

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

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA  
YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN VE  
DESTEKLEYİCİ DAVRANIŞLARIN BELİRLENMESİ**

**Güler AĞGÜN**

**Hemşirelik Esasları Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2021**



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

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA  
YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN VE  
DESTEKLEYİCİ DAVRANIŞLARIN BELİRLENMESİ**

**Güler AĞGÜN**

**Hemşirelik Esasları Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER**

**ANKARA**

**2021**

**ONAY SAYFASI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK ALGILADIKLARI**  
**ENGELLERİN VE DESTEKLEYİCİ DAVRANIŞLARIN BELİRLENMESİ**

**Öğrenci: Güler AĞGÜN**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER**

Bu tez çalışması 06.07.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Esasları Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Leyla DİNÇ*  
*(Hacettepe Üniversitesi)*

**Tez Danışmanı:** *Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER*  
*(Hacettepe Üniversitesi)*

**Üye:** *Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ*  
*(Hacettepe Üniversitesi)*

**Üye:** *Doç. Dr. İmatullah AKYAR*  
*(Hacettepe Üniversitesi)*

**Üye:** *Doç. Dr. Derya GÖKÇİNAR*  
*(Ankara Şehir Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi)*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Haziran 2021

*Prof. Dr. Diclehan Orhan*  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- X Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6.. ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

...../...../.....

Güler AĞGÜN

*1 “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”*

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

*\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

## **ETİK BEYAN**

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

**Güler AĞGÜN**

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sürecinde hiçbir desteğini esirgemeyen, bilim insanı kişiliğinden ve bilgilerinden çok şey öğrendiğim, sonsuz sabırla beni her zaman motive edip güven veren, cesaretlendiren çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu Kılıkçılar'e,

Tez çalışmasının uygulanmasına izin veren kurum yöneticilerine, çalışmaya katılmayı kabul edip katkı veren hemşirelere,

Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji-Ortopedi Hastanesi 3C Genel Yoğun Bakım'da desteklerini ve anlayışlarını hissettiren değerli sorumluma ve sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman beni motive ederek yanımdan hiç ayrılmayan değerli dostlarım Duygu Kaplan'a ve Raziye Akkaya'ya,

Ve eğitimimi devam ettirmemi sağlayan, destekleyip bana güç veren anneme, babama, kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Ağgün, G., Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.** Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım sunarken algıladıkları engellerini ve destekleyici davranışlarını belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ankara Şehir Hastanesi'nde yoğun bakımda en az 6 ay çalışmış olan 278 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler Tanıtıcı Özellikler Formu ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Yaşadıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hemşireler tarafından en önemli engelleyici davranışın "Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabul etmek istememeleri.", algılanan en önemli destekleyici davranışın ise "Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür." olarak belirlenmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin algıladıkları engeller ve destekleyici davranışlarında bazı bireysel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ( $p<.05$ ). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Yoğun bakım ünitesi, hemşire, terminal dönem, palyatif bakım, yaşam sonu bakım, Covid-19, koronavirüs, pandemi



## ABSTRACT

**Aggun, G., Determining the Perceived Barriers and Supportive Behaviors of Intensive Care Nurses towards End-of-Life Care, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Master Thesis in Fundamentals of Nursing Programme, Ankara 2021.** This study was carried out as a descriptive study to determine the perceived barriers and supportive behaviors of intensive care nursing while providing end of life care. The study sample consisted of 278 nurses who have been working for at least six months in the intensive care unit at Ankara City Hospital. The data was collected through the Socio-demographic Characteristics Form of Nurses and Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses Perceived Obstacles and Supportive Behaviour Scale. Descriptive statistics, One Way Anova, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used to analyze the data. It was found that, the most critical barrier perceptions of nurses' for end of life care were "Families not accepting poor patient prognosis." The most important perceived supportive behavior was "Physicians meet in person with the family after the patient's death." Statistically significant differences have been found according to nurses' socio demographic features in terms of perceived barriers and supportive behaviors ( $p < .05$ ). It is suggested in line with the findings of this research.

**Key Words:** Intensive care unit, Nurse, Terminal care, Palliative care, End of life care, Covid-19, Coronavirus, Pandemic

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın amacı	6
1.3. Araştırma soruları	6
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>7</b>
2.1. Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım Kavramları	7
2.2. Yaşam Sonu Bakım Hedefleri	9
2.3. Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerin Görevleri	10
2.4. Ölüm Kavramı	12
2.5. Ölüme Yönelik Bakım Modelleri	13
2.5.1. Haysiyetli Ölüm Modeli	13
2.5.2. Onurlu Ölüm Modeli	14
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>16</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	19
3.4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği	19
3.5. Araştırmanın Uygulaması	21

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu'nun Ön Uygulaması	21
3.5.2. Araştırmanın Uygulaması	21
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
<b>4. BULGULAR</b>	<b>25</b>
4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri	26
4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engelleme Davranışları için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleme Davranış Puanları	29
4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Destekleyici Davranışları için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları	32
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>35</b>
5.1. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Engelleme Davranışları'na İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.2. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Destekleyici Davranışları'na İlişkin Bulguların Tartışılması	39
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	<b>43</b>
6.1. Sonuçlar	43
6.2. Öneriler	44
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>46</b>
<b>8. EKLER</b>	
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu	
EK-2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği	
EK-3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Yazar İzni	
EK-4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği İzni	
EK-5. Etik Kurul İzni	
EK-6. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	

EK-7. Ankara Şehir Hastanesi TUEK İzni

EK-8. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

EK-9. Tanıtıcı Özelliklere Göre Algılanan Engelleyici Davranışlar (n=278)

EK-10. Tanıtıcı Özelliklere Göre Algılanan Destekleyici Davranışlar (n=278)

EK-11. Turnitin Raporu

EK-12. Dijital Makbuz

## **9. ÖZGEÇMİŞ**

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>AEDP</b>	: Algılanan Engelleyici Davranış Puanı
<b>ADDP</b>	: Algılanan Destekleyici Davranış Puanı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DD</b>	: Destekleyici Davranış
<b>ED</b>	: Engelleyici Davranış
$\bar{X}$	: Ortalama
<b>Max</b>	: Maximum
<b>MHC</b>	: Ankara Şehir Hastanesi Genel Kütle
<b>MH1</b>	: Genel Hastane
<b>MH2</b>	: Kalp Damar Hastanesi
<b>MH3</b>	: Nöroloji- Ortopedi Hastanesi
<b>MH4</b>	: Çocuk Hastanesi
<b>MH5</b>	: Kadın Doğum Hastanesi
<b>MH6</b>	: Onkoloji Hastanesi
<b>Min</b>	: Minimum
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>PB</b>	: Palyatif Bakım
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>YB</b>	: Yoğun Bakım
<b>YSB</b>	: Yaşam Sonu Bakım

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>		<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b>	Palyatif bakım modeli.	7

**TABLULAR**

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
<b>3.1.</b>	Araştırmanın yapıldığı hastaneler, evren ve örneklem	18
<b>4.1.</b>	Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	26
<b>4.2.</b>	Engelleyici davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan engelleyici davranış puanları	29
<b>4.3.</b>	Destekleyici davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan destekleyici davranış puanları	32

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Yaşam sonu bakım, artık tedavinin fayda sağlamadığı, ölümün kaçınılmaz olduğu hasta ve ailesinin bakım ve ihtiyaçlarının karşılandığı, çok yönlü bilgi ve becerilerin kullanıldığı, palyatif bakım içinde yer alan bir yaklaşımdır (1). Palyatif bakım ise kronik ve ilerleyici tedavinin mümkün olmadığı hastalıklarda hastanın ve ailesinin gereksinimlerinin karşılandığı kapsamlı bakım sistemidir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam sonu bakımı “ *yaşamı tehdit eden hastalıkla birlikte ortaya çıkan, hasta ve ailesinde oluşan problem ve semptomların erken tanımlandığı, değerlendirildiği, psikososyal, fiziksel ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılandığı yaşamın son günlerinde yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan bir yaklaşım*” olarak tanımlamıştır (3). Dünyada her yıl 50 milyon kişi yaşam sonu bakım ihtiyacı içerisindeyken ölmektedir (4). DSÖ’nün Yaşamın Sonunda Palyatif Bakım Küresel Atlası’na göre 2014 yılında 30 milyondan fazla kişi yaşam sonu bakım gerektiren hastalık nedeniyle ölmüştür (5). Bunlardan ise yaklaşık 20 milyonunun yoğun bakım ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Yaşam sonu bakım, Yoğun Bakım Tıbbi Derneği (*Society of Critical Care Medicine*) için de sağlık politikasına cevap olarak sürekli gelişen ve uygulama standartlarını iyileştirme kaygıları olan bir konu olmaya devam etmektedir (6).

Yaşam sonu bakımda hedef iyi ölüm sürecini başarmaktır (7). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 17. maddesinde “*Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*”(8) şeklinde kişinin dokunulmazlığına önem verilerek maddi ve manevi varlığını sürdürmesi açıkça belirtilmiştir. Bu nedenle yaşam sonunda kapsamlı, saygın ve duyarlı iyi bir bakım almak en doğal insani haklardandır. Bu nedenle yaşam sonu bakımının amacı tedaviden çok iyi bakımı ön plana çıkarmak; hastanın konforunu arttırmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, mümkün olduğu kadar aktif bir yaşam sürdürmesini sağlamak ve yakınlarını da desteklemektir (9). Günümüzde yaşam sonu bakımın evden ziyade daha çok hastanede gerçekleşmesiyle sağlık profesyonellerinden özellikle de hasta ve ailesine sunulan bakımda önemli sorumluluğa sahip hemşirelerden beklentiler gün geçtikçe artmaktadır. Hemşireler hastayla sürekli temas halinde olan ve en fazla zamanı geçiren



sağlık profesyonelleridir (10). Yoğun bakımda çalışan hemşireler, kendi alanlarında uzman ve ileri düzey bakım sağlamak için eğitilir, hastaların her anında yanında olarak fiziksel bakım ihtiyaçlarını, hasta ve yakınlarının psikososyal ve spirütüel bakım ihtiyaçlarını yakından izler ve karşılar (11). Bunların yanı sıra yaşam sonu bakımın temel hedeflerinden olan ağrı yönetimi, kültürel konular, yasal konular, iletişim, kayıp, keder, yas, ölüm anında hazırlık konularında bakım hedeflerini planlayıp hemşirelik bakımını sunarlar (4). Hemşireler kaliteli bakım sunarak hastaların kaliteli bir yaşam sonu süreci geçirmesine katkı sağlamaktadır (12).

Angus ve ark. (13) tarafından yapılan çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl meydana gelen ölümlerin %60'ının hastanede, bu hastanedeki ölümlerin ise yarısının yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştiği ve yoğun bakımdaki her 5 hastadan birinin öldüğünü ortaya koymuşlardır. Avrupa'daki tüm yoğun bakımlarda yatan hastaların ise %6-27'sinin yoğun bakım ünitesinde öldüğü belirtilmiştir (14). Ölüm oranlarının fazla olması nedeniyle yoğun bakım hemşireleri bakımlarını iyileştirici uygulamalardan çok yaşam sonu bakım uygulamalarını ön planda tutarak yapmaktadır (15). Yaşam sonu dönemdeki hastaya ve ailesine bakım veren hemşireler, ölüm ile sık karşılaştıklarından dolayı kendi ölüm gerçeğiyle de yüzleşmektedir (16). Yaşam sonu bakımı gerçekleştirirken hemşireler ölmekte olan hastalarla ve aileleriyle başa çıkmakta sık sık kendilerini donanımlı ve aynı zamanda bakım vermeyi zorlaştıran nedenlerden dolayı rahatsız hissetmektedir (17).

Hemşireler ölüm oranlarının fazla olduğu yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakım uygulamaları sunarken hem birtakım engeller ve zorluklarla hem de bakım vermeye yardımcı olan ve kolaylaştıran birtakım destekleyici davranışlarla karşılaşır. Yaşam sonu bakım verirken etkin bakım vermelerini engelleyen, hasta bakım kalitesini zayıflatan etkenlerin neler olduğu, bu engellerin nelerden kaynaklandığı ve yaşam sonu bakımın verilmesine yardımcı olan destekleyici davranışların neler olduğu çok iyi bilinmemektedir. Alanyazına bakıldığında yurt dışında acil servis hemşireleri, onkoloji hemşireleri ve yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmalara rastlanmaktadır (15, 18-20).

Curtis ve ark. (21) tarafından 2001 yılında İngiltere'de yaşam sonu bakıma yönelik engelleri belirlemek amacıyla yapılan aile konferansında hemşirelerin kültür, din, ırk, köken hakkında yetersiz bilgilerinin olması ve etik konulardaki bilgi

eksiklikleri yaşam sonu bakımdaki engeller olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşam sonu bakım kararlarına doktorlar tarafından değer verilmemesi ise tanımlanan başka bir engeldir. Beckstrand ve ark. (16)'ın 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada yoğun bakım kliniklerinde sunulan yaşam sonu bakımın önündeki en büyük engeller; hasta ailelerinin hemşireleri hastalara bakmaktan alıkoyan davranışları, hekimlerin tedavi konusundaki anlaşmazlıkları ve hastaların acı çekmesini uzatan ya da hastaların ağrılarının artmasına neden olan davranışların olmasıdır. Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (AACN) üyeleri arasında Becstrand ve Kirchhoff tarafından 1409 kişi ile yapılan ve 72 maddeden oluşan yaşam sonu bakım algıları üzerine 2006 yılındaki çalışmada yaşam sonu bakım sunarken en büyük engellerin; personel eksikliği, personeldeki zaman kısıtlılığı, sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim eksikliği ve hastaya yararı olmayan tedavi kararları ve uygulamalar olduğu bulunmuştur (22).

Aslakson ve ark. (23)'ün 2009 yılında 32 yoğun bakım hemşiresi ile Amerika'da Johns Hopkins Üniversite'sinde odak grup görüşmeleri ile yapmış oldukları çalışmada Grant ve ark.'ın da tanımladığı eğitim eksikliklerinin yanı sıra ailelerin ölümü kabullenememeleri, kültürel ve lojistik engeller, hastanın prognozunu tartışırken hemşirelerin kendilerini rahat hissedememelerinin engel olduğu belirlenmiştir.

Crump ve ark. (24) tarafından 2010 yılında Amerika'da 180 hemşire ile elektronik posta yoluyla yapılan çalışmada hastanın prognozunu kabullenemeyen öfkeli aile bireyleri, hayat kurtarıcı önlem terimlerinin ne anlama geldiğinin bilinmemesi ve hastanın isteklerini göz önünde bulundurmeyen çatışmalı aile üyeleri ve uygun olmayan yoğun bakım tasarımları nedeniyle mahremiyete izin verilmemesi hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları engeller olarak tanımlanmıştır.

2012 yılında Amerika'da New York Üniversitesi ve Waren Alpart Tıp Fakültesi'nde hemşire ve doktorlar ile yapılan çalışmada hastaların farklı kökenlerinden dolayı dil nedeniyle iletişim kurulmasındaki zorluklar, hastaların var olan ağrı ve kaygısını tanımlamaktaki yetersiz eğitim düzeyi, hekimlerin tedavi sürecinden emin olmayışları, hastaların farklı kültürel inanç ve davranışlardan dolayı ölüm hakkındaki inançları hemşirelerin etkili yaşam sonu bakım sunmadaki engeller olarak belirtilmiştir (25).

Yoğun bakımda ölüm oranlarının fazla olması nedeniyle İran’da 2012 yılında 10 yoğun bakım hemşiresi ile görüşme yoluyla yapılmış bir çalışmada hemşirelerin duygusal yüklerinin fazla olması, hastanın yaşı, uyanıklık düzeyi, bakım önceliği konusundaki farklılıklar ile dini inançların engel oluşturduğu belirtilmiştir (26).

Mısır’da 2013 yılında 70 hemşire ile Mansoure Üniversite Hastanesi’nde yapılan çalışmada etkili yaşam sonu bakım sağlamanın önündeki engeller uygun tasarlanmamış yoğun bakım ortamı, aile üyelerinin bilgi eksikliği, hemşirelerin ağır iş yükleri, serbest ziyaret saatleri, hastanın durumu hakkında bilgi almak için sürekli hemşireleri arayan aile üyeleri, hemşirelerin yaşam sonu bakım hakkında eğitim eksiklikleri, hemşirelerin hasta bakımı ile ilgili görüşlerinin alınmaması ve hekimlerin tedaviye ilişkin tutarsız davranışlarıdır (15).

2013 yılında Amerika’da lisansüstü eğitim alan 14 yoğun bakım hemşiresi ile yaşam sonu bakım sunarken yaşamış oldukları deneyimleri tanımlamalarına yönelik görüşme yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin fiziksel ve tıbbi bakımı öğrendikleri fakat eğitim müfredatlarında hastaların ihtiyaçlarının karşılandığı gerekli yaşam sonu bakım eğitimi almadıklarını ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda sürekli bir yaşam sonu bakım eğitimi alamadıkları için yaşam sonu bakımın nasıl sunulacağına dair bilgi eksikliklerinin olması bakım sunmadaki önemli engellerden tanımlanmıştır (27).

2020 yılında 175 yoğun bakım hemşiresi ile Hong Kong’da bir hastanede Chan ve ark. (20) tarafından gerçekleştirilen çalışmada yaşam sonu bakım sunmadaki en büyük engeller; doktor ve hemşirelerin çok meşgul olması, iyi düzenlenmeyen yoğun bakım odaları, hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda eğitim eksiklikleri ve ailelerin hastaların kötü prognozuna rağmen ümitli beklentileridir (20).

Tüm bu çalışmalardaki hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken destekleyen ortak davranışlar ise; hastanın ölümünden sonra hemşirelerinin birbirini destekleyen sözleri ve davranışları, ailelere ölmek üzere olan hastalarına nasıl davranılacağını öğretilmesi, sağlık ekibi üyeleriyle aileden bir kişinin irtibat kurması, aile üyelerine ölmek üzere olan hastayla vakit geçirmeleri için yeterli zamanın verilmesi, hasta öldükten sonra aile üyelerine vedalaşmaları için uygun ortam ve zamanın sağlanması ve ailelerin yas tutabilmeleri için özel bir alanın ayrılmasıdır.

Ülkemizde yaşam sonu bakım eğitimi, acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları ve yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonuna yönelik tutumları gibi yaşam sonu bakımın farklı yönlerinin ele alındığı sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte (28-31) yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engeller ve destekleyici davranışların neler olduğuna yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

İçinde bulunduğumuz son iki yılda Covid-19 pandemisi nedeniyle yaşam sonu bakım sağlık hizmetinin önemli bir bileşeni haline gelmiştir (32). Coronavirüs 2019 yılının son günlerinde Çin'in Wuhan eyaletinde deniz ürünlerinin satıldığı pazarda ortaya çıkan ateş, öksürük, nefes darlığı ile karakterize solunum rahatsızlıkları ile ortaya çıkan ve 13 Ocak 2020 de tanımlanan SARS-COV-2'den kaynaklanan bulaşıcı bir hastalıktır (33). DSÖ zamanla bu hastalığa Covid-19 yani hastalık yapan korona virüs adını vermiştir. DSÖ'nün güncel verilerinde 2021 yılının Haziran ayı itibariyle Covid-19 salgını 218 ülkede görülmekte olup yaklaşık 180 milyon kişinin enfekte olduğu ve yaklaşık 4 milyon kişinin ise bu salgın yüzünden öldüğü belirtilmektedir (34). Ülkemizdeki ise enfekte olan kişilerin sayısı Temmuz ayında yaklaşık 6 milyon olup bu vakaların yaklaşık %20'sinin hastaneye yatırıldığı ve yoğun bakım doluluk oranının ise yaklaşık %62 olduğu belirtilmiştir (35). Covid-19 virüsüyle enfekte olan hastaların yoğun bakım yatışlarındaki mortalite oranları yaklaşık %35 ile %45 oranında belirtilmiştir (36, 37). Küresel bir tehdit haline gelen Covid-19 nedeniyle dünyada mortalite oranının %3.4 olduğu, kronik hastalığı olanlarda ise mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (38). Yoğun bakımda tedavi gören, yüksek ölüm oranı nedeniyle bu hastalara optimum düzeyde yaşam sonu bakım uygulamaları verilmektedir (39). Quah ve ark. (40) hastaneye Covid-19 pozitif tanısı ile yatışı yapılan hastaların %5 ile %8'inin yoğun bakıma yatırıldığı ve palyatif bakım ihtiyacının olduğunu bildirmiştir. Covid-19 virüsünün enfekte ettiği yoğun bakıma yatırılan hastaların prognozlarının kötü seyretmesinden dolayı yaşam sonu bakım gerektiren uygulamalar artarak ön plana çıkmıştır. Hastalarda nefes darlığı, halsizlik, anksiyete, iştahsızlık, yorgunluk en çok görülen semptomlar arasında belirtilmiş olup analjezi ve sedasyon desteği sunularak, fiziksel, psikososyal ve manevi yönlerden hümanist bir yaklaşımla son günlerinde yaşam kaliteleri artırılmaya çalışılmaktadır (41). Yaşamlarının son zamanlarında olan hastalarda var olan fiziksel, psikolojik

semptomların erken tanınması ile kontrol altına alınması, aynı zamanda aile bireyleri için bilgilendirme ve yas süreci danışmanlığı yapılarak ailenin bununla başa çıkması desteklenerek bütüncül ve hümanist bir palyatif bakım felsefesinde kaliteli yaşam sonu bakım hizmeti verilmesi gerekmektedir (41, 42).

Hastalara iyi bir yaşam sonu bakım sunabilmek, bakım kalitesini arttırmak için yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sıklıkla algıladıkları yaşam sonu bakımda engellerin neler olduğunun bilinmesi buna göre önlemlerin alınması ve destekleyici davranışların artırılması gerekmektedir (4, 17). Bu nedenle bu çalışma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakımda algıladıkları engellerin ve destekleyici davranışların neler olduğu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek araştırma bulguları ile tanımlanan engeller için ilk çözüm oluşturacağı, sağlık çalışanlarının farkındalıklarını arttıracacağı, gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için yol gösterici olacağı, kurum politikalarına uygulanabilmesi halinde meydana gelecek değişiklikler ile hastaların ve yakınlarının iyi bir ölüm süreci geçirmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın amacı**

Bu çalışma ile yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımı sağlamada algıladıkları engellerin ve destekleyici davranışların neler olduğunu belirlemek amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırma soruları**

1.Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engeller nelerdir?

2.Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışları nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım Kavramları

Sözlük anlamlarına bakıldığında yaşam sonu bakım; genellikle terminal dönem bakım, palyatif bakım ve hospis bakımı kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Latince'den köken alan "Palliate" koruyucu veya kapsayıcı anlamına gelmektedir. İngilizce'de ise "Palliative" "hafifletici, yatıştırıcı ve geçici çare" anlamını ifade etmektedir (43). TDK sözlüğünde ise palyatif sözcüğü "tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren" anlamına gelmektedir (44). DSÖ'nün yaptığı tanımda ise palyatif bakım "*yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve manevi/ spiritüel sorunlarının erken tanınması, kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer sorunların tedavi yoluyla önlenmesi ve hafifletilmesi ile iyileştiren bir yaklaşımdır*" (45).

Bir bakım felsefesi olan ve bakım sunmak için oldukça organize edilmiş olan, mesleklerarası bir yaklaşım içeren palyatif bakım hastanın tanı alması ile başlayıp hastanın tedavi alıp almamasına bakılmaksızın devam eder (46). Palyatif bakım tanımından yararlanarak Akyol (46) tarafından oluşturulan Palyatif Bakım Modeli şeması Şekil 2.1.'de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Palyatif bakım modeli.

Yaşam sonu bakım palyatif bakımın içinde yer alan palyatif bakım hedeflerindedir (Bkz. Şekil 1.). Bireyin yaşamını sürdürmede tıbbi müdahalelerin faydasız kaldığı ve ölümün artık kaçınılmaz olduğu döneme yaşam sonu veya terminal dönem, bu dönemde verilen semptom kontrolüne ve rahatlatıcı bakımı hedefleyen bakım sistemine ise yaşam sonu bakım denmektedir (47, 48). Kısacası yaşam sonu bakım palyatif bakımla iç içe geçmiş, yaşamın son dönemindeki hastanın yaşam

kalitesini arttırmaya yönelik hastaya ve ailesine yapılan her türlü bakım anlamına gelmektedir. Diğer bir deyişle yaşam sonu bakım; hastaya tıbbi tanı konulmasıyla başlayıp, tıbbi tedavinin artık yarar sağlamadığı durumlarda yaşam kalitesinin arttırılmasını amaçlayan ve ölüm sonrası yas sürecinde de aileyi destekleyen palyatif bakım felsefesidir (49-51). Yaşam sonu bakımın ardındaki felsefe yaşamın süresinden ziyade yaşamın niteliğinin önemli olmasıdır (52).

Yaşam sonu bakımın temel prensipleri iki aşamada karşılanmakta olup hastalığa ait temel sorunların karşılanması (fiziksel, psikiyatrik, manevi, sosyal, ekonomik, yaşam sonu ihtiyaçlar, yas dönemi ile bakım sürecindeki fiziksel semptomların değerlendirilmesi) ve hasta merkezli bakım (hasta ve aileye bilgi verilmesi, bakım uygulamaları, verilen bakımın değerlendirilmesi, tedavinin devamlılığı ve maliyet etkinlik değerlendirilmesinin yapılması) şeklinde sunulmaktadır (53, 54). Uslu ve Terzioğlu (55) yaşam sonu bakımda hastalarda ortaya çıkan pek çok fizyolojik semptom olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu doğrultuda yaşam sonu bakımdaki amaç hastalarda hastalığa ait temel sorunlar ile bakım sürecindeki etkinliklerin birlikte ele alınarak hastaya ve ailesine hümanist bir yaklaşım ile bütüncül bir bakım sunmaktır (56). Yaşam sonu bakımda hedeflenen ne ömrü uzatmak ne de doğal bir süreç olan ölümü hızlandırmaktır, hastalıktan ziyade semptom odaklı hastanın yaşamının son anına kadar olan sürede yaşam kalitesini yükseltmektir (57). Hastanın kaybindan sonraki yas sürecinde ise aileyi desteklemektir (52), Cicely Saunders'ın tanımladığı gibi "Bireyin yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir" (30, 58).

Hollanda, İsviçre, İngiltere, Almanya gibi bir çok Avrupa ülkesi ile Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam sonu bakım kararlarına yönelik ileri tedavi ve tıbbi vasiyet yasaların belirlediği çerçeveler dahilinde hasta veya hasta yakınları tarafından kararların verilmesine imkan tanınmaktadır (59). Yaşam sonu bakım alan hastanın bilişsel fonksiyonlarının bozulmadığı dönemde özerklik ilkesi göz önünde bulundurularak ileriye yönelik tedavileri ve bakım planı vasiyeti yasal düzenlemeler ile kayıt altına alınmaktadır (60). T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. ve 14. maddesi (61) "*Her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya başkasının talebi olsa dahil kimsenin hayatına son verilemez.*" ve "*Sağlık personeli tarafından hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak*

*mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.*” Bu maddeler kapsamında Türkiye’de ise henüz bu konuda yasal uygulamaların olmaması sağlık çalışanları açısından zorlayıcı olmaktadır. Yaşam kalitesini yükseltmek mi? yoksa yaşamı uzatmak mı? temel hedef olmalıdır konusunda etik ikilem yaşanmaktadır (62). Avrupa’daki bir çok ülkede hemşirelerin ve hekimlerin etik ikilem sürecinde onlara yol gösterici olan Hastane Etik Kurulları mevcut iken ülkemizde hastanelerde etik kurulların olmaması sağlık profesyonellerinin üzerindeki yükü arttırmakta, hastaya uygulanan tedavinin yarar sağlamaması veya çok az bile fayda sağlamadığı için tedavinin gereksizliğine rağmen yasal düzenlemeler olmadığı için sağlık çalışanları tarafından tedaviyi sonlandırma kararlarını alamamaları etik ikileme neden olmaktadır (63). Fernandes ve Moreira tarafından (64) yapılan çalışmada; mahremiyet, yaşam sonu kararlar, hasta ve ailesi ile iletişim, ekip işbirliği, sağlık hizmetlerine adil şekilde erişim konularında hemşirelerin etik sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda ise; iletişim, tedaviyi devam ettirme veya geri çekme, hemşirelerin yetkileri, kaynak kullanımında adil olma, doğru karar verme ve bilgi verme konularında etik ikilemler yaşadıkları belirtilmiştir (65, 66).

## **2.2. Yaşam Sonu Bakım Hedefleri**

DSÖ’ nün 2012 yılında yapmış olduğu yaşam sonu bakımın hedefleri T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilmiş olup şu şekilde belirtilmiştir (45, 54)

- Ağrı ve diğer semptomlardan kurtulmayı sağlamak.
- Yaşamı onaylamak ve ölmeyi doğal süreç olarak görmek.
- Ölümü hızlandırmak ya da ertelemek amacı taşımamak.
- Psikososyal ve spiritüel yönden bir bütün olarak hasta bakımını sürdürmek.
- Hastaların ölümüne kadar bağımsız bir şekilde yaşamalarını sağlayarak destekleyici bakımı en iyi şekilde sunmak.
- Yaşam kalitesini artırarak hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilmek.
- Gerekirse ölüm sonrası yas sürecinde ailelerin ihtiyaçlarını ele almak amacıyla ekip yaklaşımı ile danışmanlık yapmak.

Ulusal ve uluslararası palyatif bakımı iyileştirme amacıyla kurulan, bakım vericilerin palyatif bakım konusunda eğitimini içeren Yaşam Sonu Hemşireliği Eğitim Konsorsiyomu (*End of Life Nursing Education Consortium*) tarafından oluşturulan



programda bakım hedefleri dokuz bölümden oluşmakta ve yaşamın sonunda hemşirelik bakımını; ağrı yönetimini; semptom yönetimini; etik/ yasal sorunları; yaşam sonu bakımda kültürel hususları; kayıp ve yas tutmayı; yaşam sonunda kaliteli bakımı sağlamayı ve son olarak ölüme hazırlık ve bakımı içermektedir (67).

### **2.3. Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerin Görevleri**

20. Yüzyıldaki tıbbi teknoloji ve bilimdeki ileri gelişmeler sonucu yaşam ömrünün uzaması ile birlikte aynı zamanda kronik hastalıklar ile yaşam süresi uzamış ve ölmek üzere olan hastanın yaşam sonu dönemdeki bakımı evlerden hastanelerdeki sağlık profesyonellerine doğru yön değiştirmiştir (68). Mesleklerarası ekip yaklaşımını gerektiren yaşam sonu bakım uygulamalarında hastada var olan ya da gelişebilecek ihtiyaçlara bakım planlanarak hastaya ve ailesine bakım sunulur (49, 50). Doğumdan ölüme kadar olan yaşamın her sürecinde hemşireler hastaların bakım ve tedavisinde primer rol olarak sürekli hizmet sunan profesyonel bir meslek grubu olmuş olup hasta bakımında önemli bir yere sahiptirler (55, 69). Çünkü hemşireliğin en önemli ve kendine özgü rollerinden birisi bakım sunmaktır. Bakım rolünü yerine getirmesi sırasında her hastanın ve ailenin kendine özgü olduğunu kabullenerek fiziksel, psikososyal ve manevi yönden onları desteklemektedir (56).

T.C. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları Mevzuatı (70)'na göre yoğun bakım hemşiresinin; hemşirelik süreci, etik uygulamalar, hasta ve hemşire güvenliği, risk önleme, klinik uygulamalar, terapötik iletişim, profesyonel ilişkiler, eğitim, sürekli araştırma, mesleki bilgi ve deneyimini geliştirme gibi sorumlulukları vardır. Planlanan bakım hedeflerine göre hasta bakımının etkinliğini sürekli değerlendirilmesini, uygun terapötik hemşirelik girişimlerinin olduğu bakım planının uygulanmasını, bakım standartlarına göre hemşirelik bakımının verilmesini ve bakım kalitesini geliştirecek çalışmalara katılma, hastanın genel durumu hakkında aile üyeleri ile iletişim gibi görevleri belirlenmiştir (71). Etik uygulamaların kapsamında olan; hasta haklarını savunma, hasta yararına olan karar ve tedavileri etik ilkeler konusunda belirleme, hasta ve ailesiyle ilgili kayıtların gizliliği, hasta ve ailesinin haklarına, bütünlüğüne ve farklılıklarına saygı göstererek, ayırım yapmadan bakım verme, hastanın mahremiyetini ve gizliliğini koruma gibi görev, yetki ve sorumlulukları vardır (72).

Hastaların monitörizasyonu, skorlama sistemlerine göre hastaları değerlendirme, solunuma ilişkin girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirilmesi, aspirasyon, oksijen tedavisi, postural drenaj, ağrı ve semptom yönetimi, günlük vücut banyosu, saç bakımı, basınç yaralanmalarını önlemeye dair bakımlar, beslenmesine yardımcı olmak, pozisyonunu değiştirmek, endotrakeal veya trakeostomi bakımı, ile manevi bakım yoğun bakım hemşireleri tarafından hastalara uygulanmaktadır (73). Bakım sırasında hemşireler her hastaya özgü olan inanç, kültür, dil vb. kişisel özelliklerini göz önünde bulundurarak onlara özel şefkatli bir bakım sağlar (74). Yani sunulan yaşam sonu bakım her hastanın kişiliğini mümkün olan koşullar içinde koruyarak onların saygılı, bilinçli ve benzersiz olduğunu kabullenerek onlara özgü verilmektedir (7).

Batchelor (75), yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımdaki görevlerini; semptom olarak en çok görülen ağrı ve diğer fiziksel semptomları erken tanılayıp bireye özgü bakım hedeflerini belirleyerek sağlık ekibine semptom yönetimine dair net bilgi sağlamak ayrıca hastalara yönelik gerekli ilaçları ve tıbbi malzemeleri sağlama, hasta yakınlarına gerekli eğitimleri vererek onlara danışmanlık yapmak ve aile üyelerine hastanın ölümünden sonraki süreçte yas desteği sağlamak şeklinde belirtmiştir. Filiz ve Dikmen (56) yaptığı çalışmada; hemşirelerin hastanın diğer kişilerle iletişimini desteklediğini, umudunu sürdürmesine yardımcı olduğunu, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir süreci olduğunu hasta ve yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olarak onları manevi yönden güçlendirecek terapötik bir bakım sağladığını ortaya koymuştur. Hemşireler hastaya kesintisiz bakım sunup onlarla iletişim halinde olduklarından Hov ve ark. (7), yaptıkları çalışmada hastalarla sözel iletişimin kurulmasının onları yalnızlık hissinden kurtardığını, mevcut olan kafa karışıklığını ve anksiyetelerini azalttığını, yalnızlık hissine kapılmalarını önlediğini belirtmiştir. Kısacası yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımdaki hastalar için önemli rolleri; konfor bakımı, duygusal ve fiziksel huzur sağlama, ağrı tedavisi, semptom yönetimi, mahremiyeti sağlama, hastalar için sessiz ve sakin bir ortam oluşturma, hastanın güvenliğini sağlama ve hasta savunuculuğudur (11, 76).

Hastaların bakım ve tedavisinde primer sorumluluğu üstlenen hemşireler olduğu için hasta savunuculuğu rolünde de önemli görevleri vardır. Savunuculuk rolleri ile hastanın problemlerini göz önünde bulundurarak, hastayı tedavisi ile ilgili sorular

sormasına cesaretlendirerek onu bağımsızlaştırmayı sağlamakta, bakım verme sürecinde etik ilkelere önem verip hastanın yasal haklarını koruyup ve gerektiğinde hakkını aramasına yardımcı olmaktır (77, 78). Yaşam sonu bakım ekibinde rol olan hemşireler; bakım verici, eğitim verici rolleriyle birlikte danışmanlık yaparak yaşam sonu bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerine de sahiptirler (79).

Aile merkezli bakım yaşam sonu bakım hemşireliğinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilir (6). Yaşam sonu bakım sunulan hastaların büyük çoğunluğu bilinçsiz olduğu için iletişim kuramamakta bu nedenle de duygusal destek aile üyelerine sağlanmaktadır (11). Ciccarello (80), yaptığı çalışmada hemşirelerin hastaların sürekli yanında olması, onları rahat ettirecek bakımları sunması ve şefkatli ve merhametli davranışlarının ailelere duygusal destek sağlamada önemli rol olduğunu belirtmiştir. Aileye yönelik iyi bir ilişki kurma, onları dinleme, manevi destek sağlama, hastaların durumları hakkında bilgi verme ve ölüme dair yaşadıkları duyguları teröpatik bir yaklaşımla paylaşmalarına fırsat verilmesi, içinde buldukları üzüntülü süreçle etkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesi , mümkünse aile üyelerinin hastayla vakit geçirmesi için uygun ortamı sağlanması ve beraber vakit geçirmeleri için zaman verilmesi, ölümden sonraki yas süreci için uygun ortam sağlanması uygulamalarını içermektedir (7, 69, 81).

#### **2.4. Ölüm Kavramı**

Hayatın ayrılmaz parçası olan ölüm ve yaşam birbirlerinden çok farklı anlamlar ifade etseler de birbirlerini tamamlamakta ve ölüm yaşamın bir amacı olarak kabul edilmektedir (82). Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ölüm “bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tamamen sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedi uyku” olarak tanımlanmıştır (83). Tıbbi olarak ölüme yönelik yapılan tanımlarda ortak noktanın “dolaşım ve solunum işlevleri ile beynin tüm işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak durması” olduğu görülmektedir (69). Genel anlamıyla ölüm “canlılar için hücrenin, organın ya da organizmanın yaşamsal fonksiyonları ile canlılık halinin yitilmesi ve yaşamın sona ermesi” anlamına gelmektedir (84).

Ölüm düşüncesi insanda sevdiklerinin ve kendi ölümünün olacağı gerçeği nedeniyle hem kaygı yaratmakta hem de insanı yaşama bağlayarak hayatı daha anlamlı ve dolu dolu yaşamasını mümkün kılmaktadır (85). İleri teknolojik gelişmeler

sayesinde insan yaşamının bütün süreçleri tıbbi tedaviler ile kontrol altına alınarak ölüm olayı tıbbi açıdan tanımlanmakta hatta ölümün gerçekleşip gerçekleşmeyeceği belirtilmektedir. Tıbbi bakış açısında ölüme yaklaşım ona karşı savaşmak ve direnmek olarak anlamlandırılarak temel amaç yaşam kurtarmak ve ölümü doğal bir süreçten kurtarmaktır (86). Fakat tüm bakım ve tedavilere rağmen hastalıklar tedavi edilemediği ve ölümün kaçınılmaz olduğu süreçte ise hastaların huzurlu bir şekilde yaşamının son zamanlarını geçirmesini sağlamak için onlara iyi bir bakım sunulması gerekmektedir (69).

## **2.5. Ölüme Yönelik Bakım Modelleri**

Ölüme yönelik iki bakım modeli ele alınacaktır. Bunlar; Haysiyetli Ölüm Modeli ve Onurlu Ölüm Modeli' dir.

### **2.5.1.Haysiyetli Ölüm Modeli**

Ölüm yaşamın doğal süreci olmasına rağmen yaşam sonu bakım alan hastaların kötü bir şekilde ölmesi kabul edilemez. Haysiyet kişilere özel olmakla birlikte hem hastaların içsel yönden kendilerine verdiği değer ve itibar hem de dışsal olarak bakım vericiler tarafından algılanan değerlerden etkilenmektedir (87). Ölüme yaklaşan hastaların bağımsızlıklarını sürdürememelerinden dolayı haysiyet kaybı yaşadıkları ve bu durumun ise onların ölüm sürecini hızlandırmaktadır (88, 89). Yaşam sonu bakımda haysiyetli ölüm sürecinin olması hastalara verilen bakımın kalitesini artırdığı belirtilmiştir (88, 90, 91). Haysiyet sözcüğü “değer, saygınlık, itibar, öz saygı” anlamını ifade etmektedir (92). Yaşlı nüfus sayısındaki artışa bağlı olarak ölüm sayılarındaki artışlarla birlikte 1992 yılında tedavisi mümkün olmayan hastaların haysiyetli ölüm hakkına sahip olması gerektiği DSÖ ve Avrupa Tabipler Birliği (*European Medical Association*) tarafından kabul edilmiştir (93). Yaşam sonu bakım, hastalara ve ailelerine bakım sunan sağlık profesyonellerinin sözleri ve eylemleri ile iletilen ölenleri onurlandırarak koruyan bakım modelidir (91).

Geyman tarafından tanımlanan haysiyet kavramına göre Chochinov ve ark. (94); ölmek üzere olan hastanın bakımında yerine getirilmesi gereken beş temel gereksinimlerden birisi olduğunu savunmuşlardır. Stewart ve ark. (95) tarafından kaliteli yaşam süresi çerçevesinde tanımlanan haysiyetli bakıma sahip olmanın; ölmek

üzere olan kişiler için yaşam kalitesini ve verilen bakımın kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Haysiyetli Ölüm Modeli'nde yaşam sonu bakım uygulamalarının temel amacı; bireylerin doğuştan sahip oldukları haysiyeti korumak ve onurlu bir şekilde ölmelerine yardımcı olmaktır (96, 97). Sağlık profesyonellerinin haysiyetli bakım sunmaları etik açıdan bir zorunluluk olmakla birlikte kişisel saygınlığın korunması açısından da oldukça önemlidir (89). Hastanın haysiyetini korumaya yönelik alınan önlemler ve yapılan uygulamalar yaşam sonu bakımın kalitesini artırmaktadır (98).

### 2.5.2. Onurlu Ölüm Modeli

İngiltere'de Halk Sağlığı ve Bakımı Çalışma Grubu (*Debate of the Age Health and Care Study Group*) tarafından 1999 yılında yayınlanan Yaşlıların Sağlığı ve Bakımının Geleceği (*The Future of Health and Care of Older People*)'nde onurlu ölüme ilişkin hedefler tanımlanmış ve sağlık bakımı ile tıbbi bakım veren kurum ve kuruluşlarında bunların kabul edilmesi önerilmiştir (93). Ayrıca Kübler-Ross ve Chochinov onurlu ölüm üzerine bakım hedeflerini belirtmiş ve bu bakım hedeflerine önem vermişlerdir (85, 91, 94). Yaşam sonu bakımda hastaların saygınlığını koruyan tıbbi ve psikososyal bakımları içeren bakım modeli olan Onur Modeli oluşturulmuştur (88, 94). Bu model üç ana kategoriden oluşmaktadır. Birinci kategori hastalıkla ilgili konuları, ikinci kategori hastanın psikolojik ve manevi inançları ile ilgili haysiyeti koruyan konuları, üçüncü kategori ise haysiyeti etkileyen dış etkileri içeren sosyal haysiyeti konu almaktadır:

1. Hastalıkla ilgili endişeler; bağımsızlık düzeyi ve semptom rahatsızlığından oluşur. Bağımsızlık düzeyi ise bilişsel yetenek ve işlevsel kapasiteden etkilenir. Semptom rahatsızlığı ise kişinin sağlık durumunun belirsizliği nedeniyle yaşadığı kaygı ve ölüm kaygısını içerir.

2. Haysiyet koruyucu uygulamalar; benliğin sürekliliği, rol koruma, üretkenlik ve miras bırakma duygusu, gururunu sürdürme isteği, umudunu sürdürme, özerklik, kabul, zihinsel kararlılığın devam ettiği mücadele ruhudur. Haysiyet koruyucu önlemler hastaların normal rutinlerini sürdürmek ve dini inanç sisteminde teselli bulan ruhsal rahatlık aramadır.

3. Sosyal haysiyet ise dış etkiler olarak hastaların algıladıkları mahremiyet, sosyal destek, bakım, başkalarına yük olma düşüncesi, ölümün yakınlarına getireceği endişe ve korkulardan oluşmaktadır.

Bu bakım modeli ile yaşam sonu bakımda sağlık profesyonelleri bakımın kalitesini arttırmak amacıyla hasta merkezli, etkili ve yararlı bakım hedefleri oluşturarak onurlu bakımın ve iyi ölüm sürecinin gerçekleşmesi sağlanmaktadır (99).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engellerin ve destekleyici davranışların belirlenmesi amacıyla niceliksel araştırma desenlerinden tanımlayıcı araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Ankara Şehir Hastanesi'nde yapılmıştır.

Genel Hastane, Kalp Damar Hastanesi, Nöroloji Ortopedi Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi ve Ana Hastane'nin olduğu 3810 yatak kapasitesine sahiptir. Cerrahi, dahiliye, anestezi, yeni doğan vb. alt birimlerinde 696 yatak kapasitesi ile 41 yoğun bakım ünitesinde hizmet verilmektedir. Yoğun bakım üniteleri 32 adet erişkin ve 9 adet pediatrik yoğun bakımdır. Bu yoğun bakımlar 21 tane her biri 16 yatak kapasitesine sahip 3.basamak, 13 tane her biri 16 yatak kapasitesine sahip 2.basamak ve 7 tane 16 yatak kapasitesine sahip 1.basamak olarak hizmet vermektedir (100).

Üçüncü basamak yoğun bakımlarda hemşire başına ortalama 2 hastaya, 2.basamak ve 1.basamak yoğun bakımlarda hemşire başına ortalama 3 hastaya bakım verilmektedir. Hemşireler yoğun bakımlarda 08.00-16.00,16.00-08.00 veya 08.00-08.00 olmak üzere vardiyalar halinde çalışmaktadır. Covid-19 pandemisi nedeniyle yoğun bakımlarda tedavi ihtiyacı artan hasta sayısındaki artışlar nedeniyle yoğun bakımlarda yatak sayısında planlama değişikliğine gidilmiş ve neredeyse tüm yoğun bakımlar 2.basamak ve 3.basamağa dönüştürülerek yaşam sonu bakım uygulamalarına yer verilmiştir.

#### 3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde bulunan 41 farklı yoğun bakımda çalışan toplam 1078 yoğun bakım hemşiresi oluşturmuştur. Yoğun bakımda en az 6 aydır çalışmakta olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklem hacmi

Yazıcıoğlu ve ark. (101) tarafından hazırlanan tabloya göre 0.05 örnekleme hatası kabul edilerek 278 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Ankara Şehir Hastanesi'nin her bir yoğun bakımından örnekleme dahil edilecek hemşire sayısı Balcı (102) tarafından verilen formüllere göre tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. İlk olarak her tabakada hemşire sayısı evrendeki birey sayısına bölünerek her bir tabakanın ağırlığı bulunmuştur. Daha sonra tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak hemşire sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç hemşire alınacağı hesaplanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yoğun bakımlar ve bunların evren içerisindeki ağırlığı ve örneklem kapsamına alınan hemşire sayısı aşağıdaki gibidir (**Tablo 3.1.**). Tabloda 'i' tabaka numarasını, 'Ni' tabakadaki hemşire sayısını, 'N' evrendeki hemşire sayısını, 'ai' tabakanın ağırlığını, 'n' örnekleme alınan hemşire sayısını ve 'ni' tabakadan alınan hemşire sayısını ifade etmektedir. Ağırlıkları örnekleme alınacak hemşire sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç hemşire alınacağı hesaplanmıştır.



**Tablo 3.1.** Araştırmanın yapıldığı hastaneler, evren ve örneklem

Yoğun Bakım	Toplam Hemşire Sayısı	Evren İçindeki Ağırlığı (Ni/N=ai)	Örnekleme Seçilen Hemşire Sayısı (ai x n=ni)
MHC B1 YB	20	20/1078=0,018	5,04 (5)
MHC C1 YB	41	41/1078=0,038	10,57(10)
MHC 1.KAT YB	12	12/1078=0,011	3,058(3)
MHC YB	10	10/1078=0,0092	2,57(2)
MH1 1A YB	9	9/1078=0,0083	2,32(2)
MH1 1B YB	9	9/1078=0,0083	2,32(2)
MH1 1C YB	20	20/1078=0,018	5,17(5)
MH1 2C YB	23	23/1078=0,021	5,9(6)
MH1 3C YB	33	33/1078=0,030	8,5(9)
MH2 1B YB	24	24/1078=0,025	6,96(7)
MH2 1C YB	18	18/1078=0,016	4,64(5)
MH2 1C YB	33	33/1078=0,030	8,5(9)
MH2 2A YB	16	16/1078=0,014	4,1(4)
MH2 2B YB	15	15/1078=0,013	3,86(4)
MH2 2C YB	23	23/1078=0,021	5,93(6)
MH2 3A YB	23	23/1078=0,021	5,93(6)
MH2 3C YB	23	23/1078=0,021	5,93(6)
MH3 1A YB	27	27/1078=0,024	6,96(7)
MH3 1B YB	23	23/1078=0,021	5,93(6)
MH3 1C YB	33	33/1078=0,030	8,5(9)
MH3 2A YB	24	24/1078=0,022	6,1(6)
MH3 3A YB	34	34/1078=0,031	8,7(9)
MH3 3B YB	24	24/1078=0,022	6,1(6)
MH3 3C YB	34	34/1078=0,031	8,7(9)
MH4 1A YB	34	34/1078=0,031	8,79(9)
MH4 1B YB	23	23/1078=0,021	5,93(6)
MH4 1C YB	20	20/1078=0,021	5,3(5)
MH4 2C YB	31	31/1078=0,018	5,04(5)
MH4 3A YB	55	55/1078=0,028	7,78(8)
MH5 4A YB	60	60/1078=0,055	15,47(16)
MH5 4B YB	56	56/1078=0,051	14,14(15)
MH5 4C YB	62	62/1078=0,051	14,44(14)
MH5 5C YB	24	24/1078=0,022	6,1(6)
MH61 1A YB	34	34/1078=0,031	8,71(9)
MH6 1B YB	22	22/1078=0,020	5,67(6)
MH6 1C YB	37	37/1078=0,034	9,54(10)
MH6 5C PB	14	14/1078=0,012	3,61(4)
MHC YB	15	15/1078=0,013	3,86(4)
Acil Cerrahi YB	13	13/1078=0,012	3,35(3)
<b>TOPLAM</b>	<b>1078</b>	<b>0,9238</b>	<b>278</b>

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama araçları olarak ‘Tanıtıcı Özellikler Formu’ ve ‘Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği’ kullanılmıştır.

#### 3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu form araştırmaya dahil edilen yoğun bakım hemşirelerinin kişisel bilgilerini belirlemeye yönelik geliştirilmiştir (**EK 1**). Bu form; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık fazla mesai saati, bir vardiyada baktıkları ortalama hasta sayısı, çalıştıkları yoğun bakım birimi, çalıştıkları yoğun bakım biriminin basamak sayısı, yoğun bakımda çalışma yılı, yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet durumu, yoğun bakım sertifikasına sahip olma, yaşam sonu bakım eğitimi alma durumu, yoğun bakımda yaşam sonu bakım gereksinimi olan hastaya bakım verme sıklığı, yaşam sonu bakımı sunma konusunda yeterlilik gibi bireysel özellikleri içeren beş tane açık uçlu, sekiz tane çoktan seçmeli ve iki tane 0-10 puan arasında değişen puanlama sorusu olmak üzere toplamda on beş tane sorudan oluşmaktadır.

#### 3.4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik

##### Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Becstrand tarafından 2005 yılında Amerika’da geliştirilmiş olup aynı yıl geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (16). Bu ölçek Becstrand ve Kirchhoff tarafından aynı yıl Amerika’da Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (*American Association of Critical- Care Nurses*) üyelerine uygulanmıştır.

Ölçek iki bölüm içermektedir. Bunlardan ilki Engelleyici Davranışlar, ikincisi ise Destekleyici Davranışlar’dır. Destekleyici Davranışlar bölümü 24 maddeden, Engelleyici Davranışlar bölümü ise 29 maddeden oluşmaktadır. Toplamda ise bu iki bölümün toplamında ölçek 53 madde içermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İç tutarlılık iki bölüm için engelleyici davranışlar bölümü için cronbach alfa değeri 0,81, destekleyici davranışlar bölümü için cronbach alfa değeri

0.89 bulunmuştur. Ölçek 5’li likert yapısında olup engel yoğunluk 0 ile 5 puan arasında değişen 0=hiç engel yok, 1=çok az engel var, 2=az engel var,3=orta derecede engel var ,4=fazla engel var 5=çok fazla engel var şeklinde puanlanmaktadır. Sıklığında ise 0=asla ,1=hemen hemen hiç, 2=bazen ,3=oldukça sık 4=çok sık, 5=her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Destek yoğunluk 0 ile 5 puan arasında değişen 0=hiç desteklemiyorum, 1= çok az destekliyorum, 2=az destekliyorum, 3= orta derece destekliyorum, 4=fazla destekliyorum, 5=çok fazla destekliyorum şeklinde puanlanmaktadır. Destek sıklığında ise 0=asla ,1=hemen hemen hiç, 2=bazen ,3=oldukça sık 4=çok sık, 5=her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte puanlama algılanan engelleyici davranışların yoğunluğu için ortalaması ile frekans ortalaması çarpımıyla Algılanan Engelleyici Davranış Puanı (AEDP), destekleyici davranışlar için de destekleyici yoğunluk ortalaması ile frekans ortalaması çarpımıyla Algılanan Destekleyici Davranış Puanı (ADDP) elde edilmektedir.

Ölçeğin ülkemizde Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ilk defa Akyol, Sılay ve Ayvaz tarafından 2015-2016 yılları arasında Marmara ve Ege Bölgesi’nde bulunan 28 farklı hastanede görev yapmakta olan 530 yoğun bakım hemşiresi ile uygulanmıştır (103). Ölçekte geçerlilik çalışması; dil, yapı ve içerik geçerliliği yapılmıştır. Güvenirlilik çalışması için ise cronbach alfa ile Pearson momentler çarpımı kullanılmıştır. Madde- Toplam korelasyonları  $r=.710$  ile  $r=.884$  bulunmuş olup  $p<0,01$  kabul edilerek istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (103). Cronbach alfa değeri 0.84 bulunmuştur. Davranışlar alt maddeleri; Cronbach alfa katsayısı 0,86 ve puan ortalaması  $3,60\pm 1,20$  (min:1,17–max:4,45); Engelleyici Davranışlar alt maddeleri; Cronbach alfa katsayısı 0.83 ve puan ortalaması  $3,21\pm 1,08$  (min:1,40–max:4,67) olarak bulunmuştur (**Ek 2**). Ölçek değerlendirmesinde toplam bir puan elde edilememektedir. Engelleyici davranışlar için her bir maddenin yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımıyla AEDP, destekleyici davranışlar alt boyutu için de aynı şekilde her bir madde için destek yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalaması çarpımıyla ADDP elde edilmektedir. AEDP’na göre yüksek puanlı üç madde engelleyici davranış, ADDP’na göre yüksek puanlı üç madde destekleyici davranış olarak kabul edilmiştir. Sonuç olarak; Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerinde Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği’nin ülkemizde

yaşam sonu bakım veren hemşireler için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edilmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Uygulaması**

Araştırmada 20 Eylül 2020 tarihinde Tanıtıcı Özellikler Formu'nun ön uygulaması yapılmış ardından araştırma verileri, 22 Eylül-15 Kasım 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu'nun Ön Uygulaması**

Araştırmada kullanılan Tanıtıcı Özellikler Formu yoğun bakımda en az 6 aydır çalışan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere uygulanmıştır. MH3 1C yoğun bakımından 2 hemşire, MH3 3A yoğun bakımından 3 hemşire, MH3 3B yoğun bakımından 2 hemşire ve MH3 3C yoğun bakımından 3 hemşire olmak üzere toplamda 10 kişilik bir grup ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu anketler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda soruların açık ve anlaşılır olduğu belirlenmiş olup çalışılan yoğun bakım birim özelliğine Covid-19 ile araştırmacıların isimleri eklenmiştir. Araştırmanın ön uygulamasının yapıldığı 10 kişilik grup örnekleme dahil edilmiştir.

#### **3.5.2. Araştırmanın Uygulaması**

Ankara Şehir Hastanesi'nin bünyesinde bulunan farklı her hastane için Sağlık Bakım Hizmetleri Koordinatörlüğü'ne bağlı olan Yoğun Bakım Birim Sorumluları ile tek tek görüşülerek araştırmanın uygulanmasına dair kurumun onay yazısı gösterilmiştir. Yoğun Bakım Birim Sorumlularının önerileri dikkate alınarak her bir yoğun bakımın sorumlu hemşiresi ile görüşülmüş, araştırmanın amacı anlatılmış ve kurum izni gösterilmiştir. Farklı hastaneler olduğundan dolayı her bir hastanede mevcut olan yoğun bakımlar için 1 hafta süre ayrılmış olup her binadaki örnekleme alınacak yoğun bakımlara sıra ile gidilmiştir. Hastanenin bünyesinde mevcut tüm yoğun bakımlar tek tek dolaşılıp en az 6 aydır yoğun bakımda çalışan hemşireler ile görüşülmüş ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere formlar dağıtılmış, formların doldurulması beklenilmiş ve katılımcıların soruları cevaplandırılmıştır. Araştırmaya katılan hemşireler tarafından

anlaşılmayan ölçek maddeleri açıklanmıştır. Bu maddeler; engelleyici davranışlar alt boyutunda olan “Zor hasta vakalarını inceleyecek etik kurul ya da komite yoktur.” ile “Ailenin sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider gibi destek alacağı bir kişi yoktur.” maddeleridir. Destekleyici davranışlar alt boyunda ise “Yas sürecinde olan ailenin bakımında sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider birincil rol oynar.” ve “Sonradan etik bir durumu ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir.” maddeleridir. Formlar dolduruluncaya kadar yoğun bakımda beklenilmiş ve sonrasında doldurulan formlar teslim alınmıştır. Her bir formun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Her bir yoğun bakımda formların doldurulması beklenilmiş ve hemşirelerin vardiyalarından dolayı örneklem sayısına ulaşabilmek için her yoğun bakıma gündüz ve gece mesai saatleri olmak üzere farklı zamanlarda gidilmiştir.

Araştırmaya Nöroloji-Ortopedi binasındaki yoğun bakımlar ile başlanmıştır. 3-8 Ekim Nöroloji Ortopedi Hastanesi, 9-16 Ekim Genel Hastane, 19-23 Ekim Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, 26-30 Ekim tarihlerinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve 3 Kasım-15 Kasım tarihleri arasında ise Çocuk Hastanesi’nde bulunan yoğun bakımlarda veriler toplanmıştır. Örneklem hacmine ulaşıncaya kadar araştırma sürdürülmüştür. Araştırma kapsamında yoğun bakımda en az 6 ay çalışmış olan 350 hemşireye ulaşılmıştır. 50 hemşire çalışmaya katılmayı reddetmiştir. 22 hemşire ise anketin doldurulması sırasında çalışmadan çekilmiştir.

### **3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler SPSS versiyonu 23 yazılımı (*Statistical Package for Social Sciences 23,0*) Windows paket programından faydalanılarak yapılmıştır.

Tanıtıcı özellikler formundan elde edilen veriler sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma, ortanca gibi betimleyici istatistikler ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) ile incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için Non-parametrik testler kullanılmıştır. İki grup arasında sayısal bir değişkenin farkını test etmek için ise değişkenlerin normal dağılmadığı ve ordinal olan değişkenler için Mann-Whitney U

testi kullanılmıştır. İkiiden çok grupta sayısal değişkenlerin farkını test etmek için tek yönlü varyans analizi varsayımları gerçekleşmediği ve değişkenler normal dağılmadığı için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İkiiden fazla gruplarda farkın anlamlılığının belirlenmesi için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testine göre farkın anlamlı çıktığı puanlar için post-hoc testi kullanılmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunması durumunda ikişerli post-hoc karşılaştırmalarından Dunnet testi ile farkın hangi grup veya gruplarla ilgili olduğu bulunmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 alınmıştır. Bulgular %95'lik güven aralığında,  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmanın uygulanabilmesi için; ölçeğin orijinalini geliştiren Renea Beckstrand'dan 23 Ocak 2020 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (**EK 3**).
- Ölçeğin ülkemizde ilk defa geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Akyol, Sılay ve Ayvaz' dan 9 Aralık 2019 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (**EK 4**).
- Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilerek 17 Mart 2020 tarihli, 2020/06-46 karar numarası ile onaylanmıştır (**EK 5**).
- Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin istenmiştir (**EK 6**).
- Araştırmanın yürütüleceği Ankara Şehir Hastanesi Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu (TUEK)'nden izin alınmıştır (**EK 7**).
- Araştırmanın uygulamasına katılmayı kabul eden Ankara Şehir Hastanesi yoğun bakım hemşirelerinden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır (**EK 8**).

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları değerlendirilirken okuyucular tarafından göz önünde bulundurulması gereken özellikle Covid-19 pandemisinden kaynaklanan bazı uygulama zorlukları ve birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan ilki; Covid-19 pandemisi nedeniyle izole olan hemşirelerin olması, yoğun bakım kliniklerinde çalışan

hemşire sayısında ve çalışma yerlerinde durumluluk, plansız değişikliklerin olması nedeniyle planlanan örnekleme ulaşılmada zorluklar yaşanmıştır. İkinci olarak yine Covid-19 pandemisi nedeniyle enfeksiyon bulaş riskini en aza indirebilmek amacıyla ulusal ve kurumsal düzeyde alınan önlemler kapsamında yoğun bakıma girişlerin kısıtlanması nedeniyle yoğun bakımlara girmek için izin almakta ve örnekleme sayısına ulaşılmakta zorluk yaşanmıştır. Üçüncü sınırlılık araştırmacıların uygulama sırasındaki gözlemlerine dayanmaktadır. Ölçüm aracının toplamında 53 madde içermesi ve maddelerin görece uzun ve anlaşılmasının zor olması hemşirelerin araştırmaya katılmaktan çekinmelerine ya da katılan hemşirelerin cevaplarırken zorluk yaşamalarına neden olduğu gözlenmiştir. Bu durumun hemşirelerin çalışma koşullarının zorlukları da göz önünde bulundurulduğunda ölçek maddelerinin yeterince anlaşılmadan cevaplanmasına neden olabileceği dikkate alınmalıdır. Dördüncü sınırlılık ise ölçüm aracıyla ilgili olup toplam bir puanlamanın yapılamaması, engeller ve destekler alt boyutlarının puanlamanın yapılamaması araştırmanın analizlerinin yapılmasında ve yorumlanmasında zorluk oluşturmuştur.

## 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları dört alt başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri

4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engelleyici Davranışlar için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleyici Davranış Puanları

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Destekleyici Davranışlar için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları



#### 4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n= 278)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>				
<b>Yaş</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>
20-27	205	73,7		
28-35	59	21,2	25,96	3,93
36-43	11	4,0		
44-47	3	1,1		
<b>Cinsiyet</b>			<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kadın			218	78,4
Erkek			60	21,6
<b>Eğitim Durumu</b>				
Sağlık Meslek Lisesi			17	6,1
Ön Lisans			15	5,4
Lisans			238	85,6
Yüksek Lisans			7	2,5
Doktora			1	0,4
<b>Hemşire olarak çalışma süresi (yıl)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>
1-3	202	72,7		
4-6	30	10,8	1,57	1,10
7-9	24	8,6		
10-12	7	2,5		
13+	15	5,4		
<b>Yoğun bakımda çalışma süresi (yıl)</b>				
1-3	214	77		
4-6	38	13,7		
7-9	14	5	1,39	0,86
10-12	5	1,8		
13+	7	2,5		
<b>Aylık ortalama çalışma saati</b>				
160-184	99	35,6		
185-209	103	37,1	198,12	23,51
210-234	40	14,4		
235+	36	12,9		
			<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
			2	6
			<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>
			2,46	0,64
<b>Çalışma vardiyasında ortalama bakılan hasta sayısı</b>				
<b>Çalışma Pozisyonu</b>			<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sorumlu hemşire			13	4,7
Hemşire			265	95,3

**Tablo 4.1.** (Devam) Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n= 278)

<b>Yoğun Bakımın Özelliği</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1.Basamak	2	0,7
2.Basamak	15	5,4
3.Basamak	110	39,6
Covid-19	150	54,3
<b>Yoğun Bakımın Türü</b>		
Erişkin	208	74,8
Çocuk	70	25,2
<b>Yoğun Bakım Sertifikası</b>		
Evet	24	8,6
Hayır	254	91,4
<b>Yoğun Bakım Sertifika yılı (n=24)</b>		
2010-2015	11	45,8
2016-2019	13	54,2
<b>Yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet</b>		
0-3 puan	49	17,6
4-6 puan	87	31,3
7-10 puan	142	51,1
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitimi</b>		
Evet	133	47,8
Hayır	145	52,2
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitim yeri</b>		
Lisans	106	38,1
Lisansüstü	3	1,1
Hizmet içi	16	5,8
Kongre	4	1,4
Diğer*	4	1,4
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitim yılı</b>		
1993-2012	13	4,7
2013-2015	15	5,4
2016-2020	105	37,8
<b>Yaşam sonu bakım verme sıklığı</b>		
Bazen	22	7,9
Oldukça sık/ Çok sık	186	66,9
Her zaman	70	25,2
<b>Yaşam sonu bakım yeterliliği</b>		
0- 3 puan	26	9,4
4-6 puan	79	28,4
7-10 puan	173	62,2

**Diğer\*** Araştırmaya katılan hemşireler tarafından bilgi verilmemiştir.

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşireleri ile ilgili tanıttıcı özellikler Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması  $25,9 \pm 3,93$ , yarısından fazlası (%73,7) 20-27 yaş arasındadır ve yaklaşık dörtte üçü (%78,4) kadındır. Hemşirelerin %85,6’sı lisans mezunu olup çok azı (% 2,9) lisansüstü eğitimi almıştır. Hemşire olarak toplam çalışma süresi çoğunlukla (%72,7) 1-3 yıl arasında, yoğun bakımda hemşire olarak çalışma süresi ise aynı şekilde çoğunlukla (%77) 1-3 yıl arasındadır. Aylık çalışma saati çoğunlukla 185-209 saat arasında olup (%37,1) bir vardiyada ise ortalama  $2,5 (2,46 \pm 0,64)$  hasta bakılmaktadır. Hemşirelerin yarısından fazlası (%54,3) Covid-19 yoğun bakımında ve yaklaşık dörtte üçü (%74,8) erişkin yoğun bakımda çalışmaktadır. Neredeyse tamamına yakınının (%91,4) yoğun bakım sertifikası bulunmamaktadır. Yoğun bakım sertifikası bulunan hemşirelerin (%8,6) çoğunluğu (%54,2) sertifikalarını 2010-2019 yılları arasında almıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısı (%51,1) yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin yarısından fazlası (%52,2) yaşam sonu bakım hakkında eğitim almamış olup eğitim alanların çoğunluğunun (%38,1) lisans eğitimi sırasında 2016-2020 yılları arasında yaşam sonu bakım eğitimi aldığı (%37,8) belirlenmiştir. Hemşireler tarafından yoğun bakımlarda oldukça sık /çok sık (%66,9) yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastalara bakım verilmekte ve hemşirenin yarıdan fazlası (%62,2) yaşam sonu bakım sunma konusunda kendilerini yeterli buldukları belirlenmiştir.

**4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Alguladıkları Engelleyici Davranışlar için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleyici Davranış Puanları**

**Tablo 4.2.** Engelleyici davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan engelleyici davranış puanları (n=278)

Engelleyici Davranışlar	Yoğunluk*			Sıklık†			AEDP**
	$\bar{X}$	SS	S~	$\bar{X}$	SS	S~	
1. Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez.	3,06	1,44	1	3,36	1,11	5	10,31***
2. Aile hastanın ölüm anında onunla birlikte değildir.	2,67	1,78	10	3,51	1,53	4	9,41***
3. Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez.	2,96	1,34	3	3,10	1,06	9	9,22***
4. Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır.	2,75	1,60	6	3,18	1,38	7	8,77
5. Aile üyeleri hastanın olduğu yerde yas sürecini sağlayabileceği özel bir yere sahip değildir.	2,81	1,67	5	3,05	1,43	10	8,58
6. Ailenin yasal girişimlerde bulunabilecek olması bir tehdittir. Bu nedenle kötü prognoza rağmen hastaların yoğun bakımı sürdürülmektedir.	2,61	1,47	11	3,51	1,33	3	8,24
7. Aileler yas sürecini kültürlerine bağlı olarak farklı şekillerde yaşarlar.	2,26	1,59	22	3,56	1,29	1	8,09
8. Hemşire sedasyon ya da nörolojik sistemin baskılanması nedeni ile hastanın tedavi ile ilgili isteklerini öğrenmek için hasta ile iletişim kuramayabilir.	2,71	1,52	8	2,90	1,21	14	7,88
9. Aile hastanın tercihlerinin aksine hayat kurtarıcı önlemlerin uygulanmasını istemektedir.	2,30	1,56	21	3,30	1,26	6	7,61
10. Hastanın tedavileri ağrıları ve rahatsız edici de olsa sürdürülür.	2,42	1,40	19	3,12	1,18	8	7,58
11. Hemşire öfkeli aile üyeleri ile ilgilenmek zorundadır.	2,82	1,54	4	2,68	1,28	20	7,57
12. Aile hastası ile ilgili bilgi edinebilmek için belirlenmiş olan irfibat kişisi ile değil de sürekli olarak hemşiresi ile iletişim kurar.	2,49	1,50	14	2,99	1,14	11	7,43
13. Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir,	3,00	1,55	2	2,44	1,31	27	7,35
14. Hemşire perişan durumdaki aile üyeleri ile hastanın bakımını sürdürürken bile ilgilenmek zorundadır.	2,70	1,51	9	2,70	1,51	19	7,30

**Tablo 4.2. (Devam) Engelleyci davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan engelleyci davranış puanları (n=278)**

Engelleyci Davranışlar	Yoğunluk*				Sıklık†			
	$\bar{X}$	SS	S~	$\bar{X}$	SS	S~	AEDP**	
15. Hasta kontrol altına alınması ve hafifletilmesi zor bir ağrıya sahiptir.	2,59	1,34	12	2,79	1,1	16	7,25	
16. Hastaneye finansal yararları nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara ileriye yönelik tedavilerin uygulanması devam etmektedir.	2,46	1,56	16	2,92	1,38	13	7,19	
17. Hastanın bakımı konusunda hemşirenin fikirlerini önem verilmez.	2,73	1,60	7	2,53	1,31	23	6,95	
18. Hekimlerin bir hastanın yaşam sonu bakımı konusundaki görüşleri farklıdır.	2,55	1,46	13	2,71	1,13	18	6,92	
19. Hemşire diğer görevlerini yerine getirmesi için hasta ve ailesinin yanından başka yerlere çağırılmaktadır.	2,48	1,54	15	2,75	1,32	17	6,84	
20. Zor hasta vakalarını inceleyecek etik kurul ya da komite yoktur.	2,38	1,61	19	2,67	1,39	21	6,39	
21. Aile yaşam desteğinin sağlanmasına mücadele eder.	2,14	1,43	28	2,97	1,26	12	6,35	
22. Hekimler hastanın hastalık sürecine bağlı olarak ölmesine izin vermek istemez.	2,17	1,50	25	2,90	1,35	15	6,35	
23. Hekimler aileden uzak durur.	2,45	1,45	17	2,57	1,21	22	6,31	
24. Hemşire ailenin yas sürecinde ve yaşam sonu bakımın kaliteli verilmesi konusunda eğitimi değildir.	2,45	1,64	18	2,51	1,44	25	6,18	
25. Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir.	1,68	1,65	29	3,53	1,43	2	5,96	
26. Ailenin sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider gibi destek alacağı bir kişi yoktur.	2,37	1,52	20	2,51	1,38	24	5,96	
27. Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır.	2,16	1,59	26	2,48	1,41	26	5,38σ	
28. Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşguldür.	2,19	1,60	24	2,27	1,39	28	4,99σ	
29. Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.	2,21	1,46	23	2,21	1,20	29	4,90σ	

\* 0 = hiçbir engel yok, 5= Çok fazla engel var arasında 0 ile 5 arasında puanlama † 0= Asla, 5= her zaman 0-5 arasında puanlama \*\* Yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımı S~ Ortalama puanına göre sıra numarası \*\*\*AEDP'ye göre yüksek puanlı üç ED σ AEDP'ye göre düşük puanlı üç ED

Tablo 4.2 yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engelleyici davranışların yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımıyla elde edilen AEDP'na göre yüksek puandan düşük puana göre sıralamasını göstermektedir. Maddelerin algılanan yoğunluk ortalamaları  $1,68 \pm 1,65$  ile  $3,06 \pm 1,44$  arasında değişmektedir. Ölçeğin Engeller alt boyutunda engellerin yoğunluğunda en yüksek ortalamayı “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez.” ( $3,06 \pm 1,44$ ) maddesinden, en düşük ortalamayı ise “Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir.” ( $1,68 \pm 1,65$ ) maddesinden aldığı belirlenmiştir. Algılanan sıklık ortalamaları ise  $2,21 \pm 1,20$  ile  $3,56 \pm 1,29$  arasında değişmektedir. Engellerin sıklığında en yüksek ortalamayı “Aileler yas sürecini kültürlerine bağlı olarak farklı şekillerde yaşarlar.” ( $3,56 \pm 1,29$ ) maddesi, en düşük ortalamayı ise “Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.” ( $2,21 \pm 1,29$ ) maddesinin aldığı belirlenmiştir.

AEDP, 10,31 ile 4,90 arasında değişmektedir. En yüksek ortalamaya sahip 3 madde; “Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabul etmek istememeleri.” (AEDP=10,31), “Aile hastanın ölüm anında onunla birlikte değildir.” (AEDP=9,41) ve “Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez.” (AEDP=9,22) maddeleridir. Bu üç madde yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engelleyici davranışlar olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Engeller alt boyutunda en düşük AEDP maddeleri “Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.” (AEDP=4,90), “Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşguldür.” (AEDP=4,99) ve “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır.” (AEDP=5,38) olarak belirlenmiştir.

**4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Destekleyici Davranışlar için Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları**

**Tablo 4.3.** Destekleyici davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan destekleyici davranış puanları (n=278)

Destekleyici Davranışlar	Yoğunluk*			Sıklık†		
	$\bar{X}$	SS	S~	$\bar{X}$	SS	S~
1. Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür.	3,46	1,52	1	3,61	1,41	1
2. Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir.	3,32	1,42	2	3,55	1,23	2
3. Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığına hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alır.	2,96	1,56	3	3,02	1,35	3
4. Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler (söylemektedirler).	2,94	1,47	4	2,89	1,19	4
5. Hemşireler fiziksel temas (dokunma) yoluyla birbirlerine destek olurlar.	2,61	1,40	5	2,58	1,19	7
6. Hasta bakımının sürekliliği sağlanabilsin diye (sağlanabilmesi için) hemşirelere bir zaman çizelgesi hazırlanır.	2,42	1,55	7	2,66	1,36	6
7. Hekimler hastanın bakımının ne şekilde olacağı konusunda hemfikirlerdir.	2,36	1,37	9	2,71	1,11	5
8. Aile, ailenin bir üyesini diğer aile üyeleriyle iletişimi kurmak için görevlendirir.	2,49	1,38	6	2,52	1,19	11
9. Hemşire aile üyelerinin geçmiş ölüm ya da kritik hastalık deneyimlerini değerlendirir.	2,39	1,36	8	2,57	1,24	10
10. Ölümde olan hastanın bakımı için lisansı olmayan/yardımcı sağlık personeli vardır.	2,21	1,72	15	2,58	1,59	9
11. Aile üyeleri hastanın ölümünü kabuller.	2,29	1,28	10	2,47	1,09	12
12. Hekimler, aile için somut ifadelerle umut verir.	2,22	1,42	13	2,47	1,18	13
13. Aile üyeleri ölümünden sonra yalnız başına kalabilmeleri için yeterli zamana sahiptir.	2,12	1,44	16	2,58	1,25	8
14. Ailelere ölmek üzere olan hastanın olduğu yerde nasıl hareket etmeleri gerektiği öğretilir	2,29	1,49	11	2,29	1,30	14

**Tablo 4.3. (Devam) Destekleyici davranışlar için yoğunluk, sıklık ve algılanan destekleyici davranış puanları (n=278)**

Destekleyici Davranışlar	Yoğunluk*			Sıklık†			ADDP**
	$\bar{X}$	SS	S~	$\bar{X}$	SS	S~	
15. Hemşireler hastanın ölümünden sonra iş ortamının dışında kendisini dinleyip destekleyecek bir kişiye sahiptir	2,23	1,57	12	2,29	1,35	15	5,12
16. Aile üyeleri kaybettikleri hastaya sağlanmış olan bakım için hemşireye karşı minnettarlığını gösterir.	2,22	1,51	14	2,20	1,24	16	4,89
17. Hemşire hasta ile ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri hakkında konuşur.	2,09	1,37	17	2,16	1,23	17	4,53
18. Yas sürecinde olan ailenin bakımında sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider birincil rol oynar	191	1,49	18	2,26	1,38	18	4,34
19. Hemşireler aile üyelerini hastalarının ölümüne hazırlamak için yeterli zamana sahiptir.	1,78	1,38	19	2,14	1,29	20	3,82
20. Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır.	1,75	1,52	20	1,94	1,27	24	3,41
21. Aileler ölmek üzere olan hastaya sınırsız olarak (her zaman) ulaşabilmektedirler.	1,52	1,38	21	2,11	1,35	21	3,22
22. Aile üyelerinin hastanın yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı vardır.	1,47	,51	22	2,16	1,53	19	<b>3,20</b> $\sigma$
23. Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım eder.	1,22	1,44	23	2,07	1,59	22	<b>2,52</b> $\sigma$
24. Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir.	0,78	1,19	24	2,00	1,67	23	<b>1,57</b> $\sigma$

\* 0 = Asla, 5 = Çok fazla engel var arasında 0 ile 5 arasında puanlama

† 0 = Asla, 5 = her zaman 0-5 arasında puanlama

\*\* Yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımı

S~ Ortalama puanına göre sıra numarası

\*\*\*ADDP'ye göre yüksek puanlı DD

$\sigma$  ADDP'ye göre düşük puanlı DD



Tablo 4.3 yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışların yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımıyla elde edilen ADDP'e göre yüksek puandan düşük puana göre sıralamasını göstermektedir. Algılanan Destekleyici Davranışlar için maddelerin yoğunluk ortalaması  $3,46 \pm 1,52$  ile  $0,78 \pm 1,19$  arasındadır. Ölçeğin Destekleyici alt boyutunda yoğunluk ortalaması en yüksek "Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür." ( $3,46 \pm 1,52$ ) maddesi, en düşük ortalama ise "Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir." ( $0,78 \pm 1,19$ ) maddesi bulunmuştur.

Algılanan Destekleyici Davranışlar' ın sıklık ortalaması ise  $3,61 \pm 1,41$  ile  $1,94 \pm 1,27$  arasında değişmektedir. Sıklık ortalaması en yüksek "Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür". ( $3,61 \pm 1,41$ ) maddesi, en düşük ortalama ise "Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır." ( $1,94 \pm 1,27$ ) maddesi bulunmuştur. ADDP 12,51 ile 1,57 arasında değişmektedir. Bu puanlamaya göre en yüksek puan alan 3 madde; "Hekimler ailenin ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür" (ADDP=12,51), "Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir" (ADDP=11,78), "Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alır" (ADDP=8,96) maddeleri yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışlar olarak belirlenmiştir.

ADDP'na göre en düşük; "Aile üyelerinin hastanın yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı vardır" (ADDP=3,20), "Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım eder" (ADDP=2,52) ve "Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir (ADDP=1,57) maddeleri bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma ülkemizde yoğun bakım hemşireleri tarafından yaşam sonu bakımında algılanan engelleri ve destekleyici davranışları belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular alanyazın doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Engelleyici Davranışlar'a İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Destekleyici Davranışlar'a İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.1. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Engelleyici Davranışlar'a İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından yaşam sonu bakım sunarken algılanan engeller Tablo 4.2.'de verilmiştir. Algılanan engellerden en yüksek puanlı üç madde; "Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabullenmek istememeleri", "Ailenin hastanın ölüm anında onunla birlikte olmaması", "Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmemesi" olarak bulunmuştur. Covid-19 pandemisi nedeniyle bulaş riskini en aza indirmek amacıyla yoğun bakımlara aile ziyaretlerinin olmaması ya da bazı özel durumlarda çok kısa ziyaretlerin yapılmasına izin verilmesi "Ailenin hastanın ölüm anında onunla birlikte olmaması" bulgusunu desteklemektedir. Hodde (104), hastaların yoğun bakımda yalnız ölmedikleri durumlarda daha iyi ölüm kalitesine sahip olmaları gerektiğini belirtmiştir. Çünkü aile bireylerinden ayrı olan hastalar duygusal yönden sorunlar yaşamakta, hastaların anksiyeteleri artmakta bu da bakım vermeyi zorlaştırmaktadır (105). "Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez" maddesinde ileri analiz ile yaşam sonu bakım eğitimi alanların puanının almayanlardan yüksek olmasının nedeni yaşam sonu bakım eğitimi alanların yaşam sonu bakım sunma konusunda daha bilgili oldukları, daha bilinçli, etkili bakım vermelerinden dolayı yaşam sonu bakım sunarken ailenin bilgi eksikliğinin olması ve hastayla ilgili tedavi fikirlerinin alınmamasının bakımın önünde fazla engel oluşturabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularını destekleyen diğer başka bir çalışmada ise yoğun bakıma aile tarafından ziyaretler için yeterli süre verilmesi gerektiği belirtilmiş olup ailelerin hasta için duyacağı stresi azalttığı, verilen bakımdan aile memnuniyetini arttırdığı ve bakım vermeyi kolaylaştırdığı ile ilişkilendirilmiştir (106). Ancak çalışmalarda birçok ülkede yoğun bakım ünitelerinde ziyaret saatlerinde kısıtlama olduğu belirtilmiştir.(107, 108)

Beckstrand ve Kirchhoff (16)'un 2005 yılında yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım sunarken algıladıkları engelleri belirlemek için yaptıkları benzer çalışmada en yüksek puanlı engeller; “bilgi almak için hasta ve aile üyelerinin sık sık telefonla araması”, “yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğinin bilinmemesi” ve “ölmekte olan hastanın bakımı konusunda hekimlerin anlaşamamasıdır”. Bu bulgular araştırma sonucunda elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir.

Beckstrand ve ark. (22) tarafından 2006 yılında yoğun bakım hemşirelerinin sunduğu yaşam sonu bakımı iyileştirmek amacıyla yapılmış olan başka bir çalışmada hemşirelerin karşılaştıkları engeller aynı şekilde çalışma bulgularını destekler nitelikte olup; “hemşirelerin zaman kısıtlamaları”, “aile üyeleriyle yaşanan iletişim zorlukları” ve “doktorların tedavi konusunda anlaşmazlıkları şeklinde belirtilmiştir”. Gross (17)'un 2006'da yapmış olduğu benzer çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım sunarken en sık karşılaştıkları engeller; “hekimlerin hastanın kötü prognozuna rağmen aşırı iyimser davranması”, “ailenin hayat kurtarıcı önlemler teriminin anlamını bilmemesi ve hastaların kötü prognozuna rağmen ileri destek tedavilerinin devam etmesi” olarak belirtilmiştir. Beckstrand ve ark. (19) tarafından 2008 yılında acil hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları benzer bulgulara ulaşılan başka bir çalışmada yaşam sonu bakım önündeki en büyük engel olarak “ailenin hayat kurtarıcı terimini ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmemesi” olarak belirtilmiştir. Beckstrand ve ark. (18) tarafından 2009 yılında farklı konuda, benzer bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada çalışma bulguları ile ortak sonuçlara ulaşılmıştır. Onkoloji hemşirelerinin yaşam sonu bakım sunarken algıladıkları engellerde en yüksek puanlı üç engel maddesi; “hemşirelerin öfkeli aile üyeleriyle ilgilenmek zorunda kalması”, “ailelerin hastanın kötü prognozu hakkında kendilerine söylenenleri kabul etmemeleri” ve “hemşirelerin

ölmekte olan hastanın yanından diğer hastalara bakması için çağrılmasıdır.” Crump ve ark.(24) tarafından 2010 yılında yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımı sunarken karşılaştıkları engelleri belirlemek amacıyla benzer şekilde yapmış oldukları çalışma bulgularında AEDP 15,6 ile 2,0 arasında maddelerin yoğunluk ortalaması ise 4,23 ile 1,45 arasında değişiklik göstermektedir. Yakın bulgulara ulaşılan bu çalışmada “ailenin hastanın durumu hakkında bilgi edinebilmesi için sürekli hemşireyi araması”, “yaşam kurtarıcı teriminin ve onun etkilerinin bilinmemesi” ve “ölmekte olan hastanın ailelerinin mahremiyetine izin vermeyen servis tasarımlarıdır”.

Aslakson ve ark. (23) 2011 yılında cerrahi yoğun bakımda yaşam sonu bakımda hemşireler tarafından algılanan engelleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları benzer bir çalışmada “ailelerin yaşam sonu terimini anlamayıp kabul etmemeleri”, “algılanan eğitim eksikliği” ve “kültürel engeller” yaşam sonu bakım önündeki engeller olarak belirlenmiştir. Friedenber ve ark. (25)’in 2012 yılında yapmış oldukları farklı sonuçlar içeren çalışmada yoğun bakımda hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken karşılaştıkları en büyük engel “iletişim güçlüğü”, ve “yaşam sonu bakım hakkında eğitim eksikliğidir”. Attia ve ark.(15) 2013 yılında Mısır’da yapmış oldukları yakın bulgulara ulaşılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım engellerini; “hayat kurtarıcı önlemlerin anlamını anlamayan aile üyeleri”, “ailenin hastanın kötü prognozunu kabul etmek istememesi” “hemşirelerin ağır iş yükü” ve “kötü yoğun bakım tasarımıdır”.

Çalışma bulgularını destekler nitelikte İran’da Borhani ve ark.(109)’ın 2014 yılında yaptıkları çalışmada yaşam sonu bakım alan hastanın aile üyelerinin hastanın kötü prognozuna rağmen umutlu olduklarını ve hastalarının yıllarca yaşayabileceklerine inandıklarını, aile üyelerinde oluşan beklentinin ise yaşam sonu bakım veren hemşirelerde strese neden olduğunu ve hemşireler için engel oluşturduğunu belirtmiştir. Chan ve ark. (2) tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada ise çalışma bulguları ile benzer sonuçlar içermektedir. Yaşam sonu bakımın önündeki engeller “ailelerin hastanın prognozu hakkında gerçekçi olmayan beklentilerinin olması”, “hemşirelerin iş yükünün fazla olması” ve “hasta ailesi için uygun olmayan servis düzenlemeleridir”.

Alanyazında ülkemizde yapılan yoğun bakım hemşireleri tarafından algılanan engelleyici davranışlara ait çalışmaya rastlanılmamış olup Şener (29) tarafından 2015

yılında acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada tanımlanan engel maddeleri araştırma bulgularını destekler nitelikte olup bu maddeler; “aile üyelerinin hastanın güncel bilgisini öğrenmek için sürekli hemşireyi araması”, “ailenin hayat kurtarma uygulamalarının ne anlama geldiğini anlamamaları”, “hastanın kötü prognozunun aile tarafından kabul edilmemesi” ve “servis tasarımının yeterli olmaması nedeniyle hasta ve aile üyelerinin mahremiyetinin korunamamasıdır”. Yurtdışında yapılan çalışmalar ve sonuçlarında çalışma bulgularını destekleyen ortak maddeler “ailelerin hastanın kötü prognozunu kabul etmemesi”, “yaşam kurtarıcı teriminin ve etkilerinin ne anlama geldiğinin anlaşılması” ve “yas sürecinde aile üyeleri için özel bir yere sahip olmamasından dolayı aile üyelerinin mahremiyetinin korunamamasına neden olan uygun olmayan servis tasarımlarıdır”.

Araştırmadan elde edilen bulgular ve alanyazında mevcut olan araştırma bulguları doğrultusunda yaşam sonu bakımı engelleyici davranışların çoğunluğunun aile kaynaklı olduğu görülmektedir. Özellikle yaşam sonu teriminin aile tarafından anlamının bilinmemesi hemşirelere düşen görevi arttırmaktadır. Hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rolleri mevcut olup aile yakınlarının eğitimi kapsamında yaşam sonu kavramı, yaşam sonu bakım uygulamalarının onların anlayabileceği basit kelimelerle öğretilmesi amaçlanmalıdır. Ayrıca yaşam sonu bakım hedeflerinden olan aile üyelerine eksik olunan konularda danışmanlık yapılmalı, manevi, sosyal, duygusal ve spiritüel açıdan desteklenmeleri sağlanmalıdır. Böylelikle aile üyelerine verilen yaşam sonu eğitimi ile aile üyeleri bilgilendirilmiş olacak ve yaşam sonu bakımın önündeki engeller azaltılacaktır.

Bu çalışmada ayrıca belirlenen en düşük puanlı engel maddeleri ise; “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlı olması”, “Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşgul olması”, “Hekimler aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermeleri” olarak belirlenmiştir. “Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.” maddesinin yapılan ileri analiz ile 7-9 yıl arasında çalışanların puanının 1-3 yıl arasında çalışanlara göre düşük olmasının nedeni 7-9 yıl çalışanların mesleki deneyimlerinin daha fazla olması, yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastalara daha çok bakım vermelerinden dolayı ve mesleki

yıl olarak daha çok ekip iş birliğinde çalıştıklarından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Beckstrand ve Kirchhoff (16)'un 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada en düşük AED çalışma bulgularıyla farklılık göstermekte olup “Zor hasta vakalarını inceleyecek etik kurul ya da komitenin olmaması”, “Ailenin sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider gibi destek alacağı bir kişinin olmaması”, “Aile ziyaretlerinin kısıtlayıcı olması” ve “Hastaneye finansal yararları nedeniyle ölmek üzere olan hastalara ileriye yönelik tedavilerin uygulanması devam edilmesi.” maddeleri en düşük puanı almıştır.

2015 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından ortak yürütülen Hastanelerde Manevi Destek ve Rehberlik birimleri kurulmuş olup hasta ve yakınları ile sağlık personelleri için manevi destek, moral ve motivasyon sağlanmakta ve özellikle hasta yakınlarına sağlanan maneviyat konularındaki destekle yaşam sonu bakımın önündeki engelin azaldığı bulgusuna ulaştırmaktadır. Ailelerin yoğun bakımda hastalarının yanında olabildikleri herhangi bir alanın mevcut olmamasından dolayı onların yas süreci ile yeni hasta yatışı arasında herhangi bir bağlantının olmaması bulgusuna ulaştırmaktadır. Hemşirelerin iş yoğunlukları ne kadar fazla olursa olsun insan yaşamının değerli oluşu ve her bireyin yaşama hakkına sahip olması bilinciyle her durumda hayat kurtarıcı önlemleri uyguladıklarını düşündürmektedir. Hekimlerin yoğun bakıma yatırılan her hastanın hayati riski olmasından dolayı hastanın prognozu hakkında aile bireyelerine gerçekçi olmayan bilgiler vermediği bulgusuna ulaştırmaktadır. Bu çalışma ile elde edilen maddelerin bu nedenlerden dolayı AEDP'ye göre en düşük puan aldığını düşündürmektedir.

## **5.2. Yoğun Bakım Hemşireleri Tarafından Yaşam Sonu Bakım Sunarken Algılanan Destekleyici Davranışlar'a İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından yaşam sonu bakım sunarken algılanan destekleyici davranışlar Tablo 4.3'de verilmiştir. Bu çalışmada yaşam sonu bakım sunarken hemşirelere yardımcı olan en önemli davranış “Hekimlerin hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşmesi” olarak belirlenmiştir. Yaşam sonu bakım meslektaşları ekip anlayışı içinde verildiğinden hekim-hemşire iş birliği önemli rol oynamaktadır. Ölümünden sonra aile üyelerine hasta için mümkün olan her şeyin yapıldığını belirtmek, ailenin var ise sorularını cevaplamak için aile üyeleriyle ilk

görüşen her zaman hekim olmalıdır (15). Hekimlerin ölümden sonra üzüntülü aile bireyleri ile görüşmesi ailenin ölümü kabullenmesini sağlayıp aile bireylerinin üzüntüsünü de azaltmaktadır. Bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösteren Margarit ve Curtis (106) tarafından yapılan çalışmada aile üyeleriyle hekimlerin ölümden sonra görüşülmesinin onların hastalarına profesyonel bir ekip tarafından bakıldığını, mümkün olan tüm bakımın yapıldığını düşündürmektedir.

Çalışmada diğer en önemli iki destekleyici davranış, “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üiteden ayrılmadan önce hazır hale getirir.” ve “Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alır.” olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanı tarafından hazırlanan evraklar hem yas sürecinde olan ailenin zaman kaybetmemesini hem de diğer hastaların bakımında sorumluluk alan hemşireler için bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve hemşirelerin yas sürecinde olan hasta yakınlarının ihtiyaçlarına odaklanmasını kolaylaştırmaktadır. Ölümle sık karşılaşan hemşireler bu durumdan üzüntü duymaktadırlar. Hemşirelik mesleğinde yardımlaşmanın önemli olduğu, hastanın primer sorumluluğunu alan hemşirenin bir süreliğine ayrılması halinde bile hastalara bakım vermenin aksamadığının ve hemşireler arası iş bölümü ve paylaşımın olduğu sonucuna ulaştırmakta ve bu da yaşam sonu bakımda destekleyici önemli davranışlar olarak algılanmaktadır.

Araştırma bulgularının aksine Beckstrand ve ark.(16)’ın yapmış olduğu çalışmada “ölümden sonra hasta aile üyelerinin hastalarla yeterince yalnız zaman geçirmesine izin vermek”, “aile bireyleri için hastanın ölümünden sonra huzurlu ve onurlu bir ortam sağlamak” ve “hasta ailelerine ölmekte olan hastaya nasıl davranılacaklarının öğretmek” destekleyici davranış olarak bulunmuştur. Beckstrand ve ark. (18) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise aile üyelerinin ölümden sonra hasta ile yalnız kalmasına izin vermek, sosyal hizmet veya palyatif bakım personelinin hasta bakım ekibinin bir parçası olması, aile üyelerinin hastanın ölümünü kabullenmesi destekleyici davranışlar olarak kabul edilmiştir. Gross (17)’un yapmış olduğu çalışma bulguları Beckstrand tarafından yapılan çalışma bulgularını desteklerken çalışma bulgularımız ile farklılık içermektedir. “Hekimlerin hastanın bakımı konusunda hem fikir olması”, “aile bireylerinin hastanın ölümünü

kabullenmesi” ve “hasta öldükten sonra aile üyeleri için huzurlu ve onurlu bir ortam sağlanması” destekleyici davranışlar olarak belirtilmiştir. Crump ve ark. (24)’ın yapmış olduğu çalışmada destekleyici davranışlar çalışma bulgularımız ile farklılık göstermekte olup “aile üyeleri tarafından irtibat kişinin belirlenmesi”, “hekimlerin hastanın tedavisi konusunda hemfikir olmaları” ve “ölümden sonra aile üyeleri için hastanın yatağının bulunduğu yerde huzurlu ve onurlu bir ortam sağlamak olarak belirtilmiştir.

Attia ve ark. (15) tarafından yapılan çalışmada bulunan destekleyici davranışlar çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup “hastanın ölümünden sonra etkilenen hemşirenin bir süreliğine ayrıldığında hemşirelerin diğer hastaların bakımında sorumluluk alması”, “hemşirelerin birbirlerine destek olması”, “ölümden sonra hekimlerin aile üyeleri ile görüşmesi” destekleyici davranışlar olarak belirtilmiştir. Şener (29)’in yapmış olduğu acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algıları çalışmasında bulunan destekleyici davranışlar araştırma bulguları ile benzerlik göstermekte olup “hastanın ölümünden sonra bundan etkilemiş hemşire bir süre ayrıldığında diğer hastaların bakımında hemşirelerin sorumluluk alması”, “ailenin servisten ayrılmadan önce imzalanması gereken tüm evrakların sağlık personeli tarafından bir araya getirilerek hazır hale getirilmesi” olarak belirtilmiştir.

Çalışma bulgularında en az puana sahip destekleyici davranışlar ise “Aile üyelerinin hastanın yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı olması”, “Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım etmesi”, “Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci göndermesi” olarak belirlenmiştir. Bunların nedenlerinde ise yoğun bakımlarda hasta yakınları için vakit geçirmelerini sağlayacak uygun alanların olmaması, özellikle Covid-19 pandemisinden dolayı bulaş riskini en aza indirmek için sağlık çalışanları dışında kimsenin yoğun bakımlara alınmaması, ülkemizde ailenin hastanın fiziksel bakımına katılması uygulamasının neredeyse olmaması ve T.C. Sağlık Bakanlığı kapsamında yaşam sonu bakım kararları için hastanelerde etik kurulların olmamasıdır. Beckstrand ve ark.(16) tarafından yapılan çalışmada en az destek puanı içeren maddeler ile çalışma bulguları ile elde edilen destek maddeleri birbiri ile benzerlik göstermektedir. Bu maddeler “Ailenin ölmekte olan hastanın bakımına yardım etmesi”, “Ölmekte olan hastanın bakımına yardımcı olacak yardımcı sağlık



personelinin bulunması” ve “Etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci göndermesi” en az destekleyici davranışlar olarak belirlenmiştir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım sunarken algıladıkları engelleri ve destekleyici davranışları belirlemek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan 278 yoğun bakım hemşiresi ile yapılmış bu araştırmadan aşağıdaki başlıca sonuçlara ulaşılmıştır.

### 6.1. Sonuçlar

1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Engeller alt boyutunda engellerin yoğunluğunda en yüksek ortalamayı “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez” ( $3,06 \pm 1,44$ ) maddesinin, en düşük ortalamayı “Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir” ( $1,68 \pm 1,65$ ) maddesinin aldığı bulunmuştur.
2. Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Engeller alt boyutunda engellerin sıklığında en yüksek ortalamayı “Aileler yas sürecini kültürlerine bağlı olarak farklı şekillerde yaşamak isterler” ( $3,56 \pm 1,29$ ) maddesi, en düşük ortalamayı ise Hekimler aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut verir” ( $2,21 \pm 1,20$ ) maddesinin aldığı bulunmuştur.
3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Engeller alt boyutunda en yüksek AEDP 10,31 puan olan “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez”, AEDP 9,41 puan “Aile hastanın ölüm anında onunla birlikte değildir” ve AEDP 9,22 puan olan “Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez.” maddeleridir.
4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Engeller alt boyutunda en düşük AEDP'na sahip maddeler ise 4,90 puan olan “Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.” maddesi, 4,99 puan ile “Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşguldür.” maddesi ve 5,38 puan ile “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır.” maddesi olarak belirlenmiştir.

5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Destekler alt boyutunda destek yoğunluğunda en yüksek ortalama “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür.” maddesine (3,46±1,52), en düşük ortalama ise “Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul üniteye bir temsilci gönderir.” maddesine (0,78±1,19) ait bulunmuştur.
6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Destekler alt boyutunda destek sıklığında en yüksek ortalamaya sahip madde “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür.” maddesi (3,61±1,41), en düşük ortalamaya sahip madde ise “Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır.” (1,94±1,27) olarak belirlenmiştir.
7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Destekler alt boyutunda en yüksek ADDP 12,51 puan olan “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşür.”, 11,78 puan ile “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir ve 8,96 puan ile “Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alır.” maddeleri olarak belirlenmiştir.
8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Destekler alt boyutunda en düşük ADDP 1,57 puan ile “Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir.”, 2,52 puan ile “Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım eder.” ve 3,20 puan ile Aile üyelerinin hastanın yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı vardır.” olarak belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Hemşirelerin yaşam sonu bakım alan hasta ve ailelerine daha fazla zaman ayırması için hemşire sayısının artırılması,

2. Kurum politikaları doğrultusunda yaşam sonu bakım hakkında eğitim programlarının verilmesi ve geliştirilmesi,
3. Yoğun bakımda çalışan sertifikalı hemşire sayısını arttırmak için sertifika programlarının arttırılması,
4. Hemşirelerin çalışma saatleri ve koşulları ile yoğun bakımda çalışma memnuniyetinin iyileştirilmesi,
5. Ailenin yaşam sonu bakım uygulamaları ve ölüm süreci hakkında onların anlayabileceği şekilde bilgilendirilmesi,
6. Ailenin ölmekte olan hastaya kolay erişiminin sağlanması ve hasta bakımına nasıl katılacağına öğretilmesi,
7. T.C. Sağlık Bakanlığı ve kurum politikalarında yoğun bakım servislerinin yaşam sonu bakım alan aileler için özel ve sessiz odalar sağlanması,
8. Yoğun bakımda yaşam sonu bakım alan hastanın konforunu en üst düzeye çıkarmak için gerekli adımların atılması.
9. Ölümü gerçekleştiren hasta ile aile üyelerinin yalnız kalmaları için yeterli zaman verilmesi,
10. Yaşam sonu bakım alan hasta ve ailesinin bakım isteklerini belirleyip kolaylaştırılmasını sağlayacak hastanelerde palyatif bakım ekibinin kurulması,
11. Yaşam sonu bakım sağlamanın önündeki engelleri azaltan müdahaleleri araştırmak ve aile üyelerinin yaşam sonu bakım hakkında algılarını araştırarak daha fazla çalışma yapılması.

## 7. KAYNAKLAR

1. Georges JJ, Grypdonck M, Dierckx D, Casterle B. Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11:785-93.
2. Kabalak A, Öztürk H, Erdem A , Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2012;2:122-6.
3. Who end of Life Definition 2021 [updated 30.05.2021. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-185199/en/>.
4. Paice JA, Ferrell BR, Coyle N, Coyne P, Callaway M. Global efforts to improve palliative care: the International End-of-Life Nursing Education Consortium Training Programme. *J Adv Nurs*. 2008;61(2):173-80.
5. WHO Top-10 Causes Of Death [ INTERNET ] 2021 [updated 12.05.2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
6. Coombs M, Long T. Managing a good death in critical care: can health policy help? *Nursing in Critical Care*. 2008;13:208-14.
7. Hov R, Hedelin B, Athlin E. Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(6):331-41.
8. T.C. Anayasası [ internet ] 16.07.2021 [Available from: [https://www.anayasa.gov.tr/media/6382/gerekceli\\_anayasa.pdf](https://www.anayasa.gov.tr/media/6382/gerekceli_anayasa.pdf).
9. Sucakli M. An Approach to dying Patients and end-of-life care. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*. 2013;7(3):52-7.
10. Losa Iglesias ME, Pascual C, Becerro de Bengoa Vallejo R. Obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients in intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(2):99-106.
11. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011;16(3):116-23.
12. Özdemir Z, Çelik S. Terminal dönemde olan hastanın bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2011;3:81-8.
13. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*. 2004;32(3):638-43.
14. Capuzzo M, Volta CA, Tassinati T, Moreno RP, Valentin A, Guidet B, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Critical Care*. 2014;18(5):551-60.
15. Attia AK, Abd-Elaziz WW, Kandeel NA. Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(3):297-304.

16. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(5):395-403.
17. Gross AG. End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*,. 2006;8:92-102.
18. Beckstrand RL, Moore J, Callister L, Bond AE. Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors at the End of Life. *Oncology Nursing Forum*. 2009;36(4):446-53.
19. Beckstrand RL, Smith MD, Heaston S, Bond AE. Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs*. 2008;34(4):290-300.
20. Chan CWH, Chow MCM, Chan S, Sanson-Fisher R, Waller A, Lai TTK, et al. Nurses' perceptions of and barriers to the optimal end-of-life care in hospitals: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2020;29(7-8):1209-19.
21. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Critical Care Medicine*. 2001;29(2):N26-N33.
22. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(1):38-46.
23. Aslakson R, Wyskiel R, Thornton I, Copley C, Shaffer D, Zyra M, et al. Nurse-Perceived Barriers to Effective Communication Regarding Prognosis and Optimal End-of-Life Care for Surgical ICU Patients: A Qualitative Exploration (314-A). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(1):193.
24. Crump SK, Schaffer MA, Schulte E. Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010;29(6):297-306.
25. FriedenberG AS, Levy MM, Ross S, Evans LE. Barriers to end-of-life care in the intensive care unit: perceptions vary by level of training, discipline, and institution. *J Palliat Med*. 2012;15(4):404-11.
26. Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2012;17(6):309-15.
27. King PA, Thomas SP. Phenomenological study of ICU nurses' experiences caring for dying patients. *West J Nurs Res*. 2013;35(10):1292-308.
28. Bağcık AR. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri [Yüksek Lisans tezi ] İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
29. Şener A. Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler [Doktora Tezi ]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi , SAMSUN 2019.
30. Yalçınkaya ÖS. Yoğun bakım hemşirelerinin Yaşam sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Öçeđi'nin Türk kültürüne uyarlanması : Geçerlik ve

Güvenirlik Çalışması [ Yüksek Lisans Tezi ] . Abant İzzet Baysal Üniversitesi , Bolu 2016.

31. Yılmaz Z. Yaşam sonu bakım eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin bilgi ve tutumlarına etkisi . [Yüksek Lisans Tezi ] . GATA, ANKARA , 2015.
32. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med.* 2020;34(7):889-95.
33. Sağlık Bakanlığı covid19 tanımı 2020 [updated 20 Ekim 2020. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>.
34. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard 2021 [updated 05.07.2021. Available from: <https://covid19.who.int/>.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Rehberi 2021 [updated 02.07.2021. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/>.
36. Li L, Gong S, Yan J. Covid-19 in China: ten critical issues for intensive care medicine. *Crit Care.* 2020;24(1):124.
37. COVID-19 mortality and ICU admission: the Italian experience *Critical Care*2020 [updated 29.09.2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228672/>.
38. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA.* 2020;323(15):1439-40.
39. Delgado S. End-of-Life Care During the COVID-19 Pandemic 2020 [Available from: <https://www.aacn.org/blog/end-of-life-care-during-the-covid-19-pandemic>.
40. Quah P, Li A, Phua J. Mortality rates of patients with COVID-19 in the intensive care unit: a systematic review of the emerging literature. *Crit Care.* 2020;24(1):285.
41. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ.* 2020;370:m2710.
42. Baykara GZ, Eyüpoğlu G. Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; Özel Sayı: 9-17. 2020;Özel Sayı:9-17.
43. The Free Dictionary By Farlex [ internet ] 2020 [updated 24. 10. 2020. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative>.
44. Türk Dil Kurumu Sözlüğü 2020 [updated 24. 10. 2020. Available from: <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>.
45. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [ internet ] 2020 [updated 20.10.2020. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
46. Akyol DA. Yoğun Bakım Hemşireliği. İstanbul: Tıp Kitapevleri; 2017.
47. Hui D, Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., ... & Bruera, E. . Concepts and definitions for “actively dying,”“end of

- life,”“terminally ill,”“terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2014;47:77-89.
48. Babaoğlu E. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5:24-33.
  49. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline Palliative Care For Adult 2013 [Available from: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/PalliativeCare.pdf>].
  50. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Q*. 2011;89(3):343-80.
  51. Bulletin of the World Health Organization [Internet] 2021 [Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-185199/en/>].
  52. Kabalak AA, Öztürk AA, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2013;11(2):56-70.
  53. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative & Supportive Care*. 2011;9(1):1-2.
  54. Sepúlveda C MA, Yoshida T, Ullrich A. . Palliative care: the World Health Organization’s global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91-6.
  55. Uslu ŞF, Terzioğlu F. Dünya’ da ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(2):81-90.
  56. Filiz YN, Dikmen Y. Yaşam Sonu Bakım Uygulamalarında Hasta Savunuculuğu. *Journal of Human Rhythm*. 2017;3:95-100.
  57. Özçelik S. Wiew to palliative care and the role of nursing. *Journal of Medicine and Palliative Care*. 2020;1(3):76-82.
  58. Yılmaz Ö, Bahat G. Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2019.
  59. Serdaroğlu BE. Ötanazi - Ölme Hakkı. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 2016;22(3):463-91.
  60. Özkaya H. Yaşam sonundaki hastaya hizmet verenlerin etik yükümlülükleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2020;54.
  61. Hasta Hakları Mevzuatı [internet] [updated 11.07.2021. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5#:~:text=Madde%201-%20Bu%20Y%C3%B6netmelik%3B%20temel,k>].
  62. Özkaya H, İlkılıç İ. Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar. İstanbul: İsar Yayınevi 2019.
  63. Büken N. Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist*. 2017;2:24-33.
  64. Fernandes MID, Moreira IMPB. Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*. 2013;20(1):72-82.



65. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics*. 2014;40(2):97-103.
66. Yönt GH, Korhan EA, Dizer B, Koyuncu R. Determination of ethical problems experienced by nurses in the intensive care units. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist*. 2013;21(2):74-8.
67. Sherman DW, Matzo ML, Rogers S, McLaughlin M, Virani R. Achieving Quality Care at the End of Life: A focus of the End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) curriculum. *Journal of Professional Nursing*. 2002;18(5):255-62.
68. Hebert K, Moore H, Rooney J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *Ochsner J*. 2011;11(4):325-9.
69. Akyol A. Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26. 2010;26(3):59-72.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları [İnternet] 2021 [updated 10.07.2021. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>.
71. Ergün AY, Demir H, Sağnak N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2007;11(2):102-13.
72. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları [İnternet] [updated 10. 07. 2021. Available from: <https://tybhd.org.tr/duyurular/yogun-bakim-hemsiresi-gorev-yetki-ve-sorumluluklari/>.
73. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LC. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):645-61.
74. Grant M, Wiencek C, Virani R, Uman G, Munevar C, Malloy P, et al. End-of-Life Care Education in Acute and Critical Care The California ELNEC Project. *Aacn Advanced Critical Care*. 2013;24(2):121-9.
75. Batchelor NH. Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences. *Rehabil Nurs*. 2010;35(2):60-4.
76. Kirchhoff KT, Spuhler V, Walker L, Hutton A, Cole BV, Clemmer T. Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *Am J Crit Care*. 2000;9(1):36-42.
77. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergis*. 2003;7(2):23-7.
78. Coombs MA, Addington-Hall J, Long-Sutehall T. Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(5):519-27.
79. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN, Devine RJ, Simpson JM, Aggarwal G, et al. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer

- patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(6):715-23.
80. Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs*. 2003;22(5):216-22.
  81. Gulanik M, Myers J. Death and Dying:End Life Issues.Nursing Care Plans.Nursing Diagnosis and Intervention. 6th ed. lousis, editor: elsevier Company; 2007.
  82. Hökeleli H. Ölüm ve Ölüm Ötesi Psikolojisi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 1991;3.
  83. Türk Dil Kurumu [updated 26.05.2021. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
  84. Tanhan F, İnci AF. Ölüm Eğitimi Ankara: Pegem Akademi; 2009.
  85. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Büyükal B, editor. İstanbul Boyner Holding Yayınları 1997.
  86. Tanhan F, İnci AF. Ölüm Eğitimi. Ankara Pegem Akademi 2009.
  87. Van Gennip IE, Pasmaan HR, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dynamics in the sense of dignity over the course of illness: A longitudinal study into the perspectives of seriously ill patients. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1694-704.
  88. Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. 2002;287(3):2253-60.
  89. Leung D. Granting death with dignity: patient, family and professional perspectives. *Int J Palliat Nurs*. 2007;13(4):170-4.
  90. Vladeck BC, Westphal E. Dignity-driven decision making: a compelling strategy for improving care for people with advanced illness. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(6):1269-76.
  91. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin*. 2006;56(2):84-103; quiz 4-5.
  92. Sozluk.gov.tr 2020 [updated 15 Kasım 2020. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
  93. Duyan V. Saygın Ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 2014;8:25-31.
  94. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med*. 2002;54(3):433-43.
  95. Stewart AL, Teno J, Patrick DL, Lynn J. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(2):93-108.
  96. Latimer E. Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics. *CMAJ*. 1991;144(7):859-64.

97. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European association for palliative care . European Journal of Palliative Care, . 2009;16(6):278-89.
98. Rodriguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. PLoS One. 2016;11(3):e0151435.
99. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end-of-life care. Palliat Med. 2014;28(7):931-40.
100. Ankara Şehir Hastanesi [updated 6. 04. 2021]. Available from: <https://ankarasehir.saglik.gov.tr/TR,191280/hastanemiz-hakkinda.html>.
101. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık; 2014.
102. Balcı A. Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler. Ankara: Pegem Akademi; 2018.
103. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği. Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın, [Internet]. 2017 [updated 15. 10. 2020]. Available from: <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/yogun-bakim-hemsirelerinin-yasam-sonu-bakimda-algilanan-engeller-ve-destekleyici-davranislar-olcegi.pdf>.
104. Hodde NF. actors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. Crit Care Med. 2004;32(8):1648-53.
105. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojazadeh M. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. Res J Bio Sci. 2009;4(1):64-70.
106. Margaret LI, Curtis R. Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults. 2020.
107. Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. Anaesthesia. 2010;65(11):1101-5.
108. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. Intensive Care Med. 2008;34(7):1256-62.
109. Borhani F, Hosseini SH, Abbaszadeh A. Commitment to care: a qualitative study of intensive care nurses' perspectives of end-of-life care in an Islamic context. Int Nurs Rev. 2014;61(1):140-7.

## 8. EKLER

### EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Çok değerli Meslektaşım; Bu form yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özelliklerinin yaşam sonu bakımda karşılaştıkları engellere ve destekleyici davranışlara etkisini araştırmak amacı ile planlanmıştır. **Yaşam sonu bakım ölümeye yaklaşan hastanın ve ailesinin beklentisinin, fiziksel, psikolojik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması yoluyla acı çekmesinin önlenmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşımdır.** Araştırma sonuçlarının doğru olabilmesi için lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz. Düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Araştırma sonuçlarının gizliliği esastır, cevaplarınız kesinlikle kimseyle paylaşılmayacaktır. Adınızı soyadınızı yazmanıza gerek yoktur. Katılımınız ve destek olduğunuz için teşekkür ederim.

1. **Cinsiyetiniz:**  Kadın  Erkek

2. **Yaşınız:**.....

3. **Yoğun bakımda hangi pozisyonda çalışmaktasınız**  Sorumlu hemşire  
 Hemşire

4. **Öğrenim durumunuz:**  Sağlık Meslek Lisesi  Ön lisans  Lisans  Yüksek lisans  Doktora

5. **Hemşire olarak çalışma süreniz :**.....yıl.....ay

6. **Yoğun bakımda toplam çalışma süreniz:** .....yıl .....ay

7. **Çalıştığımız yoğun bakım biriminin özelliği**  1. Basamak  2. Basamak  3. Basamak

8. **Çalıştığımız yoğun bakım biriminin türü**  Erişkin  Çocuk

9. **Aylık ortalama çalışma saatiniz**.....

10. **Çalışma vardiyanızda ortalama baktığımız hasta sayısı**.....

11. **Yoğun bakım sertifikanız var mı?**  Hayır  Evet (sertifika yılı: .....)

12. **Yaşam sonu bakım hakkında eğitim aldınız mı?**

- Hayır       Evet (**Eğitim yeri**  Lisans  Lisansüstü  Hizmet içi eğitim  
 Kongre  Diğer)

(Eğitim yılı .....)

**13. Yoğun bakımda yaşam sonu bakıma ihtiyacı olan hastaya ne sıklıkta bakım vermektedirsiniz?**

- Bazen       Oldukça sık       Çok sık       Her zaman

**14. Yaşam sonu bakım sunma konusunda kendinizi yeterli hissetme durumunuzu 0-10 arasında değerlendiriniz.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**15. Yoğun bakımda çalışıyor olmaktan memnuniyet durumunuzu 0-10 puan arasında değerlendiriniz.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----











### EK-3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Yazar İzni



**Güler Ağgün**

Dear Ms Renea. I am Güler AĞGÜN. I am master student at Hacettepe University Fundamentals of Nursing departm



**Renea Beckstrand** <Renea\_Beckstrand@byu.edu>

24 Oc

Alıcı: ben

Dili algıla > Türkçe > listiyi çevir

I will give you permission to use my instrument if:

1. You use it only for one local (area) study and never for a study in the United States.
2. You send me a copy of the translated version of the instrument.
3. You send me a copy of any publications that result from use of the study.

If you agree to these stipulations, I will send you the instrument.



**Güler Ağgün** <guleraagn@gmail.com>

24 Oc 2020 10:27 (Çarşamba) 36

Alıcı: Renea

1. I will not use study United State. I will use it only Turkey. I promise to you .  
 2. Also your scale which translated into Turkish is available in Turkey. Akyol and his friends translated it in 2017 and we will allow him and use it. Also the study which translated into Turkish is attached.  
 3. I will share results definitely with you when my study is done.  
 I want use yours instrument.

**Renea Beckstrand**

Alıcı: ben

If you already have the translated version, you have my permission to use it in Turkey. Renea

\*\*\*

**Güler Ağgün** <guleraagn@gmail.com>

Alıcı: Renea

Thank you for allowance ,we will use Turkish version. Also I will share my study with you after it is done.  
 Have a good night  
 Güler Ağgün

## EK-4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği İzni



**Güler Ağgün** <guleragn@gmail.com>

7 Ara 2019 12:05 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ayvaz.ikcu ▾

hocam merhabalar. İsmim Güler AĞGÜN.Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesinde Hemşirelik Esaslarında yüksek lisans öğrencisiyim.Danışman Hocam DR.öğretim üyesi Şenay Sarmasoğlu.aynı zamanda 6 yıldır 3.basamak genel yoğun bakım hemşireliği yapmaktayım.Tez konusunu araştırırken Sizlerin 2017 deki bildirinizde YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMDA ALGILANAN ENGELLER VE DESTEKLEYİCİ DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ çalışmanızı gördük..Fakat bu ölçeğin maddelerine ulaşamadık .Ölçek maddelerini incelemek için İzniniz olursa nereden ulaşabiliriz bu ölçeğe ?



**İsmail ayvaz** <ayvaz.ikcu@gmail.com>

9 Ara 2019 00:11 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Güler hanım merhaba

Çalışmamızla ilgili olduğunuz için çok memnun oldum. Sizde akademik ve çalışma hayatınızda başarılar ile dolu yıllarınız olmasını dilerim.

Ölçeğe gelecek olursak ölçekte iki boyut bulunmakta (engeller/destekleyici davranışlar) lakin ölçekte toplam puan elde edilmemektedir. Örneğin yetişkin grubu ile pediatri grubu hastalarında yaşam sonu bakım ile ilgili ölçek maddeleri arasında korelasyon, algılanan en çok engeller ve destekleyici davranışların karşılaştırıldığı mevcut çalışmalar vardır.

Bizim çalışmamızda bu eksenide olmuştur. Ölçeğin sahibi ile görüştüğümüzde toplam puan elde edilmeyeceğini ve orijinalinin değiştirilmesini istemiştir. Siz bu bilgiler doğrultusunda danışman hocanızla görüşürsünüz çalışmamızda kullanıp kullanmaya karar vermiş olursunuz.

Ekte ölçek ile ilgili dosyalar yer almaktadır.

Saygılarımla

Güler Ağgün <guleragn@gmail.com>, 8 Ara 2019 Paz, 19:27 tarihinde şunu yazdı:

...

2 Ek



## EK-5. Etik Kurul İzni



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-497

Konu :

## ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 17 MART 2020 SALI  
Toplantı No : 2020/06  
Proje No : GO 20/241(Değerlendirme Tarihi: 17.03.2020)  
Karar No : 2020/06-46

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMAŞOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Güler AĞGÜN'ün yüksek lisans tezi olan, GO 20/241 kayıt numaralı, "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıdadıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Nisan 2020-01 Nisan 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
İZİNLİ			
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	11. Doç. Dr. H. Hüseyin TIRNACIÖZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Nergis SAĞLAM	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GOKOZ	(Üye)
İZİNLİ			
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELİN	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)		

**EK-6. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi**

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 72300690-929  
Konu : Güler AĞGÜN (Tez Çalışması) Hk.

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ KOORDİNATÖR BAŞHEKİMLİĞİ  
(Ankara ŞH Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna)

İlgi : 30/06/2020 tarihli ve 90739940-799-929 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek Lisans öğrencisi Güler AĞGÜN'ün "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz Yoğun Bakım Kliniğinde yapabilmesi için Yoğun Bakımlar Klinik İdari Sorumlusu Doç.Dr. Deniz ERDEM ve Yoğun Bakımlar Klinik Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Işıl ÖZKOÇAK TURAN tarafından uygun görüldüğüne dair belge yazımız Ek'inde sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğine arz olunur.

*e-İmzalıdır.*

Prof.Dr. Kasım KILIÇARSLAN  
Nöroloji Ortopedi Hastanesi  
Başhekimliği

**EK.1**

Telefon: Faks No:

e-Posta: yasemin.kinali@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Belge Doğrulama Kodu: 7e26d9dc-42b9-454a-aa7f-4c73eceb5535

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yasemin KINALI

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 552 60 00

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

## EK-7. Ankara Şehir Hastanesi TUEK İzni

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ KOORDİNATÖR BAŞHEKİMLİĞİNE  
(ANKARA ŞH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU)

İlgi : 30/06/2020 tarihli ve 90739940-799-929 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Güler AĞGÜN'ün "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının Yoğun Bakım Kliniğinde yapılması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uygundur. 13/07/2020  
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ  
Yoğun Bakım Kliniği  
Doç. Dr. Deniz ERDEM  
Dip. Tez No: 39342

İşıl ÖZKOÇAK TURAN  
Yoğun Bakım Klinik Eğitim  
Sorumlusu

Prof. Dr. İşıl ÖZKOÇAK TURAN  
Ankara Şehir Hastanesi  
İsim Çeşitliliği ve Reanimasyon  
Eğitimi Teşkilatı  
Diploma Tescil No:36234

## **EK-8. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu**

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken algıladıkları engelleri ve destekleyici davranışları belirlemek amacıyla yapılacaktır. Yaşam sonu bakım "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşımdır". Türkiye’de yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik yaşadıkları engeller ve destekleyici davranışlarının neler olduğuna dair herhangi bir çalışma mevcut olmadığından bu çalışma planlanmıştır. Elde edilecek araştırma bulgularını ile tanımlanan engeller için ilk çözüm oluşturacağı, sağlık çalışanlarının farkındalıklarını arttıracığı, gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için yol gösterici olacağı, kurum politikalarına uygulanabilmesi halinde meydana gelecek değişiklikler ile hastaların ve yakınlarının iyi bir ölüm süreci geçirmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Sizi de bu çalışmaya davet ediyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek ya da araştırmadan ayrılmak hakkına da sahipsiniz. Bu durumda sizlere herhangi bir yaptırım uygulanmayacaktır. Ayrıca, çalışmaya katılımınız durumunda size bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışma sizler için psikolojik, sosyal ya da fiziksel herhangi bir tehlike içermemektedir. Uygulama sonucu elde edilecek veriler kimliğiniz belirtilmeden tıp ve hemşirelik alanlarında eğitim amacıyla bilimsel nitelikteki bildirilerde, yayınlarda kullanılabilir. Çalışmanın etik açıdan uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve kuruldan çalışmanın yürütülmesi için yazılı onam alınmıştır.

Araştırmaya katılımı onaylamanız halinde sizden ‘Tanıtıcı Özellikler Formu’ ve ‘Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar

Ölçeği' ne cevap vermeniz istenecektir. Tanıtıcı Özellikler Formu sizinle ilgili kişisel bilgilere yönelik 15 sorudan oluşmaktadır. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği ise engeller ve destekleyici davranışlar olmak üzere iki bölümden ve toplam 53 maddeden oluşmaktadır. Destekleyici Davranışlar alt boyutu; 24 maddeden, Engelleyici Davranışlar alt boyutu; 29 maddeden oluşmakta ve iş yaşamınızdaki deneyimleriniz doğrultusunda doldurulması gereken dereceli puanlama içermektedir. İki formun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika alabilmektedir. İstedığınız zaman cevaplamayı bırakıp çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmamıza vermiş olduğunuz katkıdan dolayı çok teşekkür ederiz.

### **Katılımcının Beyanı:**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Güler Ağgün tarafından bir çalışma yapılacağı belirtilerek yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygıyla yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma ile ilgili yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bu çalışmaya katılma durumunda bana da herhangi bir ödeme yapılmayacak çalışma durumumu da etkilemeyecektir. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaşıldığında herhangi bir saatte sorumlu araştırmacı Şenay Sarmasoğlu'nu hangi telefondan ve adresten arayacağımı biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı formun bir kopyası bana verilecektir.



Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi (ler) ile iletişim kurabilirsiniz.

**Araştırma Ekibi**

**Sorumlu Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tel:

**Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Güler AĞGÜN**

Tel:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-9. Tanıtıcı Özelliklere Göre Algılanan Engelleyici Davranışlar (n=278)

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik				Çalışma Durumu													Yaşam Sonu Bakım			
	Y	C	ED	HÇS	YBÇS	AÇS	ÇP	YBÖ	YBT	YBS	YBST	YBÇM	YSBE	YSBEY	YSBET	YSBS	YSBY				
ED1	,583	,966	,799	,872	,412	,175	,962	,243	,337	,392	,861	,520	,000	,092	,377	,444	,202				
ED2	,695	,123	,247	,157	,111	,943	,593	,377	,469	,834	,116	,503	<b>,028</b>	,535	,150	,157	,633				
ED3	,095	,708	,489	,245	<b>,018</b>	,159	,508	,348	,537	,289	,303	,797	,000	,762	<b>,014</b>	,609	,346				
ED4	,688	,361	<b>,045</b>	,148	,306	,644	,513	,737	,411	,145	,480	,963	,159	,708	,304	,344	,766				
ED5	,206	,750	,479	,407	<b>,003</b>	,052	,576	,838	,525	,719	,746	<b>,066</b>	,296	,642	,168	,636	,101				
ED6	,077	,647	,290	,185	<b>,000</b>	,335	,158	,619	,200	,164	,660	,860	,265	,159	,234	,283	,309				
ED7	,185	,447	,540	,732	<b>,048</b>	,709	,673	,033	,384	,970	,266	,704	,328	,342	,689	,924	,818				
ED8	,751	,333	,094	,834	,191	,186	,719	<b>,017</b>	,340	,460	,120	,508	,508	,337	,135	,875	,641				
ED9	,119	,749	,617	,377	<b>,008</b>	,115	,115	,817	,549	,567	,838	,312	,065	,140	,116	,069	,595				
ED10	,201	,649	,677	,109	,221	,237	,943	,689	,344	,781	,793	,125	,285	,566	,918	,191	,853				
ED11	,169	,192	,086	,053	<b>,008</b>	,333	,144	,749	,830	,535	,638	,530	,774	,692	,715	,250	,756				
ED12	,348	,851	,530	<b>,000</b>	,266	,127	,355	,901	,191	,303	,861	,109	,963	,508	,212	,373	,811				
ED13	,118	,127	,216	,131	,516	,201	,620	,994	,974	,598	,232	,756	,246	,604	,240	,586	,641				
ED14	,103	,220	,921	,086	<b>,044</b>	,400	,175	,686	,510	,213	,348	,747	<b>,001</b>	,165	,580	,069	,172				
ED15	<b>,036</b>	<b>,039</b>	,473	,104	<b>,017</b>	,204	,777	,894	,103	,536	,681	,593	,886	,811	,251	,996	,092				
ED16	,097	,147	,610	,300	,852	,258	424	,464	,206	,734	,445	,223	,801	,172	,47	,196	,312				
ED17	,427	,734	,225	,692	,242	<b>,035</b>	,260	,715	,541	,426	,125	,741	,576	,468	,171	,072	,662				
ED18	,337	<b>,027</b>	,332	,277	<b>,047</b>	,234	,665	,123	,157	,115	,091	,845	,825	,140	,981	,104	,368				

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik			Çalışma Durumu													Yaşam Sonu Bakım				
	Y	C	ED	HÇS	YBÇS	AÇS	ÇP	YBÖ	YBT	YBS	YBST	YBÇM	YSBE	YSBEY	YSBET	YSBS	YSBY				
Engelleyici Davranışlar																					
ED19	,761	,710	,607	,618	,631	,766	,079	,815	,991	,524	,036	,315	,329	,495	,327	,517	,912				
ED20	,358	,685	,794	,347	,400	,201	,784	,089	,859	,535	,953	,403	,404	,382	,145	,675	,558				
ED21	,194	,089	,189	,095	,241	,920	,576	,489	,337	,621	,448	,506	,010	,295	,858	,135	,226				
ED22	,390	,297	,564	,913	,444	,464	,400	,052	<b>,003</b>	,169	,790	,115	,166	,027	,562	,056	<b>,023</b>				
ED23	,649	,513	,407	,350	,350	,408	,180	,176	,122	,834	,087	,060	,943	,572	,560	,778	,535				
ED24	,084	,629	,640	,496	,592	,485	,414	,769	,957	,646	,518	,626	,558	,373	,653	,878	,920				
ED25	,260	,911	,358	130	,181	,075	,682	,457	,556	,667	,190	,684	,128	,332	,682	,483	,210				
ED26	,964	,981	,575	,466	,636	,166	,726	,505	,217	,632	,413	,170	,245	,302	,953	,197	,166				
ED27	,577	,173	,725	,124	,159	,724	,798	,191	,136	,576	,748	,454	,446	,222	,622	,327	<b>,014</b>				
ED28	,110	,246	,451	,480	<b>,020</b>	,428	,088	,117	,1117	,363	,660	,071	,047	,385	,862	,511	,058				
ED29	,376	,959	,982	,262	,344	,644	,103	,623	,625	,432	<b>,004</b>	,281	,119	,631	,189	,786	,335				

Y: Yaş C: Cinsiyet

ED: Eğitim durumu

HÇS: Hemşire olarak çalışma süresi

YBÇS: Yoğun bakımda çalışma süresi

AÇS: Aylık çalışma süresi

ÇP: Çalışma pozisyonu

YBÖ: Yoğun bakım özelliği

HS: Hasta sayısı

YBT: Yoğun bakım türü

YBS: Yoğun bakım sertifikası

YBST: Yoğun bakım sertifikası tarihi

YBÇM: Yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet

YSBE: Yaşam sonu bakım eğitimi

YSBEY: Yaşam sonu bakım eğitimi yeri

YSBET: Yaşam sonu bakım eğitim tarihi

YSBS: Yaşam sonu bakım sıklığı

YSBY: Yaşam sonu bakım yeterliliği

**EK-10. Tanıtıcı Özelliklere Göre Algılanan Destekleyici Davranışlar (n=278)**

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik				Çalışma Durumu												Yaşam Sonu Bakım			
	Y	C	ED	HÇS	YBÇS	AÇS	ÇP	YBÖ	YBT	YBS	YBST	YBÇM	YSBE	YSBEY	YSBET	YSBS	YSBY			
DD1	,153	,718	,843	,007	,009	,428	,263	,989	,468	,560	,481	,497	,536	,152	,247	,035	,536			
DD2	,192	,057	,602	,030	,031	,456	,016	,001	,822	,720	,619	,182	,140	,971	,044	,052	,098			
DD3	,274	,101	,824	,322	,277	,269	,907	,502	,827	,974	,546	,644	,195	,553	,233	,474	,138			
DD4	,187	,763	,242	,020	,047	,997	,470	,144	,023	,245	,305	,995	,390	,722	,083	,299	,054			
DD5	,932	,553	,288	,235	,072	,644	,382	,010	,001	,209	,907	,275	,421	,055	,942	,201	,777			
DD6	,822	,073	,736	,290	,445	,637	,462	,993	,587	,618	,699	,534	,311	,266	,699	,052	,694			
DD7	,958	,582	,127	,689	,926	,047	,055	,000	,027	,705	,616	,419	,024	,099	,299	,044	,204			
DD8	,066	,098	,588	,018	,004	,740	,288	,001	,206	,251	,069	,399	,565	,863	,139	,221	,612			
DD9	,257	,963	,225	,238	,064	,561	,198	,381	,878	,162	,861	,052	,154	,180	,051	,972	,726			
DD10	,266	,830	,040	,344	,046	,445	,384	,392	,932	,894	,043	,460	,034	,174	,825	,336	,674			
DD11	,240	,350	,843	,244	,216	,874	,413	,134	,191	,350	,976	,008	,106	,200	,331	,238	,171			
DD12	,631	,507	,098	,414	,359	,586	,518	,073	,367	,862	,662	,835	,475	,619	,724	,404	,304			
DD13	,431	,553	,603	,069	,093	,123	,568	,113	,255	,132	,054	,296	,500	,240	,226	,194	,094			
DD14	,140	,148	,048	,115	,002	,061	,127	,188	,031	,744	,187	,304	,700	,534	,392	,589	,875			
DD15	,187	,107	,085	,737	,389	,319	,936	,871	,036	,824	,278	,982	,312	,745	,133	,437	,818			
DD16	,773	,469	,057	,533	,033	,022	,277	,084	,009	,238	,488	,853	,292	,308	,625	,549	,600			
DD17	,332	,442	,683	,025	,022	,802	,718	,247	,755	,015	,052	,070	,215	,358	,215	,089	,135			
DD18	,229	,032	,422	,132	,073	,565	,322	,726	,090	,469	,061	,058	,851	,177	,367	,096	,320			
DD19	,001	,186	,391	,002	,013	,928	,331	,042	,691	411	,659	,089	,065	,568	,008	,059	,371			

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik		Çalışma Durumu													Yaşam Sonu Bakım			
	Y	C	ED	HÇS	YBÇS	AÇS	ÇP	YBÖ	YBT	YBS	YBST	YBÇM	YSBE	YSBEY	YSBET	YSBS	YSBY		
Engelleyici Davranışlar																			
<b>DD20</b>	,056	,806	,727	<b>,021</b>	<b>,007</b>	,936	<b>,013</b>	,659	,189	,061	,378	,857	,435	,701	,056	,646	,508		
<b>DD22</b>	,790	,675	,543	,359	,257	,986	<b>,013</b>	<b>,000</b>	,119	,696	,126	,864	,339	,637	,125	,199	,900		
<b>DD23</b>	,954	,969	,707	,889	,672	,573	,822	,697	,180	,756	,079	,089	,984	,055	,691	,358	,732		
<b>DD24</b>	,053	<b>,047</b>	,687	,118	,179	,996	<b>,035</b>	<b>,000</b>	,537	,427	,127	,591	,160	,321	,074	,110	,789		

Y: Yaş

C: Cinsiyet

ED: Eğitim durumu

HÇS: Hemşire olarak çalışma süresi

YBÇS: Yoğun bakımda çalışma süresi

AÇS: Aylık çalışma saati

HS: Hasta sayısı

ÇP: Çalışma pozisyonu

YBÖ: Yoğun bakım özelliği

YBT: Yoğun bakım türü

YBS: Yoğun bakım sertifikası

YBST: Yoğun bakım sertifikası tarihi

YBÇM: Yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet

YSBE: Yaşam sonu bakım eğitimi

YSBEY: Yaşam sonu bakım eğitimi yeri

YSBET: Yaşam sonu bakım eğitimi tarihi

YSBS: Yaşam sonu bakım sıklığı

YSBY: Yaşam sonu bakım yeterliliği

## EK-11. Turnitin Raporu

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA  
YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN VE DESTEKLEYİCİ  
DAVRANIŞLARIN BELİRLENMESİ

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b>	% <b>14</b>	% <b>2</b>	% <b>7</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	<a href="http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	<a href="http://toad.edam.com.tr">toad.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>4</b>	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://adusaglikbilimlerikongresi.com">adusaglikbilimlerikongresi.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="http://abakus.inonu.edu.tr:8080">abakus.inonu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

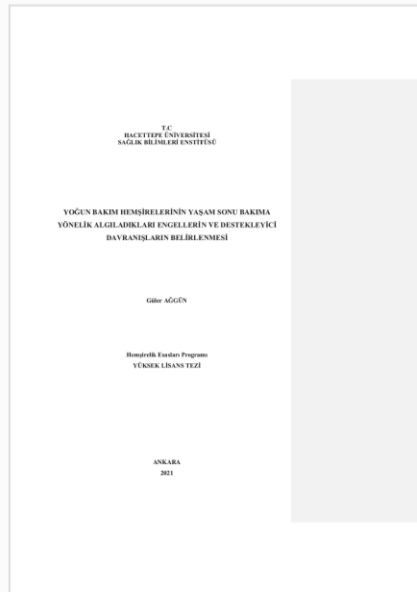
**EK-12. Dijital Makbuz**

## Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Güler Ağgün  
Assignment title: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖN...  
Submission title: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖN...  
File name: G.A.TEZ.18.07.2021.docx  
File size: 1.63M  
Page count: 88  
Word count: 18,326  
Character count: 120,103  
Submission date: 02-Aug-2021 01:48PM (UTC+0300)  
Submission ID: 1626935053



## 9. ÖZGEÇMİŞ