

Yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım servisinde çalışan hekim ve hemşirelerinin iyi ölüme ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları

The attitudes of physicians and nurses working in the intensive care unit and palliative care unit towards good death and respectable death principles

✉ Murat Yıldız¹, ✉ Deniz Çelik², ✉ Melek Çakır¹, ✉ Tuğçe Döndü Savaşır¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

²Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Antalya, Türkiye

Cite this article as/Bu makaleye atf için: Yıldız M, Çelik D, Çakır M, Savaşır TD. Yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım servisinde çalışan hekim ve hemşirelerinin iyi ölüme ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. J Med Palliat Care 2021; 2(3): 77-85.

ÖZ

Amaç: Ölümle çok sık karşılaşılan palyatif bakım kliniği ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin 'saygın ölüm ilkeleri'ni benimseme düzeylerini ve 'iyi ölüme karşı tutumlarını değerlendirme amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel olup, hastanemiz göğüs yoğun bakım ünitesi, anestezi yoğun bakım kliniği 1 ve 2, cerrahi yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım servisi 1 ve 2 kliniklerinde çalışan gönüllü 21 hekim ve 109 hemşire bilgi formu, iyi ölüm ölçeği ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği doldurarak çalışmaya katıldı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen 130 sağlık çalışanlarının %76,9'u kadındı (n=100). Çalışanların yaşları 20-50 olup yaş ortalaması 30,35±7,69'du. Çalışmaya dâhil edilen çalışanların %16,2'si hekim iken %83,8'i hemşire/sağlık memuruydu. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği için boyutlar için Cronbach alfa katsayısı 0,906 ve İyi ölüm ölçeği için Cronbach alfa 0,921 olarak bulunmuştu. Böylece ölçekteki maddelerin birbiriyle tutarlı ve benzer özelliği değerlendiren maddeler olduğu anlaşıldı. İyi ölüm ve saygın ölüm ilkeleri konularında özel bir eğitim almamış olsalar da çalışmamızdaki hekim ve hemşireler/sağlık memurlarının iyi ölüm ve saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmişti. Meslekler arasında anlamlı fark tespit edilmemişti.

Sonuç: Hemşire ve hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu izlenen Yoğun bakım ünitesinde ve palyatif bakım servislerinde çalışanlara saygın ölümü ve iyi ölümü yönetmek için gerekli eğitimlerin verilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İyi ölüm, saygın ölüm ilkeleri, yoğun bakım, palyatif bakım, hemşirelik

Abstract

Objective: It was aimed to evaluate the acceptance of "the principles of respectable death" and their attitude towards "the good death" of physicians and nurses working in palliative care services and intensive care clinics, where deaths are common.

Material and Method: Our study is cross-sectional and comprises 21 volunteer physicians and 109 nurses working in the chest intensive care unit, anesthesia intensive care unit 1 and 2, surgical intensive care unit, and palliative care unit 1 and 2 clinics of our hospital. They completed "the good death" scale and "the principles of respectable death" scale.

Results: 23.1% of the health care workers included in the study were male (n = 30) and 76.9% were female (n=100). The ages of the employees vary between 20 and 50 and the average age is 30.35±7.69. While 16.2% of the employees included in the study are physicians, 83.8% are nurses/health officers. The Cronbach alpha coefficient for the dimensions of the attitudes towards the principles of respectable death scale was found to be 0.906 and the Cronbach alpha 0.921 for the good death scale. Thus, it was understood that the items in the scale were consistent with each other and evaluating the same feature. Although they did not receive special training on the principles of good death and respectable death, it was found that the physicians and nurses/health officers in our study had a high level of adoption of the principles of good death and respectable death. There is no significant difference between professions in this terms of adoption.

Conclusion: Although the physicians and the nurses have a high level of adoption of the principles of respectable death and the good death, physicians and nurses working in intensive care units and palliative care units must be trained to ensure a respectable death and good death of patients.

Keywords: Good death, the principles of respectable death, intensive care, palliative care, nurse

Corresponding Author / Sorumlu Yazar: Murat Yıldız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

E-mail / E-posta: drmuratyildiz85@gmail.com

Received / Geliş: 17.06.2021 **Accepted / Kabul:** 17.07.2021



GİRİŞ

Ölüm; tüm canlıların paylaştığı, kaçınılmaz bir durum olup, canlı varlıkların hayati görevlerin geri dönmek üzere sona erdiği, kişinin maddi ve manevi boyuttaki son evresidir (1).

Ölüme karşı verilen tepkileri içinde yaşanan toplumda yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, gelenek-görenek, dini yapı, yaş ve gelişmişlik seviyesi ve bireysel değerler etkilemektedir. Ancak tüm dünyada iyi ölüm kavramı önemlidir (1). İyi bir ölüm aynı zamanda temel insani bir haktır. Bu sebeple son dönem-ölümcül hastaları için önemli beklenti rahat, konforlu, huzurlu ve ağrısız bir şekilde hayatlarının sona ermesidir (2). İyi ölümün öncelikleri; Ölümün ne zaman geldiğini ve ne beklediğimizi anlamayı bilmek, itibar ve mahremiyete saygı göstermek, ağrının azaltılması ve diğer semptomları kontrol altına almak, ölümlü nerede karşılayacağını seçmek, süreçle ilgili bilgiyi edinmek, manevi ihtiyaçları karşılamak, sadece hastanede değil herhangi bir yerde bakımın sağlanması, sonun kiminle paylaşılacağını ve kimlerin olacağını belirlemek, isteklerine saygı duyarak sorunun çözülmesi ve vedalaşmak için zaman ayırmak sayılabilir (3).

Herkes için kaçınılmaz son olan ölümlü bilerek yaşayan ve çevresinde ölümlü her an karşılaşan insan, ölümlü ve sonrasını düşünerek ölümlü ilişkin tutumlar geliştirilmiştir. Yaşlı sağlığı ve bakımı çalışma grubu tarafından, 1999 yılında "12 saygın ölüm ilkesi" tespit edilmiştir. Saygın ölüm ile ilgili, 12 ilkenin sağlık/bakım hizmetlerini sunan sağlık çalışanları tarafından anlaşılması ve bu ilkelere uygun hizmetlerin yürütülmesi tavsiye edilmektedir (4). Saygın ölümlü sağlama da hasta ve hasta yakınının ihtiyaçlarının etik ilkelere uygun olarak karşılanması, onurlu ve iyi bir bakımı sağlayabilmek için önemlidir (5). Saygın/iyi ölümlü istenilen amaç kişinin konforunu artırmak, efektif ağrı yönetimi ve gereksiz invaziv girişimlere maruz bırakmayarak hastanın duygu-durumunu korumaktır (6). Dünya Sağlık Örgütü tedavinin mümkün olmadığı, yaşam beklentisi olmayan hastaların, iyi ve onurlu bir ölüm hakkı olduğunu belirtmektedir (7).

Kişinin hayatının son döneminde ihtiyaç duyacağı daha insani ve iyi bir sağlık hizmetinin sunulmasında ön saflarda çalışan özellikle hekim ve hemşirelerin önemi tartışılmazdır. Bu çalışmanın amacı ölümlü çok sık karşılaşılan palyatif bakım kliniği ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının saygın ölüm ilkelerini ve iyi ölüm açısından durumlarının tespit etmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 23.03.2021, Karar No: 2012-KAEK-15/2288).

Çalışmamız kesitsel bir anket çalışması olup, hastanemiz göğüs yoğun bakım kliniği, anestezi yoğun bakım kliniği 1 ve 2, Cerrahi yoğun bakım kliniği ve palyatif bakım kliniği 1 ve 2 kliniklerinde çalışıp ankete katılmak isteyen 21 hekim ve 109 hemşireye, anket soruları cevaplanması için dağıtıldı. Cevaplanan anketler toplanıp, verilerin istatistiksel analizleri yapıldı. Sorulara verilen cevapların doğru ve şeffaf olması çalışmanın objektif olması açısından gerekli önem verildi. Verilen cevaplar başka bir kişi ya da kurumla paylaşılmadı, sadece bu çalışmada veri olarak değerlendirildi. Mevcut çalışmada herhangi bir girişimsel işlem yoktu. Tamamen gönüllülük esasına dayalı bir anket çalışması gerçekleştirildi.

Bilgi Formu

Yazarlar tarafından hazırlanan bilgi formu ankete katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini sorgulayan 13 sorudan ibarettir.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği (SÖİİTDÖ)

2014 yılında Duyan tarafından geliştirilmiş beşli likert tipte bir ölçektir. SÖİİTDÖ'in de, toplam 12 soru bulunmaktadır. Katılımcılardan, sorulara, "Tamamen Katılmıyorum=1", "Katılmıyorum=2", "Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum=3", "Katılıyorum=4" ve "Tamamen Katılıyorum=5" şeklinde cevap vermesi istenmektedir. Ölçekte yer alan soruların tamamı olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 iken en düşük puan 60 dır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise, saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi o kadar yüksektir (7).

İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ)

Sağlık çalışanlarının iyi ölüm kavramına karşı bakış açılarını belirlemek üzere Schwartz ve ark. (8) tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Fadiloğlu ve Menekli (9) tarafından 2010 yılında ölçek Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek 4'lü likert tipli bir olup 17 maddeden oluşmaktadır. Maddeler; hiç (1), biraz (2), orta (3), çok (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek 3 boyuttan oluşmaktadır (kişisel kontrol alt boyut 3 soru toplamıdır, psikososyal manevi alt boyut 9 soru toplamıdır ve klinik alt boyut 5 sorudan oluşmaktadır. İyi ölüm ölçeğinden alınabilecek puan 17-68 arasındadır (9).

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22.0 paket programı ve Windows 10 işletim sistemi ile analiz edildi. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa içtutarlılık katsayısı ile test edilmiştir. Sürekli değişkenlerde dağılım Kolmogorov Smirnov veya Shapiro wilks testleri ile değerlendirildi. Varyansların homojenliğinin değerlendirilmesi için Levene testi kullanıldı. Aksi belirtilmedikçe, sürekli veriler ortalama±SD ve kategorik veriler, vaka sayısı (%) olarak tanımlandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerdeki istatistiksel analiz farklılıkları iki bağımsız grup arasında

Student's t testi ile karşılaştırıldı, normal dağılmayan verilerin karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi uygulandı. İki'den fazla bağımsız grup arasında normal dağılım gösteren değişkenlerdeki farklılıklar One-Way ANOVA ile analiz edilirken, normal olmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Tek Yönlü ANOVA veya Kruskal Wallis test istatistiklerinden elde edilen p değeri istatistiksel olarak anlamlı olduğunda, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu bilmek için LSD veya Conover'ın parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan sağlık çalışanlarının %23,1 (n=30)'i erkek; %76,9 (n=100)'ü kadındı. Çalışanların yaşları 20-50 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $30,35 \pm 7,69$ 'du. Çalışmaya dâhil edilen çalışanların %16,2'si hekim iken %83,8'i hemşire/sağlık memuruydu. Çalışanların %48,5'i evli, %51,5'i bekârdı. Çalışanların %13,1'i ön lisans mezunu, %66,9'u lisans mezunu ve %20'si yüksek lisans mezunuydu. Çalışanlar çalışma yılına göre değerlendirildiğinde, %51,5'i 0-5 yıl, %18,5'i 6-10 yıl, %18,5'i 11-15 yıl, %3,8'i 16-20 yıl ve %7,7'si 20 yıl üstü süredir çalışmaktaydı. Olguların %24,6'sı göğüs hastalıkları yoğun bakım, %42,3'ü anestezi yoğun bakım, %10'u cerrahi yoğun bakım ve %23,1'i palyatif bakım servisinde çalışmaktaydı.

Çalışmaya dâhil edilen çalışanların %89,2'si çalıştığı birimden memnunken, %47,7'si yaşam sonu hakkında eğitim almış, %94,6'sı klinikte ölmekte olan hastaya tedavi/bakım vermiş, %92,3'ü çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmıştı. Ayrıca **Tablo 1**'de anket çalışmasına dahil edilen olguların meslek hayatında ölümle ilk karşılaştıklarındaki hisleri ve aileye ölüm haberi vermek zorunda kalsalar nasıl davranırlardı sorularına verdikleri cevaplar mevcuttu.

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların SÖİİTDÖ'den ve İÖÖ ve İÖÖ alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyut ve klinik alt boyut ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, medyan değerleri ve minimum puan ve maksimum puanlar **Tablo 2**'de verildi.

Tablo 2. Ölçeklerden alınan ortalama puanlar, medyan değerler ve minimum puan ve maksimum puanlar

n:130	X ⁻	±SD	(Min-Max)
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	48,75	±7,58	49 (31-60)
İyi ölüm ölçeği	52,41	±9,19	53 (28-68)
Psikososyal manevi alt boyut	28,55	±5,24	29 (13-36)
Kişisel kontrol alt boyut	8,68	±2,33	9 (3-12)
Klinik alt boyut	15,18	±2,90	15 (7-20)

*Sürekli değişkenler, ortalama±standart sapma (SD), (min-max) olarak ifade edildi.

Tablo 1. Katılımcıların ölüme ilişkin deneyimleri ve eğitim alma durumları

		n	(%)
Çalıştığınız birimden memnun musunuz?	Memnun değilim	14	(%10,7)
	Memnunum	116	(%89,2)
Yaşam sonu hakkında eğitim alma durumu	Almadım	68	(%52,3)
	Aldım	62	(%47,7)
Kliniğinizde ölmekte olan hastaya tedavi/ bakım verdiniz mi?	Hayır	7	(%5,4)
	Evet	123	(%94,6)
Çalıştığınız klinikte hiç ölümle karşılaştınız mı?	Hayır	10	(%7,7)
	Evet	120	(%92,3)
Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaştığınızda hissettikleriniz nelerdi?	Çaresizlik	17	(%13,1)
	Başarısızlık	4	(%3,1)
	Korku	7	(%5,4)
	Üzüntü	63	(%48,5)
	Diğer	20	(%15,4)
	Çaresizlik, başarısızlık	1	(%0,8)
	Çaresizlik, korku	1	(%0,8)
	Çaresizlik, üzüntü	6	(%4,6)
	Başarısızlık, üzüntü	1	(%0,8)
	Korku, üzüntü	8	(%6,2)
Aileye ölüm haberini vermek zorunda kalsanız	Çaresizlik, korku, üzüntü	2	(%1,5)
	Normal bir olay kabul eder ve söylerim	49	(%37,7)
	Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim	41	(%31,5)
	Söylemek istemem	32	(%24,6)
	Diğer	8	(%6,2)

*Kategorik değişkenler, frekans veya yüzde olarak ifade edildi.

Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği için boyutlar için Cronbach alfa katsayısı 0,906 bulundu. İÖÖ alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut için 0,892; kişisel kontrol alt boyut için 0,882 ve klinik alt boyut için 0,757 bulunmuş olup ölçme aracında yer alan maddelerin tamamı değerlendirildiğinde ise İÖÖ için Cronbach alpha 0.921 olarak bulundu. Böylece ölçekteki maddelerin birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği değerlendiren maddeler olduğu anlaşıldı.

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların cinsiyetlerine, yaşlarına, mesleklerine, medeni durumlarına göre SÖİTDÖ'den ve İÖÖ ve İÖÖ alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyut ve klinik alt boyut ölçeklerinden aldıkları puanlar **Tablo 3**'de karşılaştırıldı. Sonuçlara göre, kadınlarda erkeklere

göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,047$). İyi ölüm ölçeği ve alt ölçekleri açısından cinsiyete göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,459$; $p=0,784$; $p=0,175$; $p=0,940$). Yaşı 30 ve üzerinde olanlarda yaşı 30'un altında olanlara göre klinik alt boyuttan alınan puan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,003$). SÖİTDÖ, İÖÖ ve psikososyal manevi ile kişisel kontrol alt boyut alt ölçekleri açısından yaşa göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,671$; $p=0,063$; $p=0,073$; $p=0,836$). Hemşire/sağlık memurlarında hekimlere göre kişisel kontrol alt boyuttan alınan puan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,003$). SÖİTDÖ, İÖÖ ve psikososyal manevi ile klinik alt boyut alt ölçekleri açısından mesleğe göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,159$; $p=0,261$; $p=0,997$; $p=0,624$).

Tablo 3. Meslek, yaş, cinsiyet, eğitim alma durumu ve ölüme ilişkin önceki deneyimlere göre ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması

	Cinsiyet		P
	Erkek	Kadın	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	46,90±6,31	49,31±7,87	0,047
İyi ölüm ölçeği	51,47±10,75	52,69±8,70	0,459
Psikososyal manevi alt boyut	28,37±5,89	28,61±5,06	0,784
Kişisel kontrol alt boyut	8,07±2,94	8,86±2,10	0,175
Klinik alt boyut	15,03±3,58	15,22±2,68	0,940
	Yaş		P
	<30	≥30	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	48,39±8,13	49,25±6,81	0,671
İyi ölüm ölçeği	50,89±9,79	54,47±7,93	0,063
Psikososyal manevi alt boyut	27,67±5,70	29,76±4,31	0,073
Kişisel kontrol alt boyut	8,69±2,11	8,65±2,63	0,836
Klinik alt boyut	14,53±2,92	16,05±2,65	0,003
	Meslek		P
	Hekim	Hemşire/ SağlıkMemuru	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	51,00±6,80	48,32±7,67	0,159
İyi ölüm ölçeği	50,95±7,77	52,69±9,44	0,261
Psikososyal manevi alt boyut	28,86±4,57	28,50±5,38	0,997
Kişisel kontrol alt boyut	7,10±2,83	8,98±2,10	0,003
Klinik alt boyut	15,00±2,85	15,21±2,92	0,624
	Yaşam sonu hakkında eğitim alma durumu		P
	Aldım	Almadım	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	46,90±8,50	50,44±6,23	0,028
İyi ölüm ölçeği	50,65±10,57	54,01±7,44	0,089
Psikososyal manevi alt boyut	27,26±6,02	29,74±4,11	0,039
Kişisel kontrol alt boyut	8,63±2,42	8,72±2,26	0,646
Klinik alt boyut	14,76±3,17	15,56±2,60	0,116
	Kliniğinizde ölmekte olan hastaya tedavi/ bakım verdiniz mi?		P
	Evet	Hayır	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	48,89±7,74	46,29±3,04	0,219
İyi ölüm ölçeği	52,54±9,30	50,00±6,98	0,324
Psikososyal manevi alt boyut	28,59±5,28	27,86±4,78	0,686
Kişisel kontrol alt boyut	8,72±2,30	8,00±2,94	0,614
Klinik alt boyut	15,24±2,95	14,14±1,77	0,256
	Çalıştığınız klinikte hiç ölümle karşılaştınız mı?		P
	Evet	Hayır	
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	48,44±7,59	52,50±6,65	0,120
İyi ölüm ölçeği	52,19±9,28	55,00±7,97	0,306
Psikososyal manevi alt boyut	28,47±5,28	29,60±4,84	0,500
Kişisel kontrol alt boyut	8,58±2,36	9,90±1,45	0,032
Klinik alt boyut	15,15±2,93	15,50±2,68	0,768

*Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SD) olarak ifade edildi ve sürekli değişkenler student t testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri kalın yazılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların çalışılan birimden memnuniyet durumuna göre SÖİİTDÖ'den ve İÖÖ ve İÖÖ alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyut ve klinik alt boyut ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldı. Çalışılan birimden memnuniyet durumuna göre SÖİİTDÖ, İÖÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından farklılık bulunmadı.

Çalışanların yaşam sonu hakkında eğitim alma durumuna göre karşılaştırıldığında, eğitim alanlarda almayanlara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi yapılan istatistik hesaplaması sonucunda anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,028$). Eğitim alanlarda almayanlara göre psikososyal manevi alt boyutundan alınan puan anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,039$). İyi ölüm ölçeği ve diğer alt ölçekler açısından yaşam sonu hakkında eğitim alma durumuna göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,089$; $p=0,646$; $p=0,116$). Tüm çalışanların saygın klinikte ölmekte olan hastaya tedavi/bakım verme durumuna göre tedavi/bakım verme durumuna göre SÖİİTDÖ, İÖÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,219$; $p=0,324$; $p=0,686$; $p=0,614$; $p=0,256$).

Çalışanların çalıştıkları klinikte ölümle karşılaşma durumuna göre karşılaştırıldıklarında, ölümle karşılaşanlarda karşılaşmayanlara göre kişisel kontrol alt boyuttan alınan puan anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,032$). SÖİİTDÖ, İÖÖ ve psikososyal manevi ile klinik alt boyut alt ölçekleri açısından çalıştıkları klinikte ölümle karşılaşma durumuna göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,120$; $p=0,306$; $p=0,500$; $p=0,768$).

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların eğitim durumuna, çalışma yıllarına ve çalışılan kliniğe göre değerlendirildiğinde, saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeğinden ve iyi ölüm ölçeği ve iyi ölüm ölçeği alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyut ve klinik alt boyut ölçeklerinden aldıkları puanlar **Tablo 4**'de karşılaştırıldı. Sonuçlara göre, ön lisans mezunlarının lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,020$). Yüksek lisans mezunlarının lisans ve ön lisans mezunlarına göre kişisel kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,044$). İyi ölüm ölçeği ve diğer alt ölçekler açısından eğitim durumuna göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,933$; $p=0,555$; $p=0,044$; $p=0,948$).

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların çalışma yılı 0-5 yıl olanların çalışma yılı 11-15 yıl ve 16 yıl ve üstü olanlara göre klinik alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,026$). SÖİİTDÖ, İÖÖ ve diğer alt ölçekler açısından eğitim durumuna göre farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,981$, $p=0,204$, $p=0,425$, $p=0,629$). Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların çalışılan kliniğe göre anestezi yoğun bakım çalışanlarının palyatif bakım servisi çalışanlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi, psikososyal manevi alt boyut ve klinik alt boyuttan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşüktü (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Anestezi yoğun bakım çalışanlarının cerrahi yoğun bakım ve palyatif bakım servisi çalışanlarına göre iyi ölüm ölçeği ve kişisel kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşüktü (sırasıyla $p=<0,001$; $p=0,001$).

Tablo 4. Eğitim durumuna, Çalışma yıllarına ve çalışılan kliniğe göre ölçeklerden alınan puanlar

	Eğitim durumu				p	Post hoc
	Ön lisans ^a	Lisans ^b	Yüksek lisans ^c			
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	44,59±8,18	48,86±7,47	51,12±6,65		0,020	a-b, a-c
İyi ölüm ölçeği	52,24±10,38	52,52±9,23	52,15±8,55		0,933	-
Psikososyal manevi alt boyut	27,76±5,49	28,46±5,28	29,38±5,05		0,555	-
Kişisel kontrol alt boyut	9,06±2,44	8,97±2,10	7,46±2,67		0,044	a-c, b-c
Klinik alt boyut	15,41±3,00	15,09±2,95	15,31±2,77		0,948	-
	Çalışma yılı				p	Post hoc
	0-5 yıl ^a	6-10 yıl ^b	11-15 yıl ^c	16 yıl ve üstü ^d		
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	48,43±8,24	48,71±6,48	49,17±6,82	49,60±7,90	0,981	-
İyi ölüm ölçeği	51,04±9,89	52,29±9,95	55,58±5,71	53,60±8,52	0,204	-
Psikososyal manevi alt boyut	27,78±5,72	28,50±5,46	30,25±3,57	29,40±4,53	0,425	-
Kişisel kontrol alt boyut	8,75±2,13	8,58±2,50	9,17±1,74	7,73±3,45	0,629	-
Klinik alt boyut	14,52±2,94	15,21±3,09	16,17±2,12	16,47±2,85	0,026	a-c, a-d
	Çalışılan klinik				p	Post hoc
	Göğüs hastalıkları yoğun bakım ^a	Anestezi yoğun bakım ^b	Cerrahi yoğun bakım ^c	Palyatif bakım servisi ^d		
Saygın ölüm İ.İ.T. değerlendirme ölçeği	49,66±7,01	45,58±7,96	51,85±6,83	52,27±5,38	0,001	b-d
İyi ölüm ölçeği	54,38±6,93	48,00±10,63	55,38±6,81	57,10±5,14	<0,001	b-c, b-d
Psikososyal manevi alt boyut	29,75±3,94	26,25±6,16	29,46±3,57	31,10±3,32	0,001	b-d
Kişisel kontrol alt boyut	8,97±2,15	7,76±2,64	9,69±1,75	9,60±1,40	0,001	b-c, b-d
Klinik alt boyut	15,66±2,50	13,98±3,19	16,23±2,71	16,40±1,94	<0,001	b-d

*Sürekli değişkenler, ortalama±standart sapma (SD) olarak ifade edildi. Sürekli değişkenler tek yönlü Anova testi veya Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arası ikili karşılaştırmalar için LSD veya Conover-Inman testi yapıldı ve p değeri 0,05 olarak belirlendi. İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri kalın yazılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların SÖİİTDÖ'ne verdiklerin cevap dağılımı **Tablo 5**'te gösterildi. Mesleğe göre farklılıklar değerlendirildiğinde hekimler hemşire/sağlık memuru grubuna nazaran hastanın ölümün yerini

seçebilme ve kontrol edebilme hakkı olduğuna daha kuvvetle inanmakta oldukları görüldü. Diğer sorularda genel yaklaşımlar birbirine benzerdi.

Tablo 5. Tüm çalışanların saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı

	Meslek	Hekim		Hemşire/sağlık memuru	
		n	%	n	%
1. Hastanın ölümün ne zaman geleceğini bilme ve kendini neyin beklediğini anlama hakkı vardır	Tamamen katılmıyorum	1	%4,8	3	%2,8
	Katılmıyorum	1	%4,8	8	%7,3
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	4	%19,0	29	%26,6
	Katılıyorum	6	%28,6	45	%41,3
2. Hastanın süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilme hakkı vardır	Tamamen katılıyorum	9	%42,9	24	%22,0
	Katılmıyorum	2	%9,5	3	%2,8
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	3	%14,3	26	%23,9
	Katılıyorum	9	%42,9	58	%53,2
3. Hastanın saygınlığının ve mahremiyetinin korunması hakkı vardır	Tamamen katılıyorum	7	%33,3	22	%20,2
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	1	%4,8	14	%12,8
	Katılıyorum	4	%19,0	35	%32,1
	Tamamen katılıyorum	16	%76,2	60	%55,0
4. Hastanın ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilme hakkı vardır.	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	2	%1,8
	Katılmıyorum	1	%4,8	2	%1,8
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	1	%4,8	22	%20,2
	Katılıyorum	7	%33,3	55	%50,5
5. Hastanın ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilme ve kontrol edebilme hakkı vardır.	Tamamen katılıyorum	12	%57,1	28	%25,7
	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	1	%0,9
	Katılmıyorum	0	%0,0	10	%9,2
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	1	%4,8	26	%23,9
6. Hastanın gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilme hakkı vardır.	Katılıyorum	6	%28,6	30	%27,5
	Tamamen katılıyorum	14	%66,7	42	%38,5
	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	2	%1,8
	Katılmıyorum	1	%4,8	7	%6,4
7. Hastanın istenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilme hakkı vardır.	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	4	%19,0	24	%22,0
	Katılıyorum	7	%33,3	41	%37,6
	Tamamen katılıyorum	9	%42,9	35	%32,1
	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	1	%0,9
8. Hastanın sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilme hakkı vardır.	Katılmıyorum	0	%0,0	5	%4,6
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	2	%9,5	14	%12,8
	Katılıyorum	6	%28,6	45	%41,3
	Tamamen katılıyorum	13	%61,9	44	%40,4
9. Hastanın son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilme hakkı vardır.	Tamamen katılmıyorum	1	%4,8	1	%0,9
	Katılmıyorum	1	%4,8	4	%3,7
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	1	%4,8	12	%11,0
	Katılıyorum	9	%42,9	43	%39,4
10. Hastanın yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilme hakkı vardır.	Tamamen katılıyorum	9	%42,9	49	%45,0
	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	2	%1,8
	Katılmıyorum	0	%0,0	3	%2,8
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	3	%14,3	19	%17,4
11. Hastanın vedalaşma için zamana sahip olabilme ve zamanlamasını kontrol edebilme hakkı vardır.	Katılıyorum	6	%28,6	38	%34,9
	Tamamen katılıyorum	12	%57,1	47	%43,1
	Tamamen katılmıyorum	0	%0,0	1	%0,9
	Katılmıyorum	0	%0,0	2	%1,8
12. Hastanın gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamama hakkı vardır.	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	3	%14,3	18	%16,5
	Katılıyorum	8	%38,1	48	%44,0
	Tamamen katılıyorum	10	%47,6	40	%36,7
	Tamamen katılmıyorum	2	%9,5	0	%0,0
13. Hastanın vedalaşma için zamana sahip olabilme ve zamanlamasını kontrol edebilme hakkı vardır.	Katılmıyorum	1	%4,8	2	%1,8
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	1	%4,8	18	%16,5
	Katılıyorum	6	%28,6	49	%45,0
	Tamamen katılıyorum	11	%52,4	40	%36,7
14. Hastanın gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamama hakkı vardır.	Tamamen katılmıyorum	2	%9,5	2	%1,8
	Katılmıyorum	4	%19,0	11	%10,1
	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	4	%19,0	41	%37,6
	Katılıyorum	2	%9,5	29	%26,6
15. Hastanın gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamama hakkı vardır.	Tamamen katılıyorum	9	%42,9	26	%23,9

TARTIŞMA

Araştırmamızda, çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların SÖİİTDÖ'den ve İÖÖ ve İÖÖ alt ölçekleri olan psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyut ve klinik alt boyut ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Köse ve ark. (10) yaptığı çalışmada yoğun bakımda çalışan 102 hekim ve hemşirenin SÖİİTDÖ'den alınan puan ortalamasını $50,60 \pm 6,6$ bulmuşlardır. Çelik (11) yoğun bakımda çalışan 124 hemşire ile yaptığı çalışmada puan ortalaması $43,9 \pm 11,0$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise yapılan çalışmalara benzer olarak puan ortalamasını $48,75 \pm 7,58$ olarak bulduk.

İÖÖ'ni oluşturan maddeler, üç farklı alanı değerlendirmektedir. Üç farklı alt ölçekten herhangi birinde daha yüksek puanlar alınması, İyi Ölüm Kavramı'nın bu alt alanının önemini arttırdığını gösterir. Birinci bölüm (Psikososyal ve manevi alt boyut), iyi bir ölümün psikososyal veya ruhsal yönlerini yansıtır ve bir ölüm sonrası yaşam deneyimine inanma ile anlamlı sosyal desteğe sahip olma ile, manevi inançlara ve uygulamalara (=ibadet gibi) sahip olma ile ve daha yaşlı olma ve kadın cinsiyet ile ilişkilidir. İkinci bölüm (kişisel kontrol alt boyut), kişisel kontrol ve ölüm deneyiminin daha çok fiziksel yönlerine odaklanır. Ayrıca, daha olumsuz tutum ve ruh hali belirteçleri ile ve ruhsal veya inançlarla bir bağlantıya sahip olmama ile ilişkilidir. Yine, daha genç olma ve bir azınlık grubuna ait olma ile ilişkilidir. Üçüncü bölüm (klinik alt boyut), iyi ölümün klinik ve daha biyomedikal yönlerini gösterir ve ölümün dünyadaki yaşamın olumsuz yönlerinden kurtulma perspektifiyle ve daha yaşlı olma ile ilişkilendirilmiştir (8).

Köse ve arkadaşlarının yoğun bakım kliniklerinde çalışan 102 hekim ve hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, cerrahi yoğun bakım kliniğinde çalışan sağlık çalışanlarının genel yoğun bakım kliniği ve kalp-damar cerrahisi yoğun bakım kliniğinde çalışan sağlık çalışanlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme durumlarının düşük hesaplanmıştır (10). Çalışmamıza katılanların %24,6'sı göğüs hastalıkları yoğun bakım, %42,3'ü anestezi yoğun bakım, %10'u cerrahi yoğun bakım ve %23,1'i palyatif bakım servisinde çalışmakta idi. Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların çalışılan kliniğe göre anestezi yoğun bakım çalışanlarının palyatif bakım servisi çalışanlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi, İÖÖ psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyutundan ve klinik alt boyuttan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç dahili branş servis ve yoğun bakımında çalışanların cerrahi branş ve yoğun bakım kliniklerine göre tanı ve tedavi süresi boyunca hastalarla daha fazla alakadar olmaları ile açıklanabilir.

Bizim çalışmamız literatürle (12) farklı olarak hemşire/ sağlık memurlarında hekimlere göre kişisel kontrol alt boyuttan alınan puan anlamlı düzeyde daha yüksekti. Buna karşın SÖİİTDÖ, İÖÖ ve psikososyal manevi ile klinik alt boyut alt ölçekleri açısından mesleğe göre farklılık bulunmamaktaydı. Bu durum hastaneler arası farklı yaklaşımdan veya hekim ve hemşirelerin aldığı eğitimin farklılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Hekim ve hemşirelerin iyi ölüme ilişkin algı ve tutumları bir çok farklı faktörden etkilenmektedir. Bunların içinde özellikle yaş, ölüme yaklaşımı etkilenmektedir. Birey yaşlandıkça, muhtemel daha çok ölüme karşılaşmış olması nedeniyle ölümü kabullenmesi daha kolay olup, mesleki deneyimin artmasıyla da daha pozitif tavırla hastayı yönetebilir. Yaşın yanısıra eğitimde hemşirelerin ölüme yaklaşımını değiştiren bir diğer etmendir. Hemşirelerin eğitim düzeyi ve bilgi ve becerisi yükseldikçe, ölmek üzere olan hastaya yaklaşımları ve tutumları daha iyi, etkin ve olumlu olduğu literatürde belirtilmektedir (13). Bizim çalışmamızda ise kadınlarda erkeklere göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksektir. İÖÖ ve alt ölçekleri açısından cinsiyete göre farklılık bulunmamaktaydı. Yaşı 30 ve üzerinde olanlarda yaşı 30'un altında olanlara göre klinik alt boyuttan alınan puan anlamlı düzeyde daha yüksek bulduk. SÖİİTDÖ, İÖÖ ve psikososyal manevi ile kişisel kontrol alt boyut alt ölçekleri açısından yaşa göre farklılık bulunmamaktaydı. Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanlardan çalışma yılı 0-5 yıl olanların, çalışma yılı 11-15 yıl ve 16 yıl ve üstü olanlara göre kişisel kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu tespit edilmiştir. SÖİİTDÖ, İÖÖ ve diğer alt ölçekler açısından eğitim durumuna göre farklılık bulunmamaktaydı. Ayrıca çalışmamızda ön lisans mezunlarının lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi anlamlı düzeyde daha düşüktü. Bu durum literatürle uyumlu olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu değiştikçe vemesleki deneyim arttıkça ölüme karşı tutumun değiştiğini göstermektedir.

Özyalçın'ın yaptığı çalışmada ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin %39,1'i keder-üzüntü, %34,5'i başarısızlık, %13,32'ü anksiyete duygularını yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir (14). Bizim çalışmamızda ise 'Meslek hayatınızda ölüme ilk karşılaştığınızda hissettikleriniz nelerdi?' sorusuna çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin %48,5'i üzüntü, %13,1'i çaresizlik, %6,2'si korku-üzüntü, %5,4'ü korku şeklinde cevaplamışlardır. Literatürde terminal dönem hastalıkta yada yaşamın son evresinde hekim ve hemşirelerin sıklıkla üzüntü, başarısızlık, çaresizlik, korku, anksiyete gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (15,16).

Bizim çalışmamızda da literatürle (12) benzer olarak hekim grubunda saygın ölüm ilkelerinden mahremiyet, ölümün yerini seçme, manevi destek ile ilgili ilkelere en çok katılım olurken hemşire grubunda bu sayılan ilkelere ek olarak hastane dışında da hizmet almak ilkesine yüksek oranda katılmışlardır. Bu da hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerine karşı tutumlarının birbirinden farklı olmadığını göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın kısıtlılıkları nispeten az sayıda katılımcı ile yapılmış olmasıdır. Bununla birlikte kliniklerde çalışan katılımcı sayılarının birbirinden farklı olması, hekim ve hemşire sayıları arasındaki katılımcı farkının fazla olması ve kliniklerde yeni göreve başlayan, mesleki deneyimi daha az hemşirelerin olması diğer kısıtlılıklardır.

SONUÇ

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde özetle kadınlarda erkeklere göre, 30 yaş üstündekilerde 30 yaş altındakilere göre, yüksek lisans ve lisans mezunlarının ön lisans mezunlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimsemeleri düzeylerinin daha yüksek bulundu.

Çalışmaya dahil edilen tüm çalışanların çalışılan kliniğe göre değerlendirildiğinde, anestezi yoğun bakım çalışanlarının palyatif bakım servisi çalışanlarına göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi, İÖÖ psikososyal manevi alt boyut, kişisel kontrol alt boyutundan ve klinik alt boyuttan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha düşük bulundu.

Çalışanların yaşam sonu hakkında eğitim alma durumuna göre karşılaştırıldığında, eğitim alanlarda almayanlara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyi yapılan istatistik hesaplaması sonucunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,028$). Eğitim alanlarda almayanlara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin daha düşük çıkması alınan eğitimin nitelik, nicelik ve kazanımları açısından değerlendirilmesi gerektiğini, belirli aralıklarla da eğitimlerin tekrar edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hekim ve hemşirelerin demografik ve kişisel özellikleri, ölüme ilişkin önceki tecrübeleri, eğitim durumları ve mesleki deneyimleri ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumlarını değiştirebilir ve şekillendirebilir. Hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu yoğun bakım ünitesinde ve palyatif bakım servislerinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının saygın ölümü ve iyi ölümü sağlamada ihtiyaç duydukları eğitimin sağlanması önemlidir. Hemşireler, hekimlere göre son dönemini yaşayan hastalar ile daha fazla vakit geçirmektedirler. Ölmek üzere olan hastalara bakım ve ölüm olgusunun ele alınması, hekimlik ve hemşirelik mesleğinin belki de en zor tarafıdır.

Özellikle hemşirelerin ölmekte olan hastaya hizmet verme deneyimi ve iyi ölüm kavramına ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin yaklaşımı hasta bakımının kalitesi üzerinde oldukça önemlidir. İyi ölümün sağlanmasında gerekli sağlık bakım stratejilerin planlanması ve geliştirilmesi için hekimlerin ve hemşirelerin iyi ölüme yönelik olumlu ve olumsuz algılarını belirleyecek güvenli ve geçerli ölçekleri kullanmak gereklidir.

ETİK BEYANLAR

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 23.03.2021, Karar No: 2012-KAEK-15/2288).

Aydınlatılmış Onam: Çalışma kesitsel anket çalışması olarak dizayn edildiği için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2003; 25: 62-65.
2. Van der Geest S. Dyingpeacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. Soc Sci Med 2004; 58: 899-11.
3. Yao CA, Hu WY, Lai YF, Cheng SY, Chen CY, Chiu TY. Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients? J Pain Symptom Manage 2007; 2: 3-6.
4. Debate of the age. The Millenium Papers, The Future of Health and Care of Older People: The Best is Yetto Come, Age Concern Published, London, England 1999; 41-46.
5. Beuks B, Nijhof AC, Meertens JH, Ligtenberg J, Tulleken J, Zijlstra J. A good death. Intensive Care Med 2006; 32: 752-3.
6. Wasserman LS. Respectfuldeath: a model for end-of-life care. Clin J Oncol Nurs 2008; 12: 621-6.
7. Duyan V. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk J Fam Med Primary Care 2014; 8: 25-31.
8. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Yunsheng MA, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. J Palliat Med 2003; 6: 4-7.
9. Fadiloğlu Ç, Aksu T. İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg 2013; 29: 1-15.
10. Köse S, İnal Tunalı B, Yıldırım G. Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerin ölüm ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. YBHD 2019; 23: 9-17.

- 11.Çelik N. Yoğun bakım hemşirelerinin ölümüne ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2019; 12: 316-27.
- 12.Dağ A, Badır A. Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi. DEUHFED 2017; 10: 186-92.
- 13.Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. Palliat Support Care 2008; 6: 363-9.
- 14.Dilan Ö. Kanser hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölümüne ve iyi ölümüne ilişkin görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 2019.
- 15.Koku F, Ateş M. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölümüne ilişkin deneyim ve tutumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg 2016; 3: 99-104.
- 16.Şahin M, Demirkıran F, Adnan F. Pursing students death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people. J Psychiatr Nurs 2016; 7: 135-41.