaşantısı süresince ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin olumlu tutum kazandırılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin uygun aralıklarla uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, ölümcül hasta, ötenazi, tutum, hemşirelik, yaşam sonu bakım.

ABSTRACT

Ay, M. A., Attitudes of nurses on death, dying patient and euthanasia, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Master Thesis in Psychiatric Nursing, Ankara, 2013. This research is done as a descriptive study to determine nurses' attitudes about death, dying patient and euthanasia. It is conducted with 340 nurses who are working in 25 hospitals which has a pediatric or adult intensive care unit and located within the boundaries of Ankara Metropolitan Municipality. "Nurse Data Sheet" and "Attitude Scale About Euthanasia, Death and Dying Patient" were used as data collection tool. The data obtained from research was evaluated using SPSS 15.0 statistics package program. Descriptive statistics, t test, one way analysis of variance, Tukey Test and LSD Test were used for data analysis. According to the findings of research, the mean total score of nurses' attitudes about euthanasia, death and dying patient is calculated as 83.31 ± 9.48 . Mean score of points of sub scales are; 36.94 ± 7.61 for attitudes on euthanasia, 24.07 ± 2.80 for attitudes on death and 22.28 ± 3.18 for attitudes on dying patient. It is found that there are statistically significant difference between the factors of marital status, having child, years of experience, bereavement experience, affected by working with dying patient, definition of euthanasia, views about patients who are appropriate for euthanasia, views about patients who desire to die, feeling need for counseling on death, dying patient and euthanasia according to the mean total score of nurses' attitudes about euthanasia, death and dying patient ($p < 0.05$). There are not statistically significant difference between the factors of age, working unit, definition of death, difficulties of working with dying patient, approaches and feelings of nurses regarding patients who desire to death according to the the mean total score of nurses' attitudes about euthanasia, death and dying patient ($p > 0.05$). According to these results it is recommended in order to gained positive attitude to death, dying patient and euthanasia, the implementation of training and consulting services to nurses at appropriate intervals during both education and business life.

Key Words: Death, dying patient, euthanasia, attitude, nursing, end of life care.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ölüm	5
2.2. Terminal Dönem Hastası, Bakımı ve Hemşireliği	6
2.3. Ötenazi	11
2.4. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları	13
2.5. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutum Geliştirmesinde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresinin Rolü	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Hemşire Bilgi Formu	21
3.4.2. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)	21
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	22
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Görüşleri	24

4.2. Hemşirelerin ÖTÖ Puan Ortalamaları	29
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerine Göre ÖTÖ Puan Ortalamaları	30
5. TARTIŞMA	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar	56
6.2. Öneriler	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	
Ek 1. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 2. Hemşire Bilgi Formu	
Ek 3. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği	
Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 7. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 8. Fatih Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 9. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 10. Özel Kavaklıdere Umut Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 11. Özel TOBB ETÜ Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 12. Özel Güven Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 13. Özel Çağ Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 15. Özel Bilgi Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 16. Medicana International Ankara Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 17. Özel Korum Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 18. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 19. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı	
Ek 20. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği İzni	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÖTÖ	: Ötenazi, Ölüm ve Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KLPH	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
SS	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık Düzeyi
LSD	: Least Significant Difference Test
TDV	: Türk Diyanet Vakfı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma evrenini ve örneklemini oluşturan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı.	20
Tablo 4.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri.	25
Tablo 4.1.2. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşleri.	26
Tablo 4.1.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşleri.	27
Tablo 4.2.1. Hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları	29
Tablo 4.3.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖTÖ puan ortalamaları.	31
Tablo 4.3.2. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları.	33
Tablo 4.3.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları.	35

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hayat döngüsü doğumla başlayıp ölümle sona erer. Başlangıçlar genelde olumlu duygu ve düşüncelerle karşılanırken bitişler, içinde hep bir hüznün barındırmaktadır. Hayatın bitişini ifade eden ölüm, yaşamın ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, varoluşu tehdit eden, zorunlu olan ve hayatı sınırlayan bir kavramdır. Bu yönleriyle de bilinmezlik korkusu, anksiyete ve hatta depresyona yol açabilen, insanoğlunun yüzyıllardır ilgi duyduğu aynı zamanda kaçındığı ve tanımlamaya çalıştığı karmaşık bir olgudur (18, 41). İnsanların ölüme karşı geliştirdikleri kaçınma, yok sayma gibi etkisiz tepkilerin nedeni, ölümün varlığı tümüyle yok etmesi, ölen kişinin kaybı ve kaybın getireceği duygusal yükün ağırlığıdır (52). Oysa yaşamın son deneyimi olan bu evrensel olgu, doğum ve yaşlılık kadar hayatın bir parçası ve döngünün son halkasıdır. Ölüme farklı kültürlerde farklı değerler, başka inanışlarda başka anlamlar yüklenmiş olsa da ölüm tüm insanlığın varacağı son noktadır (48).

Ölüme yüklenen farklı değer ve anlamlar yüzyıllar boyunca değişmekte olan yaşam tarzımızdan da nasibini almıştır. Ölümün kendisi kadar nerede, ne şekilde gerçekleştiği, biçimi de yaşamımıza göre şekillenmektedir. Günümüz şartlarında değişen teknoloji, sağlık sistemini de etkilemiş; ölümü adeta hastanelere hapsedmiştir (67). Terminal dönemdeki hastaların çoğu daha iyi bakım almak, daha kaliteli hizmet elde etmek adına yaşamlarının son dönemlerini hastanelerde geçirmekte, palyatif tedavilerle kalan ömür uzatılmaya çalışılmaktadır (29, 30). Son teknoloji solunum cihazları, havalı yatakları, profesyonel sağlık ekipleriyle hastaneler, ölümcül hastalığı olan çoğu bireye güvenli görünmekle birlikte; alışık olduğu çevrede bulunamamak, sevdikleriyle son günlerini birlikte geçirememek ve yabancı insanların sürekli bakımına ihtiyaç duymak, hastaların hastanede kalmasını güçleştiren durumlardır (1). Bu aşamada, hastanede ömrü uzatılmaya çalışılan hastaya sunulan bakımın kalitesi sorun haline gelmektedir. Çünkü kaliteli bakımın temel bileşeni olarak görülen hastanın bağımsızlığının sürdürülmesi ve yalnızlığının önlenmesi bu yolla ihlal edilmektedir (76). Hayatı ve sağlığı hakkında karar veremeyen, hastane ortamında

tanıdığı çevreden ve insanlardan ayrı kalarak yalnızlığa düşen hastalar bir yandan da ölüm gerçeğini kabullenmeye çalışırken zayıf düşmektedirler (29, 30, 42, 61, 62).

Kişinin baş edemediği güçlükler; hastalığının evresine, ölüme yüklediği anlama ve destek sistemlerine göre değişmektedir (51, 52). Terminal dönemde çoğu hasta, ölümü kabullenmekte zorluk yaşadığı için depresyona girebilir veya öfke evresinde kalmış biri, bu öfkeyi çevresine de yansıttığı için var olan destek sistemlerini de kaybedip büsbütün yalnızlığa düşebilir (43, 51, 52). Bu yalnızlık bireylerin çoğunu depresyona sürükler ve yaşam ümidini tamamıyla kaybeden birey kendisine en yakın sağlık personelinden ölüm talep edebilir. Yapılan araştırmalar, depresyonda olan hastaların ötenaziye daha sıklıkla talep ettiklerini, bunu son çare olarak gördüklerini ortaya koymuştur (32, 42, 55, 75, 95).

Hastaların ötenazi isteme nedenlerinin en başında kendilerini yorgun, rahatsız ve zayıf hissetmeleri gelmektedir (42). Bu durum, ölümcül hastaya verilen bakımın önemini gösterir niteliktedir. Hastalar, kaliteli bir destekleyici bakıma gereksinim duydukları bu zor dönemde, yeterli rahata kavuşamadıklarında veya ölüm gerçeğiyle daha uyumlu yaşamayı öğrenemediklerinde ölüm istekleri artış göstermektedir (53).

Terminal dönem hastalarına ve bu hastaların yaşadıkları güçlüklerle hastanenin her ortamında rastlanabilmektedir (33, 87). Son dönem kanser hastaları, yatağa bağımlı hastalar veya iyileşme ihtimali tıp dahilinde bulunmayan terminal evredeki hastalar genellikle hastanelerde tedavi altına alınarak kalan ömürleri uzatılmaya çalışılır. Hastane ortamında geçen dönemler bazen oldukça uzun zaman alabilen, yalnız hasta bireyi değil ailesini, yakınlarını da derinden etkileyen zor süreçlerdir. Bu zor sürecin en yakın şahidi hastaya, ailesine kesintisiz bakım ve destek veren hemşirelerdir.

Hastane ortamında yaşanan ölümle nerede karşılaşılmış olursa olsun hemşireler ölüm sürecine en yakın tanıklığı yapan sağlık profesyonellerindendir (53). Ölüm, ölümcül hasta, ötenazi kavramları ile bu kadar iç içe çalışırken hemşirelerin bu konulara ilişkin görüşleri, davranışları, algıları nasıldır ve mevcut tutumları terminal dönem hasta bakımını nasıl etkilemektedir? sorularının cevabının araştırılması, sorunların kaynaklarının saptanmasına yardımcı olarak uygun çözüm yollarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Yapılan araştırmalar da hemşirelerin ölüm gerçeğine uyum sağlamada yetersizlik yaşadıklarını göstermektedir (3, 28, 33,

37, 40, 42, 82). Olumlu bir ölüm algısı geliştirememiş ve bu kavramın yaşamın bir parçası olduğunu kabullenememiş bir hemşire ölümle karşılaştığında olumsuz duygu ve davranışlar sergilemekte bu da bakıma olumsuz olarak yansımaktadır (53). Aynı biçimde ölümden uzaklaşma, kaçma, yok sayma şeklinde savunma mekanizmaları geliştiren hemşireler ölümcül hastayla çalışmaktan kaçınır ve bu hastalara bakım vermeyi istemez (33). Hemşirelerin ölüme ilişkin kavram karmaşası yaşadığı, olumlu tutum geliştiremediği veya bu gerçeği kabullenemediği durumlarda ölümcül hastayla çalışması daha da güçleşmekte ve bunun sonucundan hem hemşireler hem de hastalar zarar görmektedir. Eğitimleri boyunca “yaşatma” ilkesini benimsemiş hemşireler için bakım verdikleri hastanın ölümü başarısızlık/yetersizlik duygularının oluşmasına ve hemşirenin tükenmişlik sendromu yaşamasına yol açabilir. Hemşirelerin yaşadıkları bu güçlükler hasta bakımına da olumsuz yansıtacağından hastalar hakları olan kaliteli bir palyatif bakım alamamakta ve bu durumda ölüm talebinde bulunabilmektedir (87).

Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastayla çalışırken yüzleşmeleri gereken diğer bir kavram da ötenazidir. Yapılan araştırmalar hemşirelerin çoğunun ötenazi kavramına sıcak bakmadıklarını, hastanın yaşam hakkının elinden alınamayacağını düşündüklerini göstermiştir (42, 53, 87). Bunun nedeni; ülkemizde ötenazinin yasal olmaması, kavramın tartışma gündeminde dahi bulunmaması ve hemşirelerin, yaşamın niteliğinden çok uzunluğunun dikkate alındığı bir sağlık bakım sisteminin üyesi olmalarıdır. Hemşirelerin ötenazi kavramına ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği bazı çalışmalar (14, 20, 42, 54, 68, 87, 95) olsa da hastaların neden ötenazi istedikleri konusunda hemşirelerin ne düşündüğünü araştıran yeterli çalışma yoktur. Hastaların neden ötenazi talebinde bulduklarının hemşireler tarafından bilinmesi, bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunarak sorunun çözümlenmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca hemşireler ölüm, ölümcül hasta, ötenazi kavramlarına ilişkin kendi tutumlarının bakımı nasıl etkilediğinin farkında olurlarsa, bu tutumları değiştirme ve bakımın kalitesini artırmaya yönelik girişimleri artacaktır. Böylece hem hastaların ötenazi talebi azalacak hem de hemşirelerin iş doyumları artacaktır. Bu nedenle, çalışmamızda hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, yetişkin ve çocuk yoğun bakımlarında ve kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumlarının saptanması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Yetişkin ve çocuk yoğun bakımlarında ve kliniklerinde çalışan hemşirelerin;

- 1.** Ölüm, lmcl hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları nasıldır?
- 2.** Tanıtıcı zelliklerine göre ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları arasında anlamlı farklılık bulunmakta mıdır?
- 3.** Ölüm, lmcl hasta ve ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Ölüm ile ilgili olarak bilimsel açıdan yeterli bir tanımlama 19. yüzyıla varıncaya kadar yapılmamıştır. İlk kez Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere “somatik ölüm” (vücut ölümü) tanımını ortaya atmıştır. Somatik ölüm temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının geri dönüşsüz biçimde kaybı olarak tanımlanmıştır (57). Bu fonksiyonlardan birinin kaybı, kısa bir süre sonra diğerlerinin de kaybını doğuracaktır. Somatik ölüm tanımı, hukuken geçerli olan ölüm tanımıdır; nasıl ki kişinin hukuki varlığı canlı doğması ile başlıyorsa, sona ermesi de somatik ölüm tanımı ile olmaktadır (44, 57).

Günümüzde belli durumlar için, somatik ölümle ilişkili olarak “beyin ölümü” tanımı kullanılmaktadır. Beyin ölümü kavramı, 20. yüzyılda tıptaki ilerlemelere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Beyin ölümü kavramı gerçekte, insan organizmasının yaşam ile ilgili olarak kilit bir alanını oluşturan beyin sapındaki solunum ve dolaşım merkezinin canlılığını yitirdiği ve böylece tıbbın olanakları ile artık yaşama ümidi kalmamış kişilerden buna ihtiyacı olan kişilere organ ve doku transplantasyonu yapılmasını sağlamak amacı ile ortaya atılmıştır. Anlam olarak, somatik ölüme eş değerdir (48).

Biyolojik yönünün yanı sıra aynı zamanda sosyal bir olgu olan ölümün çeşitli alanlarda tanımları ve farklı alanlarda birçok boyutta anlamları mevcut olsa da ölüm ve ölüme karşı geliştirilen tutum birçok değişkenden etkilendiği için yaşamımızdaki yeri açısından da ölümü ele almak gerekmektedir (16, 37, 48, 51). Ölüm, yaşamımızdaki en büyük kayıp olgusudur. Varoluşa karşı büyük bir tehdit insanın ölmek zorunda olduğu gerçeğidir ve bu gerçeğe yüzleşmek kişilerin zaman zaman aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde ölüm düşüncesi geliştirmesine ve hayatını olumsuz yönde etkilemesine neden olabilmektedir (37). Bu nedenle, ölüme karşı geliştirilen tutumun denge ve uyum içerisinde olması kişilerin ruh ve beden sağlığını koruması açısından önemlidir (37, 40, 51, 52).

Ölüm karşısında modernliğin inkarcı-narsistik tutumuna sahip olmak uygun bir yaklaşım olmasa da günümüzde çoğu insanın bu tutuma sahip olduğu görülebilir.

Böylelikle ölümü, bir hastalıkla karşılaşmadığımız veya kayıp yaşamadığımız sürece yadsırız. Oysa yaşadığımız her an ölüme daha çok yaklaşıyoruz. Bu durumu derinden hissedip farkında olarak bilinmeze yapılacak yolculuk ve yok olma korkusunu en yoğun yaşayanlar şüphesiz ölümcül bir hastalığa yakalanmış olan bireylerdir (37, 42, 51, 52).

2.2. Terminal Dönem Hastası, Bakımı ve Hemşireliği

Modernleşmeyle birlikte tıp alanında önemli gelişmeler olsa da bazı hastalıklar hala ölümcül olmaya devam etmektedir. Ülkelerin gelişmişliğine göre ölümcül olabilecek hastalıklar farklılık gösterse de evrensel olarak kanser ve AIDS gibi terminal dönem kavramının önem kazandığı hastalıklar ölümcül hastalık sayılmaktadır. Terminal “uç/son”, bir sürenin bitimi anlamına gelmektedir (13). Terminal dönem, yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanırken terminal dönem hastası yaşamın sonuna gelmiş, ölmek üzere olan hasta anlamını taşımaktadır (13, 17). Diğer bir deyişle, hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş olan ve belirli bir süre içinde ölümü beklenen hastaya ‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir (13, 17, 51, 52).

Ölümlle yüzleşecek olmanın getirdiği korkunun yanında ölümcül bir hastanın sayısız duygusal gereksinimi vardır. Hasta, kendini güvende hissetmek, benlik saygısını ve değerini korumak, yalnız kalmamak ister. Aynı zamanda söz konusu hastalar başkalarına yük olma, ölümlerken fiziksel ve duyuşsal yeterliliklerinin kaybolması, ölümlle ilgili ağrı beklentisinde olma ve erken ölme korkusu içerisinde olabilirler (10, 13, 17). Terminal dönemdeki hastalar yoğun keder de yaşayabilir. Keder, bir bireyin bütünlüğünü tehdit eden bir olay ile ilişkilidir ki ölüm yaşamı tehdit eden en güç durumdur (55). Bu dönemde; bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşanırken, diğer yandan hastalığın ölümü yaklaştırıyor olması hastaların duygulanımlarını olumsuz etkilemekte, kaygı ve korku düzeyini de arttırmaktadır (2, 5, 13).

Ölümcül hastalıklar her hastada farklı şiddet, düzey ve çeşitte psikolojik tepkilere yol açmalarına rağmen sıklıkla gösterilen psikolojik tepkiler yas

reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, kızgınlık, hostilete, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır (5, 13, 36, 42, 43).

Elizabeth Kubler-Ross (52) Chiago Üniversitesi'nde (1969) ölümcül hastalığa yakalanan bireylerle görüşmeler yaparak ölümün kademe teorisini geliştirmiştir. Bu teori, ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilme mekanizmalarını kapsamaktadır. Ancak bu mekanizmaların kapsadığı zaman ve geçiriliş biçimleri kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bu mekanizmalar; reddetme-inkâr, öfke-kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir (30, 52).

Reddetme-inkâr; ilk kademedir. Bu dönemde hasta öleceğine inanmak istememektedir. Bir anlamda ölüme hayır diyerek, bir yanlışlık olduğunu umarak, gerçeği kabullenmek istememektedir. Bu dönem kısa sürmektedir, hasta dış çevreyi kişisel ilişkilerini, ailesini düşünmeye başlamaktadır (52).

Kızgınlık-öfke aşamasında birey "Neden ben ölmeliyim? Niçin ben?" sorularını kendisine sormaktadır. Hayatının bitmesi ile, birçok planları ve hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bunu haksızlık olarak görmektedir. Kendinden sağlıklı kişileri kıskanarak, onlara öfke duyarak "neden ben?" diye sormaktadır (52).

Pazarlık; ölümlle mücadelede üçüncü aşamayı oluşturmaktadır. Bu evrede birey Tanrıyla, hemşire-hekimlerle veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, hayatı uzatacak, ölümü geciktirecek isteklerde bulunmaya başlamaktadır (52).

Depresyon; genellikle çaresizliğin bir habercisi olarak görülmektedir. Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta depresyona girmektedir. Birey içine kapanmıştır, kimseyle konuşmak istemez. Bu dönemde "evet ben" şeklinde konuşmaya başlamaktadır (52).

Kabullenme; onaylama aşamasında karşımıza çıkmaktadır. Gerçekten birey mutlu olmasa da ölümü kabullenmiştir. Bu dönemde yarım kalan işlerini yapmaya, dine daha fazla bağlanmaya başlamaktadır. Birey "hazırım" şeklinde konuşma sergilemektedir. Kabullenme, bireyin yaşama değer vermesini ve yaşama isteğini daha fazla arttırmaktadır (52).

Bu evreler her zaman birbirini takip etmeyebilir. Herhangi bir evrenin süresi birkaç saat kadar kısa olduğu gibi, birkaç ay gibi uzun da olabilmektedir (13).

Hemşirenin bu noktada, hastasının hangi evrede olduğunu tanımlayabilmesi, vereceği bakımı bu şekilde yönetmesi önemlidir.

Terminal dönem hastasının bulunduğu çevre de bütüncül bakımın sağlanması açısından önem taşır. Yaşamının sonundaki hastaların, sakin ve güven verici bir çevrede bakım almaları, böyle bir ortamın hemşireler tarafından sağlanabilmesi oldukça önemlidir (86). Güven ortamının sağlanması için ayrıca, hastaya karşı dürüst olunmalı, hastanın beklentileri ve amaçları açıklanmalı ve gerçekçi beklentiler geliştirmesine yardımcı olunmalıdır. Hasta ile iletişim kanalları her zaman açık tutulmalı, mümkün olduğu kadar birlikte olunmalı, soruları açık bir şekilde yanıtlanmalı, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli ve hasta ailesi ve yakınları ile birlikte olmaya desteklenmelidir (60).

Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı, sağlıkla ilgili mesleklerin en zor yönlerinden biridir. Bu zorlukların azaltılarak yaşam sonu bakımın daha etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için, hemşirelerin “ölümün göstergelerini tanımlayabilme ve yönetebilme” ve “hasta ve ailesine empati yapabilme” yetisinde olmaları gereklidir. Ölüm yaklaşırken anksiyete ve korku genellikle fiziksel semptomların kötüleşmesi ile ortaya çıkmaktadır. Kontrol kaybı ve ölüm sürecinin bilinmezliği hastada endişe yaratmaktadır. Hemşire hastayı anksiyete yönünden değerlendirmeli ve anksiyete düzeyine göre hastalığı ve ölümü hakkında konuşmaya cesaretlendirebilmelidir. Hemşirenin bu dönemde ölmekte olan hasta ve yakınlarını anlaması ve bunu onlara hissettirmesi, sağlıklı iletişimi sürdürmesi, hastanın ait olma ve güvenlik hissini ve kimliğini sürdürebilmesini sağlaması gerekmektedir (96). Bunları sağlayabilmek ise acıyı ve kederi kabul ederek, yöneterek ve etkili bir yaşam sonu bakım vererek sağlanabilir (55). Hemşire, ölüm sürecindeki hastasının gelecek ve içinde bulunduğu durum hakkında karar verebilmesi, acılarının azaltılması, duygularını paylaşması için hastasına yeterli zaman ayırabilmelidir (82).

Ölümü yakın olan hastalar sıklıkla negatif duygular sergileyebilmektedir. Hastaların içinde buldukları bu duygusal dengeyi korumak ve negatif duyguları ile baş edebilmelerini sağlamak hemşireler açısından oldukça önemlidir. Bu hastalara bakım verirken baş etmenin desteklenmesinde; saygılı, anlayışlı, gerçekçi tutum sergileme, hastaların umut ve cesaretlerini sürdürebilme, duygu ve düşüncelerini açıklamalarına izin verme ve dinleme hemşirelik uygulamalarının önemli

öğelerindedir. Çünkü hastalar bu desteği sadece arkadaşları ve akrabalarından değil, sağlık çalışanlarından da almak istemektedirler (54, 84). Çalışmalarda da hastaların hemşireler ile daha fazla zaman geçirdikleri ve bu nedenle birincil olarak hemşirelerden duygusal destek almak istedikleri belirtilmektedir (5, 21, 23, 83, 84).

Hastaların ölüme karşı tutumu günden güne değişebileceğinden ve gerçek duygularını kendisinden bile saklamaya çalışabileceğinden hemşirenin hastayı dinlemeye veya yalnızca varlığıyla destek olmaya hazır olması önemlidir (2, 13, 84). Hemşirenin hastaya, yanında olduğunu hissettirmesi için hastaya dokunması en etkili ve güven verici yöntemlerden biridir. Düşünen, fakat konuşma güclüğü olan, yatağa bağımlı bir hastaya bilinçli ve dostça dokunan bir hemşirenin yaklaşımı ve bakımı, hastanın hemşiresine güven duymasını ve kendini güvende hissetmesini sağlamaktadır. Ölüm sürecindeki kişiler, dokunmaya daha fazla gereksinim duymaktadırlar. Hemşire sadece kendisi değil ölmekte olan hastasının yakınlarını da hastaya dokunması için cesaretlendirmelidir (29, 84).

Yaşam sonu bakımda umut önemli bir kavramdır. Feudtner (30) umudun yaşantımızda, her yerde ve ölecek hastada bile çok güçlü etkilerinin olduğunu belirtmiştir (30). Hemşire ölmekte olan hastayı yaklaşan ölüme hazırlayarak, hastanın fiziksel duygusal anlamda ihtiyaçlarını karşılayarak, onu anladığını ve yanında olduğunu hissettirerek hastasının umudunu sürdürebilmelidir. Periyakoil ve ark (75), hemşirelerin acı çeken/üzüntü içinde olan ölümcül hastaların umudunun değişebileceğinin ancak hiçbir zaman kaybolmayacağını farkında olduklarını belirtmişlerdir (75).

Ölmekte olan hastaların yüksek kalitede hizmet almaya, saygı ile tedavi edilmeye, başkalarının desteğini almaya, özellikle yalnızlıktan kaçınmak için bakım verenler ve yakınları ile iyi iletişim kurmaya, pişmanlık ve utangaçlık hislerinden ziyade sakin bir zihne, tercih ettiği dini desteği almaya ihtiyaçları vardır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan tanılardan biri olan “Ölüm Anksiyetesi: ölüm ve ölmekle ilgili yoğun endişe, kaygı, korku yaşayan bir bireydeki durumu” tanımlar. Ölmekte olan bireyin bakımında iletişim, hastalık ve tedavinin etkileri, duruma uyum boyutlarında gereksinimlerine yönelik “Bireysel baş etmede yetersizlik”, “Ümitsizlik”, “Güçsüzlük” gibi birçok hemşirelik tanısı geçerli olabilir (75). Hemşirelik girişimleri sınıflamasında ise “Ölme Sürecinde Bakım:

Yaşamın son evresinde fiziksel rahatlığın ve psikolojik huzurun sağlanması” ve “Post-mortem Bakım: Ölen bir hastanın vücuduna fiziksel bakım sağlanması ve ailesinin cesedi görünürken desteklenmesi” şeklinde tanımlanmıştır (28).

Hemşirelik tanılarında da görüldüğü üzere bu zor süreçte hasta yakınları için de hemşirelik bakımı uygulanması ve yas sürecine hazırlanması önemlidir. Sevilen birinin beklenmedik ölümü çok trajik bir deneyimdir. Hemşirelerin kayıp yaşayan aileleri acı çekme ve telafisi mümkün olmayan travmalardan korumak için yapacakları yardım son derece önemlidir. Yeterince yardım alamayan pek çok kişinin yıllar boyunca keder yaşamaları ve daha sonra psikiyatrik yardıma gereksinim duymaları önlenemez (52). Ancak, hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında uygun hemşirelik girişimlerinin kullanılması, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olabilmektedir (82). Yapılan çalışmalar, hasta ve yakınlarının iyi bir ölüm için; etkin bir ağrı ve semptom yönetimi, açık kararlar alınması ve uygulanmasını, yararsız tedavilerle ölüm sürecinin uzatılmamasını, ölüm için hazırlanabilmeyi, vedalaşabilmeyi, yakınlarıyla zaman geçirebilmeyi, yaşamı gözden geçirebilmeyi, kişilik bütünlüğüne saygı gösterilmesini ve diğer insanlarla paylaşımında bulunabilmeyi talep ettiklerini göstermiştir (51, 52, 80, 82).

Terminal dönem hastasına bakım vermek hemşirenin çok güçlü duygularını uyandıran eşsiz ve her hastaya özgü değişen özel deneyimlerdir. Hemşirenin bu dönemdeki hastayla kurduğu etkili iletişim, hastanın ağrı kontrolünü kolaylaştırmakta, iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (55). Hemşire, yaşamın son evresinde bakım verdiği hastanın, ağrısını değerlendirmeli ve rahatsızlık veren semptomların kontrolünü sağlayabilmelidir. Özetle hemşire, hastasının hem fiziksel rahatlığını, hem de psikolojik huzurunu sağlayabilmelidir. Bunu sağlayabilmek içinse öncelikle hemşirenin kendi ölüm algısı ve ölümcül hastaya ilişkin tutumuyla yüzleşmesi, ölümü kabullenmesi ve kayıpla baş etmede etkili yöntemler geliştirmiş olması gereklidir.

Hemşirelerin ölüme ilişkin pozitif/olumlu tutumları eğitim ve deneyimle gelişmektedir. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin deneyimi ile ölüme karşı olumlu tutum arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (80, 82, 83). Rooda ve ark (82) 403 hemşireyi içeren çalışmalarında fazla sayıda ölmekte olan

hastaya bakım veren ve ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin daha az bakım verenlere göre daha olumlu tutum sergilediklerini bulmuştur (82).

Terminal dönem, ölüm kaygısının daha yoğun yaşandığı, hemşire ve hasta açısından hem olumlu hem olumsuz deneyimler kazandırabilecek zor bir süreçtir. Bu süreçte hemşirenin ölüme ilişkin geliştirmiş olduğu tutum, bakımın kalitesini de etkilemekte, kalitesiz bir yaşam sonu bakım alan hasta çektiği acıların sona ermesini isteyebilmektedir (10). Bu noktada hemşirelerin yüzleşmesi gereken bir diğer kavram olan ötenazi ortaya çıkmaktadır.

2.3. Ötenazi

Kişinin yaşama hakkı en önemli hakkıdır ve özenle korunması gerekmektedir. Ancak gülmek, konuşmak, doğal ihtiyaçlarını onurlu bir biçimde karşılayabilmek, özgürlük ve otonomi gibi insani niteliklerin kaybedilmesi halinde koşullar ne olursa olsun, insanın yaşama mahkûm edilemeyeceği de düşünülmektedir (69). Yoğun bakım olanaklarıyla birlikte yaşama geri döndürülemeyecek hastalarda tedavinin kim tarafından ve ne zaman sonlandırılacağı günümüzde sık karşılaşılan sorulardır. Terminal dönemin getirmiş olduğu korku ve ıstırap, hastaların zaman zaman tedavilerinin kesilmesi hatta yaşamlarının sonlandırılması talebinde bulunmalarına yol açabilir. Bu tür talepler ötenazi talebidir (8).

Ötenazi, hiçbir şekilde tedavisi mümkün olmayan, insanda acıma duygusu uyandıran bir hastalıkla yaşamak zorunda olan, hastanın talebiyle, icrai ya da ihmali bir davranışla, tıbbi yoldan hastanın hayatına son verilmesidir (1, 10, 14, 22, 23, 25, 66). Ötenazinin kelime anlamı, türleri ve yapılış şekilleri ile ilgili pek çok tanım bulunmaktadır. Kelime anlamı olarak Grekçeden gelen ötenazi Eu= güzel, Tanasium= ölüm anlamını ifade eder (13, 64).

Yapılan tıbbi tanımlarda, hastanın hastalık derecesi ve ölüm sonucuna ulaşmak için kullanılan yol önemli yer tutar. Ötenazi; hastalığından dolayı dayanılmaz acı çekmekte olan hastanın bu acıdan kurtarılması temeline dayanmaktadır. Ötenazinin yapılma şekline bakıldığında; aktif ve pasif olmak üzere ikiye ayrıldığı görülmektedir. Aktif ötenazi, tıbbi yardım ile veya yardımsız, aktif veya direkt olarak yaşamın kısaltılmasıdır. Pasif ötenazi ise, bir hasta veya yaralının

hayatını uzatacak yardımlardan vazgeçilmesi veya bu yardımların geri alınmasıdır (8, 22, 23, 42, 53).

Hasta istemine göre sınıflandırmada ise gönüllü, gönüllü olmayan ve gönülsüz ötenaziden söz edilmektedir. Bu ötenazi türleri şöyle tanımlanmaktadır:

1. Gönüllü ötenazi (volunter ötenazi): Bilinci yerinde olan bir hastanın isteği doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Hasta açıkça ölüm isteğinde bulunmaktadır (66).

2. Gönüllü olmayan ötenazi (nonvolunter ötenazi): Hasta herhangi bir istek belirtmemiştir, başkaları onun adına karar vermektedir. Ötenazi hasta yakınlarının isteği üzerine gerçekleştirilmektedir (66).

3. Gönülsüz ötenazi (involunter ötenazi): Hastanın kararı sorulmadan ya da isteğine ve kararına ters yönde bir ötenazi uygulaması yapılmasıdır (66).

Ötenazi, tüm dünyada tıbbi, etik, hukuki anlamda önem taşıyan, ülkemizde de gündeme henüz alınmamış da olsa çeşitli çalışmalarla tartışılan bir kavramdır. Özellikle tıp deontolojisi alanında konuyu ele alan ve sağlık personelinin ötenaziye bakış açısını değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır (1, 8, 14, 20, 22, 23, 42, 67, 89, 95). Yapılan çalışmalarda, hasta bakımında ve dolayısıyla tıp dünyasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin, ötenazi uygulamasına ilişkin görüşlerini gün geçtikçe cesurca ifade etmeye başladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin aktif ötenaziye karşın pasif ötenaziye daha çok destekledikleri, eğitim durumu ve çalışma yılı arttıkça ötenaziye destekleme oranının arttığı bildirilmekte, ancak henüz Türkiye’de bu uygulamanın yasal olmasını savunmadıkları görülmektedir (33, 72, 85, 87). Uygulamanın yasallaştığı çok az sayıda dünya ülkesi bulunsa da Türk Ceza Kanununa göre ülkemizde aktif ötenazi uygulaması yasaktır.

Ötenazi kavramı incelenirken bu talebe neden olan faktörlerin saptanması önemli bir noktadır. Bu bağlamda hastaların ötenaziye ilişkin görüşlerinin saptanarak neden ölüm talebinde bulduklarının belirlenmesi ötenazi talebinin daha doğru değerlendirilmesine olanak sağlayabilecektir. Yapılan araştırmalar hastaların terminal dönemde en çok acı çektikleri için ötenazi istediklerini ve hemşirelerin bu durumun farkında olduklarını göstermektedir (42, 68, 95). O halde hemşirelerin ölüme, ölümcül hastaya ve ötenaziye ilişkin düşünce ve tutumlarının saptanması ve

bunları etkilediği düşünölen faktörler açısından değeriendirilmesi sorunlara açıklık getirilmesine yardımcı olacaktır.

2.4. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları

Tüm dünyada, artan tıbbi gelişmeler ve yaşam koşullarındaki iyileşmeler sonucunda kronik-ölümcül hastalıklarla yaşanan süre, hastalık durumunda hekime başvuru oranları ve tüm ölümler içinde hastanede gerçekleşen ölüm oranı giderek artmaktadır. Bu faktörlerin etkisiyle, hemşirelerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı ve bu hastalara bakım hizmeti verme süresi de artmaktadır (53, 87).

Sağlıkla ilgili mesleklerde çalışan bireyler; özellikle hemşireler ölüm ve ölmekte olan hasta ile sürekli karşılaşmak zorundadırlar. Ölümlü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunun bilmesi, ölüme ilişkin sağlıklı bir tutum geliştirebilmiş olması ve ölüm olayını kabullenmesi gerekmektedir (2, 17, 28).

Birçok hemşire kayıp ve yas yaşayan birey ve aile ile gün içinde bir araya gelmektedir. Hasta birey ve ailesinde yas ve kayıp terminal hastalığın tanısının konulması ile başlar. Birey-aile-hemşire ilişkisi nedeniyle, bakım verirken hemşire de kayıp deneyimini yaşar. Hemşirelerin çoğu hastalığa eşlik eden fiziksel problemlerin daha kolay bir şekilde çözüleceğine inanır ancak duygusal sorunlarla ilgilenmenin daha zor olduğunu düşünürler (13, 17).

Tüm insanların ölüm deneyimi ve ölüme verdiği anlam, ölüme ilişkin kültürel ve dini uygulamaları farklıdır. Bu zor süreçlerde hemşirenin bu insanlara yaklaşımı çok önemlidir. Hemşire kendi dini uygulamalarını ve inançlarının yanında hasta ve ailesinin dini uygulamalarını ve kültürel değerlerini de korumalıdır. Ölüm sürecinde olan hasta ve ailesine bu zor dönemlerinde yapılan bazı yanlış uygulamalar aşırı stres ve üzüntüye neden olabilir ve hastanın yaşam kalitesini ve verilen bakımın kalitesini etkileyebilir. Hemşirelerin bakım verdikleri tüm hasta ve ailelerinin kendisi ile aynı kültüre ve dini inanıca sahip olmadığını bilmesi önemlidir. Literatürde ölümlü karşılaşan sağlık personellerinin, kendi deneyimlerine dayalı düşünce ve

duygularının ölümüne ilişkin değer ve inanç sistemlerini önemli derecede etkilediği belirlenmiştir (29, 82).

Terminal dönemdeki veya ölmekte olan hastaya hemşireler tarafından verilen bakımın, hemşirelerin ölümüne karşı tutumlarından etkilendiğini ve olumsuz tutumların ölümüne ilişkin verilen eğitimlerle değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (29, 30, 37, 38, 60, 61). Bu çalışmalarda da belirlenmiştir ki hemşirelerin ölümüne ilişkin olumsuz tutumu ölümcül hastaya verilen bakımın kalitesini düşürmekte ve hastanın hak ettiği huzurlu ve rahat bir ölümü engellemektedir. Hemşirenin ölüm sürecinde olan hasta ve ailesine bakım verirken sergilediği tutumlar ise, kültür, din, sosyal çevre ve aile yapısı, teknoloji, iletişim, eğitim ve deneyim gibi birçok faktörden etkilenmekte ve bu etkiyle şekillenmektedir.

Alaca ve ark (5) 2011 yılında yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerini karşılaştırdığı çalışmalarında hastaların, hemşirelerin kendilerini dinlemediği, anlamadığı, konuşmadığı ve daha çok işlere yoğunlaştıklarını belirttikleri sonucuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada hastaların %72'sinde depresyon, %42'sinde anksiyete riski saptanmıştır (5). Kore'de yapılan bir araştırmada Koreli hemşirelerin gelişmiş modern tıp ve bilime dayanarak yaşam süresini uzatamamayı başarısızlık olarak düşündükleri ve ölümü kabul etmek istemedikleri bulunmuştur (29). Yam ve ark (98) 2001 yılında Hong Konglu 10 neonatal yoğun bakım hemşiresiyle yaptığı çalışmada hemşirelerin güvensizlik, kararsızlık ve çaresizlik hissettikleri sonucuna ulaşmış; hastane ve hemşire yöneticilerinin akut bakım ortamlarında kolaylaştırıcı palyatif bakımı farklı şekilde düşünerek kültüre özgü ölüm eğitimi, akran destek grupları, yas ekipleri, bölüm politikalarının değiştirilmesi ve destekleyici bir çalışma ortamı sağlamalarını önermiştir (98). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %34,5'inin ölümcül hastaya bakım vermek istemediği sonucuna ulaşılmıştır (42). Benzer biçimde Akın (3)'ün çalışması da hemşirelerin %43,6'sının terminal dönemdeki hasta ile ölüm hakkında konuşmaktan çekindiklerini göstermektedir (3). Kara(40)'nın 2002 yılında yaptığı çalışmada ölüm karşısında yetersizlik hissettiğini ifade eden hemşirelerin ölümüne ilişkin depresyon ölçeği puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (40). İnci ve Öz (37) çalışmalarında, ölümüne ilişkin eğitim programının eğitime katılan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölümüne ilişkin depresyon

ölçeklerinden aldıkları puanları anlamlı düzeyde azaltırken ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeğinden alınan puanlarda anlamlı bir değişim yaratmadığı sonucuna ulaşmıştır (37). Roda ve ark (82) ise 1999 yılında yaptıkları çalışmada yakın zamanda terminal dönem hastalarıyla çalışmanın hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır (82). Literatürde hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüş ve tutumlarını da değerlendiren çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalarda ölüm talebiyle karşılaşan hemşirelerin bu durum karşısında üzüntü, çaresizlik ve yetersizlik hissettikleri görülmektedir (33, 37, 40). Ayrıca, ötenazi konusunda bilgi sahibi olan hemşirelerin konuya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (37, 40, 42).

Yapılan araştırma sonuçları da ölmekte olan hastalara bakım vermenin, hemşirelerin bilgi ve beceri sahibi olmasını ve stresle uygun şekilde baş edebilmesini gerektirdiğini vurgulamaktadır. Çünkü palyatif bakım hemşireler için çoğu zaman duygusal olarak acı veren, üzüntülü bir deneyim olup bazen de ölüm kaygısı yaratabilmektedir. Hemşireler bakım verdikleri hastalarının ölümü karşısında korku, kaygı, suçluluk, depresyon, başarısızlık ve çaresizlik yaşayabilmektedirler. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen hemşireler, ölümcül hasta ve ailesinden uzaklaşmakta ya da ölüm korkularını onlara da yansıtmaktadırlar (15, 62). Hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmak için hemşirelerin ölüm ve ölümcül hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin içgörü kazanmalarını sağlamak önemlidir. Bu nedenle eğitim sürecinde ve mesleki çalışma hayatında kendi ölüm kaygısıyla baş etme, ölmekte olan hastaya bakım verirken kendi tutumlarının farkında olarak hasta ve ailesine yardım edebilme ve ölüm sürecinde yaşadığı duyguları ifade etme konusunda yeterli bilgi ve beceri sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir (37, 98).

2.5. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutum

Geliştirmesinde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresinin Rolü

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH), fiziksel/tıbbi hastalığı ya da yakınması nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştiren, birincil korumadan rehabilitasyona kadar uzanan süreçte ortaya çıkan bilişsel, duygusal, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlayan

özelleşmiş bir psikiyatri hemşireliği üst dalıdır (45). KLP hemşiresi, birey ve ailenin yanı sıra bakımı doğrudan planlayan, uygulayan, değerlendiren hemşireye ve ekibe de danışmanlık yapar, eğitim verir; psikososyal bakımın kurumsallaşması için yönetime danışmanlık hizmeti sağlar ve alanıyla ilgili araştırmalarda bulunur (45, 46). KLP hemşiresi genel hastanede yatarak veya ayaktan takip edilen hastaların fiziksel bakımı ile psikososyal bakımı arasında bir bağ olarak hizmet etmektedir. Aynı zamanda hemşirelere de bu bağı güçlendirecek yönde tutumlar geliştirmeleri konusunda destek olmaktadır (79).

Klinikte KLP hemşiresinin, hemşirelerin psikososyal problemlerin varlığını gösteren davranışları tanıyabilme, psikopatolojiyi ayırt edebilme ve onları etkin olarak yönetebilme becerisini geliştirmelerine yardım, hemşire-hasta arasındaki terapötik ilişkiyi kuvvetlendirme, eğitim, destek, danışmanlık, rol modeli olma sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca tedavi ekibinin yaşadığı iş stresi, tükenme ile baş etmelerine de yardım etmektedir (79).

KLP hemşiresi yukarıda sayılan görev tanımları ve sorumlulukları çerçevesinde ölümcül hasta, ailesi ve ölümcül hastaya bakım veren hemşireye de hizmet eder. Bu hemşireler, öncelikli amacını “hastayı hastalıktan iyileştirmekten ziyade, hastalığa uyumu sağlama ve hastaların deneyimleriyle çalışma” olarak gördüğünden ölüme uyumu kolaylaştırma ve ölümü kabullenme noktasında bireye ve hemşireye yardımcı olmaktadır (79). Ölüme ilişkin olumlu tutum geliştirilmesi, ölüme ilişkin kaygı ve korkunun azaltılarak kayba yönelik etkin baş etme yöntemleri geliştirilmesi konusunda KLP hemşiresi değişim ajanı olarak görev alabilir (47, 79, 91). Ölüme ilişkin yapılan araştırmalar da hemşirelerin ölümcül hastayla çalışırken psikolojik destek almaya gereksinim duyduklarını ve ölüm, ölümcül hastaya ilişkin olumlu tutum geliştirmede eğitimin önemini vurgulamaktadır (3,10, 17, 33, 37, 40, 42, 82, 87). KLP hemşiresi, bu hizmetleri eğitim, destek ve danışmanlık rollerinin sorumluluklarıyla gerçekleştirecektir. Bu bağlamda, genel hastanelerde çoğaltılacak KLP hizmetleri hemşirelerin bu konulara ilişkin sağlıklı davranış geliştirmelerine yardımcı olarak palyatif bakımın kalitesini yükseltecek; ayrıca, hemşirelerin ölümcül hastaya bakım vermenin kendilerine eşsiz ve değerli deneyimler sağladığını fark etmelerini, duygusal anlamda daha güçlü hissetmelerini ve mesleki doyumlarının artmasını sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan; çocuk veya yetişkin yoğun bakım ünitesi bulunan ve araştırma için izin veren toplam 25 hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin 5'i üniversite 12'si devlet ve eğitim araştırma hastanesi, 8'i özeldir. Bu hastanelerin özellikleri ise şöyledir:

Üniversite Hastaneleri: 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na bağlı olarak eğitim ve öğretimin desteklenmesi amacıyla tıp alanında uygulama ihtiyacı ve sağlık meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü hastanelerdir. Ait oldukları üniversitenin rektörlüğüne ve tıp fakültesi dekanlığına bağlıdırlar. Eğitim ve araştırma hizmetleri yanında gelişmiş teknoloji ve tanı-tedavi yöntemlerinin kullanıldığı ve profesyonel sağlık bakım hizmetinin sunulduğu kurumlardır. Hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan birim hemşirelik hizmetleri müdürüdür. Araştırma kapsamına alınan üniversite hastaneleri şunlardır: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Fatih Üniversitesi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesidir.

Devlet ve Eğitim Araştırma Hastaneleri: 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatlanması kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren bu hastaneler Türkiye Kamu Hastaneler Birliğine bağlanmıştır. Eğitim, araştırma, sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu bu hastaneler öncelikle ait oldukları bölgenin kamu hastaneler birliği bölge sekreterliklerine bağlıdır. Yeni yapılanmaya göre hemşirelik hizmetlerinden sağlık bakım hizmetleri müdürü sorumludur. Araştırma kapsamına alınan devlet ve eğitim araştırma hastaneleri şunlardır: Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve

Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenimahalle Devlet Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemotoloji, Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesidir. Ayrıca Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapatılmakta olduğu için, Ankara Ulus Devlet Hastanesinin yoğun bakım ünitesi bulunmadığı için araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

Özel Hastaneler: Eğitim, araştırma, sağlık bakım hizmetlerinin bir arada sunulduğu bu kurumlar Sağlık Bakanlığının onayı ile Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre açılmaktadır. Belirli periyotlarda Sağlık Bakanlığı tarafından denetimleri yapılmakta olup hemşirelik hizmetlerinden hemşirelik direktörlüğü birimi sorumludur. Ayrıca diğer hastane türlerinde olduğu gibi özel hastanelerde de eğitim, enfeksiyon kontrol, klinik sorumlu hemşireleri bulunur. Araştırma kapsamına alınan özel hastaneler şunlardır: Özel Kavaklıdere Umut Hastanesi, Özel TOBB ETÜ Hastanesi, Özel Güven Hastanesi, Özel Çağ Hastanesi, Özel Yüzüncüyıl Hastanesi, Özel Bilgi Hastanesi, Medicana International Ankara Hastanesi, Özel Koru Hastanesidir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam hemşire sayısı 1563 ve dahiliye/cerrahi/çocuk kliniklerinde çalışan toplam hemşire sayısı ise 1406'dır. Yoğun bakım ünitelerinden tümü çalışma kapsamına alınırken, kliniklerden dahiliye, cerrahi ve çocuk servisleri seçilmiştir. Servislerde seçim yapılmasındaki amaç yoğun bakım ve klinik hemşire sayılarını eşite en yakın düzeyde tutmak ve karşılaştırmada sayısal eşitliği sağlamaktır. Araştırmanın örneklemini bu kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler oluşturmuştur. Örneklem 'Evreni Belli Örnekleme' formülü

$$\left[n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} \quad 340 = \frac{(2969)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(2969-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \right]$$

kullanılarak hesaplanmıştır ve 340 olarak bulunmuştur. Örneklem sayısı klinik ve yoğun bakımlar için hesaplandığında ise kliniklerden toplam 161, yoğun bakımlardan toplam 179 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Her bir hastanenin yoğun bakım ve dahili/cerrahi/çocuk kliniklerinde çalışan hemşire sayıları evren içerisindeki ağırlığına göre hesaplanarak Tablo 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma evrenini ve örneklemini oluşturan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı. (N=2969)

Hastane Adı	Dahili/ Cerrahi/Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşire Sayısı	Evren İçerisindeki Ağırlığı Ni/N=ai	Örnekleme Seçilen Hemşire Sayısı ai.n=ni	Yetişkin/Çocuk Yoğun Bakımlarında Çalışan Hemşire Sayısı	Evren İçerisindeki Ağırlığı Ni/N=ai	Örnekleme Seçilen Hemşire Sayısı ai.n=ni
Üniversite Hastaneleri						
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	126	126/1406=0.0896	0.0896x161=14	124	124/1563=0.0793	0.0793x179=14
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi	45	45/1406=0.0320	0.0320x161=5	54	54/1563=0.0345	0.0345x179=6
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi	83	83/1406=0.0590	0.0590x161=9	76	76/1563=0.0486	0.0486x179=9
Fatih Üniversitesi Hastanesi	22	22/1406=0.0156	0.0156x161=2	19	19/1563=0.0121	0.0121x179=2
Gazi Üniversitesi Hastanesi	117	117/1406=0.0832	0.0832x161=13	113	113/1563=0.0722	0.0722x179=13
Devlet ve Eğitim Araştırma Hastaneleri						
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH	18	18/1406=0.0128	0.0128x161=2	32	32/1563=0.0204	0.0204x179=4
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	82	82/1406=0.0583	0.0583x161=9	43	43/1563=0.0275	0.0275x179=5
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	74	74/1406=0.0526	0.0526x161=8	93	93/1563=0.0595	0.0595x179=11
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH	182	182/1406=0.1294	0.1294x161=21	190	190/1563=0.1215	0.1215x179=22
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	316	316/1406=0.2247	0.2247x161=36	128	128/1563=0.0818	0.0818x179=15
Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH	22	22/1406=0.0156	0.0156x161=2	93	93/1563=0.0595	0.0595x179=11
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	22	22/1406=0.0156	0.0156x161=2	76	76/1563=0.0486	0.0486x179=9
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	70	70/1406=0.0497	0.0497x161=8	59	59/1563=0.0377	0.0377x179=7
Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH	10	10/1406=0.0071	0.0071x161=1	67	67/1563=0.0428	0.0428x179=8
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH	29	29/1406=0.0206	0.0206x161=3	93	93/1563=0.0595	0.0595x179=11
Yenimahalle Devlet Hastanesi	40	40/1406=0.0284	0.0284x161=4	32	32/1563=0.0204	0.0204x179=4
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji, Onkoloji EAH	36	36/1406=0.0256	0.0256x161=4	63	63/1563=0.0403	0.0403x179=7
Özel Hastaneler						
Özel Kavaklıdere Umut Hastanesi	12	12/1406=0.0085	0.0085x161=1	15	15/1563=0.0095	0.0095x179=2
Özel TOBB ETÜ Hastanesi	19	19/1406=0.0135	0.0135x161=2	36	36/1563=0.0230	0.0230x179=4
Özel Güven Hastanesi	34	34/1406=0.0241	0.0241x161=4	33	33/1563=0.0211	0.0211x179=4
Özel Çağ Hastanesi	14	14/1406=0.0099	0.0099x161=2	13	13/1563=0.0083	0.0083x179=1
Özel Yüzüncü Yıl Hastanesi	8	8/1406=0.0056	0.0056x161=1	9	9/1563=0.0057	0.0057x179=1
Özel Bilgi Hastanesi	30	30/1406=0.0213	0.0213x161=3	26	26/1563=0.0166	0.0166x179=3
Medicana International Ankara Hastanesi	34	34/1406=0.0241	0.0241x161=4	46	46/1563=0.0294	0.0294x179=5
Özel Kuru Hastanesi	6	6/1406=0.0042	0.0042x161=1	5	5/1563=0.0031	0.0031x179=1
Toplam	1406		161	1563		179

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla Hemşire Bilgi Formu ve Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Hemşire Bilgi Formu

Literatür bilgilerine dayanarak (3, 33, 37, 68) araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan, 3 kapalı 15 açık uçlu olmak üzere toplam 18 sorudan oluşan ve hemşirelerin yaş, medeni hal, çocuk sayısı, mesleki deneyim süresi gibi demografik özellikleri ile kayıp deneyimi yaşama durumlarını, ölüme yükledikleri anlamı, ötenazi/ölüm/ölümcül hasta kavramlarına ilişkin tutumlarını belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşan formdur.

3.4.2. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)

Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ) 1996 yılında Şenol ve arkadaşları (85) tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir. Dört basamaklı likert tipi ölçek, 31 maddeden oluşmakta ve tümüyle katılıyorum=1, kısmen katılıyorum=2, pek katılmıyorum=3, hiç katılmıyorum=4 şeklinde puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin 3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 24 ve 27 numaralı maddeleri ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekte ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlar değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 2, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 29 numaralı maddeleri ötenazi; 4, 13, 15, 17, 20, 23, 25, 27, 30 numaralı maddeleri ölüm ve 3, 7, 8, 10, 11, 24, 28, 31 numaralı maddeleri ölümcül hastaya ilişkin tutumları sorgulamaktadır. Ölçek toplam puanı, maddelere verilen cevapların karşılığı olan puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Buna göre ölçekten en fazla 124, en az 31 puan alınmaktadır. Ötenaziye ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 56, en az 14 puan; ölüme ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 36, en az 9 puan; ölümcül hastaya ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 32, en az 8 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumun daha olumsuz olduğu biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçek, ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda kullanılmıştır (37, 64).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının uygulama sürelerini belirlemek ve araştırmacı tarafından oluşturulan Hemşire Bilgi Formunda bulunan soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla Eylül-Ekim 2012 tarihleri arasında Türk Diyanet Vakfı (TDV) Özel 29 Mayıs Hastanesi'nde çalışan örneklem sayısının %10'u olan 34 hemşire ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında iki soruda değişiklik yapılmıştır. Hemşire Bilgi Formunda bulunan 'meslek yaşantınız boyunca sizden ölümünü isteyen hastanız oldu mu' sorusuna 'hayır' cevabı veren hemşirelerin devamındaki iki soruyu doldurmadıkları gözlenmiş ve 'bu durum karşısında hissettiğiniz/hissedeceğiniz duygu/duygular nelerdir' ile '14. Soruya cevabınız evetse durum karşısında nasıl davrandınız, hayırsa nasıl davranırdınız' sorularında bulunan hissettiğiniz/hissedeceğiniz kısmı ile evetse/hayırsa kısımlarının altları çizilmiştir. Ön uygulama sonucu elde edilen veriler araştırma bulgusu olarak değerlendirmeye alınmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın gerçekleştirileceği kamu hastaneleri için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden, özel ve üniversite hastaneleri için ise başhekimlik ve hemşirelik hizmetleri müdürlüklerinden izin alınmıştır. İzni alınan kurumda önce ilgili kliniklerin sorumlu hemşirelerine sonra klinik hemşirelerine çalışma hakkında araştırmacı tarafından bilgi verilmiş ve çalışmaya gönüllü olan hemşirelere örneklem sayısına ulaşmaya kadar anketler uygulanmıştır. Uygulama boyunca araştırmacı, katılımcılar tarafından yöneltilecek soruları cevaplandırmak üzere hazır bulunmuştur. Hemşirelerin mümkün olduğunca sessiz bir ortamda ve tek başına, işlerini aksatmayacak şekilde olması için özellikle öğle aralarında yaklaşık 15-20 dakika süre ile anketleri doldurmaları sağlanmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılmaya gönüllü olan her hemşireden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulaması 16 Ekim- 3 Ocak 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama araçlarından elde edilen verilerin analizi Statical Package for Social Science (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sunulurken frekans dağılımları, ortalamaları, standart sapmaları, yüzde değerleri ve çapraz tablolar kullanılmıştır. Örneklemin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ile belirlenmiş ve test sonucunda verilerin normal dağıldığı saptanmıştır. Verilerin dağılımı normal bulunduğundan parametrik test varsayımları kullanılmıştır. Araştırmada, gruplar arasında fark olup olmadığını karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test) ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda, gruplar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Tukey HSD ve en küçük anlamlı fark testi (Least Significant Difference Test- LSD) uygulanmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirileceği kamu hastaneleri için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden, özel ve üniversite hastaneleri için ise ilgili hastanelerin başhekimlik ve hemşirelik hizmetleri müdürlüklerinden yazılı izinler ile Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan LUT 12/77 nolu izin yazısı alınmıştır (Bkz. Ek 19).

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden çalışmaya katılımlarının gönüllü olduğuna dair yazılı onamları alınmıştır (Bkz. Ek 1).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularını “can sıkıcı, moral bozucu” olarak tanımlayarak bu konu hakkında anket doldurmaktan rahatsızlık duymaları ile ötenazi kavramının ülkemizde yasak olması sebebiyle konuya korkuyla yaklaşımları araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları” başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular iki aşamada toplanarak verilmiştir. Bunlar;

1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin görüşleri
2. Hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları
3. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamalarının dağılımı

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Görüşleri

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri. (n=340)

Tanıtıcı Özellik	Sayı	%
Yaş		
20-29	159	47
30-39	148	44
40-49	30	9
Medeni Durum		
Evli	211	62
Bekar	129	38
Çocuk Sayısı		
Çocuğu Olmayan	170	50
Tek Çocuk	91	27
2 Çocuk ve Üzeri	79	23
Mesleki Deneyim Süresi		
5 Yıl ve Altı	145	43
6-10 Yıl	93	28
11-15 Yıl	37	11
16 Yıl ve Üzeri	63	19
Çalışılan Birim		
Yetişkin Dahiliye Kliniği	66	19
Yetişkin Cerrahi Kliniği	57	17
Çocuk Kliniği	36	11
Yetişkin Yoğun Bakım	97	29
Çocuk/Yenidoğan Yoğun Bakım	83	24
Çalışılan Hastane Türü		
Üniversite	87	25
Devlet ve Eğitim Araştırma	216	64
Özel	37	11
Toplam	340	100

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Elde edilen verilere göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaklaşık yarısının (%47) 20-29 yaş grubunda olduğu ve yarısından fazlasının (%62) evli olduğu görülmektedir. Hemşirelerin yarısının (%50) çocuk sahibi olmadığı, çocuk sahibi olan hemşirelerin çoğunun (%27) tek çocuğu olduğu belirlenmiştir. Mesleki deneyim sürelerine bakıldığında hemşirelerin %43’ünün 5 yıl ve daha az bir süre deneyimi olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde %36’sının yetişkin, %11’inin çocuk kliniğinde %29’unun yetişkin ve %24’ünün çocuk yoğun bakımda çalıştıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%64) kamu hastanelerinden birinde görev almaktadır.

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşleri.

Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Görüşleri	Sayı	%
Ölüme İlişkin Görüşleri		
Kayıp Deneyimi Yaşama Durumu		
Yaşayan	183	54
Yaşamayan	157	46
Toplam	340	100
Kayıp Deneyiminde Hissedilen Duygu		
Üzüntü	87	44
Yalnızlık	36	18
Özlem	23	12
Kayıp	19	10
Korku	19	10
Diğer (ayrılık, eksiklik, sonsuzluk, stres)	10	5
Boşluk	4	2
Toplam	198*	100
Ölümün Kendisi İçin Anlamı		
Son	113	29
Başlangıç/Sonsuzluk	103	27
Özlem	42	11
Acı	38	10
Hayatın Gerçeği	27	7
Kurtuluş/Huzur	23	6
Yalnızlık	23	6
Diğer (kabullenememe, yarım kalma, belirsizlik)	15	4
Toplam	384*	100
Ölümcül Hastaya İlişkin Görüşleri		
Ölümcül Hastaya Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler		
Duygusal yıpranma	67	19
Çaresizlik/yetersizlik	65	18
Hasta yakınlarıyla ilgili sıkıntı	40	11
Üzüntü	36	10
Bakım güçlüğü/teknik sıkıntı	29	8
Bakımın gereksizliğini düşünme	29	8
Bilmiyorum	26	7
Güçlük yaşamayan	23	6
Hastayla iletişim güçlüğü	20	6
Diğer (vicdan azabı, yorgunluk)	20	6
Toplam	355*	100
Ölümcül Hastayla Çalışmaktan Etkilenme Durumu		
Kötü/Olumsuz Etkilenen	175	49
Ölüm/hayat hakkında sıkça düşünen	63	18
Etkilenmeyen	45	13
Diğer (yetersizlik, tükenmişlik, boşluk)	23	6
Bilmiyorum	22	6
Mesleki doyumda azalma yaşayan	18	5
Daha iyi/huzurlu/güçlü hisseden	11	3
Toplam	357*	100

*n: Katlanmış Değer

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşleri.

	Sayı	%
Ötenaziye İlişkin Görüşleri		
Ötenaziye Tanımlama Biçimi		
Hastanın yaşamına son vermesi	78	23
Hastanın isteği veya onayı alınarak hayatına son verilmesi	64	19
Ölüm hakkı	37	11
İntihar	33	10
Hastanın isteği veya onayı alınmadan hayatına son verilmesi	30	9
Uygun olmayan bir yaklaşım	29	8
Uygun bir yaklaşım	21	6
Diğer (acımasızca, ölüme terk, son çare)	14	4
Türkiye’de yasal değil	13	4
Hastanın hayatına son verilmesi	12	3
Cinayet	7	2
Bilmiyorum	6	2
Toplam	344*	100
Ötenazi Yapılmasını Uygun Bulduğu Hasta Grupları		
Hiçbir hastaya uygun bulmuyorum	131	36
Terminal dönem hastaları	123	34
Makineye bağlı hastalar	28	8
Beyin ölümü gerçekleşen hastalar	27	7
Türkiye’de yasak	20	5
Ötenazi isteyen tüm hastalar	13	4
Diğer (kararsız, çok zor bir karar)	12	3
Bilmiyorum	7	2
Yaşlı hastalar	5	1
Toplam	366*	100
Hastaların Neden Ötenazi İstediklerine Dair Görüşleri		
Acı çekmemek için	223	52
Çaresizlikten	62	15
Umutsuzluktan	39	9
Sevdiklerini üzmemek için	35	8
Ölümü beklemeyi istemediklerinden	18	4
Diğer (hiçbir hasta ötenazi istemez, anlayamıyoruz)	14	3
Yaşam kalitesi düştüğünden	11	3
Yaşamak istemediğinden	7	2
Bilmiyorum	6	1
Dini yönün eksikliğinden	5	1
Yalnızlıktan	4	1
Yaşamak onları mutlu etmediğinden	2	0
Toplam	426*	100
Ötenazi İsteyen Hastaya Yapılacak Girişimlere İlişkin Görüşleri		
Psikolojik destek sağlama	104	30
Bilmiyorum	53	15
Psikiyatriste yönlendirme	37	11
Yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunma	31	9
Diğer (istediği ne varsa yapmak, ölmesini beklemek)	23	7
Hiçbir şey yapmama	22	6
Neden istediğini sorma	21	6
Tedaviyi kesme/Ötenaziyi uygulama	21	6
Manevi/dini destek sağlama	20	6
Konuşup vazgeçirmeye ikna etme	17	5
Toplam	349*	100

*n: Katlanmış Değer

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşleri. (Devamı)

	Sayı	%
Meslek Yaşantısı Boyunca Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumu		
Karşılaşan	90	27
Karşılaşmayan	246	73
Toplam	336	100
Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumunda Hissettiği/Hissedeceği Duygu		
Üzüntü/ Endişe	84	31
Yaşamadan bilmiyorum/Bilmiyorum	80	29
Çaresizlik	38	14
Onu anlama	34	13
Diğer (duygu yerine düşünce veya görüş belirtenler)	18	7
Hiçbir şey	8	3
Kendi haline şükür	5	2
Kararsızlık	2	1
Öfke	2	1
Toplam	271*	100
Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumunda Nasıl Davrandığı/Davranacağı		
Yaşamadan bilmiyorum/Bilmiyorum	84	33
Nedenini sorgulamak	53	21
Bunun yanlış/günah/illegal olduğunu anlatmak	51	20
Tedaviye devam etmek	20	8
Diğer (çok zorlandım, yapamam, kendi yakınlarımı düşündüm, uygulamak isterdim, çok düşünürüm)	20	8
Hiçbir şey yapmamak	16	6
Böyle bir şey yapamayacağını söylemek	10	4
Toplam	254*	100
Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenazi Konularına İlişkin Önceki Bilgi Durumu		
Alan	182	54
Almayan	152	46
Toplam	334	100
Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenazi Konularına İlişkin Danışmanlık İhtiyacı Hissetme Durumu		
Hisseden	178	54
Hissetmeyen	152	46
Toplam	330	100

*n: Katlanmış Değer

Tablo 4.1.2’de hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşleri yer almaktadır. Ölüme ilişkin görüşler incelendiğinde, hemşirelerin %54’ünün kayıp deneyimi yaşadığı ve bu hemşirelerden deneyimleri sırasında en yoğun hissedilen duygunun üzüntü (%44) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %29’u ölümü son olarak tanımlarken %27’si başlangıç/sonsuzluk olarak tanımlamıştır. Hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin görüşleri incelendiğinde, %19’unun ölümcül hastaya bakım verirken duygusal yıpranma yaşadığı gözlenirken %18’inin çaresizlik/yetersizlik hissettiği anlaşılmaktadır. Hemşirelerin %49’u ölümcül hastayla çalışmaktan kötü/olumsuz şekilde etkilendiğini belirtmiştir.

Tablo 4.1.3’de hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşleri incelendiğinde, hemşirelerin %23’ünün ötenaziye hastanın yaşamına son vermesi olarak tanımladığı, %19’unun ise ötenazi için hastanın isteği veya onayı alınarak hayatına son verilmesi tanımlamasını yaptığı görülmektedir. Hemşirelerin %36’sı hiçbir hastaya ötenazi uygulaması yapılmasını uygun bulmazken yaklaşık yarısı %54’ü uygun bulmuş ve bunların %34’ü terminal dönem hastalarına uygulamayı uygun bulduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin yarısı %52’si hastaların acı çekmemek için ötenazi istediklerini belirtmişlerdir. Ötenazi isteğinde bulunan hastaya yapılabilecek girişimler için hemşirelerin %30’u psikolojik destek sağlamak gerektiğini belirtirken %15’i bilmiyorum yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %27’sinin meslek yaşamı boyunca en az bir kez ötenazi isteğiyle karşılaştığı görülmektedir. Ötenazi isteğiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin %31’i üzüntü, %14’ü çaresizlik hissettiğini/hissedeceğini belirtmiştir. Hemşirelerin %29’luk bir kısmı ise bu soruya bilmiyorum yanıtını vermiştir. Ötenazi isteğiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin %33’ü nasıl davrandığını/davranacağını bilmediğini belirtmiş, %21’i nedenini sorgulama, %20’si bunun yanlış/günah/illegal olduğunu anlatma şeklinde davrandığını/davranacağını bildirmiştir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı %54’ü ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin daha önce bilgi aldığını belirtirken bu konulara ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissedenden hemşire sayısının da aynı olduğu (%54) görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin ÖTÖ Puan Ortalamaları

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları (n=340).

Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Ötenaziye İlişkin Tutum	36.94 ± 7.61	15-55
Ölüme İlişkin Tutum	24.07 ± 2.80	14-32
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	22.28 ± 3.18	12-29
Toplam Ölçek Puanı	83.31 ± 9.48	44-104

Tablo 4.2.1 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları görölmektedir. Hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalaması $83,31 \pm 9,48$ 'dir. Alt ölçeklerin puan ortalaması "Ötenaziye İlişkin Tutum" için $36,94 \pm 7,61$, "Ölüme İlişkin Tutum" için $24,07 \pm 2,80$, "Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum" için $22,28 \pm 3,18$ 'dir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanların ortalaması dikkate alındığında; araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalamasının, ötenaziye ilişkin tutum puanlarının ve ölümcül hastaya ilişkin tutum puanlarının ortalamasının üzerinde, ölüme ilişkin tutum puanlarının ise ortalama değerinde olduğu gözlenmektedir.

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerine Göre ÖTÖ Puan Ortalamaları

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖTÖ puan ortalamaları (n=340).

Tanıtıcı Özellikleri		n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	20-29 ^a	159	82.4 ± 10.2	36,6 ± 7,8	23,8 ± 2,9	22,0 ± 3,4	
	30-39 ^b	148	84.0 ± 9.0	37,3 ± 7,5	24,2 ± 2,7	22,5 ± 3,0	
	40-49 ^c	30	84.9 ± 7.8	36,9 ± 7,2	25,4 ± 2,6	22,6 ± 2,5	
	İstatistiksel Analiz*			F=1.582 p=0.207	F=0,329 p=0,720	F=4,230 p=0,015	F=1,342 p=0,263
	*Tukey HSD testi yapılmıştır. Ölüme İlişkin Tutum: a-c						
Medeni Durum	Evli	211	84.5 ± 8.9	38,0 ± 7,6	24,1 ± 2,6	22,4 ± 3,2	
	Bekar	129	81.3 ± 10.1	35,3 ± 7,4	24,0 ± 3,2	22,1 ± 3,2	
	İstatistiksel Analiz			t=3,028 p=0,003	t=3,203 p=0,001	t=0,368 p=0,713	t=1,025 p=0,309
Çocuk Sayısı	Çocuğu Olmayan ^a	170	82.0 ± 9.7	35,7 ± 7,3	24,0 ± 3,0	22,3 ± 3,1	
	Tek Çocuk ^b	91	84.5 ± 9.5	38,3 ± 8,1	24,1 ± 2,6	22,1 ± 3,4	
	2 Çocuk ve Üzeri ^c	79	84.7 ± 8.7	38,0 ± 7,4	24,1 ± 2,6	22,5 ± 3,0	
	İstatistiksel Analiz*			F=3,139 p=0,045	F=4,469 p=0,012	F=0,044 p=0,957	F=0,418 p=0,659
	*Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı: a-b, a-c, Ötenaziye İlişkin Tutum: a-b						
Mesleki Deneyim Süresi	5 yıl ve altı ^a	145	81,8 ± 9,5	35,8 ± 7,3	23,9 ± 2,8	22,1 ± 3,3	
	6-10 yıl ^b	93	82,9 ± 10,0	36,7 ± 8,1	24,0 ± 2,9	22,2 ± 3,2	
	11-15 yıl ^c		85,3 ± 10,1	38,2 ± 7,8	24,1 ± 2,8	23,0 ± 2,9	
	16 yıl ve üzeri ^d		86,4 ± 7,6	39,2 ± 7,3	24,6 ± 2,6	22,7 ± 3,0	
	İstatistiksel Analiz*			F=4,215 p=0,006	F=3,207 p=0,023	F=0,923 p=0,430	F=1,289 p=0,278
Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı, Ötenaziye İlişkin Tutum: a-d							
Çalışılan Birim	Yetişkin Dahiliye Kliniği	66	84.1 ± 9.2	38,1 ± 7,4	24,1 ± 3,0	21,9 ± 3,4	
	Yetişkin Cerrahi Kliniği	57	83.8 ± 9.2	37,1 ± 8,2	24,3 ± 2,7	22,4 ± 2,9	
	Çocuk Kliniği	36	82.8 ± 10.4	36,9 ± 8,2	24,0 ± 2,7	21,9 ± 3,2	
	Yetişkin Yoğun Bakım	97	84.6 ± 8.4	37,3 ± 7,1	24,5 ± 3,0	22,8 ± 2,9	
	Çocuk/Yenidoğan Yoğun Bakım	83	82.4 ± 9.4	35,8 ± 6,9	23,9 ± 2,7	22,7 ± 3,3	
	İstatistiksel Analiz			F=0.552 p=0.698	F=0,876 p=0,478	F=0,343 p=0,849	F=1,306 p=0,267

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi hemşirelerin yaşlarına göre toplam puan ortalaması ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). “Ölüme İlişkin Tutum” alt ölçeğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda 20-29 yaş aralığındaki hemşirelerin ölüme ilişkin tutum puanlarının 40-49 yaş aralığındaki hemşirelerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Medeni duruma göre hemşirelerin toplam puan ortalamaları ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ve evli olan hemşirelerin toplam puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum puanlarının bekar olan hemşirelere göre daha yüksek bulunduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlılık gösterdiği görülmektedir ($p<0.05$).

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre toplam puan ortalamaları ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puanları arasında bir fark bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda çocuk sahibi olmayan hemşirelerin toplam puan ortalamaları ile ötenaziye ilişkin tutum puanları tek çocuğu olan hemşirelerden daha düşük bulunmuş, birden fazla çocuğu bulunan hemşirelerin toplam puan ortalaması ise çocuk sahibi olmayan hemşirelerden yüksek bulunmuştur.

Mesleki deneyim sürelerine göre hemşirelerin toplam ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamaları arasında bir fark olduğu ve bu farkın istatistiksel anlamlılığı bulunduğu görülmektedir ($p<0.05$). 16 yıl ve üzeri süre boyunca çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması 5 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlılık göstermektedir.

Hemşirelerin toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ile çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları.

Ölüme İlişkin Görüşleri		n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kayıp Deneyimi Yaşama Durumu	Yaşayan	183	84,6 ± 9,1	37,9 ± 7,5	24,2 ± 2,7	22,5 ± 3,2
	Yaşamayan	157	81,8 ± 9,7	35,8 ± 7,6	24,0 ± 2,9	22,0 ± 3,2
	İstatistiksel Analiz		t=2,786 p=0,006	t=2,588 p=0,010	t=0,755 p=0,451	t=1,412 p=0,159
Kayıp Deneyiminde Hissedilen Duygu	Üzüntü	87	84,0 ± 9,4	37,0 ± 8,0	24,3 ± 2,5	22,7 ± 3,5
	Yalnızlık	36	85,0 ± 9,2	38,3 ± 6,9	24,0 ± 2,4	22,7 ± 3,0
	Kayıp	19	84,2 ± 9,4	38,0 ± 7,1	24,0 ± 2,6	22,2 ± 3,1
	Özlem	23	86,2 ± 7,4	39,9 ± 6,7	23,6 ± 2,9	22,8 ± 1,7
	Boşluk	4	89,8 ± 10,2	42,3 ± 7,5	24,5 ± 6,2	23,0 ± 2,2
	Korku	19	83,4 ± 8,3	37,6 ± 7,8	24,1 ± 3,6	21,7 ± 3,3
	Diğer	10	81,3 ± 8,8	34,2 ± 7,2	24,5 ± 3,7	22,6 ± 3,9
	İstatistiksel Analiz		F=0,675 p=0,670	F=1,091 p=0,369	F=0,271 p=0,950	F=0,333 p=0,919
Ölümün Kendisi İçin Anlamı	Son ^a	113	82,6 ± 9,1	36,3 ± 7,3	24,0 ± 2,7	22,3 ± 2,6
	Başlangıç/Sonsuzluk ^b	103	83,5 ± 9,9	37,6 ± 7,9	24,0 ± 2,6	22,0 ± 3,5
	Özlem ^c	42	87,1 ± 8,7	39,8 ± 7,6	24,5 ± 2,9	22,8 ± 2,9
	Yalnızlık ^d	23	84,7 ± 10,4	36,5 ± 7,1	24,4 ± 3,1	23,8 ± 3,3
	Hayatın Gerçeği ^e	27	84,7 ± 10,4	37,9 ± 8,4	24,3 ± 3,3	22,4 ± 3,4
	Kurtuluş/Huzur ^f	23	79,9 ± 10,9	33,7 ± 7,4	24,1 ± 3,4	22,1 ± 3,0
	Acı ^g	38	81,3 ± 7,2	34,8 ± 6,3	23,6 ± 2,5	22,9 ± 2,6
	Diğer ^h	15	81,2 ± 9,3	36,6 ± 9,6	23,9 ± 2,9	20,7 ± 4,6
	İstatistiksel Analiz*		F=2,022 p=0,051	F=2,168 p=0,036	F=0,454 p=0,868	F=1,825 p=0,081
*Tukey HSD yapılmıştır. Ötenaziye İlişkin Tutum: c-f						
Ölümcül Hastaya İlişkin Görüşleri						
Ölümcül Hastaya Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler	Güçlük yaşamayan	23	81,7 ± 10,1	37,8 ± 9,0	23,8 ± 3,6	20,1 ± 3,9
	Duygusal yıpranma	67	82,9 ± 9,0	36,1 ± 7,1	24,3 ± 2,7	22,5 ± 2,9
	Bakım güçlüğü/teknik sıkıntı	29	84,7 ± 10,4	38,3 ± 7,6	23,7 ± 3,6	22,7 ± 3,2
	Bakımın gereksizliğini düşünme	29	81,6 ± 9,6	36,1 ± 8,0	23,2 ± 3,1	22,3 ± 2,6
	Çaresizlik/yetersizlik	65	83,5 ± 10,0	36,4 ± 8,0	24,4 ± 2,9	22,7 ± 3,3
	Hasta yakınlarıyla ilgili sıkıntı	40	85,9 ± 10,0	39,0 ± 7,8	24,7 ± 2,8	22,2 ± 3,3
	Hastayla iletişim güçlüğü	20	86,3 ± 10,2	40,9 ± 8,0	23,7 ± 2,2	21,8 ± 4,1
	Üzüntü	36	84,4 ± 10,9	37,7 ± 8,7	24,1 ± 2,8	22,6 ± 3,1
	Bilmiyorum	26	80,2 ± 7,0	34,5 ± 6,6	23,6 ± 2,4	22,1 ± 2,6
	Diğer	20	83,8 ± 9,1	37,7 ± 7,3	23,2 ± 1,8	22,9 ± 3,4
	İstatistiksel Analiz		F=1,099 p=0,362	F=1,440 p=0,169	F=1,028 p=0,417	F=1,558 p=0,126

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları (Devamı).

		n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum
Ölümcül Hastaya İlişkin Görüşleri			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ölümcül Hastayla Çalışmaktan Etkilenme Durumu	Kötü/Olumsuz Etkilenen ^a	175	84.4 ± 9.6	37,5 ± 7,6	24,3 ± 2,7	22,7 ± 2,9
	Etkilenmeyen ^b	45	81.7 ± 10.7	36,9 ± 8,4	24,5 ± 3,3	20,3 ± 3,7
	Daha iyi/güçlü hisseden ^c	11	88.7 ± 9.6	41,2 ± 7,3	24,1 ± 2,6	23,5 ± 2,8
	Ölüm/hayat hakkında sıkça düşünen ^d	63	82.0 ± 8.2	36,3 ± 7,0	23,4 ± 2,6	22,3 ± 2,9
	Mesleki doyumda azalma yaşayan ^e	18	87.8 ± 9.6	39,9 ± 9,2	23,4 ± 3,2	24,6 ± 1,8
	Bilmiyorum ^f	22	80.5 ± 6.5	34,8 ± 6,9	23,5 ± 2,4	22,2 ± 2,8
	Diğer ^g	23	81.0 ± 11.0	35,4 ± 8,5	23,4 ± 2,5	22,2 ± 3,8
	İstatistiksel Analiz*		F=2.633 p=0.016	F=1,614 p=0,142	F=1,478 p=0,185	F=5,752 p=0,000
*Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı: c-f, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum: b-e, c-h						

n: Katlanmış Değer

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları.

Ötenaziye İlişkin Görüşleri	n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ötenaziye Tanımlama Biçimi	İntihar ^a	33	86.6 ± 9.2	39,8 ± 7,4	24,8 ± 2,5	22,0 ± 3,6
	Cinayet ^b	7	93.0 ± 9.0	43,7 ± 7,0	24,9 ± 3,3	24,4 ± 2,8
	Hastanın yaşamına son vermesi ^c	78	83.4 ± 9.4	36,7 ± 8,0	23,9 ± 2,7	22,8 ± 3,1
	Türkiye'de yasal olmaması değil ^d	13	82.8 ± 7.2	37,5 ± 6,3	23,4 ± 2,1	21,9 ± 3,2
	Ölüm hakkı ^e	37	81.5 ± 9.4	35,4 ± 6,9	23,7 ± 2,4	22,4 ± 3,3
	Hastanın hayatına son verilmesi ^f	12	78.8 ± 10.7	32,8 ± 6,5	23,5 ± 3,4	22,6 ± 2,6
	Hastanın isteği veya onayı alınarak hayatına son verilmesi ^g	64	82.7 ± 9.1	36,7 ± 7,1	23,9 ± 2,7	22,0 ± 2,8
	Hastanın isteği veya onayı alınmadan hayatına son verilmesi ^h	30	81.8 ± 8.6	36,3 ± 7,0	24,0 ± 2,9	21,5 ± 3,9
	Uygun bir yaklaşım ⁱ	21	76.2 ± 10.4	29,6 ± 6,8	23,7 ± 4,1	22,9 ± 2,6
	Uygun olmayan bir yaklaşım ^j	29	89.7 ± 6.8	43,8 ± 5,3	23,7 ± 2,3	22,2 ± 3,8
	Bilmiyorum ^k	6	81.3 ± 6.4	35,0 ± 5,7	24,2 ± 3,0	22,2 ± 3,5
	Diğer ^k	14	85.0 ± 9.1	37,5 ± 7,3	24,9 ± 3,3	22,6 ± 3,1
	İstatistiksel Analiz*		F=4.202 p=0.000	F=6,206 p=0,000	F=0,644 p=0,791	F=0,780 p=0,660
	*Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı: b-e, b-f, b-h, b-j, b-i, f-i, i-i, Ötenaziye İlişkin Tutum: a-i, b-e, b-f, b-j, b-i, e-i, f-i, i-i, j-i					
	Ötenaziye Yapılmasını Uygun Bulduğu Hasta Grupları	Hiçbir hastaya uygun bulmuyorum ^a	131	89.1 ± 8.4	41,9 ± 6,6	24,5 ± 2,6
Terminal dönem hastalar ^b		123	79.3 ± 8.7	33,7 ± 6,5	23,7 ± 3,0	21,9 ± 3,1
Beyin ölümü gerçekleşen hastalar ^c		27	80.1 ± 6.9	33,7 ± 5,4	23,9 ± 2,7	22,6 ± 2,5
Makineye bağlı hastalar ^d		28	78.1 ± 9.7	32,0 ± 7,2	23,8 ± 3,3	22,4 ± 3,2
Ötenazi isteyen tüm hastalar ^e		13	80.5 ± 9.4	34,5 ± 7,4	23,6 ± 2,6	22,4 ± 2,3
Yaşlı hastalara ^f		5	83.0 ± 8.7	32,6 ± 7,8	26,0 ± 2,9	24,4 ± 1,1
Türkiye'de yasak ^g		20	82.3 ± 7.1	36,3 ± 6,8	24,5 ± 2,4	21,5 ± 2,8
Bilmiyorum ^h		7	84.1 ± 6.0	37,4 ± 7,3	23,4 ± 3,7	23,3 ± 3,9
Diğer ⁱ		12	82.9 ± 8.0	37,2 ± 6,4	23,8 ± 2,3	21,9 ± 3,0
İstatistiksel Analiz*			F=13.265 p=0.000	F=16,554 p=0,000	F=1,139 p=0,336	F=1,046 p=0,401
*Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı: a-b, a-c, a-d, a-e, a-g, Ötenaziye İlişkin Tutum: a-b, a-c, a-d, a-f						

n: Katlanmış Değer

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları (Devamı).

Ötenaziye İlişkin Görüşleri		n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Hastaların Neden Ötenazi İstediklerine Dair Görüşleri	Acı çekmemek için	223	83.3 ± 9.9	36,9 ± 7,7	24,1 ± 2,8	22,3 ± 3,1	
	Çaresizlikten	62	83.5 ± 8.1	36,6 ± 5,7	24,2 ± 2,9	22,6 ± 3,0	
	Umutsuzluktan	39	83.9 ± 9.7	38,0 ± 8,2	23,9 ± 2,4	22,1 ± 2,8	
	Sevdiklerini üzmemek için	35	84.1 ± 9.6	38,2 ± 8,4	23,4 ± 3,3	22,5 ± 2,6	
	Ölümü beklemeyi istemediklerinden	18	79.9 ± 9.9	33,3 ± 8,3	23,9 ± 2,9	22,6 ± 2,9	
	Dini yönün eksikliğinden	5	95.8 ± 6.6	46,0 ± 3,1	26,6 ± 2,7	23,2 ± 2,8	
	Yaşam kalitesi düştüğünden	11	81.5 ± 13.0	34,8 ± 8,6	24,6 ± 2,6	22,0 ± 5,0	
	Yaşamak onları mutlu etmediğinden	2	92.5 ± 7.8	49,0 ± 5,7	21,5 ± 0,7	22,0 ± 2,8	
	Yaşamak istemediğinden	7	81.6 ± 6.7	38,0 ± 6,2	23,9 ± 2,9	19,7 ± 3,8	
	Yalnızlıktan	4	82.3 ± 10.9	35,5 ± 2,5	22,8 ± 6,7	24,0 ± 3,4	
	Bilmiyorum	6	80.3 ± 6.3	33,7 ± 5,4	24,5 ± 2,5	22,2 ± 3,3	
	Diğer	14	84.1 ± 8.9	38,6 ± 8,5	23,8 ± 2,8	21,7 ± 3,6	
	İstatistiksel Analiz*			F=1.317 p=0.212	F=1,931 p=0,034	F=0,847 p=0,593	F=0,741 p=0,699
	*Tukay HSD yapılmıştır. Ötenaziye İlişkin Tutum: e-f, e-h, h-g, h-i, h-j						
Ötenazi İsteyen Hastaya Yapılacak Girişimlere İlişkin Görüşleri	Psikolojik destek sağlama ^a	104	83.8 ± 9.1	37,3 ± 7,8	24,0 ± 2,6	22,4 ± 2,8	
	Neden istediğini sorma ^b	21	83.5 ± 7.8	37,6 ± 6,7	23,9 ± 1,7	22,0 ± 3,1	
	Konuşup vazgeçirmeye ikna etme ^c	17	90.1 ± 7.4	41,9 ± 5,8	24,9 ± 2,0	23,3 ± 2,4	
	Psikiyatriste yönlendirme ^d	37	85.8 ± 9.9	38,4 ± 7,1	24,8 ± 3,3	22,6 ± 3,4	
	Hiçbir şey yapmama ^e	22	86.4 ± 7.4	41,0 ± 6,9	23,9 ± 2,7	21,5 ± 4,1	
	Yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunma ^f	31	85.4 ± 10.4	38,6 ± 8,1	23,8 ± 3,3	22,9 ± 2,9	
	Tedaviyi kesme/Ötenaziye uygulama ^g	21	75.6 ± 11.6	30,3 ± 7,4	23,0 ± 3,8	22,3 ± 3,1	
	Manevi/dini destek sağlama ^h	20	84.6 ± 10.5	38,1 ± 9,5	24,0 ± 2,2	22,6 ± 3,3	
	Bilmiyorum ⁱ	53	83.6 ± 9.2	37,6 ± 7,5	24,6 ± 2,8	21,5 ± 3,3	
	Diğer ^j	23	80.6 ± 7.7	34,0 ± 5,6	23,3 ± 3,1	23,2 ± 2,3	
	İstatistiksel Analiz*			F=3,503 p=0,000	F=4,073 p=0,000	F=1,216 p=0,284	F=1,239 p=0,270
	* Tukey HSD testi yapılmıştır. Toplam ölçek puanı: a-g, c-g, c-i, d-g, e-g, f-g, i-g, Ötenaziye İlişkin Tutum: g-a, g-b, g-c, g-d, g-e, g-f, g-h, g-i, i-c, i-e						
Meslek Yaşantısı Boyunca Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumu	Karşılaşan	90	81,5 ± 10,6	35,2 ± 8,6	24,3 ± 2,8	22,0 ± 3,3	
	Karşılaşmayan	246	84,0 ± 9,0	37,7 ± 7,1	24,0 ± 2,8	22,3 ± 3,2	
	İstatistiksel Analiz			t=-2,157 p=0,032	t=-2,681 p=0,008	t=0,854 p=0,394	t=-0,805 p=0,422

n: Katlanmış Değer

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları (Devamı).

Ötenaziye İlişkin Görüşleri		n	Toplam Ölçek Puanı	Ötenaziye İlişkin Tutum	Ölüme İlişkin Tutum	Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumunda Hissettiği/Hissedeceği Duygu	Üzüntü/ Endişe	84	83,2 ± 9,8	36,3 ± 8,2	24,2 ± 2,7	22,7 ± 2,9
	Çaresizlik	38	80,3 ± 8,4	33,8 ± 7,2	23,8 ± 2,5	22,7 ± 3,2
	Onu anlama	34	82,0 ± 11,5	37,4 ± 7,9	23,2 ± 3,2	21,4 ± 3,3
	Kendi haline şükür	5	87,8 ± 10,7	41,4 ± 7,6	25,0 ± 3,1	21,4 ± 2,3
	Kararsızlık	2	76,5 ± 19,1	32,0 ± 9,9	21,0 ± 1,4	23,5 ± 7,8
	Hiçbir şey	8	79,4 ± 13,8	35,3 ± 12,0	24,0 ± 3,5	20,1 ± 3,6
	Öfke	2	92,5 ± 3,5	50,0 ± 0,0	26,0 ± 1,4	16,5 ± 4,9
	Yaşamadığım için bilmiyorum/Bilmiyorum	80	83,6 ± 9,1	37,3 ± 7,1	24,5 ± 2,8	21,8 ± 3,5
	Diğer	18	85,8 ± 8,7	39,3 ± 6,8	23,4 ± 3,3	23,1 ± 3,1
	İstatistiksel Analiz*			F=1,281 p=0,254	F=2,160 p=0,031	F=1,282 p=0,253
*Tukey HSD yapılmıştır. Ötenaziye İlişkin Tutum: g-b, g-e, g-f, Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum: g-a, g-b, g-e, g-i						
Ötenazi İsteğiyle Karşılaşma Durumunda Nasıl Davrandığı/Davranacağı	Tedaviye devam etmek	20	82,1 ± 11,3	35,7 ± 9,2	23,8 ± 2,7	22,6 ± 3,3
	Hiçbir şey yapmamak	16	81,7 ± 15,1	35,8 ± 10,0	23,0 ± 4,3	22,9 ± 3,4
	Bunun yanlış/günah/illegal olduğunu anlatmak	51	86,6 ± 9,7	39,1 ± 8,5	25,1 ± 2,6	22,4 ± 3,3
	Böyle bir şey yapamayacağını söylemek	10	87,9 ± 8,1	41,2 ± 6,8	23,6 ± 3,3	23,1 ± 1,8
	Nedenini sorgulamak	53	82,2 ± 9,1	35,7 ± 8,2	24,4 ± 2,8	22,2 ± 3,5
	Yaşamadan bilmiyorum/Bilmiyorum	84	82,3 ± 9,5	36,5 ± 7,5	24,1 ± 3,0	21,7 ± 3,3
	Diğer	20	79,6 ± 7,7	34,6 ± 6,6	23,4 ± 2,6	21,7 ± 3,5
	İstatistiksel Analiz			F=1,816 p=0,085	F=2,127 p=0,051	F=1,748 p=0,110
Ölüm, Ölümçül Hasta ve Ötenazi Konularına İlişkin Önceki Bilgi Durumu	Alan	182	81,5 ± 9,4	36,3 ± 7,7	23,5 ± 2,8	21,7 ± 3,2
	Almayan	152	85,4 ± 9,3	37,7 ± 7,5	24,7 ± 2,7	23,0 ± 3,0
	İstatistiksel Analiz*			t=-3,795 p=0,000	t=-1,727 p=0,085	t=-3,963 p=0,000
Ölüm, Ölümçül Hasta ve Ötenazi Konularına İlişkin Danışmanlık İhtiyacı Hissetme Durumu	Hisseden	178	83,1 ± 9,8	36,5 ± 7,2	23,9 ± 2,8	22,7 ± 3,0
	Hissetmeyen	152	83,5 ± 9,3	37,5 ± 8,1	24,2 ± 2,8	21,8 ± 3,4
	İstatistiksel Analiz			t=-0,379 p=0,705	t=-1,205 p=0,229	t=-0,773 p=0,440

n: Katlanmış Değer

Tablo 4.3.2 incelendiğinde hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları görülmektedir. Kayıp deneyimi yaşama durumlarına göre hemşirelerin ölçek puanları incelendiğinde kayıp deneyimi yaşayan hemşirelerin toplam ölçek puanı ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puanının yaşamayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Yapılan istatistiksel analizde bu farkın anlamlı bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kayıp deneyimi yaşayan hemşirelerin bu deneyim sırasında hissettikleri duyguya boşluk yanıtını veren hemşirelerin toplam ölçek puanı en yüksek diğer tanımlamaya giren yanıtları veren hemşirelerin puanı en düşük bulursa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ölümü özlem olarak tanımlayan hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puanı kurtuluş/huzur olarak tanımlayan hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin ölüme yükledikleri anlam ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında farklılıklar vardır fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölümcül hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerle göre hemşirelerin toplam puanı ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenme durumlarına göre toplam puan ortalaması ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puanı arasında fark vardır ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda ölümcül hastayla çalışmanın daha iyi hissettirdiği yanıtını veren hemşirelerin toplam puan ortalaması bilmiyorum yanıtını veren hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenmediğini belirten hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin tutum puanı daha iyi hissettiğini ve mesleki doyumda azalma yaşadığını belirten hemşirelerden anlamlı biçimde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.3 incelendiğinde hemşirelerin ötenaziye ilişkin görüşlerine göre ÖTÖ puan ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin ötenaziye tanımlama biçimlerine göre toplam puan ortalamaları ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda cinayet yanıtını veren hemşirelerin toplam puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması ötenaziye ölüm hakkı olarak gören, hastanın

hayatına son verilmesi olarak tanımlayan, hastanın isteği veya onayı alınmadan hayatına son verilmesi yanıtını veren, uygun bir yaklaşım tanımlamasını yapan ve bilmiyorum cevabını veren hemşirelerden yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca ötenaziyi hastanın hayatına son verilmesi olarak tanımlayan hemşirelerin toplam puan ortalaması ve uygun olmayan bir yaklaşım tanımlamasını yapan hemşirelerden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan diğer bir tanımlama ötenaziyi uygun bulan ve bulmayan hemşirelerin ölçek puanları arasındadır. Ötenaziyi uygun olmayan bir yaklaşım olarak tanımlayan hemşirelerin toplam puan ortalamaları ve anlamlı biçimde uygun bir yaklaşım olarak tanımlayan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Ötenaziyi “intihar” olarak tanımlayan hemşirelerin ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması uygun bir yaklaşım tanımlamasını yapan hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ötenazi uygulamasını uygun buldukları hasta gruplarına göre hemşirelerin toplam puan ortalaması ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur. İkili karşılaştırmalara bakıldığında ötenaziyi hiçbir hastaya uygun bulmayan hemşirelerin toplam ölçek puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması terminal dönem, beyin ölümü gerçekleşen, makineye bağımlı yaşayan hastalara uygulanmasını uygun bulan hemşirelere göre yüksek olduğu gözlenmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ötenazinin yaşlı hastalara uygulanmasının uygun olabileceğini belirten hemşirelerin ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması uygulamayı hiçbir hastaya uygun bulmayan hemşirelere göre anlamlı biçimde düşüktür ($p<0.05$). Ayrıca hiçbir hastaya ötenazi uygulamasını uygun bulmayan hemşirelerin toplam puan ortalaması ötenazi isteyen tüm hastalara uygulanabileceğini belirten ve Türkiye’de yasak olduğunu belirten hemşirelerinkinden de anlamlı şekilde yüksektir.

Hastaların neden ötenazi istediklerine dair hemşirelerin görüşü ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ölümü beklemeyi istemedikleri için hastaların ötenazi istediklerini düşünen hemşirelerin dini yönün eksikliğinden ölüm talebinde bulduklarını düşünen hemşirelerden anlamlı biçimde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca hastaların yaşamaktan mutlu olmadıkları için ötenazi istediklerini düşünen hemşirelerin ötenaziye ilişkin tutum

puan ortalaması ölümü beklemeyi istemediklerinden, yaşam kalitesi düştüğünden, yalnızlıktan yanıtını veren ve bilmediğini belirten hemşirelerden anlamlı biçimde yüksektir ($p<0.05$).

Hemşirelerin ötenazi talebinde bulunan hastaya yapılacak girişimler konusundaki görüşleri ile toplam puan ortalaması ve arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur Yapılan ikili karşılaştırmalarda konuşup vazgeçirmeye ikna etme girişiminde bulunan hemşirelerin diğer yanıtını veren hemşirelere göre toplam puan ortalaması anlamlı biçimde yüksek bulunduğu belirlenmiştir. Tedaviyi kesme/ötenaziye uygulama yanıtını veren hemşirelerin toplam puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum alt ölçek puan ortalaması psikolojik destek sağlama, konuşup vazgeçirmeye ikna etme, psikiyatriste yönlendirme, hiçbir şey yapmama, yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunma ve bilmiyorum yanıtını veren hemşirelerden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Ayrıca, tedaviyi kesme/ötenaziye uygulama yanıtını veren hemşirelerin ötenaziye ilişkin alt ölçek puan ortalaması neden istediğini sorma ve manevi destek sağlama yanıtını veren hemşirelerden anlamlı biçimde düşüktür ($p<0.05$).

Meslek yaşantısı boyunca ötenazi isteğiyle karşılaşan hemşirelerin toplam puan ortalaması ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması karşılaşmayan hemşirelere göre düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p<0.05$).

Ötenazi talebiyle karşılaşma durumunda öfke hissedebileceğini belirten hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması çaresizlik, kararsızlık hissedebileceğini belirten hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Ayrıca durum karşısında öfke duyabileceğini belirten hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması üzüntü/endişe hissedebileceğini belirten ve diğer cevaplardan birini veren hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ötenazi talebiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin nasıl davrandığı/davranacağı sorusuna verdikleri yanıt ile ÖTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin önceki bilgi durumları ile ÖTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık

bulunmaktadır ($p<0.05$). Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin bilgisi olduğunu belirten hemşirelerin toplam puan ortalaması ile “Ölüme İlişkin Tutum” ve bilgisi bulunmadığını belirten hemşirelere göre anlamlı biçimde daha düşüktür.

Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissetme durumlarına göre hemşirelerin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak bu konulara ilişkin danışmanlık ihtiyacı hisseden hemşirelerin “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması hissetmediğini belirten hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı biçimde yüksektir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %54'ünün kayıp deneyimi yaşadığı ve bu deneyim sırasında hemşirelerin %44'ünün üzüntü, %18'inin de yalnızlık hissettiği görülmektedir. Köse ve ark (49) 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin %31'inin ölüm karşısında korku hissettikleri sonucuna varmıştır (49). Literatürde benzer bulguların elde edildiği başka çalışmalar da bulunmaktadır (42, 53, 87). Kayıp, kaybedilen şeyin tamamen yok olması, onunla ilgili yaşantıların artık son bulması anlamına geldiğinden kaybın üzüntüye yol açması kaçınılmaz bir sonuç olarak düşünülebilir. Kaybedilene yüklenen anlam ve değer de bu acının boyutunu değiştirdiği düşünülmektedir. Bir hemşirenin bu soruya verdiği yanıt bu düşünceyi destekler niteliktedir: *“Kalbimin acıdığını hissettim”*. Hemşirelerin kayıp yaşantısında yalnızlık hissetmeleri ise ölümle yüzleşme ve kendi ölümlerini düşünme sonucu ortaya çıkan bir duygu olabilir. Ölümle karşılaştığında kişinin aslında yalnız olduğu, bununla kendi kendine baş etmesi gerektiği gerçeği de yalnızlık hissetmesine yol açmış olabilir. Ayrıca kaybedilen kişinin kaybı yaşayan kişinin hayatındaki yeri ve değeri de bu hisse yol açıp, artık hayatın onsuz yalnız olacağını düşünmesine yol açmış olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %29'u için ölüm bir son olarak adlandırılmış, %27'si için ise bir başlangıç veya sonsuzluk olarak görülmüştür. Başer ve Yiğit (12), hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadıkları duyguları araştırdıkları çalışmalarında hemşirelerin %39'unun ölümü duyguları izole ederek, %36'sının ise yoğun duygu yüklü sözcükler kullanarak tanımladıkları bulgularını elde etmiştir (12). İnci ve Öz (37) çalışmalarında araştırma bulgularımızı destekler biçimde hemşirelerin %33'ünün ölümü yaşamın son bulması olarak tanımlarken %27'sinin ayrılık yanıtını verdiği sonucuna ulaşmıştır (37). Benzer biçimde Karahisar (42)'in çalışmasına katılan hemşirelerin yaklaşık yarısı (%49) ölümü tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %13'ü ölümü yeni bir başlangıç olarak tanımlamıştır

(42). Hemşirelerin büyük kısmının ölümü bir “son” olarak görmesi ölümün “yokluk” olarak düşünmekle ve ölümden sonra artık yaşanacak bir şey kalmadığına inanmakla ilgili olabilir. Aynı zamanda ölümcül hastaya sürekli bakım veren hemşirelerin özellikle hasta ile çalışırken ölümü yadsıyarak ve anlam yüklemekten kaçınarak yalnızca hastanın yok olması, artık o hastaya bakım vermeyeceği şeklinde algılaması olarak da düşünülebilir. Nitekim bir hemşirenin ölümü tanımlamada verdiği cevap bu düşünceyi destekler niteliktedir: *“Yakınız olursa üzüntü ve yokluğu, hasta olursa hayati fonksiyonlarının sonlanması”* Yanıttan da gördüğümüz gibi hemşirelerin ölümcül hasta ile sürekli çalışması hastaların kaybını duygularından soyutlayarak yaşamasına hatta yok saymasına yol açtığını düşündürmektedir. Hemşirelerin ölümü başlangıç olarak tanımlaması ise ölümden sonra da bir hayatın varlığına inanmaları, yani dini inançları sonucu bu yanıtı verdiklerini düşündürmektedir. Bazı hemşirelerin bu hayatın aslında geçici olduğunu ve ölümlerle son bulduğunu, böylelikle gerçek yaşama başladığımızı belirten yanıtları da bu düşünceyi desteklemektedir: *“Maddi boyuttaki oyun deneyiminin sonlanması. Ruhun, yolculuğuna devam etmesi”*.

Hemşirelerin %19’u ölümcül hastaya bakım verirken duygusal yıpranma yaşadığını belirtirken %18’i çaresizlik/yetersizlik duygularını tanımlamıştır. Başer ve Yiğit (12) çalışmalarında hemşirelerin ölümcül hastalığı olan çocuğa bakım verirken kendini duygularıyla baş etmede güçlük, üzüntü ve yıpranmışlık yaşadıkları sonuçlarına ulaşmıştır (12). Benzer biçimde başka bir araştırmada hemşirelerin yaklaşık üçte birinin ölümcül hastaya bakım vermekte güçlük yaşadığı ve umutsuzluk-çaresizlik hissettikleri, üzüldükleri saptanmıştır (49). Bulgularımızı destekleyen bir başka çalışmada hemşirelerin %69’unun ölümcül hastayla çalışmanın olumsuz duygusal yük getirdiğini belirttikleri gözlenmiştir (37). Hemşireler, hasta grubuna en yakın sağlık profesyonelleri olduğundan ve birebir hastaya bakım verdiğinden hastanın yaşadığı tüm güçlükler hemşireyi de etkilemektedir. Hemşirelerin ölüm kavramına yükledikleri anlamın, ölmekte olan hastaya verdiği değer, ölüm karşısında geliştirdiği savunma mekanizmalarının ve baş etme yöntemlerinin, onun ölümcül hastaya bakım verirken duygusal yıpranma veya çaresizlik/yetersizlik hissetmesine yol açabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, ölmekte olan hastanın yaşının genç olması durumunda hemşirelerin baş etmede daha fazla güçlük yaşadığı görülmektedir: *“Hasta genç ise bir takım duygular yaşıyorum.*

Gerçekleştiremediği hayallerini düşünüyorum”, “Özellikle genç hastalarda acıyla bakan gözler insanı etkiliyor”. Hemşirelerin çaresizlik/yetersizlik duygularını belirtmelerinin bir diğer nedeni olarak bakım verdiği hastanın kaybının kendi yetersizliğinden kaynaklanarak kendini suçlamasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bir hemşirenin bu soruya vermiş olduğu *“İnsanın bir süre sonra hissizleşmesinden dolayı, iş merkezli çalışıyoruz. Bu yüzden; sanki hasta değil de bir makine gibi görüyoruz”* yanıtı hemşirelerin hasta ve kendi duygularından izole çalışarak bakımın temel unsurlarından psikolojik desteği hastalarına sağlayamadıklarını aynı zamanda meslekte tükenmişliğe doğru nasıl varıldığını gösterir niteliktedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenme durumları incelendiğinde %49 gibi büyük bir kısmının kötü/olumsuz etkilendiği, yalnızca %18’inin ölüm ve hayat hakkında sıkça düşündükleri belirlenmiştir. Literatürde araştırmamızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (12, 37, 49, 53, 72). Hemşirelerin yoğun iş temposunda ölüm gibi kaçındıkları, yadsıdıkları ve kabullenemedikleri bir konuyla sürekli karşı karşıya kalmalarının ölümcül hastayla çalışmanın kendilerini kötü biçimde etkilediği yönünde yanıt vermelerine yol açtığı düşünülmektedir. Bu durumda hemşirelerin savunma mekanizması olarak duygularını izole ettikleri ve iş merkezli çalışarak hastayı da iş olarak gördükleri bir hemşirenin verdiği şu cevaptan gözlenmektedir: *“Herhangi bir etkileşimde olmuyorum. İşimi duygularıyla karıştırmıyorum”.* Hemşirelerin az bir bölümünün ölüm ve hayat hakkında sıkça düşünmesi ve bu kavramları sorgulamaya başlaması ölümcül hastayla çalışmanın olumlu bir etkisi olarak düşünülmüş hemşirelerin böylelikle olumlu ölüm algıları geliştirmeleri ve ölümü hayatın gerçeği olarak kabullenebilecekleri düşünülmüştür. Fakat bazı hemşirelerin şu yanıtlarından da görüleceği gibi: *“Yaşadığımı unutuyorum”, “Daha çok kalbiniz katlaşıyor böyle hissediyorsunuz ama aslında daha çok kırılğan ve daha zayıf oluyorsunuz”, “İnsan gördüğü hastaya ölü gözüyle bakıyor. Bu korkunç bir şey”* biçiminde sağlığına olumsuz etki edecek derecede etkilenen hemşireler de bulunmaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin bir kısmı ölümcül hastayla çalışmanın boşuna bir çaba olduğunu düşünmektedir: *“Suya yazı yazmak gibi...”*. Bir hemşirenin verdiği: *“Üzüliyorum. Bu durumun hayatında yaptığı yanlışların sonucu olduğunu, takdiri ilahi olduğunu*

düşünüyorum” yanıtı ise dini inanç ve değerlerin ölümcül hastaya olan bakışı da etkilediğini düşündüren bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %23’ü ötenaziye hastanın yaşamına son vermesi, %19’u ise hastanın isteği veya onayı alınarak hayatına son verilmesi olarak tanımlamıştır ve bu sonuçları destekleyen literatür çalışmaları bulunmaktadır (1, 14, 42, 87). Ötenazinin ülkemizde tartışma gündeminde dahi bulunmayan ve yasal olmayan bir uygulama olmasından hemşirelerin ötenaziye yanlış tanımladıkları, daha çok intihar gibi tanımlayarak hasta tarafından uygulanan bir girişim olarak gördükleri düşünülmüştür. Ayrıca anketlerin değerlendirilmesi sırasında bu soruya büyük harflerle öfkeli biçimde cevap veren hemşireler gözlenmiş ve bu hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularında bilgilendirme danışmanlık istemediklerini, şiddetle karşı çıktıklarını belirttikleri görülmüştür. Anketlerin uygulanması sırasında da ötenazi kelimesini duydukları an hemşirelerin bu uygulamayı yasallaştırmak için bu çalışmaların yapıldığını söylemeleri ve ankete bakmaktan dahi ısrarla kaçınmaları ülkemizde ötenaziye de içeren bir çalışma yapmak için dahi hala çok erken olduğunu düşündüren bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36’sının ötenaziye hiçbir hastaya uygun bulmadığı görülürken, %54’ünün uygun bulduğu ve bunların %34’ünün ötenazi uygulanabilecek hasta grubu olarak terminal dönem hastalarını belirttikleri görülmektedir. Literatürde hemşirelerin ötenaziye hiçbir hasta için uygun bulmadığını belirten çalışmalar görülmektedir (42, 87). Ülkemizde ötenazi hakkında yeterli sayıda tartışma, yayın bulunmasa da hemşirelerin bu konuda diğer ülkelerde bulunan meslektaşlarıyla görüş birliğinde buldukları ve ötenazi uygulamasını destekledikleri gözlenmektedir (80, 95). Hemşirelerin özellikle terminal dönem hastalarına ötenazi uygulamasını uygun bulmaları, bu hastaların hastanede yatış süresinin uzaması, bu süreçte hemşirenin de duygusal anlamda yıpranma yaşadığını belirtmesiyle ilgili olabilir. Ayrıca hemşireler hastaların hastanede yatış süresinin uzamasının hem hastaya hem de ülkeye maddi anlamda da yük olduğunu düşündüklerinden ötenaziye uygun bulduklarını belirtmiş olabilirler. Ötenaziye kesinlikle karşı olduklarını ve hiçbir hastaya uygulanmaması gerektiğini belirten hemşireler, uygulamanın hastanın yaşam hakkını elinden aldığını düşünmüş veya dini anlamda böyle bir uygulamanın günah olduğu için uygun bulmamış olabilirler.

Diğer yandan bazı hemşireler uygun bulup bulmadıklarını belirtmelerinin yanında konu hakkındaki görüşlerini de yanıtları içerisinde bu cevap örneğindeki gibi yazmışlardır: *“Uygulanmamalı. Can çıkmadıkça umut kesilmez”*.

Hastaların ötenazi isteme nedenlerine dair görüşleri sorgulandığında hemşirelerin literatürdeki çalışma sonuçlarıyla paralellik gösterecek şekilde %52’sinin acı çekmemek için yanıtını verdiği görülmektedir (11, 27, 51). Literatürde de hastaların ötenazi isteme nedenlerinin ilk sırasında acı çekmek olduğu görülmektedir (42, 82, 95). Bu sonuç, hemşirelerin hastaları anladığını ölüme yaklaşırken acı çektiklerini ve bununla baş edemedikleri için ötenazi istediklerinin farkında olduklarını düşündürmektedir. Hemşirelerin yarısının bu durumun farkında olması bir sonraki aşamada palyatif bakımın güçlendirilerek hastaya fiziksel ve duygusal acılarını azaltma yönünde verilecek bütüncül bir bakımın ötenazi isteme oranını düşüreceğinin hemşireler tarafından da fark edilebilir olduğunu gösteren olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca hemşirelerin vermiş olduğu: *“Yaşamak onları mutlu etmediği için”, “Yaşama dair çabalayacak nedenleri kalmadığı için”* yanıtlarından da görüleceği gibi hemşireler ölümcül hastaların içinde buldukları umutsuzluğun ve depresif ruh halinin farkındadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ötenazi isteyen hastalara yapılacak girişimler konusunda görüşleri incelendiğinde; %30’unun psikolojik destek sağlama, %15’inin bilmiyorum, %9’unun ise yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunma cevabını verdiği görülmektedir. Literatürde araştırmamızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (20, 53, 64, 68, 87). Ötenazi talebinde bulunan hastaya psikolojik destek sağlama girişiminde bulunan hemşirelerin hastanın duygusal acılarının dindirilerek ölüm kavramını kabullenmesini kolaylaştırma çabalarının olumlu bir bulgu olduğu düşünülmüştür. Hemşirelerin büyük bir kısmının bilmiyorum yanıtını vermesi ise bu durumla hiç karşılaşmadıklarından veya konu hakkında daha önce hiç düşünmediklerinden ve bilgi sahibi olmadıklarından kaynaklanabilir. Hemşirelerin yarısının hastaların ötenazi isteme nedeni olarak acı çekmek cevabını verdikleri halde ötenazi isteyen hastaya yapılacak girişimler sorusuna yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunma cevabını veren yalnızca %9 oranında hemşire bulunması düşündürücü bir sonuçtur. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, hemşirelerin hastaların neden ötenazi istediklerinin farkında

olduğunu ancak kendilerinin onlara yardımcı olacak bir palyatif bakımı nasıl vermeleri gerektiği ve bu uygulamanın kendi ellerinde olduğu konusunda farkındalıkları olmadığını gösterebilir.

Araştırmamıza göre hemşirelerin %27'si meslek yaşantısı boyunca ötenazi isteği ile karşılaşmış, %73'ü karşılaşmamıştır. Bu oran diğer ülkelere göre ülkemizde düşük bulunmuştur (95). Literatürde de ülkemizde ötenazi talebiyle karşılaşan sağlık personeli sayısının diğer ülkelere oranla düşük saptandığı gözlenmektedir (85). Ülkemizde ötenazinin yasal olamaması bu sonucun en önemli nedenlerindedir. Ayrıca Müslümanlıkta kişinin ölümünü istemesinin günah olması, ülkemizde hemşirelerin ötenazi isteğiyle daha az karşılaşmasının bir diğer nedeni olabilir.

Ötenazi talebi ile karşılaşma durumunda hemşirelerin hissettikleri/hissedecekleri duygu incelendiğinde %31'inin üzüntü/endişe, %29'unun ise bilmiyorum cevabını verdikleri gözlenmektedir. Literatürde hemşirelerin ötenazi isteğiyle karşılaşma durumunda üzüntü duyduklarını belirten başka çalışmalar da bulunmaktadır (10, 51). Ötenazi talebiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin nasıl davrandığı/davranacağı incelendiğinde büyük oranının (%33) nasıl davranacağını bilmediği yanıtını verdiği gözlenmiştir. Literatürde araştırma sonuçlarıyla paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur (87, 95). Bakım verdikleri hastanın ölümünü istemesinin ve bu talebini ekibin diğer üyelerine değil de kendilerine bildirmesinin hemşireleri olumsuz etkilediği ve üzdüğü düşünülmüştür. Durum karşısında ne yapılacağına bilinmemesi ise hemşireleri endişe duymaya itmiş olabilir. Hemşirelerin ötenazi konusunda bilgi ve deneyimleri yetersiz olduğu için durum karşısında ne hissedeceğini tarifleyemedikleri düşünülmüştür. Ayrıca, konu üzerine düşünmeyip bir savunma biçimi olarak yadsımaları da bir diğer neden olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54'ü ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi hakkında daha önceden bilgi sahibi olduklarını, %54'ü ise ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissettiklerini belirtmişlerdir. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (37, 42, 53, 87, 95). Sonuçlar hemşirelerin kendi ölüm algılarını, ölüme yükledikleri anlamı, ölümcül hastaya nasıl bakım verileceği ve ötenazi konularında hemşirelerin bilgi ve danışmanlık ihtiyacı bulunduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalaması 83.31 (44±104) olarak bulunmuştur. Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeğinde bir kesim noktası yoktur. Araştırmaya katılan hemşirelerin ÖTÖ toplam puan ortalamasının, “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasının ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasının ortalamasının üzerinde, “Ölüme İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamalarının ise ortalama değerinde olduğu gözlenmektedir. İnci ve Öz (37)’ün 2009 yılında yaptığı araştırmada hemşirelerin ÖTÖ puan ortalaması 73,38 olarak bulunmuştur (37). Bu durum, araştırma bulgularının literatürle paralellik gösterse de hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamasının araştırmamızda daha yüksek bulunduğunu ve ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının olumsuz yöne daha yakın olduğu şeklinde yorumlanabilir. ÖTÖ’ nün alt boyutlarıyla birlikte değerlendirmesinin yapıldığı benzer bir çalışmaya rastlanmadığından araştırma sonuçlarımız karşılaştırılamamıştır. Hemşirelerin kendi ölüm kaygılarıyla etkin baş edememeleri (37) ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını etkiliyor olabilir.

Araştırmamızda yaşın hemşirelerin “Ölüme İlişkin Tutum” puanını etkilediği saptanmıştır. 20-29 yaş aralığındaki hemşirelerin ölüme ilişkin puan ortalaması 40-49 yaş aralığındaki hemşirelerden düşüktür. İnci ve Öz (37)’ün çalışmasında da genç hemşirelerin Ölüm Kaygısı Ölçeği toplam puan ortalaması ölüm eğitimi öncesinde daha düşük bulunmuştur (37). Ancak literatürde hemşirelerin yaş gruplarına göre ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumlarında değişiklik olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (20, 33, 49). Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumun yalnızca yaş değişkeni ile açıklanamayacağı açıktır. Bu tutumu etkileyen inanç, eğitim düzeyi, deneyim gibi birçok faktör bulunmaktadır.

Araştırma bulgularına göre medeni durumun hemşirelerin toplam puan ortalaması ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği ve bekar hemşirelerin puan ortalamasının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çelik ve ark (20) yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi hakkındaki düşüncelerini inceledikleri çalışmalarında, evli olan hemşirelerin aktif veya pasif ötenaziyi onaylama durumunda daha kararsız oldukları sonucuna ulaşmıştır (20). Evli hemşirelerin çoğunun aynı zamanda çocuk sahibi olması bu hemşirelerin aile kavramı içerisinde kayıp korkusunu daha yoğun yaşamalarına ve bu nedenle ölüm,

ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin daha olumsuz tutum geliştirmelerine yol açıyor olabilir. Nitekim tek çocuğu olan veya birden fazla çocuğu bulunan hemşirelerin toplam puan ortalamaları çocuk sahibi olmayan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu bulguları destekleyen çalışmalar mevcuttur (3, 20, 49). Çocuk sahibi olma durumu ona duyulan ayrı bir bağlılık ve sevgiyi temsil edeceğinden ve çocuğun kaybı durumunun getireceği duygusal yükün ağırlığı ölüm kaygısını daha çok artıracığından çocuk sahibi olan hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin daha olumsuz tutuma sahip oldukları söylenebilir (37). Çocuk sahibi olmayan hemşireler ölümü sadece kendi açılarından düşünüp yorumladıkları, hayatta daha az kişiye karşı bağlı veya sorumlu buldukları için bu kavramlara ilişkin daha az olumsuz tutum geliştirmiş olabilirler.

Mesleki deneyim süresinin toplam puan ortalaması ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği, 16 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin toplam ölçek ve ötenaziye ilişkin tutum alt ölçek puan ortalamasının 5 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelere göre anlamlı biçimde yüksek olduğu gözlenmiştir. Öz (68)’ün 2001 yılında yaptığı çalışmaya göre de mesleki deneyim sürelerine göre hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin görüşleri arasında fark bulunmaktadır (68). Ölümcül hasta ile çalışmak bu deneyim olumlu değerlendirilebildiği takdirde iyi bir öğrenme biçimi olarak ölüm, ölümcül hasta kavramlarına ilişkin farkındalık kazandırabilecekken araştırmamıza katılan hemşirelerin bu durumdan faydalanamadıkları düşünülmüştür. Ülkemizde hemşirelerin yoğun çalışma saatlerinde, düşük motivasyonla ve iş doyumunu olmadan çalıştıkları düşünülürse mesleki deneyim süreleri arttıkça hemşirelerin daha çok yıprandığı ve bu nedenle “duyarsızlaşma” savunmasını kullandıkları düşünüldüğünden bu sonuç elde edilmiş olabilir.

Araştırmamızda çalışılan kliniğin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarına etki etmediği saptanmıştır. İnci ve Öz (37)’ün çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (37). Köse ve ark (49)’ın çalışmasında ise yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere göre ölümden daha çok korktukları, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım

verdikleri hastanın ölümünden daha az etkilendikleri sonuçlarına ulaşılmıştır ancak, bu kliniklerde çalışan hemşirelerin “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği”nden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (49). Yoğun bakımlar ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi kavramlarıyla daha sık karşılaşılan birimlerdir. Burada çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin deneyimleri daha fazla olduğundan ölümcül hasta, ötenazi, ölüm gibi kavramlara ilişkin farkındalık düzeylerinin daha yüksek olması, ölüme ilişkin algısı ve tutumlarının daha olumlu yönde yüksek bulunması beklenebilir. Ancak hemşirelerin iş merkezli çalışmanın getirdiği bir sonuç olarak yaşantılardan farkındalık geliştiremedikleri düşünülebilir.

Araştırmamızda kayıp deneyimi yaşayan hemşirelerin toplam ölçek puan ortalaması ile “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması yaşamayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Köse ve ark (49)’ın çalışmasında ölümle karşılaşma oranı arttıkça hemşirelerin depresif duygu durumlarının azaldığı belirlenmiştir (49). Bu durum, hemşirelerin zamanla hastaların kaybına karşı duyarsızlaşma yaşadıklarını gösterir niteliktedir. Literatür incelendiğinde yakınlarından birini kaybetme deneyimi yaşayan hemşirelerin ölüme ilişkin daha olumsuz tutum sergilediklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (40, 80). Kayıp deneyimi yaşamamanın kişinin ölüme ilişkin doğru bir algısı ve kabullenme durumu olmadığı takdirde ölüm kaygısını arttırdığı düşünülebilir. Kişi bir yakını kaybettiğinde kendi ölümünü veya başka bir yakının daha kaybını düşünüp ölüme ilişkin olumsuz tutum geliştirebilir. Ayrıca ölen kişinin getirdiği duygusal yükten dolayı da kayıp deneyimi yaşamış hemşirelerin toplam puan ortalaması yaşamamış olanlardan yüksek çıkmış olabilir.

Kayıp deneyimi sırasında hissedilen duygunun ÖTÖ puan ortalamalarını etkilemediği çalışma bulgularımız arasındadır. Araştırma sonucundan farklı olarak Kara(40)’nın 2002 yılında yaptığı çalışmada ölüm karşısında yetersizlik hissettiğini ifade eden hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (40). Benzer biçimde Köse ve ark (49)’ın çalışmasında ölüm karşısında korku, yalnızlık, sükunet ve boşluk hissedilen hemşirelerin depresif duygu durumunda buldukları analiz edilmiştir (49). Kayıp deneyiminde hissedilen duygunun tipi, kaybedilen kişi, kaybedilen zaman, kaybın şekli gibi özelliklere göre değişkenlik gösterebileceğinden bu sonuca ulaşılmış olabilir.

Araştırmamızda ölümü tanımlama biçimlerinin hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puanını etkilediği, ölümü “özlem” olarak tanımlayan hemşirelerin ötenaziye ilişkin tutum ölçek puan ortalamasının “kurtuluş/huzur” olarak tanımlayan hemşirelerden anlamlı biçimde yüksek bulunduğu gözlenmiştir. Literatürde ölümden sonra yaşamın varlığına olan inancın ölüm kaygısını azalttığını gösteren çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (50, 78, 80). Öte yandan Cicirelli (16)’nin 1998 yılında yaptığı araştırmada ölümü yok oluş olarak tanımlayanların ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur (16). Köse ve ark (49) ölüm tanımına “bir sondur” şeklinde cevap veren hemşirelerin büyük çoğunluğunun depresif duygu durumunda olduğu sonucuna ulaşmışlardır (49). Araştırma sonuçları da göstermektedir ki ölüme yüklenen anlam ile ölüme ilişkin tutum arasında bir ilişki vardır. Öldükten sonra da yaşamın olduğu inancı bazı kişileri rahatlatıp ölüme ilişkin daha olumlu tutum geliştirmesini sağlarken ölümü mutlak bir yok oluş olarak tanımlayarak ölen kişiye yoğun özlem duyan kişilerin ölüme karşı kaygı durumlarının daha yoğun olduğu ve bu sebepten daha olumsuz tutum geliştirdikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin ölümcül hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin ÖTÖ puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Literatürde ölümcül hastayla çalışırken hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri tanımlayan çalışmalar mevcuttur (3, 40, 42). Ülkemizde yapılan ve benzer bulguların elde edildiği bir başka çalışmada ölmek üzere olan hastaya bakım vermenin güç olduğunu belirten hemşirelerin %83’ünün depresif duygu durumunda bulunduğu gözlenmiştir (49). Bu durumda hemşirelerin ölümcül hastayla çalışırken ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi kavramlarına ilişkin olumlu veya olumsuz etkilendikleri fakat yaşadıkları güçlüğü tanımlama biçimlerine göre tutumlarının değişmediği düşünülebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenme durumlarının toplam ölçek ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır. Ölümcül hastayla çalışmanın iyi hissettirdiği yanıtını veren hemşirelerin toplam puan ortalaması “bilmiyorum” yanıtını veren hemşirelerden ve yine aynı yanıtı veren hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin tutum puan ortalaması etkilenmediğini belirten hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde hemşirelerin ölümcül hastayla çalışmaktan olumsuz etkilendiği ve bu etkinin tutumlarına da olumsuz yansıdığını gösteren çalışmalar

mevcuttur ancak araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenme ve bu etkinin tutumlarına nasıl yansıdığı konusunda hemşirelerin farkındalıklarının düşük olduğunu gösterir niteliktedir. Köse ve ark (49) çalışmasında bakım verdiği hastanın ölümü karşısında “kendi ölümümü düşünüyorum ve ağlıyorum” yanıtını veren hemşirelerin tamamının, “üzülürüm” yanıtını veren hemşirelerinse %83’ünün depresif duyu durumunda olduğu sonucuna ulaşmıştır (49). Karahisar (42), çalışmasında hemşirelerin %34,5’inin ölümcül hastaya bakım vermek istemediği sonucuna ulaşmıştır (42). Benzer biçimde Akın (3)’ün çalışması da hemşirelerin %43,6’sının terminal dönemdeki hasta ile ölüm hakkında konuşmaktan çekindiklerini göstermektedir (3). Araştırma sonuçları da göstermektedir ki ölümcül hasta ile çalışmak hemşireleri olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım verdiği hastanın kaybı, uygun baş etme yöntemleri geliştirememişse hemşire için de olumsuz duyu ve tepkilere, tutumlara yol açmaktadır. Ölüme ilişkin tutumu hastaya verilen bakımı da etkilemektedir. Araştırmamızda ölümcül hastayla çalışmanın iyi yönde etkisi olduğunu düşünen hemşirelerin farkında olmadan ölüme ilişkin tutumları olumsuz yönde etkilenirken ölümcül hastayla çalışmayan hemşirelerin daha olumlu tutum geliştirdikleri gözlenebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin ötenaziye tanımlama biçimlerinin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ötenaziye “cinayet” olarak tanımlayanların toplam puan ortalaması ile ötenaziye ilişkin tutum puan ortalaması ötenaziye “ölüm hakkı” olarak gören, “hastanın hayatına son verilmesi” olarak tanımlayan, “hastanın isteği veya onayı alınmadan hayatına son verilmesi” yanıtını veren, “uygun bir yaklaşım” tanımlamasını yapan ve “bilmiyorum” cevabını veren hemşirelerin ölçek puanından yüksek bulunmuştur. Literatürde araştırma sonuçlarına benzer biçimde hemşirelerin ötenaziye cinayet olarak tanımladıkları, ötenazi uygulamasını uygun buldukları veya bu uygulamayı hasta hakkı olarak düşündükleri çalışmalar bulunmaktadır (33, 54, 68, 87). Ötenazi uygulamasına kesinlikle karşı olduğunu belirten ve bu uygulamayı “cinayet” olarak değerlendiren hemşirelerin ölüm ölümcül hasta ve ötenazi kavramlarına ilişkin de olumsuz tutumu olduğu görülmektedir. Ötenaziye hastanın hayatına son verilmesi olarak tanımlayan hemşirelerin toplam puan ortalaması uygun

olmayan bir yaklaşım tanımlamasını yapan hemşirelerden düşük bulunmuştur. Bu sonuç, ötenazi kelime anlamı olarak hemen hemen doğru tanımlayan hemşirelerin bu konuda bilgi sahibi olmaları nedeniyle ötenaziye karşı olumlu tutuma sahip olduklarını düşündürmüştür. Literatürde ötenazi konusunda bilgi sahibi olan hemşirelerin konuya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğunu gösteren kaynaklar da mevcuttur (37, 40, 42). Ötenaziyi uygun bulan ve bulmayan hemşirelerin ölçek puan ortalamaları arasında da anlamlı farklılık bulunmuş, uygun olmayan bir yaklaşım olarak tanımlayan hemşirelerin ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ötenazi uygulamasını bir hasta/insan hakkı olarak görmeleri nedeniyle ölüme ilişkin tutumlarının olumlu yönde daha yüksek bulunduğunu düşündürmüştür.

Araştırmamızda ötenazi uygulaması uygun bulunan hasta gruplarına göre toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur. Öz (68)'ün çalışmasında hemşirelerin çoğunun terminal dönem yaşlı hastalarına ötenazi uygulanabileceğini belirttikleri saptanmıştır (68). Ötenaziye hiçbir hastaya uygun bulmayan hemşirelerin ölçek puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasının nedeni olarak, dini ve yasal yönden uygulamanın yasak olması ve hastaların böyle bir hakkı olmadıklarını düşünmeleri, ötenazi konusunda bilgi sahibi olmamaları düşünülmüştür. Ölüm, ötenazi gibi kavramlarla henüz yüzleşmemiş olmaları hemşirelerin hastalara uygulanacak ötenazi kavramına da karşı çıkmalarına ve ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumlarına da olumsuz yönde bir etkiye yol açmış olabilir (67).

Hastaların neden ötenazi istediklerine dair hemşirelerin görüşünün “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği görülmektedir. Öz (68) çalışmasında hemşire ve hekimlere göre, hastaların ötenazi isteme nedenlerinin başında acı çekme ve depresyonun olduğu sonucuna ulaşmıştır (68). Literatürde hastaların ötenazi isteme nedenlerini hastaların bulgularına göre doğru saptayan başka çalışmalar da görülmektedir (33, 37). Fakat hemşirelerin bu tahminleri ile ölçek puanlarının karşılaştığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu sonuç, hemşirelerin hastaların neden ötenaziyi istediklerini bildiklerini fakat bu bilinç durumunun ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını etkilemediğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda ötenazi talebinde bulunan hastaya yardım için yapılacak girişimlerin hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda Çelik ve ark (20)’ın yapmış olduğu araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin yarısının ötenazi bilgisinin yeterli olduğunu belirttikleri, sıklıkla ötenaziyi kişinin kendi ölümünü istemesi olarak tanımladıkları ve ötenazi uygulanmasını doğaya, yaratana, evrene karşı gelmek olduğunu düşündükleri saptanmıştır (20). Aynı çalışmada, hemşirelerin ötenaziden hastaları vazgeçirme ve ikna etmeye çalışma davranışları olduğu gözlenmiş, kendilerinin ötenaziden vazgeçirmeyi başaramamaları durumunda psikolojik destek sağlama yoluna gittikleri görülmüştür (20). Öz (68)’ün çalışmasında ise hemşire ve hekimlerin ötenazi isteyen hastalara öncelikle palyatif bakım vererek kaliteli bakım sağlanması ve ağrılarının dindirilmesi yanıtını verdikleri gözlenmiştir (68). Ötenazi talebi karşısında konuşup vazgeçirmeye ikna girişiminde bulunan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunması hastayı anlamama, empati kuramama ve hastanın neden ötenazi istediğini sorgulayamama durumlarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca bu bulgu, hemşirelerin ötenazi isteğiyle karşılaştıklarında kendi ölüm kaygılarıyla yüzleşmeleri ve korkmaları sonucu elde edilmiş olabilir. Tedaviyi kesme/ötenaziyi uygulama yanıtını veren hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının daha düşük bulunmasının sebebi olarak ölümü kabullenmeleri ve ötenazi istemesini hastanın bir hakkı olarak görmeleri düşünülmüştür.

Hemşirelerin ötenazi isteğiyle karşılaşma durumlarının toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği gözlenmiştir. Bu sonuç, ötenazi isteğiyle karşılaşan hemşirelerin ölüme ve ötenaziye ilişkin daha olumlu tutum geliştirdiğini gösterir niteliktedir. Literatürde hemşirelerin ötenazi isteğiyle karşılaşma durumlarını saptayan birçok çalışma bulunsa da (20, 42, 53, 68) bu duruma ilişkin tutumları değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Araştırmamızda ötenazi isteğiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin hissedebileceği duygunun “Ötenaziye İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamasını etkilediği ancak bu istek karşısında nasıl davrandığı/davranacağı sorusuna verdikleri yanıtın ÖTÖ puan ortalamalarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde hastaların ölüm talebiyle karşılaşan hemşirelerin bu durum karşısında üzüldükleri, çaresiz ve yetersiz hissettikleri, ne

yapacaklarını bilemediklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (33, 37, 40). Ancak bu duygu ve davranışlarının ölüme ilişkin tutumlarını nasıl etkilediği yönünde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin daha önceki bilgi durumlarının toplam ölçek, “Ölüme İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır. Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin bilgi düzeylerinin artması, bu kavramlara karşı geliştirdikleri tutumu olumlu yönde etkilemektedir (33, 37, 42, 53, 87). Tutum, inanış ve değerlere göre şekillenen ve zor değişen bir kavram olduğundan kişinin herhangi bir konuya ilişkin tutumunu değiştirmesinin zaman alan bir süreç olduğu düşünülebilir. Ancak eğitim, konu hakkında bilgilenerken bakış açısının genişlemesi ve konuya ilişkin değerlerin değişmesi tutumu etkileyebilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin bilgi sahibi olmaları bu kavramlara ilişkin daha olumlu tutum geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir. Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissetme durumlarının “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puanını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Konuya ilişkin yapılan araştırma sonuçları da hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin daha fazla bilgilenme ve danışmanlık ihtiyacı hissettiklerini göstermektedir (3, 37, 40, 42, 53).

Elde edilen bulgular ve literatür ışığında çalışma kapsamına alınan hemşirelerin ölüm ve ötenazi kavramlarıyla yüzleşmekten, ölümcül hastayla çalışmaktan olumsuz etkilendikleri; toplam ölçek ile alt ölçek puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde bulunduğu görülmektedir. Hemşirelerin bu kavramlara ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça ve olumlu ölüm algısı geliştikçe ölçek puanlarının düştüğü ve ölüme, ölümcül hastaya ve ötenazi kavramına ilişkin daha olumlu tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve ölüm, ölümcül hasta, ötenaziye ilişkin görüşlerinin konuya ilişkin bir tutum ölçeği ile karşılaştırma yapılarak sunulduğu araştırmamızın bu yönleriyle ölüm ve hemşirelik tutumları üzerine yapılan bir çalışma olarak diğer sağlık personeline bu konularda rehber olması beklenmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin hemşirelerin tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %47'sinin 20-29 yaş aralığında, %62'sinin evli, %50'sinin çocuk sahibi olmadığı, %43'ünün 5 yıl ve daha az bir süre deneyimi olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde, %36'sının yetişkin, %11'inin çocuk kliniğinde %29'unun yetişkin ve %24'ünün çocuk yoğun bakımda çalıştıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %64'ünün kamu hastanelerinden birinde görev aldığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.1.1).

Bu özelliklere sahip hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi karşısındaki tutumları ve bunları etkileyen faktörler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hemşirelerin yarısından fazlasının kayıp deneyimi yaşadığı ve bu hemşirelerin deneyimleri sırasında en yoğun hissettikleri duygunun “üzüntü” olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaklaşık üçte biri ölümü “son” olarak, %27'si ise “başlangıç/sonsuzluk” olarak tanımlamıştır (Bkz. Tablo 4.1.2).

- Hemşirelerin %19'u ölümcül hastaya bakım verirken duygusal yıpranma yaşamakta, %18'i çaresizlik/yetersizlik hissetmektedir. Hemşirelerin yarısı ölümcül hastayla çalışmaktan kötü/olumsuz şekilde etkilendiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.1.2).

- Hemşirelerin %23'ünün ötenaziyi “hastanın yaşamına son vermesi” olarak tanımladığı, %36'sının ötenazi uygulamasını hiçbir hastaya uygun bulmadığı, %34'ünün ise terminal dönem hastalarına uygulamanın yapılabileceğini belirttikleri görülmüştür (Bkz. Tablo 4.1.3).

- Hemşirelerin yarısı “hastaların acı çekmemek için ötenazi istediklerini”, üçte biri ötenazi isteğinde bulunan hastaya yapılabilecek girişimler için “psikolojik destek sağlamak gerektiğini” belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.1.3).

- Hemşirelerin yaklaşık üçte birinin meslek yaşamı boyunca en az bir kez ötenazi isteğiyle karşılaştığı, ötenazi isteğiyle karşılaşma durumunda hemşirelerin en çok “üzüntü” hissedebileceği, çoğunun bu durumda nasıl davranabileceğini bilmediği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.3) .

- Hemşirelerin yaklaşık yarısı ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin daha önce bilgi aldığını belirtirken bu konulara ilişkin danışmanlık ihtiyacı hisseden hemşire oranının da aynı olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.3).

- Hemşirelerin ÖTÖ puan ortalaması $83,31 \pm 9,48$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin puan ortalaması “Ötenaziye İlişkin Tutum” için $36,94 \pm 7,61$, “Ölüme İlişkin Tutum” için $24,07 \pm 2,80$, “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” için $22,28 \pm 3,18$ ’dir. (Bkz. Tablo 4.2.1).

- 20-29 yaş aralığındaki hemşirelerin “Ölüme İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması 40-49 yaş aralığındaki hemşirelerden daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.1).

- Evli olan hemşirelerin bekâr olan hemşirelere göre; 16 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin 5 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelere göre toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin puan ortalamasının tek çocuğu olan veya birden fazla çocuğu bulunan hemşirelerinkinden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.1).

- Hemşirelerin ÖTÖ puan ortalamaları ile çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.1).

- Kayıp deneyimi yaşayan hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması yaşamayan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Ölümü “özlem” olarak tanımlayan hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması “kurtuluş/huzur” yanıtını veren hemşirelerinkinden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.2).

- Ölümcül hastayla çalışmanın daha iyi hissettirdiği yanıtını veren hemşirelerin toplam puan ortalaması bilmiyorum yanıtını veren hemşirelerden,

“Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması ise ölümcül hastayla çalışmaktan etkilenmediğini belirten hemşirelerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.2).

- Ötenaziye “cinayet” olarak tanımlayan hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması ötenaziye başka türlü tanımlayan veya “bilmiyorum” yanıtını veren hemşirelerden yüksektir. Ötenaziye “uygun olmayan bir yaklaşım” olarak tanımlayan hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması “uygun bir yaklaşım” olarak tanımlayan hemşirelerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Ötenazinin hiçbir hastaya uygulanmasını uygun bulmayan hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması terminal dönem, beyin ölümü gerçekleşen, makineye bağımlı yaşayan hastalara uygulanmasını uygun görebilen hemşirelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Hastaların yaşamaktan mutlu olmadıkları için ötenazi istediklerini düşünen hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması ölümü beklemeyi istemediklerinden, yaşam kalitesi düştüğünden, yalnızlıktan istediklerini düşünen hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Ötenazi talebinde bulunan hastaya yardım için uygulayabilecekleri girişimler incelendiğinde “tedaviyi kesme/ötenaziye uygulama” yanıtını veren hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması diğer yanıtları veren hemşirelerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Meslek yaşantısı boyunca ötenazi isteğiyle karşılaşan hemşirelerin toplam ölçek ve “Ötenaziye İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması karşılaşmayan hemşirelerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Ötenazi isteğiyle karşılaşması durumunda öfke duyabileceğini belirten hemşirelerin “Ötenaziye İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması çaresizlik ve kararsızlık hisseden hemşirelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

- Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin bilgisi olduğunu belirten hemşirelerin toplam ölçek, “Ölüme İlişkin Tutum” ve “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması bilgisi bulunmadığını belirten hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu konularda danışmanlık ihtiyacı hisseden hemşirelerin “Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum” alt ölçek puan ortalaması hissetmeyen hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3).

6.2. Öneriler

Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin hemşirelerin tutumlarının incelendiği araştırmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Hemşirelerin yarısının ölümcül hastayla çalışmaktan olumsuz etkilendiğini belirtmesi, ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutum puanlarının ortalamasının üzerinde çıkması ve yarısının ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissettiğini belirtmesi nedeniyle hemşirelere gerek eğitimleri gerek iş yaşantısı süresince ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularına ilişkin olumlu tutum kazandırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenli aralıklarla verilmesi,

2. Kayıp deneyimi yaşayan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum puan ortalamalarının kayıp deneyimi yaşamayan hemşirelerden daha yüksek bulunması nedeniyle hastanelerdeki hizmet içi eğitim programlarına kayıpla etkili baş etme yöntemleri kazandırılmasına yönelik beceri kazandırma ve uygulama çalışmalarının dahil edilmesi,

3. Evli, çocuk sahibi ve meslekte uzun süredir çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin tutum puan ortalamalarının bekâr, çocuğu olmayan ve mesleki deneyimi daha az bulunan hemşirelere göre daha yüksek bulunması nedeniyle özellikle bu hemşirelere yönelik koruyucu danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu sonuca neden olan faktörlerin nitel çalışmalarla desteklenmesi,

4. Hemşirelerin yarısının ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin bilgi sahibi olmadığını ve bu konulara ilişkin danışmanlık ihtiyacı hissettiğini belirtmesi nedeniyle hastanelerde KLPH tarafından yürütülecek bir danışmanlık ve bilgilendirme hizmeti ile ölüm, ölümlle baş etme ve ötenazi konularına ilişkin hemşirelere, hasta ve yakınlarına yardımcı olacak KLP birimleri oluşturulması,

5. Hemşirelerin ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını etkileyen faktörleri değerlendirecek farklı ölçüm araçları geliştirilmesi ve bu alanda yapılan araştırma sayısının araştırmacılara veri tabanı sağlamak adına artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abaan, S. (1997). Ötenazi: Hastalarımıza Borcumuz mu?. *Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 5(2), 92-96.
2. Akbayrak, N. (1998). Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı. N. Akdemir (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (s. 24-30). Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
3. Akın, B. (1996). **Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi**. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
4. Akyol, A. (2010). Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 59-72.
5. Alaca, Ç., Yiğit, R., Özcan, A. (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
6. Alper, B., Azmak, D., Çekin, N., Gülmen, M. K., Koç, S. ve Salaçin, S. (1999). *Adli Otopsi ve Adli Patoloji, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği.
7. American Nurses Association. (1990). *Standards of psychiatric consultation liaison nursing practice*. Kasas City, Missouri: American Nurses Association.
8. Aşıcıoğlu, F., Bafra, J., Seçkin, Ç. (1995). Yaşam Desteklerin Kesilmesi ya da Sınırlandırılması (Pasif Ötenazi) Bir Olgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, 11, 71-76.
9. Ay, F. (2001). Ölümüne Karşı Hemşirelik Tutumu. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(1), 44-47.
10. Aypar, Ü. (1997). Ötenazi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 28(1), 43-47.
11. Bahçecik, N. (1992). Terminal Dönemdeki Çocukta Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 23(7), 103-114.
12. Başer, G., Yiğit, R. (1996). Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuğa İlişkin Yaşadıkları Duygular. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 13(3), 209-215.
13. Birol, L. (2004). Terminal Evredeki Hasta Bakımı. N. Akdemir, L. Birol (Ed.). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*(s. 65.) Ankara: Sistem Ofset.
14. Bölükbaşı, N. (1998). *Sağlık Personelinin Ötenaziye Bakışı*. Uluslar Arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi: 14-16 Mayıs 1998 – Ankara: Bildiriler (s. 45). Ankara: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu.
15. Brosche, T. A. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 26(1), 21–28.
16. Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22, 714-721.

17. Cimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalara Bütüncül Yaklaşım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
18. Çakırcalı, E. (1998). *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar* (2. bs.). İzmir: Dağışan Ofset.
19. Çavuşoğlu, H. (1984). Ölümcül Hastalığı Olan Hasta ve Bakımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 34(3), 22.
20. Çelik, S., Kalkan, M., Gündoğdu, A., Topal, H. (2012). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(3), 101-109.
21. Çelik, S., Uğraş, G. A., Aksoy, G. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşamını Kaybetmiş Hasta ve Hasta Ailesine Verdikleri Bakımın İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 80-86.
22. Demirhan, E. A. (1994). *Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri* (s.225-233). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
23. Dikmen, Y. (2001). Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik, Ötanazi. H. Hatemi, H. Doğan (Ed.). *Medikal Etik (Doğum, Ölüm süreçleri ve Yaşamın Anlamı)* (s. 35-41). İstanbul: Yüce Yayıncılık.
24. Dochterman, J. M., Bulechek, G. M. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4 th Edition: Mosby.
25. Elçioğlu, Ö., Gündüz, T., Köşgeroğlu, N. (1994). Tıp, Hukuk ve Etik Açından Euthanasia. *Tıbbi Etik*, 2(2), 64-70.
26. Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Emanuel, L. L. (2000). 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*, 284(19), 2460-2468.
27. Engin, K. (1985). Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1, 15- 17.
28. Erdemir, F. (2005). *Bakım Verici Rolünde Zorlanma, Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
29. Eues, S. K. (2007). End-of-life care; improving quality of life at the end of life. *Professional Care Management*, 12(6), 339-344.
30. Feudtner, C. (2005). Hope and the prospects of healing at the end of life. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), 23-30.
31. Fromm, E. (1994). *Kendini Savunan İnsan* (N. Arat, Çev.). İstanbul: Say Yayıncılık (1987).
32. Grace, J. (1999). Curtains for dr. death: after assisting 130 suicides since 1990, Jack Kevorkian is found guilty of a murder in Michigan. *Time*, 153(13), 48.
33. Gürkan, A., Gümüş, B. A., Dodak, H. (2011). Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta

- Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 2-12.
34. Harrison, A. (2007). *The role of nurse in liaison psychiatry*. (L. G. Guthrie Ed.), Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press.
 35. Işıkhani, V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24, 34-44.
 36. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187.
 37. İnci, F., Öz, F. (2009). Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
 38. Jo, K. H., Doorenbos, A. Z., Gyeong, J. A. (2009). Effect of an end-of-life care education program. *Among Korean Nurses Journal Of Hospice and Palliative Nursing*, 11, 230-238.
 39. Kanbur, M. N. (2009). Türk Ceza Kanunu Hükümleri Çerçevesinde Hekimin ve Diğer Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğuna İlişkin Genel Değerlendirme. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9(1), 41-51.
 40. Kara, N. (2002). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
 41. Karaca, F. (2000). *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları.
 42. Karahisar, F. (2006). *Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
 43. Keser, Ö. N. (2007). Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı. F. A. Ay (Ed.). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
 44. Knight, B. (1991). *Forensic Pathology*. London, Melbourne: Auckland.
 45. Kocaman, N. (2005). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 107-118.
 46. Kocaman, N. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı*, 47(2), 97-107.
 47. Kocaman, N. (2008). Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresinin Rolü: Bütüncül Bakım. *PSİKE Dergi*, 3, 183-188.
 48. Kulusayın, Ö., Koç, S. (1999). *Ölüm*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
 49. Köse, G., Durmaz, O., Özet, F. G. (2011). Yoğun Bakım Ünitelerinde ve Yatan Hasta Katlarında Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Düşünce ve Tutumlarının Karşılaştırılması. *Acıbadem Hemşirelik Bilimsel Çalışmalar*. Erişim: 16 Nisan

2012, <http://www.acibademhemsirelik.com/BilimselCalismalar.asp?mID=10&yil=2011>

50. Kraff, W. A., Litwin, W. J., Barber, S. E. (1986). Religious orientation nad assertiveness: relationship to death anxiety. *The Journal of Social Psychology*, 127(1), 93-94.
51. Kubler, E. R. (1992). *Yaşamın Son Günleri*. (G. Terakye. Çev.), Ankara: Hürbilek Matbaacılık.
52. Kubler, E. R. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (B. Büyükal. Çev.), İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
53. Kumaş, G. (2005). *Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri*. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
54. Kumaş, G., Öztunç, G., Alparaslan, Z. N. (2007). Intensive care unit nurses' opinions about euthanasia. *Nursing ethics*, 14(5), 637-650.
55. Kuuppolema, M. (1999). Cancer patients' experiences of suffering and factors supporting their coping. *European, Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 48-50.
56. Macpherson, C. C. (2002). Palliative care: a global duty. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 10(1), 11-15.
57. Maio, D. DJ., Maio, D. VJM. (1993). *Forensic Pathology*, London: CRC Press.
58. Mansson, A., Johnson, G., Mansson, W. (1991). Psychosocial adjustment to cystectomy for bladder carcinoma and effects on interpersonal relationships. *Scandinavian, Journal of Caring Sciences*, 5(3), 129-134.
59. McGovern, M., Barry, M. M. (2000). Death education: knowledge, attitudes, and perspectives of Irish parents and teachers. *Death Studies*, 24(4), 325-333.
60. Merja, K. (2003). Emotional support for dying patient the nurses's perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 120-129.
61. Mok, E., Lee, W. M., Wong, F. K. (2002). The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 22(4), 319-329.
62. Mok, E., Chiu, P. C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5), 475-483.
63. Oğuz, Y. (1996). Tıp etiği açısından ötenazi, *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(3), 5-8.
64. Oğuz, N. Y., Şenol, S., Devrimci Özgüven, H., Arıkazan, M., Özen, A. R., Ünal, Ş. (1996). Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötenazi ile İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması. *3P Dergisi*, 4(Ek 3), 43-47.
65. Oğuzhan, M., Erden, G. (2012). Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklarda ve Ailelerinde Ortaya Çıkan Sorunlar ve Psikososyal Müdahalenin Önemi. *New/Yeni Symposium Journal*, 50(3), 167-179.
66. Oral, U. (1995). *Ötenazi*, Ankara: Tıbbi Etik Hekimler Birliği Vakfı.

67. Öz, F. (1998). Ötenazi, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, 6(1), 40-47.
68. Öz, F. (2001). Nurses' and physicians' views about euthanasia. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 5(4), 222-231.
69. Özaltın, G. (1996). Ölümcül Hastaya Yaklaşım, *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(3), 40-42.
70. Özcan, A. (1996). *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*. İzmir: Saray Tıp Kitapevleri.
71. Özçakır, A. (2005). Son Nokta: Ölüm ve Ölmekte Olma. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 135-138.
72. Özdemir, Z. (2007). *Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
73. Özkara, E. (2001). *Ötenazi'de Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar* (1. bs.). Ankara: Seçkin Yayınevi.
74. Pearlman, R. A., Hsu, C., Starks, H., Back, A. L., Gordon, J. R., Bharucha, A. J., Battin, M. P. (2005). Motivations for physician-assisted suicide. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 234-239.
75. Periyakoil, V. S., Kraemer, H. C., Noda, A., Moos, R., Yesavage, J. A. (2005). The development and initial validation of the terminally ill grief or depression scale (TIGDS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(4), 202– 212.
76. Persels, J. (1993). *Forcing the issue of physician-assisted suicide*. *J. Leg. Med.*
77. Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F., Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: a phenomenological study. *Heart and Lung*, 26(5), 372–386.
78. Richardson, V., Berman, S., Piwowarski, M. (1983). Projective assessment of the relationship between the salience of death, religion and age among adults in America. *The Journal of General Psychology*, 109, 149-156.
79. Robinson, L. (1991). *Psychiatric consultation liaison nursing*. Handbook Of Studies On General Hospital Psychiatry. (Burrows, J., Ed.), Oxford: Elsevier Science Publishers.
80. Roff, L. L., Butkeviciene, R., Klemmack, D. L. (2002). Death anxiety and religiosity among lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*, 26, 731-742.
81. Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (1990). *The Elements of Nursing*. New York: Churchill Livingstone.
82. Rooda, L. A., Clements, R., Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients, *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1683-1687.
83. Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B. M., Johansson, J. E. (2001). Is good quality of life possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 550-561.

84. Shih, F. J., Gau, M. L., Lin, Y. S., Pong, S. J., Lin, H. R. (2009). Death and help expected from nurses when dying. *Nurse Ethics*, 13(4), 360-375.
85. Şenol, S., Devrimci Özgüven, H., Dağ, I., Oğuz, Y. (1996). Hekimler İçin Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği. *3PDergisi*, 4(3), 185-190.
86. Tang, S. T. (2000). Meanings of dying at home for Chinese patients in Taiwan with terminal cancer; aliterature review, *Cancer Nursing*, 23(5), 367-370.
87. Tepehan, S. (2006). **Yoğun Bakım ve Servislerde Çalışan Sağlık Personelinin Ötenaziye Yaklaşımı**. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
88. Terakye, G. (1994). *Hasta -Hemşire İlişkileri*. Ankara:Aydoğdu Ofset.
89. Terzioğlu, A. (1994). Euthanasia (Ötanazi) ve Getirdiği Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, 2(1), 16-22.
90. Thomas, L. V. (1991). *Ölüm* (I. Gürbüz, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları.
91. Tunmore, R. (1990). The consultation liaison nurse. *Nursing*, 4(3), 58.
92. Urgan, M. (2000). *Ütopia*, Ankara: İş Bankası Yayınları.
93. Warren, B. J. (2005). The cultural expression of death and dying. *Case Manager*, 16(1), 44-47.
94. Van Der Maas, P. J., Van Delden, J. J., Pijnenborg, L., Looman, C. W. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*, 338(8768), 69-74.
95. Verpoort, C., Gastmans, C., Casterlé, B. D. (2004). *Palliative care nurses' views on euthanasia*. *Journal Of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600.
96. Wheeler, S. R. (1996). Helping families cope with death and dying. *Nursing*, 26(7), 25-30.
97. Yalom, I. (1999). *Varoluşçu Psikoterapi* (Z. İyidoğan Babayigit, Çev.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
98. Yam, B. M., Rossiter, J. C., Cheung, K. Y. (2001). Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 651-659.
99. Yiğit, Y. (2001). İslam Ceza Hukukuna Göre Ötanazi. *Diyanet İlmi Dergisi*, 36(2), 47.

EKLER

Ek 1. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

“HEMŞİRELERİN ÖLÜM, ÖLÜMCÜL HASTA VE ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARI BAŞLIKLIL ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU”

Araştırmacının Açıklaması:

Hemşireler ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularında karmaşa yaşamaktadırlar. Bu karmaşanın nerelerden kaynaklandığının belirlenmesi ve aydınlatılması gereklidir. Çünkü sorunların belirlenmesi ile çözüm yolları geliştirilebilecek ve ölümcül hastaya verilen bakımın kalitesi artırılacaktır.

Ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin konular sadece yetişkin değil çocuk alanında çalışan hemşireleri de ilgilendirmektedir. Aynı zamanda hemşireler sadece yoğun bakımda değil tüm kliniklerde ve hatta hayatın birçok döneminde karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle, bu araştırmada, yoğun bakım ve genel kliniklerde çocuk ve yetişkin hastalara bakım veren hemşirelerin tutumlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Böylece, ilgili literatür zenginleşecek, hemşireler gibi diğer sağlık profesyonellerinin de ölüm ve ötenaziyle ilgili yapacakları ileri çalışmalara alt yapı oluşturulacaktır. Ayrıca, hemşirelerin bu konuya ilişkin tutumlarının bilinmesi hizmet içi eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin nasıl yürütülmesi gerektiğine ilişkin yol gösterici olacaktır.

“Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları” konulu tez Ankara ili Büyükşehir Belediye sınırları içinde yer alan yetişkin veya çocuk yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilecektir. Sizin de bu araştırmaya katılmanız ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi kavramlarına karşı geliştirdiğiniz tutumlarınızı tanımanızı, ölümcül hastaya verilecek bakımın kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama sizin kararınızdır ve gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdı önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından ünitenizde 2 kez ziyaret edileceksiniz ve araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunu dolduracaksınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde, bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir ve gereği halinde çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca incelenebilir. Bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahibsiniz.

Vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Araştırmacı tarafından, yetişkin veya çocuk yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca gerekli görüldüğü durumlarda araştırmacılar tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacılara aşağıdaki adres ve telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

	Araştırmacı	Katılımcı	Görüşme Tanığı
Adı Soyadı	Melike Ayça AY		
Adres	H.Ü. Merkez Kampüsü Sağ. Bil. Enst. Psikiyatri Hemş. Anabilim Dalı Altındağ/ANK.		
Tel	0312xxxxxxx/05xxxxxxxxx		
İmza			

Ek 2. Hemşire Bilgi Formu

YETİŞKİN ve ÇOCUK YOĞUN BAKIM ve KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLÜM, ÖLÜMCÜL HASTA ve ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARI HEMŞİRE BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket disiplinler arası çeşitli yönleriyle tartışılan ve hastalara birebir bakım veren biz hemşireleri yakından ilgilendiren ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi kavramlarına hemşirelerin bakış açılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Verilerin gizli kalacağını özellikle belirtir, anketin etkin değerlendirilmesi ve bilim dünyasına önemli katkılar sağlaması için tam doldurulmasını rica ederim.

Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Melike Ayça AY(H.Ü. Sağlık Bil. Ens.,Psikiyatri Hem. Programı, Yüksek Lisans Öğrencisi)

- 1) Yaşınız (doğum tarihi şeklinde): __ / __ / ____
- 2) Medeni haliniz : Evli Bekar
- 3) Varsa çocuk sayınız:
- 4) Mesleki deneyim süreniz (yıl olarak): ... Çalıştığınız birim:.....
- 5) Yakınlarınızdan birini kaybettiniz mi? Evet Hayır
- 6) Evetse, bu yaşantıda en baskın hissettiğiniz duygu neydi?.....
- 7) Ölüm sizin için ne anlam ifade ediyor, bir cümle ile tanımlayınız.
- 8) Ölümcül hastaya bakım verirken yaşadığımız güçlükler ne/nelerdir?
- 9) Ölümcül hastayla çalışmanın sizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

10) Ötenaziyi nasıl tanımlarsınız?

11) Sizce hangi hastalara ötenazi uygulanabilir?

12) Sizce hastalar neden ötenazi ister?

13) Ölüm talebinde bulunan hastaya yardım için hangi girişim/girişimler uygulanmalıdır?

14) Meslek yaşantınız boyunca sizden ölümünü isteyen hastanız oldu mu? EvetHayır

15) Bu durum karşısında hissettiğiniz/ hissedeceğiniz duygu/duygular nelerdir?

16) 14. Soruya cevabınız evetse durum karşısında nasıl davrandınız, hayırsa nasıl davranırdınız?

17) Ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularında daha önce bilgi aldınız mı?

18) Bu konuda daha fazla bilgilenme/danışmanlık ihtiyacı hissediyor musunuz?

Ek 3. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği

ÖTENAZI, ÖLÜM ve ÖLÜMCÜL HASTAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

	Tümüyle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ölümcül hastalığı olan hastanın bakımından bazı durumlarda, kardiyopulmonerresüsitasyon ve öteki olağan dışı yaşam sürdürme uygulamalarının onun için artık endike olmadığına karar verilebilir.				
2. Birinci soruda sözü edilen uygulama ahlaken ve etik açıdan uygundur.				
3. Hastalarımın biri öldüğünde, onu kurtarmak için bir şey yapılabilir miydi? diye hep düşünürüm.				
4. Bence ölümcül hastalığı olan bir hastaya, durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir.				
5. Ötenazi kavramının kafamda açık olduğunu düşünüyorum.				
6. Bence ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir.				
7. Bir kişiye yakında öleceğini söylemek benim için zordur.				
8. Ölümcül hastalığı olan hastalarımın aileleriyle karşılaşmayı, diğer hastalarımın aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum.				
9. Bence yaşam kalitesini artıramadığımız bir hastayı canlı tutmak, ona acı çektirmektir.				
10. Doktorların, ölümcül hastalığı olan hastaları, diğer hastalara göre daha sıklıkla başka doktorlara devrettiklerini düşünürüm.				
11. Bir hastanın ölümü, onun hayatını kurtarmak için yapabileceğim hiçbir şey olmadığını bildiğimde, beni olumsuz etkilemez.				
12. Bence ötenazi kavramı tıbbın “insan yaşamına her koşulda saygı gösterilmeli” biçiminde özetlenebilecek temel felsefesine aykırıdır.				
13. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüm hakkında konuşmak istemezler.				
14. Bence ötenazinin uygulama koşulları bir an önce belirlenmeli ve yasal düzenlemelerle suç olmaktan çıkarılmalıdır.				
15. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölmekten korkarlar.				
16. Bence hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbbı olan güvenini sarsacaktır.				
17. Bence ölümcül hastalığı olan hastaların ölümü acılı olur.				

	Tümüyle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Pek Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
18. Bir hastam istediğinde ötenazi uygulamasını kendim yapabilirim.				
19. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa, bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim.				
20. Ölüm hakkında pek fazla düşünmem.				
21. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüme bir rahatlama olarak bakarlar.				
22. Kararı bir kurul verirse bir hastaya ötenazi uygulayabilirim.				
23. Hastalara ölmekte olduklarını doğrudan söylemekten kaçınmaya çalışırım.				
24. Ölümcül hastalığı olan bir hastanın hekimi olmak, mesleğimin en sıkıntılı yönlerinden biridir.				
25. Bence ölümcül hastalığı olan hastaların ölümü sessiz ve huzurludur.				
26. Ötenazi kararı ve uygulaması bir kurul tarafından üstlenirse, bu uygulamaya olumlu bakarım.				
27. Hekimliğimi bir yana bırakırsak, gündelik yaşamımda, geri dönülmez bir durum nedeniyle ölmekte olan kişilerden olabildiğince kaçınırım.				
28. Kendimi ölümcül hastalığı olan hastalarla da, öteki hastalarla olduğu kadar rahat hissederim.				
29. Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığım olsa, bana ötenazi uygulanmasını isterim.				
30. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüm hakkında açıkça konuşurlar.				
31. Bence ölümcül hastalığı olan bir hastaya en iyi desteği ailesi verir ve onların hastanın yanında bulunmaları gerekir.				

**Ek 4. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Araştırma ve Devlet Hastaneleri
İzin Yazısı**


T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

3005.2012*070396

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09-773/99
Konu : Araştırma İzni (Melike Ayça AY)

/ 800

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olan Melike Ayça AY' ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin 20 Haziran 2012 tarihinden başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar aşağıda adı geçen hastanelerde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Jale ÖZTÜRK
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Anket formu(10sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH
Ankara EAH
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve EAH
Ankara Numune EAH
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH
Atatürk EAH
Keçiören EAH
Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH
Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Etlik İhtisas EAH
Ankara Yenimahalle EAH
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH

Bilgi:

Hacettepe Üniv.(Sağlık Bil.Fak.Hemşirelik Bölümü)


2.5.2012 V.H.K.İ

N.TAYBOĞA

2.5.2012 Eğitim Şb. Md. Dr

T. ÖZDEMİR

Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
	HASTANELERİ
	Erişkin Hastanesi
	Hemşire Müdürlüğü

B.30.2.HAC.0.70.10.09/1193

20.06.2012

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne;

İlgi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün 442 sayılı ve 31.05.2012 tarihli yazısı

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melike Ayça Ay'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını 23 Temmuz 2012 tarihinden başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar mesai saatleri içerisinde hastanemizde yapmaları müdürlüğümüzce uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Gönül YILDIRIM
Hemşire Müdürü



**Ek 6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama
Hastanesi İzin Yazısı**



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı :B.30.2.ANK.0.H1.00.00 044-3720

20 Haziran 2012

Ankara

Konu :

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Başkanlığına

İlgi: 31.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/435 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans öğrencisi Melike Ayça AY'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını, 23.07.2012 tarihinden itibaren Hastanemiz de yapabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr.İbrahim AŞIK
Başhekim

**Ek 7. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama
Hastanesi İzin Yazısı**



02.07.2012
08-2683

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/304.03/4127
Konu : Melika Ayça AY'ın Tez Çalışması Hk.

14103 28.06.2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

İlgi: 31.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00 / 440 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melika Ayça AY'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını 23 Temmuz 2012 tarihinden başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar Fakültemiz Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr. T. Murat ÖZSAN
Dekan
Dekan Yardımcısı

Hemşirelik Böl. Başk.

Ek 8. Fatih Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı**FATİH ÜNİVERSİTESİ**
Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B.30.2.FTH.0.H1.00.00/ BAŞHEK/1114

18.06.2012

KONU : Tez Uygulaması hk.

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü'ne

İLGİ : 31.05.2012 tarih ve 437 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Melika Ayça AY'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötanaziye ilişkin Tutumları" konulu tezini 23.07.2012 tarihinde başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Konu hakkında bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mikdat BOZER
Başhekim/Dekan Yrd.

Ek 9. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi İzin Yazısı



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.H1.02.00
Konu :

/ 2436

15.06 / 2012

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İLGİ: 31.05.2012 tarih ve 439 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Melika Ayça AY'ın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını gönüllülük esası çerçevesinde yapılması şartı ile Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sacit TURANLI
Başhekim

Ek 10. Özel Kavaklıdere Umut Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Tarih : 13.06.2012
Ref : BH-DY -474

İLGİ : B.30.2.HAC.0.82.00.00/445- 31.05.2012 Tarihli Yazınıza İstinaden

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Melika Ayça Ay'ın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını gönüllülük esası çerçevesinde yapılması şartı ile Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Lütfiye Alev AYDOS
Mesul Müdür Yardımcısı



Ek 11. Özel TOBB ETÜ Hastanesi İzin Yazısı

18. Jun. 2012 20:38

011 2784 1111

No. 6820 P. 1



ÖZEL TOBB ETÜ HASTANESİ

Tarih : 09/ 06 / 2012
Sayı : MED/2784/ 2012

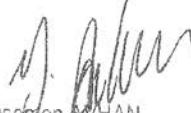
T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Sıhhiye/ANKARA

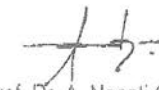
Sayı : 31.05.2012 tarih ve Sayı: B.30.2. HAC. 0.82.00.00/447 sayılı yazınız

İlgili yazınızda istemiş olduğunuz Sayın Melika Ayça Ay'ın "Hemşirelerin Ölüm Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını gönderdiğiniz ankete göre 23 Temmuz 2012 tarihleri arasında Hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla,


Yasemin AVHAN
Hemşirelik Hiz. Dir. Vekilli


Prof. Dr. A. Necati ÇANAKÇI
Mesul Müdür - Başhekim

Parafe _____ :

Y.AVHAN :
G.SONER :
D. TARCAN :

Ek 12. Özel Güven Hastanesi İzin Yazısı

SAYI : G.M-1608
KONU:Tez Hk.

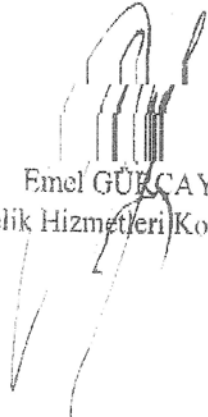
22.05.2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ'NE
(Hemşirelik Bölümü)

İlgi: 31.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/ 448 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahse konu edilen "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezin hastanemizde uygulanması uygun bulunmuştur.

Saygılarımla bilgilerinize sunarım


Emel GURCAY
Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü


Dr. Tefik Ali KUCUKBAS
Mesul Müdür

Ek 13. Özel Çağ Hastanesi İzin Yazısı



Sayı :12060205-2012/667
Konu : Melika Ayça AY'ın tezi HK.

13/06/2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İlgi 31.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/434 sayılı yazınıza istinaden.

İlgili tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi "Melike Ayça AY'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötanaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını Hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini Bilgilerinize Arz Ederim.

Dr. Oğuz KALKAN
Mesul Müdür

ÇAĞ HASTANESİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.

Meşrutiyet Caddesi No: 33 06420 Kızılay/ANKARA • Tel : 0312. 430 08 08 (Pbx) • Fax : 0312. 430 08 26

Ek 14. Özel Yüzüncü Yıl Hastanesi İzin Yazısı**Özel Yüzüncü Yıl Hastanesi**

Sayı: 2012/ 623 -
Konu : Tez uygulaması hk.


Tarih: 23.06.2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

İlgi: 17/05/2012 Tarihli ve 401 sayılı yazınız

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Melike Ayça Ay'ın "Hemşirelerin Ölümcül Hasta ve Ötanaziye İlişkin Tutumları" konulu tezini 23.06.2012 tarihinde başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Metin Hüseyin ARSAKAY
Başhekim

Ek 15. Özel Bilgi Hastanesi İzin Yazısı



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü**

Sayı : B.30.2.HAC.0.82.00.00/ 404 -
Konu

Tarih : 17/ 5 / 2012

**Özel Bilgi Hastanesi
Başhekimliğine**

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi “Melika Ayça Ay”ın “Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları” konulu tezinin uygulamasını 20 Haziran 2012 tarihinden başlayarak tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşıncaya kadar Hastanenizde yapabilmesi konusunda gereği için izinlerinizi ve bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Nuran Akdemir
Lisansüstü Eğitim Koordinatörü

Prof.Dr.Fatma Öz
Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Metin -
Dr. Mete ALDAN
Özel Bilgi Hastanesi
Mesul Müdür
25.05.2012

Ek 16. Medicana International Ankara Hastanesi İzin Yazısı

BŞH-2012 / 423 – 2444

19.06.2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Hemşirelik Bölümü'ne

Konu: Melike Ayça AY tez ödevi hakkında
 İlgil: 31.05.2012 tarih ve 457 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Melika Ayça AY'nın "Hemşirelerin Ölüm Ölümcül hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumlarını konu alan tezini 23 Temmuz 2012 tarihinden itibaren hastanemizde yapabilmemesi uygun görülmüştür.

Durumu bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla,

Uzm.Dr.Gülay KILIÇ

Mesul Müdür

Rabia GÜVEN

Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

Ek 17. Özel Koru Hastanesi İzin Yazısı



Sayı: 674

Konu: Melika Ayça Ay'ın tezinin uygulaması

18/06/2012

TC.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

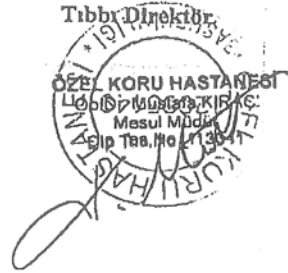
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgi: B.30.2.HAC.0.82.00.00/ 458 sayılı 31/05/2012 tarihli yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi "Melika Ayça Ay 'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulamasını Hastanemizde yapmasında , kurumumuz açısından herhangi bir sakınca yoktur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Mustafa KIRAÇ



Ek 18. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi İzin Yazısı

Joint Commission
International

Türkiye Diyanet Vakfı
ÖZEL 29 MAYIS HASTANESİ

Sayı : 2910.H/012-695


25.05.2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İlgi: 411 sayılı ve 17.05.2012 tarihli yazınız,

Öğrenciniz Melike Ayça Ay'ın "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezinin uygulanması talebi uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Ayça TANRISEVEN
Mesul Müdür



Ek 19. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 / 777

01 Ekim 2012

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU


Toplantı Tarihi : 26 EYLÜL 2012
Toplantı No : 2012/09
Proje No : LUT 12/77 (Değerlendirme Tarihi 26.07.2012)
Karar No : LUT 12/77 - 06

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu Hemşire Melike Ayça Ay'ın tezi olan LUT 12/77 kayıt numaralı ve "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötaze İlişkin Tutumları" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu
<i>Nurten Akarsu</i>
(Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görönuş
<i>Melahat Görönuş</i>
(Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken
KATILMADI | 10. Doç. Dr. R. Köksal Özgül
<i>R. Köksal Özgül</i>
(Üye) |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer
<i>Hakan S. Orer</i>
(Üye) | 11. Doç. Dr. Cansın Saçkesen
<i>Cansın Saçkesen</i>
(Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu
KATILMADI | 12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan
<i>Ayşe Lale Doğan</i>
(Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenşier
KATILMADI | 13. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan
<i>S. Kutay Demirkan</i>
(Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay
<i>Volga Bayrakçı Tunay</i>
(Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl
<i>H. Hüsrev Turnagöl</i>
(Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu
<i>Songül Vaizoğlu</i>
(Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu
KATILMADI
(Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal
KATILMADI
(Üye) | |

Ek 20. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği İzni

FW: Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu x

 **Ayça A** <m.ayca.ay@windowslive.com>
Kime: bana v

From: ihsandag@hacettepe.edu.tr
To: m.ayca.ay@windowslive.com
Subject: RE: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Ayça Ay,

Rahmetli Selahattin ŞENOL arkadaşımızın geliştirdiği Hekimler için Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Bende ölçeğin bir formu ne yazık ki yok. Makalesi ise ekte.

Başarılar dilerim.

Saygılar,

Prof. Dr. İhsan DAĞ

Bölüm Başkanı

Hacettepe Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

Bevteoe Kamoüsü

From: Ayça A [mailto:m.ayca.ay@windowslive.com]

To: ihsandag@hacettepe.edu.tr


Subject: Ölçek Kullanım İzni

Sayın İhsan Hocam,

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. İziniz olursa 1996 yılında geçerlik-güvenirlik çalışmasını yaptığınız ve bu zamana kadar çeşitli hemşirelik araştırmalarında da kullanılmış olan Hekimler için Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)'ni "Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları" konulu tezimde kullanmak istiyorum.

Bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Melike Ayça AY

 **Şenol ve diğ 1996.pdf**
278K [Görüntüle](#) [İndir](#)

 [Yanıtla](#) veya [Yönlendir](#) için burayı tıklayın