



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIM
VERME İLE İLGİLİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ PEDIATRİK YAŞAM
SONU BAKIM VERME STRESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Canan AKKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON – 2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25/11/2025

Canan AKKAYA

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde bana destek olan, bilimsel katkılarıyla ve düşünceleriyle bana yol gösterici olan, her problemimde yardımcı olan, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT'a teşekkürlerimi sunuyorum,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve donanımlarından yararlandığım, destekleriyle katkı sağlayan, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Sayın Prof. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Hayatım boyunca sevgileri, fedakârlıkları ve bana olan sınırsız inançlarıyla her zaman yanımda olan, en büyük destekçim ve en güçlü dayanağım olan babam Ahmet Salih AKKAYA'ya, annem Ayşe AKKAYA'ya, biricik kardeşim Rahim (Ceyhun) AKKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince her an yanımda olan, sabrı, içtenliği ve desteğiyle bana güç katan, kuzenim Öğr. Gör. Dr. Şahi Nur KALKIŞIM'a,

Eğitim ve tez sürecimdeki bütün mutluluk ve zorluklarda beraber olduğumuz, yüksek lisans arkadaşlarıma,

Son olarak, çalışmama katılan değerli meslektaşlarıma sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Canan AKKAYA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
FORMÜLLER, KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ	xi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşam Sonu Bakım	5
2.1.1. Çocuklarda Yaşam Sonu Bakım ve Önemi	5
2.2. Çocuklarda Ölüm Kavramı	5
2.2.1. Çocuklarda Ölüm Kavramının Yaşlara Göre Gelişimi	6
2.2.1.1. Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş)	6
2.2.1.2. Oyun Çocuğu Dönemi (1-3 Yaş)	6
2.2.1.3. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)	7
2.2.1.4. Okul Çağı Çocukları (6-12 Yaş)	8
2.2.1.5. Adolesan Dönemi (13-18 Yaş)	8
2.3. Çocuğun Ölümün Farkına Varması	9
2.4. Yaşam Sonu Dönemdeki Çocuklara Ölümün Açıklanması	10
2.5. Yaşamı Tehdit Edici Hastalığa Karşı Tepkileri ve Baş Etme Yöntemleri	11
2.5.1. İnkâr	12
2.5. 2. Öfke	12
2.5.3. Pazarlık Etme / Uzlaşma	12
2.5.4. Depresyon	13
2.5.5. Kabul Etme	13
2.6. Çocuğun Ölümcül Hastalığının Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Etkisi	13

2.7. Hemşirelerin Çocuklarda Yaşam Sonu Bakım Vermedeki Roller	14
2.7.1. Çocuğun Fiziksel Bakımı	14
2.7.1.1. Ağrı	14
2.7.1.2. Yetersiz beslenme	15
2.7.1.3. Solunum Güçlüğü	15
2.7.1.4. Kabızlık (Konstipasyon)	16
2.7.1.5. İshal (Diyare)	16
2.7.1.6. Anemi	17
2.7.1.7. Aktivite	17
2.7.1.8. Deri Bakımı	17
2.7.1.9. Ağız Bakımı	18
2.7.2. Nörolojik Semptomlar	18
2.8. Hemşirelerin Ölümcül Hastalığı Olan Çocuğun Ailesi İçin Yaşam Sonu Bakımdaki Roller	18
2.9. Ölümcül Hastalığı Olan Çocukların Tedavisinin Kesilmesine Karar Verme	19
2.10. Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklarda Yaşam Sonunu Gösteren İşaretler ve Ölüm	19
2.11. Çocuğun Kaybı Sonrası Yas Sürecinin Çözümlemesi	19
2.12. Tutum ve Davranış	20
2.13. Pediatri Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Verme Tutum ve Davranışları	20
2.14. Hemşirelerde Yaşam Sonu Bakım Stresi	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.4.2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD)	26
3.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği	27
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.6.1 Bağımsız Değişkenler	28
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	28

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	29
3.10. Araştırma planı	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	48
EKLER	65
EK 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	66
EK 2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)	68
EK 3. Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği	70
EK 4. Ölçek İzinleri	71
EK 5. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul İzni	72
EK 6. Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden Araştırma İzni	75
EK 7. Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliğinden Araştırma İzni	76
EK 8. Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden Araştırma İzni	77
EK 9. Rize İl Sağlık Müdürlüğünden Araştırma İzni	78
EK 10. Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden Araştırma İzni	79
EK 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	80
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Yas sürecine ilişkin üç teörinin karşılaştırılması	11
Tablo 2. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu	28
Tablo 3. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	32
Tablo 4. Hemşirelerin yaşam sonu bakım ve ölüm kavramıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	34
Tablo 5. FACTOD ve Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	35
Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 7. Hemşirelerin ölüm ve yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 8. FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Araştırma planı

31



FORMÜLLER, KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

Kısaltmalar

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FATCOD	Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği
GİS	Gastrointestinal sistem
NG	Nazogastrik sonda
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Simgeler

%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür
F	One-Way ANOVA
KW	Kruskal Wallis H Testi
Max	Maksimum
Min	Minimum
MU	Mann Whitney U Testi
n	Örneklem sayısı
p	p değeri
r	rho değeri
Ss	Standart sapma
t	Bağımsız İki Örnek T Testi
X	Ortalama

ÖZET

Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Verme ile İlgili Tutum ve Davranışlarının Pediatrik Yaşam Sonu Bakım Verme Stresi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma, hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin Doğu Karadeniz bölgesinde yer alan Rize, Trabzon, Giresun ve Ordu illerindeki kamu ve üniversite hastanelerinin çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeksizin, en az 6 aydır görev yapan ve en az bir çocuğa yaşam sonu bakım veren 162 hemşire amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak araştırmaya dâhil edildi. Veriler, "Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu", "Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FACTOD)" ve "Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği" kullanılarak Ekim 2024-Nisan 2025 tarihlerinde toplandı. Veriler SPSS 27.0 ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelendi. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız İki Örnek T Testi, Mann Whitney U Testi, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis H Testi ve Spearman's Rho Korelasyon Testi ile değerlendirildi. Hemşirelerin %87.0'si kadın, %61.1'i lisans mezunu, %53.7'si yaşam sonu bakım eğitimi aldığı belirlendi. Çocuk sahibi olmayan ve çocuk kliniklerinde çalışma yıllarına göre FACTOD puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakım tutumlarının olumlu yönde olduğu (101.99 ± 8.63) ancak yaşadıkları stres düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu (80.84 ± 15.92) tespit edildi. Psikolojik Zorluklar alt boyutunda stres düzeylerinin yüksek olduğu (25.73 ± 5.75) görüldü. Sonuç olarak, pediatrik yaşam sonu bakıma yönelik hemşirelerin olumlu tutuma sahip oldukları ancak streslerinin orta düzeyin üzerinde olduğu görüldü. Hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakıma yönelik olumlu tutumları stresi azaltmada tek başına yeterli olmadığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hemşire, Stres, Tutum ve davranış, Yaşam sonu bakım

ABSTRACT

Investigation Of The Effect Of Nurses' Attitudes And Behaviors Related To End-Of-Life Caregiving On Pediatric End-Of-Life Caregiving Stress

This study was conducted as a descriptive and correlational study to examine the effect of nurses' attitudes and behaviors regarding end-of-life care on pediatric end-of-life care stress. The study population consisted of nurses working in pediatric clinics at public and university hospitals in the provinces of Rize, Trabzon, Giresun and Ordu in the Eastern Black Sea region of Türkiye. Without sampling, 162 nurses who had been working for at least 6 months and providing end-of-life care to at least one child were included in the study using a purposive sampling method. Data were collected using "The Nurse Information Form", "Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD)" and "Stress Scale for Nurses Providing End-of-Life Care for Children." The data were analyzed using SPSS 27.0. Normal distributions were examined using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. The data were evaluated using descriptive statistics, Independent Two-Sample T Test, Mann Whitney U Test, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis H Test and Spearman's Rho Correlation Test. 87.0% of nurses were female, 61.1% were college graduates and 53.7% had received end-of-life care training. Statistically significant differences were found in FACTOD mean scores between those without children and those with years of experience working in pediatric clinics ($p < 0.05$). It was determined that nurses' attitudes toward pediatric end-of-life care were positive (101.99 ± 8.63) but that their stress levels were above moderate (80.84 ± 15.92). High stress levels were observed in the Psychological Difficulties subscale (25.73 ± 5.75). In conclusion, it was observed that nurses providing end-of-life care in pediatrics had a positive attitude but experienced stress levels above average. It was concluded that nurses' positive attitudes toward pediatric end-of-life care alone were not sufficient to reduce stress.

Keywords: Attitude and behavior, Child, End of life care, Nurse, Stres

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ölüm, her canlının yaşamında karşılaşacağı evrensel ve kaçınılmaz bir sonudur (1). Yaşam döngüsünün bir parçası olmakla birlikte tarih boyunca mitolojiden felsefeye, sanattan tıba farklı alanların tartışma konusu olmuş, dikkatini çekmiş ve çekmeye de devam etmektedir (2-4). Buna rağmen çocuk ölümleri ne geçmiş yıllarda ne de günümüzde yaşamın doğal bir parçası olarak görülmemektedir (5). Çocuk ölümleri, ölümlerin en somut ve en acısı olarak kabul edilmektedir (6).

Günümüzde erken teşhis olanaklarının gelişmesine, yeni tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına ve teknolojik ilerlemelere rağmen, her yıl yaklaşık 7 milyon çocuğun yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021’de beş milyon çocuğun 5 yaşını doldurmadan öldüğünü, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verileri ise yılda 565 bin kişinin öldüğü ve 11 560’ının ise 5 yaş altı çocuk olduğunu bildirmektedir (8, 9).

Tıp alanındaki gelişmeler ile yaşamı tehdit edici hastalığa sahip çocuklar hastanelere yatırılmaktadır. Yoğun tıbbi tedaviler almakta, yaşam sürecinin son anları ve ölümü evden çok hastane ortamında gerçekleşmektedir (4, 10-15). Sonuç olarak hastanelerde yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşam sonu, hastanın yaşamını tehdit edici hastalıklarda yapılan tıbbi tedavilere rağmen tam iyilik halinin sağlanamadığı, ölüm öncesi son haftalarını, günlerini hatta saatlerini ifade eden zaman kesimidir (16). Pediatrik yaşam sonu bakım, çocuklarda yaşamı tehdit eden hastalığın tanılanmasından başlayarak ailenin ve çocuğun yaşam kalitesini artırmak, aileyi bu süreçte desteklemek için geliştirilmiş bütüncül (holistik) bir bakım felsefesidir (17, 18). Sadece yetişkin hastalar için değil çocuk hastalarında yaşamlarının son anlarını kaliteli geçirebilmesi için yaşam sonu bakımına ihtiyacı vardır (10, 19, 20).

Her yıl yeni doğan, bebek, çocuk ve ergen dahil olmak üzere 21 milyondan fazla çocuk yaşam sonu bakıma ihtiyaç duymaktadır (21, 22). Çocukların neredeyse tamamı (%95) bu bakımdan yararlanamamaktadır (23). Yaşam sonu bakıma ulaşamayan çocukların yaklaşık yarısı az gelişmiş ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere bulunmaktadır (17).

Yaşam sonu bakım, farklı disiplinler tarafından yönetilen profesyonel bir bakımdır (24). Alanında uzman doktor, hemşire, fizik tedavi uzmanı, psikolog, sosyal hizmet

görevlisi, oyun terapisti, din görevlisi gibi profesyoneller pediatrik yaşam sonu bakım ekibinde yer almaktadır (14, 15, 25, 26). Hemşireler pediatrik yaşam sonu bakım ekibi içinde en kritik görevi üstlenmektedir (25). Hemşire zamanının büyük kısmını hasta ve ebeveynleri ile geçiren ve iletişim içerisinde olan dolayısıyla çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, psikolojik ihtiyaçlarını en iyi bilen sağlık profesyonelidir (24, 27, 28). Ayrıca yaşam sonu bakım kararlarının uygulanmasında etkin rolleri vardır (26). Bu nedenle hemşire, çocuğun ve ailenin yaşam sonu bakımında ihtiyaçlarını en erken dönemde tespit etmekte, bu sorunları gidermek için kanıta dayalı uygulamaları planlamakta, uygulamakta ve değerlendirmektedir (7).

Hemşirelerin üst düzeyde pediatrik yaşam sonu bakım sunabilmeleri için yeterli bilgi, beceriye ve güçlü bir iletişim kurabilme özelliğine sahip olması gerekir (16, 25, 29, 30). Uluslararası literatürde çocuk hastalarda yaşam sonu bakım vermeye yönelik eğitimlerin yetersiz olduğu, eğitimlerinin temelinde bireyi yaşatma, hastalıktan kurtarma ve tedavi etme ilkeleri yer aldığı bilinmektedir (16, 25, 31). Dolayısıyla hemşirelerin ölmekte olan bir bireye bakım verebilmesini zorlaştırmakta ve yaşam sonu bakım verirken ki tutum ve davranışlarını da etkilemektedir (10, 16, 20, 25, 26, 32). Yaşam sonu bakımda hemşirelerin kendilerini tanıması, ölüm kavramıyla ilişkili duygu ve düşünceleri, yaşam sonu bakımındaki tutum ve davranışlarının gelişimi üzerinde etkilidir. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin olumlu, olumsuz tutum ve davranışları, çocuk hastaların ve ailelerinin genel sağlıklarına ve yaşam kalitelerine yön veren önemli etkenlerdir (9, 10).

Araştırmalarda iyi ölüm ve yaşam sonu bakım konusunda eğitim alan ve mesleki açıdan deneyimli olan hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili daha olumlu tutum gösterdiği belirtilmektedir (10, 32-36). Bu bağlamda yaşam sonu bakıma ilişkin olumlu tutuma sahip hemşirelerin, ölmekte olan hastalara fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan daha kaliteli hemşirelik bakımı vermektedir (37-41). Hemşireler ölmek üzere olan hasta için bir şeyler yapmış olmanın doyum duygusunu ve mesleki tatminini yaşamaktadırlar (37-41).

Hemşirelerin mesleki eğitimlerinin ve becerilerinin yetersiz olması, yaşam sonu bakım vermeye hazır olmaması olumsuz tutum ve davranışlarına neden olmaktadır (10, 32, 42, 43). Çevik'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %62.3'ü ölüm sürecindeki hastaya yaşam sonu bakım vermek istemediklerini ve %81.7'si hasta ve ailesiyle ölümü konuşmaktan kaçındıklarını bildirmektedir (42). Jung ve arkadaşlarının araştırmasında ise hemşirelerin aile bireylerinin isteklerini yerine getiremedikleri ve çocukların ağrısının yönetiminde

yetersiz kaldıkları belirtilmektedir (44). Ji ve You'nun, ölümcül hastalığı olan yetişkin hastalara bakım veren hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise yaşam sonu bakım vermedeki olumsuz tutumlarının yaşam sonu bakım verme streslerini arttırdığını göstermektedir (37).

Hemşirelerin olumsuz pediatrik yaşam sonu bakım ile ilgili tutumları çocuk ve ailesinin bakım ihtiyaçlarının karşılanmamasına, hemşirelerde ise çaresizlik, üzüntü, başarısızlık duygusu, suçluluk, depresyon, güçsüzlük, gerginlik, öfke, duygusal tükenmeye ve yaşam sonu bakım stresine neden olmaktadır (5, 10, 16, 25, 33, 34, 42, 45-54). Hemşireler, çocuk ve ailesine yaşam sonu bakım hizmeti sunarken çeşitli stres faktörleriyle karşılaşabilirler. Bu stres, hemşirelerden, çocuktan, ailesinden ve çalışma ortamından kaynaklanabilir (25, 32). Hemşirelerde yaşam sonu bakım stresi; iş yüklerinin artırılmasına, bakım vermektan kaçınmalarına, iş verimliliğinin azalmasına, işten ayrılmalarına, yaşam sonu bakım kalitesinin azalmasına ve hastane kurumlarının kalite değerlendirmelerinin olumsuz etkilemesine neden olmaktadır. (25, 32, 38, 51, 55-58).

Yaşam sonu bakım, hemşirelik uygulamalarında duygusal, etik ve profesyonel açıdan karmaşık bir alan olarak öne çıkmaktadır (25). Bu sürece katkı sağlamak, hemşirelerin yaşam sonu bakım sürecine dair stres düzeylerini azaltmada önemli bir etken olabilir. Yetişkin hastalara bakım veren hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım tutum ve davranışlarının yaşam sonu bakım stresinin %52.3'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmaktadır (37). Bu bulgu, tutum ve davranışların stres düzeyleri üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Ancak literatürde, pediatri hemşirelerine odaklanan ve onların yaşam sonu bakım tutum ve davranışlarının, özellikle pediatrik hastalara yönelik yaşam sonu bakım stresi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar son derece sınırlıdır.

Pediatrik yaşam sonu bakım, çocukların ölüm süreciyle başa çıkma, ailelerle iletişim kurma ve profesyonel rol çatışmaları gibi benzersiz zorluklar içerdiğinden, yetişkin bakımına ilişkin bulguların doğrudan genellenmesi mümkün değildir. Bu araştırma, pediatri hemşirelerinin yaşam sonu bakım tutum ve davranışlarının, onların pediatrik yaşam sonu bakım sürecinde yaşadıkları stres üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Bu tez araştırmasında aşağıdaki araştırma sorularına yanıt arandı.

1. Pediatri hemşirelerinin yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. Hemşirelerinin pediatrik yaşam sonu bakıma ilişkin tutumları yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisi var mıdır?
3. Hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakımına ilişkin olumlu tutumları yaşam sonu bakım verme stresini azaltmakta mıdır?
4. Hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakımına ilişkin olumsuz tutumları yaşam sonu bakım verme stresini artırmakta mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Sonu Bakım

DSÖ'ye göre yaşam sonu bakım, hastalığın tedavi edilemez bir aşamaya geldiği, ölümün kaçınılmaz olduğu dönemlerde hastanın konforunu sağlamaya, fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamaya yönelik verilen bütüncül ve insani bakımı ifade etmektedir (17, 20). Yaşam sonu bakımda amaç hastanın acısını, korkusunu, anksiyetesini azaltmak, yaşamının son sürecinin kalitesini artırmak, ölümünün onurlu olmasını sağlamak ve aileyi yas sürecinde desteklemektir (59, 60). Yaşam sonu bakım, yetişkin hastalarda olduğu kadar ölümcül hastalığı olan çocuk ve ailesi için de çok önemlidir.

2.1.1. Çocuklarda Yaşam Sonu Bakım ve Önemi

Çocuk hastalarda yaşam sonu bakım, yalnızca tıbbi müdahaleleri değil; çocuğun ve aile üyelerinin emosyonel, sosyal ve manevi destek ihtiyaçlarını da kapsamaktadır. Hastanın yaşamının son ay, hafta, gün ya da anlarında, yaşam kalitesini korumayı ve acıyı en aza indirmeyi hedeflemektedir (16). Yaşam sonu bakım, palyatif bakımın bir parçası olup, artık yapılan iyileştirici tedavi yöntemlerinin etkili olmadığı, hastalığın ilerlediği durumlarda başlamaktadır (61). Bu süreçte amaç, yaşamın süresini uzatmak ya da ölümü hızlandırmak değil; yaşamın son dönemini mümkün olduğunca onurlu, rahat ve insanca geçirmeyi sağlamaktır (62).

Hemşirelerin kaliteli yaşam sonu bakım vermesi, çocuklarda ölüm sürecinin daha az ızdıraplı hale getirilmesine, yapılacak gereksiz tıbbi tedavileri azaltarak çocuğun onurunu koruyabilmesine, aileyi çocuğunun ölümü sürecinde psikososyal olarak desteklemesine ve ailenin yas sürecini sağlıklı biçimde geçirebilmelerini sağlamaktadır (10, 17, 30). Özellikle pediatrik hastalarda yaşam sonu bakım hem çocuğun gelişimsel düzeyi hem de ailenin yaşadığı duygusal travma göz önünde bulundurularak daha fazla hassasiyet gerektirdiği bilinmektedir. Pediatri hemşireleri, yaşam sonu bakımda çocuğun fiziksel konforunu sağlamakla kalmaz; ayrıca ailenin yas sürecine hazırlanması, etik ikilemlerin yönetilmesi ve manevi desteğin sağlanması gibi önemli sorumluluklar üstlenmektedir (63, 64).

2.2. Çocuklarda Ölüm Kavramı

Ölüm evrensel bir olgudur. Çocuklar ölümü yaşadıkları olaylarla ilişkili olarak öğrenir ve ölüm kavramını geliştirmeye başlar (54). Çocukların ölüm kavramını anlaması ve geliştirmesi, yaşına, bilişsel gelişimine, eğitimine, kültüre, deneyimlerine, dine,

ebeveynlerinin tepkilerine, çevresi ve arkadaşları ile ilişkilerine bağlıdır (54, 65). Çocuklarda ölüm olgusunun gelişimini açıklayabilmek için beş bilişsel öge üzerinde durulmaktadır (66). Bu ögeler “geri döndürülemez olma”, “işlevsizlik”, “evrensellik”, “nedensellik” ve “fiziksel olmayan yaşamı sürdürme” şeklindedir (67, 68). Geri döndürülemez olma; ölen bir canlının tekrar yaşama dönmeyeceği, işlevsizlik; tüm bedensel işlevlerin ölümle beraber kaybedilmesi, evrensellik; kaçınılmaz olarak yaşayan her varlığın öleceği, nedensellik; ölümün fiziksel ve biyolojik bir sebebe bağlı olduğu, fiziksel olmayan hayatı sürdürme; beden ölüm sonrasında farklı formlarda var olduğu algısıdır (66-68).

Altı yaş ve altı çocuklar ölümün geri dönüşsüz olmasını anlayamaz, uyku ya da ayrılık olarak düşünürler (67). Yaşları 6-9 arasında olan çocuklar ölümün insanüstü bir güç tarafından olduğuna inanır, bazı kişilerin öldüğünü kabullenir ancak kendisinin öleceğini anlayamazlar (69). Dokuz yaş ve üzeri çocuklar ölümün geri dönüşsüz ve evrenselliğini kavrayabilirler (67). Çocuklar 12 yaşından sonra ölümün evrenselliğini, işlevsizliğini ve nedenselliğini tam olarak algılar (67, 69).

2.2.1. Çocuklarda Ölüm Kavramının Yaşlara Göre Gelişimi

2.2.1.1. Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş)

Bebeklik döneminde zaman algısı ve nesne sürekliliği (10. ve 18. aylarda gelişmeye başlar) henüz gelişmediğinden, bebekler ölümün kalıcılığını ve geri dönülmezliğini kavrayamazlar (54, 70). Bu yaş grubunda, özellikle anneden ayrılma, terk edilme durumu bebek tarafından ölüm gibi algılanabilir (66, 67). Ayrılık, yalnız kalma ve ağrı duyma en yaygın korkular arasında yer almaktadır (71).

Bu dönemde, bakım sürecinde bebeğin günlük rutinlerinin korunması ve anksiyetesinin artırılmaması önemlidir (54, 67). Bilişsel ve duygusal gelişimi desteklemek amacıyla işitsel, görsel ve dokunsal uyaranlara yer verilmelidir (72). Dokunarak sevgi göstermek ve ailenin bakım sürecine katılımını sağlamak, bebeğin güven duygusunu artırarak korkularını azaltır (73).

2.2.1.2. Oyun Çocuğu Dönemi (1-3 Yaş)

Oyun dönemindeki çocuklar, henüz soyut düşünme becerilerinin gelişmemiş olması nedeniyle ölüm kavramını bilişsel olarak tam anlamıyla kavrayamazlar (54). Bu dönemde ölüm, çocuk tarafından sıklıkla ayrılık, kaybolma ya da terk edilme olarak algılanmakta ve bu durum yoğun ayrılık anksiyetesine yol açabilmektedir (74). Ancak bu yaş grubundaki

çocuklar, hastalığın getirdiği fiziksel değişiklikleri ve günlük yaşam düzenlerindeki bozulmaları fark edebilecek düzeyde bilişsel farkındalığa sahiptirler (73).

Terminal dönemde yaşanan hareket kısıtlılığı, beslenememe, bakım ihtiyacının artması ve özellikle bakımın tanımadığı kişiler tarafından sağlanması, çocuğun bağımsızlık duygusunu zedeleyerek stres düzeyini önemli ölçüde arttırmaktadır (75). Bu nedenle, bu süreçte çocuğun günlük rutinlerinin olabildiğince korunması ve ebeveynlerin çocuklarıyla geçirdiği zamanın artırılması, çocuğun psikolojik iyilik halini ve güven duygusunu güçlendirmek açısından kritik bir rol oynamaktadır (54, 73, 75).

2.2.1.3. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)

Okul öncesi dönemdeki çocuklar benmerkezci düşünce yapısına sahiptir (76, 77). Benmerkezcilik, dünyayı kendisine göre (tek bir açıdan kendininkinden) algılama, anlama ve anlamlandırma yönelimidir (76). Yaşanılan olaylar arasında neden-sonuç ilişkisi kurmada sınırlılıklar yaşayabilirler ve nesne sürekliliği tam olarak gelişmez (76). Ölümü geri dönüşsüz olarak algılayamaz ancak ölüm olgusunu kabul ederler (68, 71, 78). Özellikle okul öncesi dönemde ölüm; geçici bir ayrılık, uyku ya da yokluk olarak yorumlanmakta ve çocuğun ölüm algısı yaşantılarına bağlı olarak şekillenmektedir (54, 67). Örneğin, bir hayvanın ölümüne tanık olmak, çocukta ölümle ilgili merak uyandırabilir; ancak yine de yaşam ve ölümün birbirinden farklı, kalıcı ve geri dönüşmez kavramlar olduğunu anlamakta zorlanabilirler (67, 68). Bu dönemde çocuklar ölen kişilerin başka bir yerde yaşamlarını sürdürdüklerine dair inançları vardır (67). Çocuklarda hastalığın seyri kötüleştikçe, ailesinden ayrılmaktan, ağrı duymaktan, vücudunun zarar görmesinden korku duyar ve regresyon, tuvalet alışkanlığında bozulma, uyku bozuklukları, anksiyete gibi değişiklikler gösterebilirler (54, 73).

Hastanede tedavi gören çocukların psikososyal uyumunu desteklemek amacıyla, günlük rutinlerinin sürdürülmesi ve tıbbi işlemler öncesinde gelişim düzeylerine uygun, sade bir dille bilgilendirme yapılması önemlidir (67). Bu yaklaşım, çocukların sürece aktif katılımını teşvik ederken belirsizlik kaynaklı korkuları azaltır (67, 71). Hastalığın kendisine verilen bir ceza olmadığı açıkça belirtilmeli, çocukların oyun, resim ve anlatılarında yer verdikleri ölüm, ayrılık ve korku temaları dikkatle değerlendirilmelidir (54). Çocuğun kendini ifade etmesine ve soru sormasına fırsat tanınmalı; aile sürece aktif biçimde dâhil edilerek duygusal olarak desteklenmeli ve aile-sağlık çalışanı iletişimi sürekli kılınmalıdır (71).

2.2.1.4. Okul Çağı Çocukları (6-12 Yaş)

Okul çağı döneminde çocuklar ölüm kavramına odaklanır, ölümün geri dönüşsüz ve evrensel olduğunu anlayabilirler (71, 79). Okul dönemindeki çocuklar edindikleri deneyimler ile ölüm olgusunu kabullenir ve 9-10 yaşından sonra kendisinin öleceğini kabul eder (80, 81). Okuldan, arkadaşlarından ayrı kalması, ölümcül hastalığına bağlı oluşan fiziksel değişiklikleri ve fonksiyonel kayıpları kendisini arkadaşlarından farklı hissetmesine neden olur (74). Bu durumda ölüme karşı anksiyete, öfke, depresyon, sosyal izolasyon yaşarlar (54, 67).

Çocuklarla ölüm ve anlamı konusunda konuşulmalı, açık ve dürüst bir iletişim kurulmalıdır (82, 83). Bu dönemde çocuklar ölüm kavramına karşı tepkisiz kalarak baş etmeye çalışırlar. Çocukların hastanede var olan akranları ile sosyal ilişkileri desteklenmelidir. Çocuklar ölümü konuşmak isterse hemşireler tarafından ailesi bu konuda desteklenmelidir (54, 67).

2.2.1.5. Adolesan Dönemi (13-18 Yaş)

Adolesan dönemde çocuklar, bilişsel gelişim açısından soyut düşünme yetisini kazanır; zaman kavramı gelişmiş, ölümün geri dönüşsüz, evrensel ve nedensel bir olgu olduğunu kavrayabilir duruma gelirler (54). Bu dönem aynı zamanda bireyin kimlik gelişimi, bağımsızlık arayışı ve geleceğe yönelik planlar yaptığı kritik bir süreçtir (73, 82, 83). Bu nedenle, ölümcül bir hastalık tanısı adolesan için derin bir yıkım yaratmakta; umutsuzluk, öfke ve anlam arayışıyla karakterize duygusal bir kriz doğurabilmektedir (73). Tanı sonrası genç birey, okulun, meslek edinmenin ve gelecek planlarının anlamsız olduğunu düşünerek motivasyon kaybı yaşayabilir (83).

Adolesan döneminde, gelişimsel olarak bağımsızlık arayışı ön plandadır; bu nedenle ebeveynlerin, koruyuculuk amacıyla karar alma süreçlerini tamamen üstlenmeleri, gencin özerklik ihtiyacını kısıtlayarak çatışmalara neden olabilir (74). Bu tür yaklaşımlardan kaçınılmalı; hastalık ve tedavi sürecine ilişkin kararlarda adolesanın görüşleri mutlaka dikkate alınmalıdır (54). Geleceğe dair umutsuzluk duygusunu azaltmak için gerçekçi, kısa vadeli hedeflerin belirlenmesi önerilmektedir (73). Adolesanların hastalık süreçlerine ilişkin soru sormaları desteklenmeli; kendilerine açık, dürüst ve yaşlarına uygun bilgiler verilmelidir (24, 54).

2.3. Çocuğun Ölümün Farkına Varması

Ölümcül hastalığı olan çocukla ölüm ve ölümcül hastalığı hakkında yaşı ve bilişsel gelişimine dikkat edilerek konuşulmalıdır (54, 65). Çocuk ölümcül hastalığı ile bilgiyi en güvendiği kişiler olan aile üyelerinden almalıdır (65). Genellikle aile üyeleri ve sağlık personellerinin çocuğu korumak amacıyla hastalığı hakkında konuşmaktan kaçındıkları görülmektedir (54, 62, 83). Ancak çocukların, anne ve babasının sağlık personelleriyle gizli konuşmalarını, çocuğun yanında sürekli üzgün olmalarını ve ağlamalarını fark etmesi onlar için alarm zillerinin başlamasına sebep olmaktadır (54, 84).

Çocuklara, yaş ve gelişim düzeylerine uygun şekilde doğru ve açık bilgi verilmediğinde, ölümcül hastalıklarına ilişkin gerçekleri kendi gözlem ve deneyimlerine dayanarak anlamlandırma çabası içine girebilirler (54). Bu süreçte, çocukların farkındalık düzeyleri farklı biçimlerde şekillenebilir. Glaser ve Strauss tarafından tanımlanan bu farkındalık durumları dört ana başlık altında sınıflandırmaktadır (73, 85).

Kapalı farkındalık durumunda, çocuğun ölümcül bir hastalığa sahip olduğu bilgisi sağlık profesyonelleri ve ailesi tarafından bilinmektedir, ancak çocuk bu durumun farkında değildir (73). Şüpheli farkındalık düzeyinde ise çocuk, çevresindeki bireylerin kendisinden bir şey sakladığını hisseder ve hastalığının ciddiyetinden şüphe duymaya başlar (73). Karşılıklı rol yapma durumunda, çocuk, ailesi ve sağlık ekibi ölümcül hastalığın varlığının farkındadır; ancak taraflar, bu durumu birbirlerinin bilmediğini varsayarak konuşmaktan kaçınır ve “rol yapma” eğilimi gösterir (73). Son olarak, açık farkındalık düzeyinde ise hem çocuk hem de çevresindeki bireyler hastalığın ölümcül niteliğini açıkça bilmekte ve bu doğrultuda iletişim kurmaktadır (73).

Hastalık sürecinde çocuğun ölümün farkına varması sonucunda anksiyete ve yaşı büyük olan çocuklarda ise depresyon geliştiği görülmektedir (54, 83). Bu farkındalık düzeyleri, çocuğun duygusal durumu, baş etme becerileri ve sağlık ekibiyle kurduğu iletişim üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır (67). Bu nedenle, çocukla kurulacak iletişimde gelişimsel özellikleri dikkate alan açık ve dürüst bir yaklaşım benimsenmesi büyük önem taşımaktadır (67, 73).

2.4. Yaşam Sonu Dönemdeki Çocuklara Ölümün Açıklanması

Aile üyelerinin çocuklarıyla ölümcül hastalıkları ve ölüm konusunda konuşması gerekmektedir (24). Çocuklara ölümü açıklama son kararı genellikle ebeveynlere bırakılmaktadır (54). Öncelikle ebeveynler ölüm kavramı konusunda kendi duygularını ve korkularını tanımalıdır. Çocukları ile hastalığına ilişkin bilgileri paylaşmak aile için çok zorlayıcı olmaktadır (24, 54). Aile üyelerinin ya da sağlık personellerinin ölümcül hastalığı olan çocuk ile bu konular hakkında konuşmaması ve konuşmayı ertelemesi, çocuk için koruyucu bir davranış olmayacaktır (54). Hemşire ya da aile üyelerinin hastalık ve ölüm hakkında konuşmasa dahi, çocuklar hastalıklarının ciddiyetini anlayabilmektedir (71, 83).

Kaliteli bir yaşam sonu bakım almanın en önemli ögesi, çocukla ölüm hakkında konuşmak istediğinde konuşulması ve uygun ortamın hemşire tarafından hazırlanmasıdır (73, 83). Bu durumda aileye yardım edilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Kanser hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin %64'ü çocuğuyla yaklaşan ölümü hakkında konuşmak istemediğini belirtmektedir (86). Onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin ölüm sürecinden ve kötü haber vermekten çekindiklerini göstermektedir (87). Çocuklara ölümü açıklamadan önce dikkat edilmesi gereken üç başlık vardır; çocuğun bilişsel ve psikososyal gelişim düzeyi, hastalığa bağlı deneyimleri, dürüst olmaktır (54, 83).

Altı yaş altındaki çocuklara ölüm kavramı, evcil bir hayvanın ya da bir böceğin ölümü gibi somut ve doğal yaşam döngüsü örnekleri üzerinden anlatılabilir (62). Bu yaş grubundaki çocuklar için hikaye okuma, oyuncaklar ve diğer etkileşimli etkinlikler aracılığıyla ölüm hakkında bilgi verilmesi, onların konuyla ilgili soru sormalarını teşvik eder (54, 84). Okul çağındaki çocuklara yapılacak açıklamalarda ise, çocuğun ölümle ilgili önceki bilgi ve deneyimleri dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda, *“Daha önce sahip olduğun bir hayvan öldü mü?”*, *“Daha önce tanıdığın bir kişi öldü mü?”* ya da *“İnsanlar öldükten sonra ne olur?”* gibi sorular sorularak çocuğun konuya ilişkin düşünceleri ve anlamlandırmaları değerlendirilmelidir (54). Alınan yanıtlar doğrultusunda çocuğun yanlış algıları düzeltilmeli, varsa endişeleri tespit edilmeli ve gelişim düzeyine uygun açıklamalar yapılmalıdır (54). Adolesanlarda ise dürüst bir şekilde hastalığı anlatılmalı ve onun görüşler ve istekleri değerlendirilmelidir (54, 73, 84).

Çocuklarla konuşurken sözlü ve sözsüz iletişime dikkat edilmelidir (71). Çünkü çocuklar ebeveynlerin ve sağlık personellerinin tutarsız davranışlarını fark eder (54).

Sorulara kaçamak cevap vermek bazı hemşireler için hem daha kolay hem de daha az duygusal gerginlik yaratır ancak bu durum hemşire ve çocuk hasta arasındaki iletişimin sonlanmasına neden olabilir (54, 62, 67). Çocuklara ölüm kavramını anlatırken en önemli husus özgürce konuşmalarını ve soru sormalarını sağlayabilmektir. Hastalığın kendi hatalarına bağlı olmadığı açıklanmalı ve ailesinin her zaman yanında olacağı söylenmelidir (74). Çocuklara her bireylerin farklı olası nedeniyle, ölüm olgusu için belirli bir zaman, ay veya gün verilemeyeceği söylenmelidir (54, 71, 73).

2.5. Yaşamı Tehdit Edici Hastalığa Karşı Tepkileri ve Baş Etme Yöntemleri

Ölümü anlamak ve kabullenmek bireyde fiziksel, sosyal, bilişsel ve psikolojik durumunu etkileyen zorlayıcı bir olaydır (88). Ölüm olgusunu yaşayan kişilerin acısına karşı tepkileri doğal ve insandır (89). Sağlık profesyonelleri için çocuk hastaların ve aile üyelerinin yaşam sonu bakım sürecinde geçirdiği aşamalarını, duygu ve düşüncelerini anlamak önemlidir. Engel (1964), Kübler-Ross (1969) ve Martocchio (1985) yas sürecini farklı aşamalarda açıklamaktadır (71, 90, 91). Ancak kişilerin ölüme karşı tepkileri ve davranışları her zaman düzenli bir sırada olmayabilir.

Tablo 1. Yas sürecine ilişkin üç teorinin karşılaştırılması (71, 90, 91)

Yas Sürecine İlişkin Üç Teorinin Karşılaştırılması		
Engel (1964)	Kübler-Ross (1969)	Martocchio (1985)
Şok ve İnanmama	İnkar	Şok ve İnanmama
	Öfke/Kızgınlık	Özlem ve Protesto
Farkında Oluşluluğun Gelişmesi	Pazarlık Etme/ Uzlaşma	Keder, Organizasyonsuzluk, Çaresizlik
	Depresyon	Kaderin Tanımlanması
Organize Olma ve Tekrar Yapılanma	Kabul Etme	Organize Olma ve Tekrar Yapılanması

Kübler-Ross tarafından, terminal dönemdeki yetişkinler için tanımlama yapılmış olsa da ölüm ile baş etme yöntemleri, ölümcül hastalık tanısı koyulan çocuklarda ve aile içinde geçerlidir (54, 83, 92). Ayrıca sağlık personellerinde de benzer tepkiler görülebilir (54, 83, 92). Kübler-Ross, insanların ölüm olgusuna karşı tepkilerini beş aşama olarak tanımlamaktadır (91).

2.5.1. İnkâr

Yaşamı tehdit eden hastalığın tanısı öğrenildikten sonra ebeveynlerin yaşadığı şoktur (83). İlk tepki inkardır, örneğin: “*Hayır doğru olamaz, teşhis yanlış olmalı*” sözleri olur (54). Ölümcül hastalığın tanısını kabullenmede aile üyelerine zaman kazandırır ve şok edici etkisini azaltır. Bu durumda ebeveynlerde, tanıya inanmama, çocuklarını başka doktorlara ya da hastanelere getirme, hastalık hakkında konuşmaktan kaçınma, soru sormama davranışları görülebilir (67).

Hemşireler inkar aşamasında ebeveynler için destekleyici rolünde olmalıdır. Aile üyeleri farklı bir teşhis beklentisi içinde olurlar (67). Bu doğrultuda, ilgi göstererek, sorularını yanıtlayarak ve aileye çocuklarının hastalığı ile ilgili verilen bilgileri tekrar açıklayacak yardımcı olabilirler (54, 62, 67).

2.5. 2. Öfke

Teşhisin doğru olduğunun anlaşılması sonrasında öfke duygusuna neden olur (54). Neden kendi çocuklarının başına geldiği konusunda öfkeli olurlar ve öfkelerini kendi benliğine, diğer aile üyelerine, hemşirelere, doktorlara ve başka kişilere yönlendirebilir (67). Bireyler açısından kişisel algılanmamalıdır. Aile tarafından “*Neden bizim çocuğumuz, neden bizim başımıza geldi*” soruları sorulur (62, 67). Ebeveynlerde özellikle suçluluk, depresyon gibi olumsuz duygular gelişir (83). Kendilerini çocuklarının ölümcül hastalığından dolayı sorumlu hisseder ve hastalık seyrince çocuğun bakımındaki kontrolünü kaybettiklerini düşünebilirler (54, 83). Öfke, çocuğun tedavi sürecinde tekrarlayabilir.

Hemşireler, aile üyelerine çocuklarının hastalığından dolayı sorumlu olmadığı güveni vermelidir (67, 83). Aile üyelerine çocuğun spesifik bakım ihtiyaçları [banyo yaptırma, ağız bakımı, nazogastrik sonda (NG) ya da perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile besleme gibi.] öğretilerek, bakıma katılımı artırılabilir (54, 73, 83). Ebeveynlerin acı içerisinde olduğunu bilerek, dinlemesi ve problemleri ile baş edebilmesinde yardımcı olması önemlidir (67).

2.5.3. Pazarlık Etme / Uzlaşma

Pazarlık aşamasında, kaçınmayacağı hastalığı ve sürecini erteleme isteği vardır. Çaresiz ve umudu kalmamış şekilde olayları değiştirme isteği duyar (93). Genellikle spesifik bir zamana (doğum gününe kadar gibi) kadar uzatabilme pazarlığı içinde oldukları gözlenir (83). Bu durumda aile üyelerine karar verme sürecinde yardım edilmelidir (54).

2.5.4. Depresyon

Çocuğun hastalığı ilerledikçe, fiziksel ve bilişsel durumu kötüleştikçe, hastanede kalma süresi uzadıkça, verilmiş bütün tepkilerin ve çabanın gereksiz olduğu düşünülür (67). Sonuç olarak hem aile üyelerinde hem de çocukta derin yas ve depresyon gelişir (54). Hasta çocukların, mutlu olduğu ve sevdiği her şeyi kaybedeceğini anlamasıyla vermiş olduğu tepkidir. Kübler-Ross, depresyonu iki türde tanımlanmıştır (91). Reaktif depresyon, geçmişteki kaybedilenleri düşünme ve hazırlayıcı depresyon, yakın zamanda kaybedilecekleri düşünmedir (54).

2.5.5. Kabul Etme

Terminal dönemdeki çocuk ve ailesinin ölüme karşı verilen tepkilerinin son aşamasıdır ve herkes ölüm gerçeğini kabullenmiş durumdadır (67). Bu dönemde ebeveynleri ile çocuğun beraber zaman geçirmesi, gereksiz tıbbi tedavi ve işlemlerden kaçınılması, çocuğun fiziksel ihtiyaçlarının aile ile birlikte karşılanmasına özen gösterilmelidir (54, 83). Aile üyelerinin çocuğun öleceğini kabullenmesi bakım sürecini kolaylaştıracaktır (94).

2.6. Çocuğun Ölümcül Hastalığının Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Etkisi

Ölümcül hastalığı sebebiyle çocuğun acı ve ızdırap içinde olması bütün aile üyelerini (örneğin: kardeşleri, büyükbaba/ anne) etkilemekte olduğu bilinmektedir (24, 54). Çocuk için yaşam sonu bakım vermekte olan hemşire, diğer aile üyeleriyle de ilgilenmeli ve onlarla iyi ilişkiler kurmaya özen göstermelidir (24). Kaliteli bir yaşam sonu bakım verebilmek için ebeveynlerin çocuklarına karşı olan görevlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (54).

Hastalığın kardeşler üzerindeki etkisi: sağlıklı olan kardeşler kendilerini ‘unutulmuş’ gibi algılayabildiği görülmektedir (95, 96). Bunun nedeni ebeveynlerin hastalığı olan çocukları ile daha fazla zaman geçirmeleri ve diğer çocukların ihtiyaçlarına öncelik veremediklerinden kaynaklanmaktadır (54, 97). Kardeşlere yaş, bilişsel gelişimlerine göre ölümcül hastalık ve kardeşlerinin tedavi süreci hakkında bilgi verilmeli, hastane ziyaretlerinde bulunması sağlanmalıdır (97). Literatürde yapılan çalışmalarda ölümcül hastalığa sahip olan çocukların kardeşlerinde, ağlama, enürezis, kıskançlık, anksiyete, depresyon gibi davranışlar değişiklikleri görülebileceği denilmektedir (54, 98). Kardeşindeki olumsuz duygularının ve davranışlarının normal olduğu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu aile üyelerine anlatılmalıdır (97). Hemşireler, sağlıklı çocukların olumsuz duyguları ile mücadelede onlarla konuşmalı veya psikiyatristten yardım alınmalıdır (54).

Hastalığın büyükbaba/anne üzerine etkisi: büyükbaba/anne ölümcül hastalık tanısının torunlarına ilk konulmasıyla birlikte anne ve babayı geç kaldıkları gerekçesiyle suçlayabilirler (54). Çocuğun anne ve babasının yaşamış olduğu hastalıkla baş etme evrelerini yaşayabilirler (83). Bu dönemde ölümcül hastalığı olan çocuğun ve diğer kardeşlerin bakımına katılmasına olanak sağlanması, onların psikolojik açıdan güçlenmelerini sağlamasına yardımcı olacaktır (54, 83).

2.7. Hemşirelerin Çocuklarda Yaşam Sonu Bakım Vermedeki Roller

Pediyatrik hastalara yaşam sonu bakım sunmanın temel ilkeleri, bütünsel bakımın sağlanmasına ve hastalığa bağlı oluşan semptomların sağlıklı bir şekilde yönetimine öncelik verilmesidir (99). Ebeveynlerin bakım gereksinimlerinin karşılanması, çocukların ve ebeveynlerin hissettiği stresin yönetilmesi gerekmektedir (24, 100). Yaşam sonu bakımda ağrı, iştahsızlık, ishal, konstipasyon, solunum güçlüğü, harekette azalma, bilinç durumunda bozulma gibi semptomlar görülebilmektedir (62, 101).

2.7.1. Çocuğun Fiziksel Bakımı

2.7.1.1. Ağrı

Ölümcül hastalığı olan çocuklarda görülen problemlerin başında ağrı gelmektedir (102). Ağrı, herhangi bir olası doku hasarına bağlı oluşan, kişinin önceki tecrübeleriyle ilişkili, hoş olmayan duyu, öznel ve duygusal deneyimdir (22, 103, 104). Çocuk hastalar kendilerini farklı yollarla ifade edebildiğinden ağrının tanınması için tek yöntem kullanmak yeterli olmayacaktır, güvenilir ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (105). Beşinci yaşam bulgusudur ve çocuklarda yaşam sonu bakımda kronikleşebilir (54).

Ağrı durumunda farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler kullanılır (102). Non farmakolojik yöntemler arasında; kompresyon, masaj, pozisyon verme, trans kutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), hipnoz, dikkat dağınıklık, müzik ve oyun terapileri yer almaktadır (102). Ağrı şiddetine ve patofizyolojisine, çocuğun yaş ve kilosuna, bilişsel gelişimine göre yaklaşımlar belirlenir ve gerekirse farklı grup analjezik ilaçlar verilmektedir (54). DSÖ'nün önerisinde ağrının giderilebilmesi ve 24 saat ağrı takibi yapılabilmesi için, analjezik ilaçların düzenli ve programlı olarak verilmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir (106).

Terminal dönemde çocuklarda şiddetli ve sürekli olan ağrıyı gidermek için sedasyon uygulanmasına, terminal sedasyon denilmektedir (107). Bu durum hemşirelerde

ve hekimlerde etik ikilemlere neden olsa da ağrıyı azaltmak için planlı olarak kullanılmalıdır (16, 54, 102). Yaşam sonu bakımında çocuğun mümkün oldukça rahat ettirilmesi, yeterli ağrı kontrolünü sağlamak için analjezik dozlarında bir sınırlama olmaması gerekir (108). Yaşam sonu bakımında hissedilen acı ve ağrının azaltılması, her hastanın hakkı ve hemşirenin görevleri arasındadır (102, 108).

2.7.1.2. Yetersiz beslenme

Yeterli ve dengeli beslenmenin devamlılığı, hasta çocukların enerjisinde ve fiziksel görüntüsünde iyileşmeyi sağlayacaktır, kendini daha iyi hissedecektir. Yetersiz beslenmenin düzeltilebilmesi için altta yatan neden belirlenerek tedavinin devamını sağlamak daha uygun olacaktır (54). İştahta azalma, ağrının olması, psikolojik nedenler, kemoterapi ve radyoterapi alma, bulantı ve kusma durumlarında görülmektedir (109). Çocuklarda tümör olması iştahı azaltan proteinleri sentezleyerek tat duyusunda bozulmaya, gastrointestinal sistemde (GİS) tıkanıklıklara, sıvı elektrolit dengesinde bozukluklara neden olabilir ve sonucunda bulantı ve kusma gelişebilmektedir (110).

Kemoterapi sürecindeki çocuk hastaların beslenmesinde bazı özel yaklaşımlar benimsenmelidir (83). Öğünler sık aralıklarla ve küçük porsiyonlar halinde, yavaş şekilde verilmelidir ve aşırı sıcak veya soğuk, baharatlı, tatlı yiyecekler ile kafein içeren gıdalardan kaçınılmalıdır (54, 83). Yemek sonrası çocuk yarı oturur pozisyona (semi-fowler) alınmalı ve pozisyon değişiklikleri yavaşça yapılmalıdır (54, 83). Diyet, yüksek kalori ve protein içeriğine sahip besinler ile vitamin destekleri açısından zenginleştirilmelidir (54, 83, 110). Kemoterapinin iştah üzerinde olumsuz etkileri göz önünde bulundurularak, tedavi saatleri yemek zamanlarıyla çakışmayacak şekilde planlanmalıdır (75). Hekim istemiyle antiemetik ilaçlar (ondansetron gibi antiemetik ilaçlar) kullanılabilir (111). Ayrıca, çevrenin hijyenik ve kokusuz olması, ağız hijyenine özen gösterilmesi önemlidir (111). Tüm bu önlemlere rağmen yeterli oral alım sağlanamıyorsa enteral ve/veya parenteral beslenmeye geçilmelidir (110).

2.7.1.3. Solunum Güçlüğü

Terminal dönemdeki çocuk hastalarda tümör metastazı, enfeksiyon, sıvı retansiyonu ve akciğer ödemeine bağlı olarak solunum fonksiyonlarında bozulma görülebilmektedir (54, 62). Solunumda zorlanma durumunda aile üyeleri çocuklarının öleceği korkusuna neden olur. Çocukta anksiyete artışıyla birlikte solunum yolunda sekresyon artışı olabilmektedir (112).

Bu durumda hemşireler solunumu rahatlatmak için mümkünse çocuğu dik pozisyonda oturmali, nemlendirici kullanilarak odanın nemi arttirilmalidir (54). Çocuğun vücudunda sıvı artışı varsa sıvı alımı kısıtlanmalı ve hekim istemine göre diüretik ilaçlar (furosemid gibi diüretik ilaçlar) kullanılır (113). Gevşeme yöntemleri (derin solunum egzersizleri, gevşeme, müzik gibi) kullanılabilir. Sekresyon aspire edilmeli ve oksijen verilmelidir (112). Sekresyonu azaltmak ve solunumu rahatlatmak için opioidler kullanılabilir (103). Nebulize veya sistemik opioid kullanımı hem beyin sapı solunum merkezlerinin duyarlılığının azalmasıyla, nefes darlığı algısı ve hissinin azalması hem de oksijen tüketimini azaltarak, yüksek karbondioksit duyarlılığını azalttığı ve kardiyovasküler fonksiyonu iyileştirmede yararlı etki gösterebildiği ne sürülmektedir (75, 112, 114).

2.7.1.4. Kabızlık (Konstipasyon)

Yaşam sonunda çocuklarda, beslenmede lifli ve sıvı alımında azalma, kas zayıflığı, hareketsizlik, elektrolit dengesizliği, ağrı, ilaçlar (kemoterapik ilaçlar, opioidler, bazı antikolinerjikler), NG olması, merkezi sinir sistemi bozuklukları nedeniyle kabızlık şikayeti görülebilmektedir (54, 114). Kabızlığın önlenebilmesi için çocuğun tedavisi incelenmeli ve nedeni bulunması gerekmektedir (108). Hemşireler nonfarmakolojik olarak, çocukların diyetinde lif ve sıvı alımının artırılması, engel bir durum yoksa karnına ılık kompres ve masaj uygulamalı, hareketliliği artırmalı ve bunun için ayakta durma sehpası kullanılabilir, tuvalet alışkanlığı kazanması sağlanmalı ve klozette otururken çocuğun dizlerinin kalçalarından daha yüksekte olmasını sağlamak için ayaklarının desteklenmesi gerekmektedir (54, 75, 114). Beslenmede kuru erik ve kayısı suyu kabızlığı önlemede faydalı olacaktır (54, 75).

Çocuklarda ve gençlerde kabızlığın tedavisinde doktor istemine bağlı genellikle kullanılan laksatif ilaçlardır (114). Bazı alışmalar, opioid kaynaklı kabızlık (OİK) için Relistor (Metilnaltrekson Bromür) uygulamasının faydalı olacağını göstermektedir (115, 116). Kanama ve enfeksiyon riski olan çocuklarda lavman kullanımından kaçınılmalıdır (54).

2.7.1.5. İşhal (Diyare)

İşhal çoğunlukla yaşam sonunda ocuk ve bakım vericiler tarafından bildirilen bir şikayettir (108). Neden olan faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Diyaresi olan hasta çocuklarda ayrıntılı bir öykü, çoğu nedeni/faktörü açıklığa kavuşturacak ve çocuğa özel yapılabilecek tetkik ve tedavi yaklaşımını ve etkisini belirleyecektir (117). Genellikle tedavide kullanılan antimetabolit ilaçlarla ilişkli olmaktadır (83). Eğer kemoterapi sonucu

ishal gelişirse, bağırsak mukozası iyileşinceye ve ishali duruncaya kadar tedaviye ara verilmesi gerekmektedir (117). İshal, dehidratasyona, elektrolit dengesizliğine ve yetersiz beslenmeye (özellikle mineral vitamin eksikliklerine) yol açabilir (54, 83).

Diyetisyenle birlikte çocuğun tolere edemeyeceği besinlerden kaçınarak bir diyet hazırlanır. Hasta çocuğa yoğurt, pirinç lapası, muz, elma, balık, haşlanmış patates yedirilebilir (75). GİS'i uyaran ve tahrip edecek gıdaların verilmesinden kaçınılır (75). Bol kalorili ve proteinli beslenme sağlanır (54). Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılır ve kaybedilen sıvının replasmanı için doktor istemine göre girişimler yapılmalıdır (118). Perianal bölgenin temiz olmasına özen gösterilir (83). Potasyum ve sodyum içeren sıvıları (örneğin: muz, pirinç, elma püresi ve çaydan oluşan BRAT diyeti) alması sağlanır (118).

2.7.1.6. Anemi

Ölümcül hastalığı olan çocuklarda sıklıkla görülen ve verilen ilaçlara bağlı kırmızı kan hücrelerinde yıkıma ve yapımında bozulma sonucu oluşabilen problemdir (54). Çocuklar, halsiz, yorgun, laterjik ve huzursuz görülebilmektedir (54). Çocukların diyeti demir ve proteinden zengin olacak şekilde düzenlenmelidir. Doktor istemine bağlı kan transfüzyonu yapılabilir (54, 83).

2.7.1.7. Aktivite

Ölümcül hastalığı olan çocuklarda ağrı, yorgunluk gibi nedenlere bağlı olarak fiziksel aktivitede azalma görülmektedir (83). Çocuklar aktif olmaları için hemşireler tarafından desteklenmeli, gerekli durumlarda pasif hareketler yaptırılması sağlanmalıdır (108). Hareketle kabızlık, deri bütünlüğünde bozulma, kas zayıflığını engellenebilir ve psikolojik olarak iyi hissetmeyi artırmaktadır (54).

2.7.1.8. Deri Bakımı

Beslenmenin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin azalması, kemoterapik ilaçlar ve radyoterapi uygulanması sonucu deri bütünlüğünde bozulma terminal dönemde görülmektedir (108). Deri bütünlüğünde bozulma ve basınç yaralarını engellemek için sık aralıklarla pozisyon değişikliği, masaj yapılmalı ve basınç ülserleri ölçeği kullanılarak değerlendirilmelidir (54). Çocuk açısından rahat pozisyon hangisiyse buna izin verilmeli ve mümkünse yastıkla desteklenmelidir (54).

2.7.1.9. Ağız Bakımı

Oral alımı kısıtlı olan çocuklarda ağızda kuruma, lezyonlar ve dudaklarda çatlama olabilir (119). Lösemili çocuklarda dudaklarda hematoma olabilir ve kanama yapabilirler. Hemşireler genel olarak sodyum bikarbonatla solüsyon hazırlayarak ağız bakımı yapabilir (54). Yapılan çalışmada oral mukozit tedavisinde bal kullanımı ile ağız yaralarında daha hızlı iyileşme gözlenmiştir (119). Ağız yaralarında ağrıyı azaltmak için lidokain içerikli topikal ilaçlar kullanılabilir (54).

2.7.2. Nörolojik Semptomlar

Nöbetler, bilinç kaybı ve bilinç bulanıklığı gibi bulgular tümörün büyümesi, beyinde iskemik hasar veya metabolik bozukluklara bağlı olarak gelişebilmektedir (102). Nedeni belirlenerek uygun tedavi seçenekleri belirlenmelidir. Nöbet riskinde antiepileptikler ve bilinç bulanıklığı, huzursuz olan çocuklarda antikolinergik ilaçlar kullanılabilir ve yakın takibi hemşire tarafından yapılmalıdır (102).

2.8. Hemşirelerin Ölümcül Hastalığı Olan Çocuğun Ailesi İçin Yaşam Sonu Bakımdaki Roller

Aile üyeleri için çocuklarının ölümcül hastalığı olduğunu kabullenmek ve bu süreç içerisinde çocuğunun ölümüne tanık olmak yıkıcı bir durumdur (54). Tanı sonrası ailenin yaşadığı ilk şokla birlikte, korku, endişe, öfke, suçluluk duyguları normal bir davranıştır (7, 83). Bu dönemde aile üyeleri, çocuğun ebeveyni olarak yetersiz kaldıklarını ve çocuklarının hastanedeki bakımında eksik olduklarını düşünebilmektedirler (7). Bu durumu ise *‘Anne değildim. Hatta ebeveyn bile değildim. Sadece bir ziyaretçi gibi hissettim.’* sözleriyle ifade ettikleri görülmektedir (7).

Pediatric hemşireleri çocuğun ailesini dinleyebileceği ve yaşamış oldukları zorlu süreçteki duygularını anlatmalarını sağlayabileceği uygun ortam yaratarak, aileyi dinlemeli ve psikolojik olarak rahatlamasını sağlaması gerekmektedir (83). Aile üyeleri için çocuklarının tedavisinde yer almaları ve hemşireler ile ortak bir amaç için çabaladıklarını göstermeleri önemlidir (48, 67). Aile için *‘Hepimiz ortak amaç uğruna çalıştık’* sözleri kendilerinin çocuğun bakımına katılım yönünden daha iyi hissettiklerini göstermektedir (7). Ebeveynlerin, çocuklarının bakımına ilişkin isteklerine saygı duyulması ve mümkünse yerine getirilmesine imkan sağlanmalıdır (67, 71). Çocuk ve ailesinin mahremiyetine, aile

bütünlüğüne özen gösterilmeli ve çocuk ile son anlarını geçirmelerine izin verilmelidir (54, 67, 71).

2.9. Ölümcül Hastalığı Olan Çocukların Tedavisinin Kesilmesine Karar Verme

Çocuk hastalarda hastalığın son evresine gelindiğinde tedavinin devamına ya da tedavinin kesilmesine karar vermek hem aile hem de sağlık ekibi açısından zordur (54). Bu evrede aile üyelerine, çocuğun yararına olacak şekilde bütün seçeneklerin değerlendirilmesi konusunda yardım edilmelidir. Tedavinin kesilmesine karar verilmesinde çocuğun yaşı, hastalığın seyri, çocuğun ağrı duyması ve hastalığa bağlı semptomları, yapılacak tedavi seçenekleri yer almaktadır (67, 71). Hekim, aile üyeleri ile konuşarak tedavinin kesilmesine karar verebilir (54).

Çocuğun hastalığının iyileşme umudunun olmadığı durumda ailesinin bazı tedavilerin devam edip etmeyeceğine ilişkin kararlarına saygı duyulmalıdır (54). Aile üyeleri çocuklarını son dönemde evlerine getirmek isteyebilirler, bu durumda çocuğun evdeki bakımının zorluğu anlatılmalıdır (54). Ancak aile evde devam etmek isterse çocuklarının evdeki bakımları hakkında ayrıntılı bilgi verilmelidir (7, 54).

2.10. Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklarda Yaşam Sonunu Gösteren İşaretler ve Ölüm

Yaşam sonu dönem, ölümcül hastalığı olan çocuk, aile üyeleri ve sağlık çalışanları için duygusal açıdan çok zorlayıcı bir dönemdir. Bu dönemde aile üyeleri çocuklarının son zamanlarında yanına bulunmak isterler (54). Çocuklarının ölüm anında yanında olamayışından, ağrısının olmasından, ölümün bilinmeyişiinden korku duyarlar. Aile üyelerinin çocuklarıyla zaman geçirmesine ve mümkünse çocukları ölürken yanlarında olmasına izin verilmelidir (120).

Sağlık personelleri için ölümün tam zamanını bilmek zordur ancak bazı belirtiler ölüm anının yaklaştığını gösteren birçok semptom vardır (54, 120). Hipotansiyon ve taşikardinin olduğu deliryum, bilinç bulanıklığı; ortalama son 10 gündür (120). Ölüm hırıltısı, Cheyne Stoke solunum: ortalama son 1 gündür (120). Mandibular hareket ile solunum; ortalama son 2.5 saattir (120). Ekstremitelerde siyanoz, kas tonusunda azalma, inkontinans; ortalama son 1 saattir (54, 120).

2.11. Çocuğun Kaybı Sonrası Yas Sürecinin Çözümlemesi

Aile üyelerinde, yaş, cinsiyet, kültür, dini inanç, sosyoekonomik durum, sosyal destek alma gibi faktörler yas sürecini etkilemektedir (24). Çocuğun kaybı sonrası yas

durumunun atlatılması zaman alacaktır ve öncesinde yas evreleri sağlıklı bir şekilde geçirilmelidir (54). Aile, akraba, arkadaş ve sevdikleri kişilerden destek alması faydalı olacaktır (54).

Kayıp yaşama durumunun kabul edilmesi, kişinin büyümesini sağlayan bir tecrübe olacaktır. Aile üyelerinin, yeni uğraşlar edinmesi, sosyal ilişkilerine devam edebilmesi yas evresinin sağlıklı geçirildiğini işaret etmektedir (73). Hemşirelerin aile üyeleri ile iletişime geçerek yasin başarılı olarak çözümlendiğini değerlendirebilir (83).

2.12. Tutum ve Davranış

Kişinin, bir durum ya da nesneye karşı geçmiş deneyimleri ve değer yargılarıyla geliştirdiği, düzenli olan duygu ve davranışı, tutumdur (121). Bireysel tutumlar, bireyleri birbirinden özgül kılan, kültüründen, yetiştirme tarzından ve hayatı boyunca edindiği tecrübelerden etkilenmektedir (42, 121). Tutum, kişinin ne yapması gerektiği konusunda öncülük eden, bilgi birikimi olarak görülmektedir (42). Olumlu tutum, bir olayın istenilen taraflarını görüp istenilmeyen taraflarını dışlama durumu olup, kişide sorunla karşılaşınca çözme isteği ve çözüme kavuşturulamasa da hoşgörülü olmasını sağlar (122). Olumsuz tutum geliştirenlerde ise kişiliği etkilenir ve mutsuz oldukları gözlenir (114).

Davranış; İnsanların kişisel veya toplu olarak gösterdiği tüm faaliyetleri içeren, içsel ya da dışsal uyarıcılardan gelenlere karşı oluşturduğu tepkilerdir (122). İnsan davranışının oluşabilmesi için bir amaç olmalıdır. Davranış şeması sırasıyla; uyarıcı, organizasyon, tepki ve sonucunda davranış şeklindedir (123). Tutumların davranışlarımızı etkilediği bilinmektedir (121-123).

2.13. Pediatri Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Verme Tutum ve Davranışları

Pediatri hemşirelerinin hasta çocuk ve ailesi için kaliteli bir yaşam sonu bakım sunabilmesi, çocuğun onurlu ölümü ve ailenin çocuğun vefatı sonrasında da devam eden yas sürecinde desteklenmesi ile son bulmaktadır (17, 20, 54). Öncelikle pediatri hemşiresi; evrensel olarak kabul edilen 0-18 yaş aralığındaki çocukların fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimlerinin korunması, desteklenmesi, hastalık durumunda ise tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasında önemli rol üstlenen sağlık profesyoneli olarak tanımlanmaktadır (124). Bu kapsamlı sorumlulukların yanı sıra, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip çocuklar ve aileleri için sürecin en hassas aşamalarından biri olan yaşam sonu bakım hizmetlerini de üstlenerek hem mesleki hem de insani açıdan kritik bir görev

ifa etmektedir (54, 99). Pediatrik yaşam sonu bakımın, yalnızca tıbbi bakım değil; terapötik iletişim, psikososyal ve spirüel destek, hasta savunuculuğu, aile eğitimi ve yas sürecine destek gibi alanlarda da sorumluluk taşıdığı belirtilmektedir (37, 125).

Hemşireler çocuk hasta ve ailesi için bakım verirken kendilerine özgü tutum ve davranış geliştirirler (27, 32, 63). Hemşirelerin yaşam sonu bakım sunmadaki tutum ve davranışları, cinsiyeti, aile yapısı, dini inancı, eğitimi, mesleki deneyimleri, çalıştığı klinik ve memnuniyet durumu gibi etmenlere göre şekillenmektedir (126). Pediatri hemşirelerinin yaşam sonu bakım sırasındaki tutum ve davranışlarının olumlu yönelimde olması ölümcül hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerinin geçirecekleri son anlarını daha iyi ve anlamlı kılacaktır (25). Yaşam sonu bakıma ilişkin olumlu tutumları arasında; çocuk ölüm olgusunu kabullenmek, aile bireylerini çocuğun bakımına katılımını sağlamak, aile bireylerine psikolojik destek sağlayabilmek bulunmaktadır (27, 127). Buna ek olarak çocuk ve ailesinin duygularını ifade edebilmelerine imkan sağlamak, çocuğun ağrısını azaltmak, çocuğun ailesiyle geçirdiği zamanlarda esneklik sağlayabilmek, çocuk ve aile merkezli bakım sağlamak gibi tutum ve davranışlara yer verilebilir (5, 10, 16, 20).

Hemşirelerin, ölümcül hastalığa sahip çocuğun bakımı sırasında, çocuğun ve ailesinin yaşadığı korku, inkar, öfke, çaresizlik, suçluluk, depresyon gibi duygu değişiklikleri yaşadıkları bilinmektedir (5, 10, 25). Literatürde yapılan çalışmada hemşirelerin yaşam sonu yaklaşan hastaya ve ailesine bakım hizmeti sunarken anksiyete, üzüntü yaşadıklarını göstermektedir (27, 128). Hemşirelerin çocuklarda etkin yaşam sonu bakım vermede eksik kalmaları, hasta ve aileleriyle çalışırken kendi emosyonel durumlarını yönetemeyişlerine ve yaşadıkları olumsuz duygulardan kaçışa bağlı olarak olumsuz tutum ve davranışlara yönelim içerisinde bulunabilirler (54, 83). 2019'da yapılan araştırmada hemşirelerin bu kaçışı '*hastaya karşı duyarsızlaşma, yabancılaşma*' olarak tanımlanmaktadır (129). Hemşirelerin bakıma ilişkin olumsuz tutumları arasında; çocuk ve yakınlarıyla ölüm hakkında konuşmaktan kaçınmak, çocuk ve ailenin sorularını cevaplamamak, çocuğa bakım vermekten kaçınmak, çocuk ve ailesiyle zaman geçirmek istememek, bakım verme sırasında çocuk ve ailenin görüşünü almamak vardır (22, 25, 33, 45, 46, 127). Hemşirelerin çocuklara tedavi odaklı ve agresif tedaviler yapması, çocuğun ölüm anı yaklaştıkça ailesiyle iletişimi azaltması, çocuğun ölümünü kabullenmemesi, kendisini iyileştirici olarak yetersiz görmesi, aile ve çocuk merkezli bakım sunamaması ve

çocuğun kaybı sonrası aileye yeterli destek sağlayamamak yer almaktadır (5, 10, 16, 20, 55, 92, 130-133).

Sonuç olarak hemşireler zorlayıcı bakımla baş edemediklerinde başarısızlık, çaresizlik, stres yaşadıkları bildirilmektedir (54, 134). Bakım vermede olumlu yönelimlerde bulunan hemşirelerde ise mesleki tatmin duygusunu geliştiği görülmektedir (134). Unutulmaması gereken hayatının son döneminde olan çocuk ve ailesi için bakım sağlayabilmek güç bir olgudur (134). Ancak her türlü yardıma muhtaç olan çocuk ve ailesine hizmet eden hemşire için doyum sağlayan bir deneyim olmaktadır (38, 39).

2.14. Hemşirelerde Yaşam Sonu Bakım Stresi

Hemşirelerde yaşam sonu bakım stresi, yaşam sonu dönemdeki çocuk ve ailesine bakım verirken yaşanan fiziksel ve psikolojik baskı oluşturan duygu, düşünce olarak tanımlanabilmektedir (135, 136). Pediatrik yaşam sonu, aynı zamanda duygusal dayanıklılık ve etik farkındalıkla yürütülmesi gereken bakım hizmetidir (137). Pediatri hemşirelerinin, diğer kliniklerde hizmet veren hemşirelere göre işleriyle ilgili strese karşı daha duyarlı oldukları görülmektedir (138). Özellikle çocuklarda yaşam sonu bakımı vermek pediatri hemşireleri için karmaşık ve zorlayıcı olmaktadır (138).

Hemşirelerin çocuklarda yaşam sonu bakım verirken yaşadıkları strese neden olan birçok faktör tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda pediatrik yaşam sonu bakımda çalışanlar arasında en sık bildirilen stres nedenlerinin hasta kaybı, kaynak eksikliği, klinik iş yükü ve zaman kısıtlamaları, çocuk ve aileyle geçirilen zamanın ve insan kaynaklarının yetersizliği ve geç hastalık teşhisi olarak gösterilmektedir (25, 138). Çocuklarda yaşam sonu bakım kliniklerinin yeterli olmamasından dolayı çocuklar genellikle tedavi gördükleri birimlerde ölür ve pediatrik yaşam sonu bakım vermede yeterli uzmanlaşma (uzman hekim, hemşire gibi) ve destek yapılarında (klinik, zaman, ekipman gibi) eksiklikler olması hemşireler için stres kaynağı oluşturmaktadır (5, 139). Hemşirelerin kliniklerde aynı anda akut hastalığa ve ölümcül hastalığa sahip olan çocuklara bakım vermesinin hemşirelerde strese neden olduğu belirtilmektedir (33). Hemşirelerin aile üyeleri ile iletişim zorlukları yaşaması, ailenin öfkeli olması gibi durumlarda stres yaşadıkları görülmektedir (7).

Literatürdeki çalışmalarda genelde çocuklarda yaşam sonu bakım veren pediatri hemşirelerin stresleri orta ve yüksek seviyededir (25, 32). Çocuklarda yaşam sonu bakım konusunda bilgi eksikliklerinin olması, kadın olması, iletişim güçlüklerinin olması çok sayıda çocuk ölümleri ile karşılaşması hemşirelerde yaşam sonu bakım stresini arttırdığı

bilinmektedir (5, 25, 32, 33, 47, 49). Hemşireler karmaşık bakım sistemlerinde, sıkı tıbbi hiyerarşiler içinde bakım vermeye çalışırken stres yaşamaktadır (41, 140-147). Literatürde yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşam sonu bakımdaki olumlu tutumlarının yaşadıkları stresi azaltmakta etkili olabileceğini göstermektedir (37).

Ölümcül hastalığı olan çocuklara bakım veren hemşirelerin stres ve kaygıdan hem duygusal hem fiziksel olarak etkilenmesi, üzüntü, keder, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı, mutsuzluk ve kendilerinden memnuniyetsizlik yaşadıkları çalışmalarla gösterilmektedir. (34, 146, 149-151). Hemşirelerin yaşadıkları stres, çocuk ve ailesine ideal bakımın sağlanmasını engelleyebilmekte, hastalara karşı duyarsızlaşmasına, bakım hizmetinden kaçınmalarına, işten ayrılmalarına neden olmaktadır (25, 32). Bu nedenlerden ötürü hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pedaitrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisinin incelenmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla nicel araştırma türlerinden tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yer alan Rize, Trabzon, Giresun ve Ordu illerindeki kamu ve üniversite hastanelerinin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapıldı. Rize ilinden, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon ilinden Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü, Giresun ilinden, Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu ilinden, Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi araştırmaya dahil edildi. Doğu Karadeniz Bölgesi'nin illeri arasında yer alan Artvin, Gümüşhane, Tokat ve Bayburt dahil edilmedi. Gümüşhane ve Bayburt illeri merkezinde bulunan devlet hastanelerinin çocuk kliniklerinde görev yapan hemşireler ile telefon aracılığıyla görüşüldü. Terminal dönemdeki çocuk hasta ve ailesine yaşam sonu bakım vermediklerini ve hastaların Trabzon ya da Rize'de bulunan üniversite ya da kamu hastanelere sevk edildiği bilgisi edinildi. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yer alan Tokat ve Artvin illeri ise araştırmacının ulaşım zorluğu nedeniyle araştırmaya dahil edilmedi.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Genel Pediatri ve Çocuk Acil (Rize Devlet Hastanesi yerleşkesinde) kliniği bulunmakta ve bu klinikler toplam 36 yatak kapasitelidir. Araştırmaya kliniklerde çalışan 31 hemşire dahil edildi. Klinikteki hemşireler, 08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi, 3. Basamak Çocuk Yoğun Bakım, Çocuk Hematoloji-Onkoloji, Çocuk Cerrahi, Çocuk Enfeksiyon, Süt Çocuğu, Adolesan, Çocuk Acil kliniklerinde toplam 94 yatak, 1 resüsitasyon odası bulunmaktadır. Pediatri kliniklerinde çalışan 69 hemşire araştırmaya

dahil edildi. Kliniklerde, 08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-24:00 ve 08:00-08:00 mesailerini şeklinde çalışılmaktadır.

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ek kampüsü konumunda olan Numune Kampüsü, Çocuk Hastalıkları, Çocuk Cerrahi, Çocuk Acil, 2. Basamak Çocuk Yoğun Bakım klinikleri bulunmaktadır. Klinikler toplam 56 yataklıdır. Araştırmaya kliniklerde çalışan 33 hemşire dahil edildi. Klinikteki hemşireler, 08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil, Çocuk Cerrahisi, Süt Çocuğu ve Çocuk Enfeksiyon, Yenidoğan Yoğun Bakım ve Genel Yoğun Bakım içinde yer alan Çocuk Yoğun Bakım kliniğı ile toplamda 97 yatak olarak hizmet vermektedir. Araştırmaya kliniklerde çalışan 60 hemşire dahil edildi. Kliniklerde üç farklı mesai sistemiyle (08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-08:00) çalışılmaktadır.

Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Süt Çocuğu, Çocuk Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım ve Çocuk Acil klinikleri bulunmakta ve toplam 44 yatak ile hizmet vermektedir. Araştırma kliniklerde çalışan 38 hemşire ile yürütüldü. Kliniklerde üç farklı mesai sistemiyle (08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-08:00) çalışılmaktadır. Araştırmaya Yenidoğan Yoğun Bakım klinikleri ve kliniklerde hizmet veren hemşireler dahil edilmemiştir. Yenidoğan hemşirelerinin yaşam sonu bakım verirken yaşadıkları stres durumunun değerlendirilmesi için başka bir ölçek geliştirilmiş ve tez araştırmasında kullanılan ölçek yenidoğan hemşirelerini kapsamamaktadır. Araştırma, yukarıdaki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan pediatri hemşireleri dahil edilerek Ekim 2024- Eylül 2025 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yer alan Rize (31 hemşire), Trabzon (102 hemşire), Giresun (60 hemşire) ve Ordu (38 hemşire) illerindeki kamu ve üniversite hastanelerinin çocuk kliniklerinde çalışan toplam 231 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrenle çalışılması amaçlandı. Araştırmaya 162 hemşire dahil edildi. Çocuk kliniklerinde en az altı aydır çalışıyor olmak şartını sağlamayan 8 (Rize'de 2, Trabzon'da 5, Giresun'da 2, Ordu'da 2) ve veri toplama tarihlerinde izinli ya da raporlu olan 10 (Rize'de 2, Trabzon'da 5, Giresun'da 2, Ordu'da 1) ve en az bir çocuk hastaya yaşam sonu bakım verme şartına uymayan 3 hemşire dahil

edilmedi. Literatürdeki çalışmalarda, altı aydan daha az çalışma deneyimine sahip hemşirelerin yeni bir ortama uyum sürecine bağlı ek stres yaşadıkları ve bu nedenle deneyimli hemşirelerden farklı özellikler gösterdikleri belirtilmektedir (32, 37, 39). Bu doğrultuda, araştırmada çocuklarda yaşam sonu bakım verme stresine ilişkin değerlendirmelerin homojen bir örnekleme yapılabilmesi için en az altı aylık çalışma süresi dahil edilme kriteri olarak belirlendi. Ayrıca 48 hemşire gönüllü olarak araştırmaya katılmak istemediğinden dahil edilmedi.

Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

- Çocuk klinik ve yoğun bakımlarda en az 6 aydır çalışan,
- En az bir çocuk hastaya yaşam sonu bakım veren hemşireler araştırmaya dahil edildi.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Veri toplama tarihlerinde izinli veya raporlu olan hemşireler dahil edilmedi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD) (Ek-2), Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği (Ek-3) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (20, 25, 27, 32, 37, 42, 101). Formda hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, çalıştıkları klinik, dini inançları vb.) içeren 14 soru, yaşam sonu bakım ve ölüm kavramıyla ilgili özelliklerini (yaşam sonu bakım ve ölüm kavramıyla ilgili eğitim alma, çocuk ölümü olgusuyla karşılaşmanın mesleğini ve sosyal hayatını etkileme durumu, yaşanan duygu vb.) belirlemeye yönelik 7 soru ve toplamda 21 sorudan bulunmaktadır.

3.4.2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD)

Ölçek, Frommelt tarafından, hemşirelerin ölmek üzere olan hastalara bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve

güvenirliliği Çevik ve Kav tarafından yapılmış olup 30 maddelik, 5'li likert tipi (Tamamen katılıyorum '5', Katılıyorum '4', Kararsızım '3', Katılmıyorum '2', Tamamen katılmıyorum '1' şeklinde puanlanmaktadır) bir ölçektir. Ölçekte olumlu/pozitif ve olumsuz/negatif tutumları içeren eşit sayıda ifadeler bulunmaktadır. Olumlu tutumları, 1., 2., 4., 10., 12., 16., 18., 20., 21., 22., 23., 24., 25., 27., 30. ve olumsuz tutumları, 3., 5., 6., 7., 8., 9., 11., 13., 15., 17., 19., 26., 28., 29. maddeler içermektedir. Ölçeğin puanlamasında, toplam puan olumsuz tutumları içeren maddeler tersine çevrilerek ve olumlu maddelerle toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 30-150 arasında değişmektedir ve puanın yüksek olması hemşirelerin ölmek üzere olan hastalara yaşam sonu bakım verirken tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında Cronbach alpha katsayısı 0.83 olarak saptandı (42, 138). Bu araştırmada ise cronbach's alpha değeri 0.65 olarak elde edildi.

3.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği

Ölçek, ölümcül hastalığı olan çocuklara bakım veren hemşirelerin stres düzeyini ölçmek amacıyla Park ve Ju tarafından geliştirildi. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayran ve Çevik Özdemir tarafından yapıldı. Toplamda 22 maddeden, 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Psikolojik Zorluklar, İletişim Güçlükleri, Ebeveynlerle Çatışma, Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Eksikliği ve Kısıtlı Çalışma Ortamı) ve 5'li likert tipi bir ölçektir (Kesinlikle katılmıyorum '1', Katılmıyorum '2', Emin değilim '3', Katılıyorum '4' ve Kesinlikle katılıyorum '5' şeklinde değerlendirilmektedir). Ölçekten en az 22 en çok 110 puan alınmaktadır ve toplam puan arttığında hemşirelerde yaşam sonu bakım verme stres düzeylerinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak bulundu (5, 25). Bu araştırmada ise Ölçeğin cronbach's alpha değeri 0.95 olarak elde edildi.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere Ekim 2024-Nisan 2025 tarihleri arasında ulaşıldı. Araştırmacı bir devlet hastanesinde hemşire olarak görev yaptığından hafta içi izinli olduğu günlerde kendi imkanlarıyla çalışmanın yapılacağı hastanelere gidildi. Araştırmacı tarafından hemşirelere araştırmanın amacı, hakkında bilgi verilerek, yazılı ve sözlü onamları alındı. Hemşire odasında araştırmacı tarafından veri toplama araçları hemşirelere verilerek doldurmaları istendi. Hemşireler veri toplama araçlarını 20-25 dakika içerisinde yanıtladı ve araştırmacı tarafından geri alındı.

Araştırma verileri hemşirelerin uygun gördüğü gün ve saatte hemşire odasında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1 Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin, tanıtıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, mezun olduğu okul vb.) ve pediatrik yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranış düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Hemşirelerin, çocuklarda yaşam sonu bakım verme stres düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS 27.0) ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk ile değerlendirildi.

Tablo 2. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu (n: 162)

	Kolmogorov-Smirnov p değeri
Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	0.079
Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği	0.021
Psikolojik Zorluklar	0.002
İletişim Güçlükleri	0.003
Ebeveynlerle Çatışma	0.001
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Eksikliği	0.001
Kısıtlı Çalışma Ortamı	0.001

Tablo 2’de sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu yer almaktadır. İlgili literatürde, sürekli değişkenlerin örneklem sayısı 162 olduğundan Kolmogorov-Smirnov testine ait p değerine bakıldı ve p değerinin 0.05’ten büyük olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (152, 153). Araştırmadaki FACTOD sürekli değişkenin normal dağılım gösterdiği, Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği ve alt boyutları değişkenlerinin normal dağılım göstermediği belirlendi. Verilerin analizinde tanımlayıcı

istatistikler, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) kullanıldı. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T Testi, normal dağılıma uymayanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında One-Way ANOVA, normal dağılıma uymayanların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H Testi kullanıldı. Çoklu yanıtlara göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında hangi grupların anlamlı olduğunu Boneferroni Düzeltmesi Testi yapılarak değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen nicel veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's Rho Korelasyonu kullanıldı. Korelasyon katsayısının "0.00-0.30" düşük, "0.30-0.70" orta, "0.70-1.00" yüksek düzeyde ilişki olarak değerlendirilmektedir (152). Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü, Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine bağlı Çocuk Acil, Çocuk Yoğun Bakım, Çocuk Hematoloji-Onkoloji, Çocuk Enfeksiyon, Çocuk Cerrahi ve çocuk hastaların tedavisi yapılan diğer kliniklerde çalışan hemşireler oluşturdu. Bu nedenle Türkiye'deki tüm çocuk kliniklerinde çalışan pediatri hemşirelerini temsil ettiği düşünülemez. Araştırmacının Trabzon'dan gelip verileri toplaması araştırmacının kısıtlılığıdır. Hemşireler için çocukların ölümü ile ilgili konuların konuşulması potansiyel olarak rahatsız edici duygulara neden olabileceğinden, katılımcıların veri formlarını yanıtlarken kendi tutum ve davranışları konusunda endişe duyabileceği ve buna göre cevaplayabileceği araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bu duruma bağlı olarak araştırmada cronbach's alpha değeri 0.65 olarak tespit edildi. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise veriler sadece gönüllü olarak katılan pediatri hemşirelerinden toplandığı için çalışmaya gönüllü katılmayan pediatri hemşirelerindeki bulguların farklılık gösterme durumu bilinmemektedir.

3.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için ilk Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden tez öneri onayı (Tarih: 03.04.2024, Sayı: E-27863166-050.02.04-11821) alındı. "Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum

Ölçeği (FATCOD)” un ve “Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği” nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasını yapan araştırmacılardan e-posta yoluyla izni alındı (Ek 4.). Araştırmanın yürütülebilmesi için, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (Tarih: 01.07.2024, Sayı: E-13562490-050.01.04-527578, Karar No: 6) (Ek 5.), Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (Tarih: 10.09.2024, Sayı: E-23618724-604.01-253450106) (Ek 6.), Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliğinden araştırma izni (Tarih: 18.09.2024, Sayı: 48814514-501.07.01-83463) (Ek 7.), Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (Tarih: 17.09.2024, Sayı: E-41544352-799-254226812) (Ek 8.), Rize İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (Tarih: 30.09.2024, Sayı: E-64960800-799-255332184) (Ek 9.) ve Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (Tarih: 11.11.2024, Sayı: E-35766460-605-26094966) (Ek 10.) alındı. İnsanlarda yapılan bütün çalışmalarda olduğu gibi araştırmamızda da Helsinki Deklarasyonu’na uyuldu. Çalışmanın amacı, önemi, veri toplama araçları, araştırma yöntemi, araştırmanın nerede yapıldığı, süresi, araştırmanın sonucunun hangi amaçla kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak açık bir dille hemşirelere anlatılarak aydınlatılmış onamları (Ek 11.) alındı. Gönüllülük ilkesiyle araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin yanıtladığı veriler sadece araştırma amaçlı olduğu ve başkalarıyla paylaşılmayacağı açıklandı ve gizlilik ilkesine dikkat edildi.

3.10. Araştırma planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisini incelenmek amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 3. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n: 162)

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu (yıl)		
30-23	63	38.8
31-35	32	19.8
36-40	28	17.3
41 ve üzeri	39	24.1
Cinsiyet		
Kadın	141	87.0
Erkek	21	13.0
Medeni durum		
Evli	115	71.0
Bekar	47	29.0
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	103	63.6
Hayır	59	36.4
Yaşadığı yer		
Köy	6	3.7
İlçe	25	15.4
İl	131	80.9
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	17	10.5
Ön lisans	34	21.0
Lisans	99	61.1
Lisansüstü	12	7.4
Çalıştığı birim		
Çocuk yoğun bakım	37	22.8
Çocuk acil	56	34.5
Çocuk onkoloji	3	1.8
Diğer*	66	40.7
Mesleki deneyim süresi (yıl)		
5 ve altı	34	21.0
6-10	36	22.2
11-15	46	28.4
16 ve üzeri	46	28.4
Birimde çalışma süresi (yıl)		
5 ve altı	88	54.4
6-10	31	19.1
11-15	23	14.2
16 ve üzeri	20	12.3
Çalıştığı birimi kendisi seçme durumu		
Evet	96	59.3
Hayır	66	40.7
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu		
Evet	104	64.2
Hayır	58	35.8

Tablo 3. (Devam)

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Mesleğinizi severek ve isteyerek yapma durumu		
Severek ve isteyerek yapıyorum	97	59.9
Kararsızım	42	25.9
Severek ve isteyerek yapmıyorum	23	14.2
	X±SS	Ortanca (Min-Max)
Yaş	34.73±7.73	32 (23-53)
Dini inanç algıları	7.26±2.02	7 (1-10)
Mesleki deneyim süresi (ay)	152.38±97.6	156 (8-432)
Birimde çalışma süresi (ay)	86.31±74.56	60 (7-300)
Çalıştığınız birimden memnuniyet durumu	7.32±1.9	7 (2-10)

* Çocuk enfeksiyon, Süt çocuğu, Çocuk cerrahi, Çocuk hastalıkları, Adolesan, Genel yoğun bakım

Tablo 3'te hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarının ortalaması 34.73±7.73 olup, ortanca yaşı ise 32 olarak belirlendi. Hemşirelerin %38.8'inin 23-30 yaş aralığında, %19.8'inin 31-35 yaş arasında, %17.3'ünün 36-40 yaş arasında ve %24.1'inin ise 41 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Katılımcıların çoğunluğunu kadın hemşireler (%87.0) oluşturdu. Hemşirelerin %80.9'unun ilde yaşadığı, %71.0'inin evli olup, %63.6'sının çocuk sahibi olduğunu belirlendi. Hemşirelerin çoğu lisans mezunu (%61.1) olup ve %7.4'ünün lisansüstü eğitime sahip olduğu saptandı.

Hemşirelerin çalıştıkları pediatrik kliniklere göre dağılımında, %40.7'si diğer kliniklerde (çocuk enfeksiyon, süt çocuğu, çocuk cerrahi, çocuk hastalıkları, adolesan ve genel yoğun bakım birimlerini), %34.5'i çocuk acil biriminde, %22.8'i çocuk yoğun bakımda ve en az çocuk onkoloji (%1.8) biriminde çalıştıkları belirlendi. Mesleki deneyim süreleri, ortalama 152.38±97.6 ay (yaklaşık 12.7 yıl) olduğu, ortanca değerin ise 156 ay olduğu belirlendi. Hemşirelerin %28.4'ü 11-15 yıl arasında çalışmaktadır. Hemşirelerin mevcut birimlerinde çalışma süresi ortalama 86.31±74.56 ay (yaklaşık 7.2 yıl) olup, ortanca süre 60 ay olarak belirlendi. Hemşirelerin 54.4'ü 5 yıl ve altı olamk üzeri süreyle aynı birimde çalışmakta oldukları belirlendi. Hemşirelerin %64.2'si mesleğini isteyerek seçtiğini, %59.9'u mesleğini severek ve isteyerek yaptığı tespit edildi. Hemşirelerin çocuk kliniğinde çalışmaktan memnun olma düzeylerinin ortalaması ise 7.32±1.9 saptandı. Ayrıca hemşirelerin, dini inanç düzey algılarının ortalaması 7.26±2.02 olduğu belirlendi.

Tablo 4. Hemşirelerin yaşam sonu bakım ve ölüm kavramıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n:162)

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çocuklarda yaşam sonu bakım eğitimi alma durumu		
Evet	87	53.7
Hayır	75	46.3
Çocuklarda yaşam sonu bakım eğitimi eğitim kaynağı**		
Lisans / lise eğitim sırasında	64	55.7
Hizmetiçi eğitim	30	26.1
Diğer*	18	18.2
Çalıştığı birimde çocuk ölümüyle karşılaşma sıklığı		
Nadiren karşılaşıyorum	112	69.1
Ara sıra karşılaşıyorum	38	23.5
Sık karşılaşıyorum	12	7.4
Çalıştığı klinikte çocuk ölümüyle ile karşılaşması mesleğini etkileme durumu		
Etkiledi	66	40.7
Etkilemedi	96	59.3
Yaşam sonu bakımı verdiğiniz çocuk öldükten sonra hissedilen en güçlü duygu**		
Keder-üzüntü	99	61.2
Çaresizlik	43	26.5
Başarısızlık	7	4.4
Anksiyete	3	1.8
Suçluluk	2	1.2
Öfke	2	1.2
Korku	2	1.2
Diğer	4	2.5
Yaşam sonu bakım verilen çocuğun ölümünün sosyal yaşamı etkileme durumu		
Etkiledi	58	35.8
Etkilemedi	104	64.2
Yaşam sonu bakım veren hemşirelere yönelik destek olmak önerileri **		
Eğitim vermeli	65	19.0
Psikolojik destek sağlamalı	120	35.1
Rotasyon uygulanmalı	66	19.3
Dinlenmesi sağlanmalı, yeterli izin verilmelidir	80	23.4
Diğer	11	3.2

* Kitap, internet, kongre, seminer

**Çoklu cevap (yüzdelere toplam cevaplar üzerinden alındı)

Tablo 4'te hemşirelerin yaşam sonu bakım ve ölüm kavramıyla ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %53.7'si çocuklarda yaşam sonu bakımı konusunda eğitim aldığı, %46.3'ü ise bir eğitim almadığı saptandı. Bu eğitimi alan hemşirelerin, %55.7'si ilgili bilgiyi lisans/lise eğitimi sırasında, %26.1'i hizmet içi eğitimle ve %18.2'sinin diğer kaynaklardan edindiği belirlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde çocuk ölümüyle karşılaşma sıklığına ilişkin olarak, %69.1'i nadiren, %23.5'i ara sıra ve %7.4'ü sık karşılaştığı belirlendi. Çocuk ölümüyle karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumuna bakıldığında, hemşirelerin %40.7'sinin bu durumun mesleki bakışlarını etkilediğini, %59.3'ünün herhangi bir etkilenme yaşamadığı saptandı. Hemşirelerin bakım verdikleri bir çocuğun ölümü sonrası hissettikleri en güçlü duyguya bakılınca, büyük oranda olan %61.2 keder ve üzüntü, bunu sırasıyla çaresizlik %26.5, başarısızlık %4.4, anksiyete %1.8, suçluluk %1.2, öfke %1.2, korku %1.2 izlediği tespit edildi. Birimde yaşanan çocuk ölümünün sosyal yaşama etkisi bakımında, hemşirelerin %35.8'i bu durumun sosyal yaşamlarını etkilediğini, %64.2'si ise etkilenmediğini ifade ettiği belirlendi. Son olarak, yaşam sonu bakım veren hemşirelere yönelik destek olmak önerileri çoklu yanıt verilmesi istendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin 120'si psikolojik destek sağlanması gerektiğini ifade ederken, 80'i yeterli dinlenme süresi ve izin verilmesini, 65'i eğitim verilmesi, 66'sı birimler arası rotasyon uygulanması ve 11'i diğer desteklerin sağlanması gerektiğini ifade ettiği saptandı.

Tablo 5. FACTOD ve Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n: 162)

	X±SS	Ortanca (Min-Max)
Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	101.98±8.59	101 (81-126)
Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği	80.22±16.05	82 (22-110)
Psikolojik Zorluklar	25.73±5.75	26 (7-35)
İletişim Güçlükleri	17.75±4.1	18 (5-25)
Ebeveynlerle Çatışma	19.39±4.18	20 (5-25)
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Eksikliği	10.59±2.92	11.5 (3-15)
Kısıtlı Çalışma Ortamı	6.76±1.83	7 (2-10)

Tablo 5'te FACTOD ve Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının yer almaktadır. Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım verme konusundaki tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan FACTOD' dan elde edilen ortalama puan 101.98±8.59 olarak belirlendi. Ölçekten alınan puanlar en düşük 81, en yüksek 126 arasında değişim gösterdiği belirlendi. Ölçekten alınabilecek maksimum puana göre değerlendirildiğinde (Ölçekten minimum 30, maksimum 150 arasında puan alınmaktadır), hemşirelerin ölmekte olan bireylere bakım verme ile ilgili olumlu tutumlara sahip olduklarını saptandı.

Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalaması 80.22±16.05 olarak bulundu. Ölçekten minimum 22, maksimum 110 arasında puanlar değişmiş ve ortanca puan 82 olarak saptandı. Diğer bir ifadeyle, hemşirelerin çocuklara yaşam sonu bakım verirken orta düzeyin üzerinde stres yaşadıkları tespit edildi. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, Psikolojik Zorluklar alt boyutu, 25.73±5.75 ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlendi.

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:162)

Sosyo-demografik özellikler	n	X±SS	Ortanca (min-max)	İstatistiksel Analiz Test değeri/ p değeri
Yaş grubu (yıl)				
23-30	63	102.62±8.30	101 (84-123)	KW: 3.140 p= 0.371
31-35	32	102.09±9.49	99.5 (81-121)	
36-40	28	103±7.62	102 (86-126)	
41 ve üzeri	39	100.13±8.96	101 (87-124)	
Cinsiyet				
Kadın	141	102.33±8.62	102 (81-126)	t: 1.327 p= 0.186
Erkek	21	99.67±8.19	99 (89-116)	
Medeni durum				
Evli	115	101.21±8.52	101 (81-126)	MU: 2224.000 p= 0.077
Bekar	47	103.87±8.56	102 (84-124)	
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	103	100.70±8.36	100 (81-126)	t: -2.554 p= 0.012 (p<0.05)
Hayır	59	104.22±8.59	104 (84-124)	
Yaşadığı yer				
Köy	6	106.83±9.22	106.5 (94-118)	F: 2.576 p=0.079
İlçe	25	99.04±8.21	98 (85-121)	
İl	131	102.32±8.53	102 (81-126)	
Eğitim durumu				
Sağlık meslek lisesi	17	98.24±8.66	96 (88-118)	KW: 7.834 p= 0.050
Ön Lisans	34	100.41±9.07	100.5 (84-121)	
Lisans	99	103.08±7.72	102 (85-126)	
Lisansüstü	12	102.67±12.34	103 (81-124)	
Çalıştığı birim				
Çocuk yoğun bakım	37	100.65±7.2	101 (90-114)	F: 1.753 p= 0.158
Çocuk acil	56	100.84±8.87	101 (81-121)	
Çocuk onkoloji	3	99.33±5.51	99 (94-105)	
Çocuk hasta yatan birimler	66	103.82±8.97	103 (85-126)	
Mesleki deneyim süresi (yıl)				
5 ve altı	34	103.11±8.81	101 (84-123)	KW: 2.863 p= 0.413
6-10	36	102.55±8.65	103 (85-121)	
11-15	46	102.54±8.94	101.5 (81-126)	
16 ve üzeri	46	100.13±7.98	100.5 (87-124)	
Birimde çalışma süresi (yıl)				
5 ve altı	88	102.95±9.03 ^a	103 (81-126)	KW: 9.482 p= 0.024 (p<0.05)
6-10	31	99.74±5.93 ^{ab}	100 (87-112)	
11-15	23	104.35±8.74 ^a	102 (91-121)	
16 ve üzeri	20	98.45±8.65 ^{ab}	97.5 (89-124)	

Tablo 6. (Devam)

Sosyo-demografik özellikler	n	X±SS	Ortanca (min-max)	İstatistiksel Analiz Test değeri/ p değeri
Çalıştığınız birimi kendisi seçme durumu				
Evet	96	102.66±9.06	103 (81-126)	MU: 3564.000 p= 0.177
Hayır	66	101±7.81	100 (84-124)	
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu				
Evet	104	101.99±8.66	101.5 (84-124)	t: 0.018 p= 0.986
Hayır	58	101.97±8.54	101 (81-126)	
Mesleğinizi severek ve isteyerek yapma durumu				
Severek ve isteyerek yapıyorum	97	103.10±8.80	103 (84-126)	KW: 7.834 p= 0.050
Kararsızım	42	100.48±7.27	99.5 (89-116)	
Severek ve isteyerek yapmıyorum	23	100±9.47	98 (81-121)	

KW: Kruskal Wallis H Testi; t: Bağımsız İki Örnek T Testi; F: One-Way ANOVA; MU: Mann Whitney U Testi, ^{a-b}Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Tablo 6’da hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş grupları ve tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (Test KW: 3.140, p= 0.371). Tüm yaş gruplarında benzer tutum düzeyleri gözlenmiş olup, 36-40 yaş grubunda ortalama puan 103.00±7.62 ile en yüksek değere ulaştığı belirlendi. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada kadın hemşirelerin tutum puanı ortalaması (102.33±8.62), erkek hemşirelerin ortalamasından (99.67±8.19) daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Medeni duruma göre yapılan analizde, bekar hemşirelerin (103.87±8.56) tutum puan ortalaması evli hemşirelerden (101.21±8.52) daha yüksek olsa da fark anlamlı düzeyde değildir (p>0.05). Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu, FACTOD puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulundu (Test t: -2.554, p= 0.012) (p<0.05). Çocuğu olmayan hemşirelerin yaşam sonu bakım verme tutum puanları (104.22±8.59), çocuğu olanlara göre (100.70±8.36) istatistiksel olarak daha yüksek bulundu.

Yaşanılan yer değişkenine göre puanlar arasında fark tespit edilmekle birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Test F: 2.576, p= 0.079). Eğitim düzeyi, tutum puanları üzerinde sınırdan anlamlılık gösterdiği belirlendi (Test KW: 7.834, p= 0.050). En yüksek tutum puan ortalaması lisans mezunlarında (103.08±7.72) görülürken, en düşük puan sağlık meslek lisesi mezunlarında olduğu belirlendi (98.24±8.66). Çalışılan birimlere göre FACTOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Test F: 1.753, p= 0.158). Ancak çocuk hasta yatan birimlerinde (Çocuk enfeksiyon, Süt çocuğu, Çocuk cerrahi, Çocuk hastalıkları, Adolesan, Genel yoğun bakım) çalışan hemşirelerin puanları

(103.82±8.97), diğer birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek bulundu. Mesleki deneyim süresi ile FACTOD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Test KW: 2.863, p= 0.413). Ancak deneyim süresi arttıkça puan ortalamalarında düşüş gözlemlendi. Özellikle 16 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerde ortalama puan en düşüktür (100.13±7.98). Birimde çalışma süresi açısından yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı fark bulundu (Test KW: 9.482, p= 0.024) (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için ikişerli Mann Whitney U Testi kullanılarak karşılaştırıldı ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmadı. Çalıştığı birimi kendisi seçme, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve mesleğini severek yapma durumu ile FACTOD karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05). Ancak mesleğini severek ve isteyerek yaptığını belirten hemşirelerin ortalama puanlarının (103.10±8.80) daha yüksek değerde olduğu bulundu.

Tablo 7. Hemşirelerin ölüm ve yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:162)

Özellikler	n	X±SS	Ortanca (min-max)	İstatistiksel Analiz Test değeri/p değeri
Çocuk yaşam sonu bakım eğitimi alma durumu				
Evet	87	102.39±8.62	102 (81-124)	t: -0.652
Hayır	75	101.51±8.59	100 (84-126)	p= 0.515
Çocuk yaşam sonu bakım eğitimi kaynağı**				
Lise/Lisans	64	102.78±8.81	102 (86-124)	t: -0.958/p= 0.340
Hizmetiçi Eğitim	30	100.43±9.0	102 (81-124)	MU: 2180.000/p= 0.389
Diğer*		108.25±9.54	106 (100-121)	t: -1.484/p= 0.140
Kitap, internet, kongre, seminer	18	98.27±7.42	101 (86-109)	t: 1.489/p= 0.138
		104.67±14.36	99 (94-121)	t: -0.546/p= 0.586
Çalıştığı birimde çocuk ölümüyle karşılaşma sıklığı				
Nadiren karşılaşıyorum	112	102.3±8.85	102 (81-126)	F: 0.281
Ara sıra karşılaşıyorum	38	101.42±8.43	99 (89-124)	p= 0.756
Sık karşılaşıyorum	12	100.75±6.84	101.5 (87-113)	
Çocuk ölüm ile karşılaşmanın mesleğe bakışını etkileme durumu				
Etkiledi	66	102.48±8.57	103 (87-124)	t: -0.617
Etkilemedi	96	101.64±8.63	101 (81-126)	p= 0.538
Çocuk ölümüyle karşılaşmanın sosyal yaşantıyı etkileme durumu				
Evet	58	101.91±8.21	101.5 (85-126)	t: 0.075
Hayır	104	102.02±8.83	101 (81-124)	p= 0.941

KW: Kruskal Wallis H Testi; t: Bağımsız İki Örnek T Testi; F: One-Way ANOVA; MU: Mann Whitney U Testi.

*Kitap, internet, kongre, seminer

** Çoklu cevap

Tablo 7’de hemşirelerin ölüm ve yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çocuklarda yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin (102.39±8.62), almayanlara göre (101.51±8.59), diğer kaynaklardan (kitap, kongre, seminer ve internetten) eğitim alanların (108.25±9.54), hemşirelik eğitimi ve hizmetiçi eğitim alanlara (100.43±9.0) göre, çalıştığı klinikte nadiren çocuk ölümüyle karşılaşanların diğer gruplara göre (102.3±8.85), çocuk ölümüyle karşılaşmanın mesleğini etkileyenlerin etkilenmeyenlere göre (102.48±8.57), çocuk ölümüyle karşılaşmanın sosyal yaşantısı etkilenenlerin (102.48±8.57) etkilenmeyenlere göre (101.64±8.63) FACTOD puan ortalamaları yüksekti. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Tablo 8. FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki (n: 162)

	Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum	
	r+	p
Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres	0.061	0.443
Psikolojik Zorluklar	-0.016	0.843
İletişim Güçlükleri	0.062	0.432
Ebeveynlerle Çatışma	0.091	0.251
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Eksikliği	0.057	0.470
Kısıtlı Çalışma Ortamı	0.060	0.446

Spearman’s rho korelasyonu; r+= rho değeri

Tablo 8’de FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre, FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Korelasyon katsayıları, tüm değişkenler arasında oldukça düşük düzeyde olup, anlamlılık düzeyde olmadığı görüldü. FACTOD toplam puanı ile genel stres düzeyi arasında pozitif yönlü ancak zayıf ve anlamsız bir ilişki ($r= 0.061$; $p= 0.443$) bulundu. FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği alt boyutları arasında; Psikolojik Zorluklar alt boyutunda ($r= -0.016$; $p= 0.843$) negatif ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki bulundu. İletişim Güçlükleri ($r= 0.062$; $p= 0.432$) ve Ebeveynlerle Çatışma ($r= 0.091$; $p= 0.251$) alt boyut puanları ile FACTOD puanları arasında da zayıf pozitif yönde ancak istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

FACTOD toplam puanı ile Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Eksikliği ($r= 0.057$; $p= 0.470$) ve Kısıtlı Çalışma Ortamı ($r= 0.060$; $p= 0.446$) alt boyut puanları arasında da benzer şekilde zayıf pozitif yönde korelasyonlar saptandı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Diğer bir ifadeyle, hemşirelerin ölmekte olan çocuğa bakım verme ile ilgili olumlu ya da olumsuz tutumları çocuklara yaşam sonu bakım verirken yaşadıkları stresi etkileyen bir faktör değildir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin yaşam sonu bakımı ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisini incelenmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışıldı. Bu araştırmada hemşirelerin çocuklara yaşam sonu bakım verme konusunda olumlu tutumları olduğu saptandı. Ancak pediatri hemşirelerinin ölmekte olan çocuklara bakarken ki streslerinin orta düzeyin üzerinde olduğu görüldü. Bulgular genel olarak hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım verme konusunda olumlu tutumları yaşam sonu bakım streslerini etkilemediğini gösterdi.

Hemşirelerin çocuklarda yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışları çocuklarda verilen yaşam sonu bakımı etkilediği görüldü (154). Çocukların ölüm olgusunu kabullenmek ve ölecek çocuğa bakım vermek zordu. Bu durum pediatri hemşirelerinde başlı başına strese yol açtığı bildirildi (155). Pediatri hemşirelerinin yaşam sonu bakım verme tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve olumlu tutuma sahip oldukları araştırmanın ana bulgusudur (Tablo 5). Ulusal literatürde pediatri hemşirelerin çocuklarda yaşam sonu bakım tutumlarına ilişkin araştırmalara ulaşılamadı. Uluslararası literatürde pediatri hemşireleri ile yapılan çalışmalarda yaşam sonu bakıma ilişkin tutum çalışmaları araştırmanın bu bulgusuyla benzer olduğu ve olumlu tutuma sahip oldukları görüldü (32, 37, 156, 157).

Literatürde, 35 ve üzeri yaşta olanların, kadın cinsiyette olanların, 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olanların yaşam sonu bakım verme tutumlarının olumlu olduğu belirtildi (5, 25, 32, 158). Bu araştırmada pediatri biriminde çalışma süresi 11 ve 15 yıl arasında olan hemşirelerin yaşam sonu bakım verme tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edildi. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin yaşam sonu bakım verme tutumlarının olumlu olduğu, çocuk sahibi olan hemşirelerin ise tutumlarının olumsuz olduğu bu araştırmanın dikkat çekici bulguları arasındaydı (Tablo 6). Araştırmanın bu bulgusuyla literatür benzerlik gösterdi (32, 37, 159). Çocuk sahibi olan hemşirelerin pediatrik hasta kaybı ile daha yoğun duygu yaşadıkları ve bakım tutumlarının olumsuz etkilendiği tespit edildi (32, 37, 159). Ebeveyn olan hemşirelerin, pediatrik yaşam sonu bakım verme tutumlarının olumsuz olması, kendi çocuklarının ölümünden korkmaları, kayıp olgusuna daha kişisel ve duygusal bir perspektiften yaklaşmalarından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Hemşirelerin yarıdan fazlasının lisans mezunu olduğu, çocuklar ile ilgili yaşam sonu bakımı eğitimini lise ve lisans eğitimi sırasında aldığı belirlendi (Tablo 4). Ancak

çocuklarla ilgili aldıkları yaşam sonu bakım eğitimi hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumunu etkilemediği araştırmanın diğer bir bulgusudur ve literatürle farklılık gösterdi (Tablo 7). Çalışmalarda pediatrik yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi (29, 147, 160-162). Literatürde özellikle web tabanlı veya simülasyon temelli yaşam sonu bakım eğitimlerinin hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarını olumlu yönde etkilediğini gösterdi (44, 73, 147, 157, 160, 162-165).

Araştırmada hemşirelerin mesleklerini ve çalıştıkları klinikleri isteyerek seçmelerinin yaşam sonu bakım tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmaması ise dikkat çekicidir (Tablo 6). Benzer şekilde Ji ve You'nun çalışmasında, çalışılan birime göre hemşirelerin yaşam sonu bakım verme tutumları arasında fark bulunmadı (37). Ancak literatürde hematoloji-onkoloji ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarının diğer kliniklerde çalışanlara göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttu (16, 154).

Bu araştırmada aynı klinikte 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarının, daha az çalışma deneyimi olan hemşirelerden düşük puana sahip olduğu ve bunun sonucunda hemşirelerin çocuk hastalarda yaşam sonu bakım verme tutumlarının olumsuz yönde etkilendiği saptandı (Tablo 6). Oysa Park ve Jeong'un araştırmasında, çalışma süresi arttıkça hemşirelerin tutumlarının daha olumlu yönde geliştiğini gösterdi (32). Bu çelişkili sonuçlar uzun süre aynı birimde çalışmanın hem mesleki deneyimin artmasına hem de çocuk ölüm ve kaybına maruz kalma durumlarını arttırarak duygusal yıpranmaya neden olmasıyla açıklanabilir. Nitekim literatürde uzun süreli çocuk ölüm ve kaybına maruz kalmanın tükenmişlik, empati yorgunluğu ve özdeşim çatışmalarını arttırarak hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarını olumsuz etkileyebileceği belirtilti (44, 166, 167).

Bu araştırmada çocuk ölümüyle nadiren karşılaşan hemşirelerin, ara sıra veya sık karşılaşanlara göre daha olumlu yaşam sonu bakım tutumlarına sahip olduğu belirlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 7). Aynı zamanda çocuk ölümüyle karşılaşma deneyiminin mesleki bakış açılarını etkilediğini belirten hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarının olumlu olduğu belirlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 7). Kore'de üçüncü basamak bir hastanede pediatri hemşireleriyle yapılan çalışmada, son bir yılda 10 veya üzerinde çocuk ölümüyle karşılaşan hemşirelerin yaşam sonu bakım vermeye yönelik tutumlarının anlamlı düzeyde olumlu olması,

araştırmanın bu bulgusuyla benzerlik göstermedi (32). İtalya’ da onkoloji kliniğinde yapılan bir çalışma, çocuk ölümüne tanıklığın artması hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini ortaya çıkardı (159).

Literatürde, hemşirelerin çocukların ölüm sürecine tanıklık etmesi yalnızca mesleki yaşantılarını değil sosyal yaşamlarını da derinden etkileyen çok boyutlu bir deneyim olduğunu belirtildi (137, 167). Bu çalışmada çocuk ölümüne tanıklık eden hemşirelerin sosyal yaşamlarının etkilendiği bulundu ve sosyal yaşamları etkilenen hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakım tutumlarının olumsuz olduğu görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 7). Bu sonuç, ölüm sürecine tanıklık eden hemşirelerin sadece mesleki değil, ek olarak bireysel olarak da derin biçimde etkilendiği literatürde sıkça vurgulandı (137, 167). Özellikle pediatrik ölümler, hemşirelerde travmatik etkiler yaratmakta olduğu görüldü (74, 80).

Araştırmada hemşirelerin çocuk ölümüne verdikleri duygusal tepkiler incelendiğinde, en sık bildirilen duyguların keder ve üzüntü ile çaresizlik olduğu görüldü (Tablo 4). Araştırmanın bu bulgusu, yaşam sonu bakım veren hemşirelerde yoğun duygusal yük yaşadıklarını gösteren önceki çalışmalarla örtüşmekteydi (42, 92, 101). Çocuk ölümünün erişkin ölümlerine kıyasla daha travmatik algılanması, hemşirelerin duygusal yüklerini derinleştirdiği yönünde düşünüldü.

Araştırmada pediatrik yaşam sonu bakım veren hemşirelerin yöneticilerden bekledikleri en önemli desteğin, psikolojik destek sağlanması ve uygun dinlenme süresi-yeterli düzenlemeleri olduğu belirlendi (Tablo 4). Bu bulgu kriz anlarında hemşirelere izin verilmesinin ve duygusal toparlanma açısından zaman tanınmasının önemli olduğunu belirten çalışmaların bulgularıyla paralellik gösterdi (40, 41). Çocuk ölümüne tanıklık eden hemşirelerin bireysel baş etme mekanizmalarının çoğu zaman yetersiz kaldığı bu nedenle kurumlar tarafından sağlanacak destek programlarının (örneğin: süpervizyon, danışmanlık ve rotasyon gibi) gerekli olduğu çalışmalarda güçlü bir şekilde vurgulandı (21, 44, 138, 115, 168). Nitekim Lancet Komisyonu tarafından yayınlanan küresel raporda da yaşam sonu bakımın etkin yürütülebilmesi için yalnızca hasta ve ailesi için değil bakım veren sağlık profesyonellerinide kapsamlı bir destek sistemi içerisine alınması gerektiği ifade edilmekteydi (22).

Bu araştırmanın diğer önemli bulgusu da hemşirelerin çocuklara yaşam sonu bakım sunarken tutumlarının genel olarak olumlu olmasına rağmen yaşadıkları stres düzeylerinin

orta düzeyin üzerinde olduğu ve özellikle “Psikolojik Zorluklar” alt boyutunda stresin en yüksek düzeyde yaşandığı belirlendi (Tablo 5). Araştırmanın bu bulgusu pediatri hemşirelerinin çocuklarda yaşam sonu bakım verme stresi yaşadıklarını bildiren önceki çalışmalarla paralellik gösterdi (25, 37, 39, 49, 138, 169, 170). Aynı zamanda literatürde, pediatrik yaşam sonu bakımın erişkin hastaya kıyasla çok daha yoğun duygusal maruziyet içerdiğini, bunda pediatri hemşirelerinde empati yorgunluğu, ikincil travma ve tükenmişlik riskini artırdığını gösterdi (32, 37, 136, 171). Özellikle pediatrik yaşam sonu bakımı kararlarının belirsizlik içermesi, ailelerin yoğun duygusal tepkileri, çocuğun doğal ölüm olarak algılanmaması, erken kayıp olarak algılanması hemşirelerde stresin erişkin hastalardan daha yüksek seviyede seyretmesine neden oldu (5, 25, 32, 37, 99, 136). Bu bağlamda bu araştırmada Psikolojik Zorluklar alt boyutunda hemşirelerin yüksek stres yaşaması uluslararası çalışmalarla uyumlu olduğunu gösterdi (25, 37, 39, 138).

Hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakıma yönelik tutumlarının olumlu olmasına rağmen bu olumlu tutumlarının yaşam sonu bakım stresini azaltmadığı bu araştırmanın ana bulgusudur (Tablo 8). Bu bulgu yetişkin hastalarda yaşam sonu bakım tutumlarının olumlu olması stresi azaltan etkiye sahip olduğunu gösteren çalışma ile çelişki gösterdi (37). Ancak araştırmanın bu bulgusu pediatri alanına ilişkin literatür çalışmasıyla uyum gösterdi (32). Bu konuda yapılan uluslararası ve ulusal araştırmalarda pediatrik hastalara yaşam sonu bakım vermenin erişkin hastaya bakım vermeye kıyasla daha yoğun duygusal yük, etik ikilemler ve aile dinamikleri etkisiyle çok daha karmaşık olduğu belirtildi (16, 20). Benzer şekilde Kore’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşam sonu bakım tutumlarının olumlu olması pediatri hemşirelerinde stresi azaltmadığı ve psikolojik zorlanmaların olumlu tutumdan bağımsız olarak yüksek olduğunu bildirdi (32). Diğer çalışmalarda ise olumlu tutuma sahip olan hemşirelerinde yüksek düzeyde stres yaşadıkları, bunun bakımın yoğunluğu ve sık ölümle karşılaşma gibi faktörlerden kaynaklandığı vurgulandı (7, 16, 20). Hem ulusal hem de uluslararası literatür dahil tüm bu çalışmalar yaşam sonu bakıma dair olumlu tutumların tek başına stresi azaltmakta yeterli olmadığını gösterdi (7, 16, 20). Özellikle çocuğun doğal ölüm olarak görülmemesi, erken kayıp olarak görülmesi, ailelerin bu duruma yoğun duygusal tepki göstermeleri bakım sürecine yansımakta ve hemşirelerin yoğun stres yaşamasına neden olduğu görüldü (7, 32). Bu nedenle pediatrik yaşam sonu bakım vermede olumlu tutuma sahip olmak hemşirelerin stresini azaltmamakta aksine empatik duyarlılığı artırarak stres düzeyini arttırdığını düşündürdü.

Genel olarak bu araştırmanın bulguları hemşirelerin pediatrik yaşam sonu bakımda olumlu tutuma sahip olmalarına rağmen orta düzeyin üzerinde stres yaşadıklarını ve bu stresin yalnızca olumlu tutumla açıklanamayacak kadar çok boyutlu olduğunu ortaya çıkardı. Özellikle literatürde, çocuk ölümüyle ilişkili duygusal yükün, aile merkezli bakımın yoğunluğunun, etik karar verme sürecinin karmaşıklığının, stresin temel belirleyicileri arasında yer aldığı ifade edildi (32, 43, 48, 138, 140, 170). Ayrıca literatürde pediatrik yaşam sonu bakım veren hemşirelerde empati yorgunluğu, ikincil travma ve tükenmişlik riskini arttırdığı belirtildi ve bu durumun hemşirelerde strese yol açtığı görüldü (7, 21). Uluslararası çalışmalarda, hemşirelerin çocuk ölümü karşısında duygusal olarak zorlandığını, streslerinin arttığını ve özellikle destek mekanizlarına duyulan ihtiyacın arttığını gösterdi (32, 37, 136, 171, 172). Tüm bu bulgular birlikte ele alındığında pediatrik yaşam sonu bakım veren hemşirelerin streslerini azaltmak, duygusal iyilik hallerini desteklemek için psikososyal programlara ve kurum temelli düzenlemelerin yapılmasının önemli olduğunu vurgulandı. Aynı zamanda stresin belirleyicilerini daha ayrıntılı biçimde ortaya koyan, farklı destek modellerinin etkinliğini karşılaştırmalı olarak inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğunu gösterdi. Böylece bu araştırma hem klinik bakımın niteliğinin hem de hemşirelerin mesleki dayanıklılığının artırılması için kapsamlı çalışmalara dayanak olacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisini incelenmek amacıyla toplam 162 hemşire ile yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunuldu.

- Araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%87.0), yaş ortalamasının 34.73 ± 7.73 olduğu, %80.9'unun ilde yaşadığı, %61.1'inin lisans mezunu, %40.7'si çocuk hasta yatan birimlerde, %34.5'i Çocuk Acil biriminde, %22.8'i Çocuk Yoğun Bakımda çalıştıkları tespit edildi (Tablo 3).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası çocuklarda yaşam sonu bakımı konusunda eğitim aldığı, yaklaşık 2/3'ünün nadiren çalıştıkları birimde çocuk ölümüyle karşılaştığı ve bakım verdikleri bir çocuğun ölümü sonrası hissettikleri en güçlü duygunun %61.2 ile keder ve üzüntü olduğu saptandı. (Tablo 4).
- FACTOD puan ortalamasının 101.98 ± 8.59 olduğu ve hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken olumlu tutumları olduğu belirlendi (Tablo 5). Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği (80.22 ± 16.05) şeklinde bulundu, hemşirelerin çocuklara yaşam sonu bakım verirken orta düzeyin üzerinde stres yaşadıkları sonucu elde edildi (Tablo 5).
- Çocuk sahibi olmayanların (104.22 ± 8.59) çocuk sahibi olanlardan (100.7 ± 8.36) daha yüksek FACTOD puan ortalamasına sahip olduğu saptandı (Tablo 6).
- Hemşirelerin ölüm ve yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri ile FACTOD puan ortalamalarının arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p > 0.05$) (Tablo 7).
- Son olarak FACTOD ile Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Hemşirelerin, çocuklara yaşam sonu bakım veren hemşirelerin streslerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ve yaşam sonu bakım verme tutum ve davranışlarının olumlu olmasına rağmen yaşadıkları stresi etkilemediği tespit edildi.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunuldu.

- Hemşirelik ve hizmetiçi eğitimlerde çocuk ölümü, yas süreci ve çocuklarda yaşam sonu bakıma ilişkin yapılandırılmış teorik ve klinik uygulamalara entegre edilmiş eğitim programları (örneğin: Simülasyon temelli eğitimler) uygulanmalıdır.
- Özellikle Yoğun Bakım, Acil ve Onkoloji gibi çocuk ölümü ile daha sık karşılaşılan birimlerde çalışan hemşireler için mesleki motivasyon artırıcı uygulamalar desteklenmeli, düzenli psikolojik danışmanlık, travma sonrası destek görüşmeleri, süpervizyon ve destek grupları sağlanmalıdır.
- Yoğun Bakım, Acil ve Onkoloji gibi çocuk ölümü ile daha sık karşılaşılan birimlerde çalışan hemşirelerin sters düzeyleri belirli aralıklarla ölçülmeli, takip edilmeli ve stres düzeyi yüksek olan hemşireler destek programlarına dahil edilmelidir.
- Çok yoğun çocuk ölümlerinin yaşandığı birimlerde hemşirelerin stresleri yüksek olacağından, kısa süreli izin, dönüşümlü çalışma ve çocuk ölümlerinin görülmediği birimlere geçici rotasyon sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin, çocuklarda yaşam sonu bakım vermede yaşadıkları stresin nedenlerinin, destek gereksinimlerine ilişkin daha fazla nicel ve nitel araştırma yapılmalı ve sonuçlar karşılaştırılarak ulusal düzeyde politika önerileri geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Karnik S, Kanekar A (2016). Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare* 4(2): 24.
2. DeSpelder LA, Strickland AL (1996). *The Last Dance: Encountering Death and Dying*. 4. baskı. Mayfield Publishing Company.
3. Heidegger M (2006). *Sein und Zeit*. 19. baskı. Tübingen, Almanya.
4. Bulut HK (2023). Onurlu ölüm. Sözel sunum. 4. Uluslararası Akdeniz ve 3. Uluslararası 8. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Haziran 2023, Erzurum, 20-25.
5. Park SY, Ju HO (2020). Development of an instrument to measure stress in Korean nurses performing end-of-life care for children. *Journal of Pediatric Nursing* 54: 84-90.
6. Ergen G (2002). Ölüm sürecinde olan çocuk: ölümü kabul ve tedavi sürecinde etkili yardım. *Kriz Dergisi* 10(1): 19-27.
7. Barrett L, Fraser L, Noyes J, Taylor J, Hackett J (2023). Understanding parent experiences of end-of life care for children: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Palliative Medicine* 37(2): 178-202.
8. UNICEF (2023). Levels and trends in child mortality: The United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation Report 2022. [Online]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>. [Accessed: 1 Ocak 2024].
9. Türkiye İstatistik Kurumu (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022>. [Erişim Tarihi: 1 Ocak 2024].
10. Özel Yalçinkaya S (2016). Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

11. Can R, Tambağ H, Öztürk M, Kaykunoğlu M, Erenoğlu R, Gümüsoğlu F (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya karşı tutumları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 10(2): 190-200.
12. Karahisar F (2006). Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.
13. Eren G, Baştuğ B, Gidemem H, Kuru Ş, Sen E (2021). 2005-2019 Yılları arasında Türkiye’de basında yer almış çocuk ölümlerinin incelenmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 28(3): 174-181.
14. Ünal S, Zenciroğlu A (2016). Yenidoğanlarda palyatif bakım. Journal of Pediatric Disease 10(2): 149-155.
15. Kavşur Z, Sevimli E (2020). Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi 2(4): 715-730.
16. Çakmak B (2022). Yaşam sonu bakım ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta temelli eğitimin hemşirelik öğrencilerinin bilgi, ölüm sürecinde olan hastaya yönelik tutum ve duygu durumlarına etkisi. Doktora tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
17. WHO (2020). Palliative care [Online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>. [Accessed: 10 Aralık 2023].
18. Kantar M (2017). Pediatrik palyatif bakım. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon –Special Topics 10(1): 42-4.
19. Çifci A (2021). Palyatif ve yaşam sonu bakım. Medicine Palliat Care 2(1): 21-24.
20. Bayram R (2023). Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile iyi ölüm hakkında görüşlerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Trabzon.

21. Connor SR, Downing J, Marston J (2017). Estimating the global need for palliative care for children: A cross-sectional Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 53: 171-177.
22. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Del Rocío Sáenz Madrigal M, Atun R, Foley KM, Frenk J, Jamison DT, Rajagopal MR, Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet (London, England)* 391(10128): 1391-1454.
23. Children's Palliative Care Network (ICPCN) (2022) [Online]. Available from: <https://icpcn.org/>. [Accessed: 26 Aralık 2023].
24. Sarman A, Tuncay S, Sarman E (2021). Pediatrik palyatif bakımda iletişim. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi* 14(2): 237-242.
25. Ayran G, Çevik Özdemir HN (2024). Psychometric properties of the Turkish version of the Stress Scale for Nurses Providing End-of-Life Care for Children. *Palliative and Supportive Care* 22(1): 128-136.
26. Ulusoy S (2019). Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumları. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.
27. Özmen S (2023). Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bu tutum ve davranışları engelleyen ve destekleyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Bilim, Antalya.
28. Cengiz Z, Yıldırım H, Kömürkara S (2020). Hemşirelerde kendini gerçekleştirme, Palyatif bakıma yönelik tutum ve davranışları nasıl etkiler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 8(3): 578-589.
29. Akdeniz Kudubeş A, Özkan S, Semerci R (2022). Hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarında palyatif bakım dersinin yeri: Türkiye uygulaması. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi* 9(1): 17-26.

30. Ferrell B, Virani R, Paice JA, Coyle N, Coyne P (2010). Evaluation of palliative care nursing education seminars. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society* 14(1): 74-79.
31. Polat Ü, Karataş T (2018). Nursing students' knowledge of palliative care at a university in Turkey. *Research and Theory for Nursing Practice* 32(3): 276-295.
32. Park KY, Jeong JH (2021). The relationships of end-of-life care stress with compassionate competence and attitudes toward end-of-life care among pediatric nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care* 24(4): 235-244.
33. Terakado A, Watanabe T (2012). Creation of a questionnaire to measure stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 20(10): 2537-2544.
34. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies* 53: 320-330.
35. Alenezi E, Zeilani RS, Othman EH (2022). Attitude and associated factors toward end of life care among nurses working in Kuwait Hospitals: A Cross-sectional Study. *Indian Journal of Palliative Care* 28(3): 280-286.
36. Park HJ, Lee YM, Won MH, Lim SJ, Son YJ (2020). Hospital nurses' perception of death and selfreported performance of end-of-Life care: mediating role of attitude towards end-of-life care. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 8(2): 142.
37. Ji SI, You HS (2014). The impact of clinical nurses' terminal care attitude and spiritual health on their terminal care stress. *The Korean Journal of Hospice And Palliative Care* 17(4): 232-240.
38. Harputluoğlu N, Çelik T (2020). Pediatric palliative care. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 10(1): 1-7.
39. Hong E, Yang YJ (2015). Factors affecting job stress of pediatric nurses: focusing on self-efficacy, emotional labor, pediatric nurse-parent partnership. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing* 21: 236-243.

40. Seed S, Walton J (2012). Caring for self: The challenges of hospice nursing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 14(7): 1-8.
41. Tunnah K, Jones A, Johnstone R (2012). Stress in hospice at home nurses: A qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *International Journal of Palliative Nursing* 18(6): 283-289.
42. Çevik B (2010). Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
43. Blaževičienė A, Laurs L, Newland JA (2020). Attitudes of registered nurses about the end – of – life care in multi-profile hospitals: a cross sectional survey. *BMC Palliat Care* 19: 131.
44. Jung SY, Song HS, Kim JY, Koo HJ, Shin YS, Kim SR, Kim JH (2023). Nurses' perception and performance of end-of-life care in a tertiary hospital. *Journal of Hospice and Palliative Care* 26(3): 101-111.
45. Cesur A (2022). Pediatrik palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktiviteleri yönetiminde ailelerin ve hemşirelerin deneyimlerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. İzmir.
46. Akbulak M (2022). Pediatrik palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastaların özellikleri ve onlara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
47. Ekedahl M, Wengström Y (2006). Nurses in cancer care--coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 10(2): 128-139.
48. Bloomer MJ, O'Connor M, Copnell B, Endacott R (2015). Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 28(2): 87-92.

49. Forster E, Hafiz A (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing* 21(6): 294-301.
50. Chew YJM, Ang SLL, Shorey S (2021). Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 77(1): 343-354.
51. Im MS, Lee YE (2016). Factors affecting turnover intention in pediatric nurses. *Child Health Nursing Research* 22: 37-44.
52. Kang KA, Hwang AR (2012). Pediatric hospice and palliative care. *Korean Journal Hospital Palliat Care* 15: 131-40.
53. Gauthier T, Meyer RM, Greife D, Gold JI (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing* 30: 402-9.
54. Çavuşoğlu H (2022). Yaşamı Tehdit Edici/Ölümcül Hatalığı Olan Çocuk. Çavuşoğlu Hicran (Ed.), *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 14. Baskı, 1.Cilt, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 133-148.
55. Yılmaz E, Vermişli S (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2(2): 41-46.
56. Linebarger JS, Johnson V, Boss RD, Section on Hospice and Palliative Medicine; Linebarger JS, Collura CA, Humphrey LM, Miller EG, Williams CSP, Rholl E, Ajayi T, Lord B, McCarty CL. (2022). Guidance for pediatric end-of-life care. *Pediatrics* 149(5): e2022057011.
57. Nwobodo EP, Struckinskiene B, Razbadauskas A, Grigoliene R, Agostinis-Sobrinho C (2023). Stress management in healthcare organizations: The Nigerian Context. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 11(21): 2815.
58. Çölgeçen Y, Güney Aslan M (2022). Palyatif ve hospis bakım üzerine bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 20: 134-155.
59. Akşan Bağcık R (2019). Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Ana Bilim Dalı, İstanbul.

60. American Cancer Society (2024). What is hospice care? [Online]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html#:~:text=Hospice%20treats%20the%20person%20and,%2C%20distress%2C%20and%20spiritual%20issues> [Accessed: 10 Mayıs 2025].
61. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C, Gomez-Garcia W, Pastrana T (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain And Symptom Management* 60(4): 754-764.
62. Taşdelen Y, Kürtüncü M (2022). Çocuklarda yaşam sonu bakım ve iyi ölüm kavramı. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi* 6(1): 1-8.
63. Coyle N (2015). Introduction to Palliative Nursing Care. Ferrell B, Coyle N, Paice J (Ed.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, 3-11.
64. Payne S, Lynch T (2015). International progress in creating palliative medicine as a specialized discipline and the development of palliative care. Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3-10.
65. Ürer E (2017). Çocuklarda ölüm ve yas üzerine bir inceleme. *Dini Araştırmalar* 20(52): 131-140.
66. Panagiotaki G, Hopkins M, Nobes G, Ward E, Griffiths D (2018). Children's and adults' understanding of death: Cognitive, parental, and experiential influences. *Journal of Experimental Child Psychology* 166: 96-115.
67. Sarman A, Tuncay S, Sarman E (2021). Çocukta ölüm kavramı, ölümcül hastalığı olan çocuklara ve ailesine yaklaşım. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 3(1): 37-44.
68. Slaughter V (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist* 40(3): 179-186.
69. Slaughter V, Griffiths M (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 12(4): 525-535.

70. Bowlby J (1991). Attachment and loss (2nd ed.). New York, New York: Penguin Books.
71. Törüner EK, Büyükgönenç L (2023). Kronik ve Yaşamı Tehdit Edici Hastalığı Olan Çocuk. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Genişletilmiş 3. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; Sayfa: 123-130.
72. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S (2012). Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 4(4): 566-589.
73. Conk Z, Başbakkal Z, Bal YH, Bolışık B (2021). Kronik ve Yaşamı Tehdit Edici/Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Hemşirelik Yaklaşımı. Conk Zeynep, Başbakkal Zümrüt, Bal Hatice Y, Bolışık Bahire (Ed.), Pediatri Hemşireliği, 3. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara; Sayfa: 925-954.
74. Duman NS (2014). Çocuklarda kanser, ölüm kavramı ve yas. Acta Oncologica Turcica 47(2): 26-30.
75. Kostak MA, Akan M (2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 26(4): 182-192.
76. Bayraktar MM (2017). Jean Piaget'nin bilişsel gelişim kuramına yöneltilen eleştiriler bağlamında Türkiye'de yapılan din eğitimi çalışmalarının değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Konya.
77. Flavell, John H (1963). The Developmental Psychology of Jean Piaget, Princeton, New York: Van Nostrand. doi: 10.1037/11449-000.
78. Kıvılcım M, Doğan DG (2014). Çocuk ve ölüm. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 21(1): 80-85.
79. Yiğit R (2020). Gelişim Kuramları. Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme (Güncellenmiş 2. Baskı). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Mersin; Sayfa: 100-109.
80. Bonoti F, Leondari A, Mastora A (2013). Exploring children's understanding of death: through drawings and the death concept questionnaire. Death Studies 37(1): 47-60.

81. Norero VC (2018). La maduración cerebral en el niño. El caso de la adquisición del concepto de muerte y su evolución [Brain development in childhood. Acquisition and evolution of children's understanding of death]. *Revista Chilena De Pediatría* 89(1): 137-142.
82. Sezer S, Saya P (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 13: 151-165.
83. Çavuşoğlu H (2013). Yaşamı Tehdit Edici/Ölümçül Hatalığı Olan Çocuk. Çavuşoğlu Hicran (Ed.), *Çocuk sağlığı hemşireliği*, 10. Basım, 1. Cilt. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 133-148.
84. Noyes M, Irving H (2015). Family Concerns. Noyes M, Irving H (Ed.), *Caring for a Terminally Ill Child: A Guide for Parents*. American Society of Clinical Oncology (ASCO), 10-20.
85. Glaser B, Strauss A (1968). *Time for Dying*. Routledge Taylor & Francis Group. London.
86. Geest IMM, Heuvel-Eibrink MM, Vliet LM, Pluijm SMF, Streng IC, Michiels EM C, Pieters R, Darlington AS (2015). Talking about death with children with incurable cancer: Perspectives from parents. *The Journal of Pediatrics* 167(6): 1320-1326.
87. Helft PR, Chamness A, Terry C, Uhrich M (2011). Oncology nurses' attitudes toward prognosis-related communication: a pilot mailed survey of oncology nursing society members. *Oncology Nursing Forum* 38(4): 468-74.
88. Kahraman S (2023). Yetişkin bireylerin yas süreçleri ile MMPI-2 profilleri arasındaki ilişki. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi* 4(4): 268-280.
89. Cesur G (2017). Karmaşık yas: Bilişsel-davranışçı model çerçevesinde bir inceleme. *Yayınlanmamış doktora tezi*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.
90. Engel, George L (1964). "Grief and Grieving." *American Journal of Nursing* 64(9): 93-98.
91. Kübler-Ross E (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine* [Çeviren Büyükkal B]. İstanbul: April Yayınevi.

92. Şahin M (2016). Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Aydın.
93. Tarım B (2019). Yas yaşantısında travma sonrası büyüme. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Ordu.
94. Khraisat OM, Alakour NA, O'Neill TM (2017). Pediatric end-of-life care barriers and facilitators: perception of nursing professionals in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care* 23(2): 199-206.
95. Knecht C, Hellmers C, Metzing S (2015). The perspective of siblings of children with chronic illness: a literature review. *Journal of Pediatric Nursing* 30(1): 102-116.
96. Murray JS (2000). Attachment theory and adjustment difficulties in siblings of children with cancer. *Issues in Mental Health Nursing* (21): 149-169.
97. Vermaes IP, Susante AM, Bakel HJ (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology* 37(2): 166-184.
98. Dinleyici M, Dağlı FŞ (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Türk Pediatri Arsivi* 53(4): 205-213.
99. Ranallo L, MSN, RN, AOCNS, CPHON (2017). Improving the quality of end-of-life care in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of The Association of Pediatric Oncology Nurses* 34(6): 374-380.
100. Lloyd M, Urquhart G, Heard A, Kroese B (2008). When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing* 20: 29-34.
101. Hechler T, Blankenburg M, Friedrichsdorf SJ, Garske D, Hübner B, Menke A, Wamsler C, Wolfe J, Zernikow B (2008). Parents' perspective on symptoms, quality of life, characteristics of death and end-of-life decisions for children dying from cancer. *Klinische Padiatrie* 220(3): 166-174.

102. Kocatepe V, Kuşuoğlu S (2021). Yaşam Sonu Bakım. Kuşuoğlu S, Düz kaya Dönmez S (Ed.), Çocuk Acil Hemşireliği, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; Sayfa: 769-777.
103. Kudubeş AA, Bektaş İ, Bektaş M (2021). Çocuklarda ağrı yönetiminde hemşirenin rolü. Journal of Education and Research in Nursing 18(1): 107-113.
104. International Association For The Study Of Pain (IASP). Pain Terms and Definitions. [Online]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> [Accessed: 7 Temmuz 2025].
105. Yılmaz A (2015). Palyatif bakım birimlerinde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri. Uzmanlık tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
106. Kiroğlu O, Köylü M, Surmelioglu N (2024). Çocuklarda akılcı analjezik ilaç kullanımı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 33(2): 91-97.
107. Bhyan P, Shrestha U, Schoo C, Goyal A (2024). Palliative sedation in patients with terminal illness. In StatPearls [Online]. StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470545/> [Accessed: 20 Temmuz 2025].
108. Jassal SS (2016). Symptom control in paediatric palliative care. Paediatrics and Child Health 26(2): 87-88.
109. Muhsiroglu O (2017). Kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisi. Gülhane Medical Journal (59): 79-88.
110. Dinler G (2009). Çocuk Kanser Hastalarında Beslenme. Güncel Pediatri 7(2): 31-36.
111. Jassal SS (2022). Nausea and Vomiting. Jassal SS (Ed.), Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care, London, Sayfa: 130-132.
112. Jassal SS (2022). Dyspnoea. Jassal SS (Ed.), Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care, London, Sayfa: 28-31.
113. Kebudi R (2006). Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 21(1): 37-41.
114. Jassal SS (2022). Constipation. Jassal SS (Ed.), Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care, London, Sayfa: 19-24.

115. Flerlage JE, Baker JN (2015). Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in children and adolescents and young adults with progressive incurable cancer at the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 18(7): 631-633.
116. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone P (2022). Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 9(9): CD006332.
117. Jassal SS (2022). Diarrhoea. Jassal SS (Ed.), *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care*, London, Sayfa: 25-28.
118. Duro D, Duggan C (2007). The BRAT diet for acute diarrhea in children: Should it be used?. *Practical Gastroenterology* 31(6): 60-68.
119. Kobya Bulut H, Gdc Tfekci F (2016). Honey prevents oral mucositis in children undergoing chemotherapy: A quasi-experimental study with a control group. *Complementary Therapies In Medicine* 29: 132-140.
120. Helman A (2015). Episode 70 End of Life Care in Emergency Medicine. [Online]. Available from: <https://emergencymedicinecases.com/end-of-life-care-in-emergency-medicine/>. [Accessed: 10 Temmuz 2025].
121. ŖimŖek ŖM, Ŗelik A, Akgemci T (2015). İnanç ve Tutumlar. *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Yenilenmiş 9. Baskı, Eğitim Yayınevi, Konya; Sayfa: 55-70.
122. ŖimŖek Ŗ M, Ŗelik A, Akgemci T (2015). *Davranış Bilimlerine Giriş*. *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Yenilenmiş 9. Baskı, Eğitim Yayınevi, Konya; Sayfa: 1-17.
123. Güney S (2024). *Davranış Bilimlerinin Temel Kavramları*. *Davranış Bilimleri*. 14. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 13-22.
124. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resm Gazete, 27910, 19 Nisan 2011.
125. Ŗelik R, Kılıçarslan Törüner E (2023). Palliative care and spirituality in neonatal nursing: Literature review. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 25(3): 56-75.
126. Mccallum KJ, Jackson D, Walthall H, Aveyard H (2018). Exploring the quality of the dying and death experience in the emergency department: An integrative literature review. *The International Journal of Nursing Studies* 85: 106-117.

127. Frommelt KH (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 20(1): 13-22.
128. Kudubes AA, Akıl ZK, Bektas M, Bektas İ (2021). Nurses' attitudes towards death and their effects on spirituality and spiritual care. *Journal of Religion and Health* 60: 153-161.
129. Jang SK, Park WH, Kim HI, Chang SO (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the icu using focus group interviews. *Intensive & Critical Care Nursing* 52: 3-8.
130. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2): 39-49.
131. Jackson VA, Sullivan AM, Gadmer NM, Seltzer D, Mitchell AM, Lakoma MD, Arnold RM, Block SD (2005). "It was haunting...": physicians' descriptions of emotionally powerful patient deaths. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 80(7): 648-656.
132. Balducci L (2012). Death and dying: what the patient wants. *Annals of Oncology* 23(3): 56-61.
133. Chochinov HM, Hack TF, McClement S, Kristjanson L, Harlos M (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* 54(3): 433-443.
134. Chong L, Abdullah A (2017). Community palliative care nurses' challenges and coping strategies on delivering home-based pediatric palliative care: A qualitative study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 34(2): 125-131.
135. Menekli T (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi* 5(1): 81-88.
136. Chan WC, Tin AF, Wong KL, Tse DM, Lau KS, Chan LN (2016). Impact of death work on self: existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health & Social Work* 41(1): 33-41.

137. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT (2012). Providing a “good death”: Critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care* 21(3): 174-183.
138. Popa MV, Mîndru DE, Hizanu Dumitrache M, Gurzu IL, Anton-Păduraru DT, Ștreangă V, Gurzu B, Guțu C, Elkan EM, Duceac LD (2024). Stress factors for the paediatric and adult palliative care multidisciplinary team and workplace wellbeing solutions. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 12(9): 868.
139. Altınöz Ü, Demir S (2017). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distress ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 8(2): 95-101.
140. Yang MH, McIlpatrick S (2001). Intensive care nurses’ experiences of caring for dying patients: A phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing* 7(9): 435-441.
141. Källström Karlsson ILK, Ehnfors M, Ternstedt BM (2008). Five nurses’ experiences of hospice care in a long-term perspective. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 10(4): 224-232.
142. Rose J, Glass N (2009). An investigation of emotional wellbeing and its relationship to contemporary nursing practice. *Collegian* 16(4): 185-192.
143. Bailey C, Murphy R, Porock D (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing* 20(23-24): 3364-3372.
144. Harris LJ (2013). Caring and coping: Exploring how nurses manage workplace stress. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 15(8): 446-454.
145. Reid FC (2013). Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *International Journal of Palliative Nursing* 19(11): 541-547.
146. Jordan PJ, Clifford I, Williams M (2014). The experiences of critical care nurses with regard to end-of-life issues in the intensive care unit. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 16(2): 71-84.

147. Kaup J, Höög L, Carlsson ME (2016). Care for dying patients at midlife: Experiences of nurses in specialized palliative home care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 18(6): 564-571.
148. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nursing Journal* 7: 14-21.
149. Powell MJ, Froggatt K, Giga S (2020). Resilience in inpatient palliative care nursing: A qualitative systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 10(1): 79-90.
150. Zanatta F, Maffoni M, Giardini A (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: A systematic review. *Supportive Care in Cancer* 28(3): 971-978.
151. Clayton M, Marczak M (2023). Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliative and Supportive Care* 21(3): 498-514.
152. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N (2010). Sosyal bilimler için istatistik. Altıncı baskı. Pegem Akademi. Ankara; Sayfa: 140-149.
153. Hayran M, Hayran M (2020). Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Üçüncü baskı. Omega Araştırma. Ankara; Sayfa: 49-85.
154. Richoux DN, Chatmon BN, Davis AH, Sweeney B (2022). Factors impacting pediatric registered nurse attitudes toward caring for dying children and their families: A descriptive study. *Journal of Pediatric Nursing* 67: 155-160.
155. Gürçan M, Kumbul E, Atay Turan S (2025). 'Each loss left an imprint on me': A grounded theory study exploring end-of-life care experiences in pediatric oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 76: 102872.
156. Fristedt S, Grynne A, Melin-Johansson C, Henoch I, Hagelin CL, Browall M (2021). Registered nurses and undergraduate nursing students' attitudes to performing end-of-life care. *Nurse Education Today* 98: 104772.
157. Garrino L, Contratto C, Massariello P, Dimonte V (2017). Caring for Dying Patient and Their Families: the lived experiences of nursing students in Italy. *Journal of Palliative Care* 32(3-4): 127-133.

158. Noh SS, Lee CK, Sung YH (2016). Predictors of terminal care performance of clinical nurses for cancer patients. *Journal of Korean Critical Care Nursing* 9: 61-70.
159. Sinigaglia V, Pomicino L, Candotti C, Ait Oumghar H, Bertuol M, Buchini S (2020). Vissuti e strategie di coping di fronte alla morte in oncoematologia pediatrica: studio qualitativo [Experiences and coping strategies of nurses in the face of death in pediatric hematology: qualitative study]. *Professioni Infermieristiche* 73(1): 42-52.
160. Tamaki T, Inumaru A, Yokoi Y, Fujii M, Tomita M, Inoue Y, Kido M, Ohno Y, Tsujikawa M (2019). The effectiveness of end-of-life care simulation in undergraduate nursing education: A randomized controlled trial, *Nurse Education Today* 76: 1-7.
161. Mallory JL (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 19(5): 305-312.
162. Abu Hammad S, Almasri R (2022). Impact of educational programs on nurses' knowledge and attitude toward pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care* 20(3): 397-406.
163. Kudubes AA, Bektas M (2020). The effect of web-based pediatric palliative care education on the palliative care knowledge level and practices of nursing students. *Perspectives In Psychiatric Care* 56(3): 533-540.
164. Adesina O, DeBellis A, Zannettino L (2014). Third-year Australian nursing students' attitudes, experiences, knowledge, and education concerning death and dying. *Nurse Education Today* 34(6): 846-851.
165. Dame L, Hoebeke R (2016). Effects of a simulation exercise on nursing students' end-of-life care attitudes. *The Journal of Nursing Education* 55(12): 701-705.
166. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal* 16(4): 152-159.
167. Akşan K, Yates P, Coyer F (2018). End-of-life care practices of critical care nurses: An exploratory study. *Australian Critical Care* 31(2): 96-101.

168. Beavis J, Davis L, McKenzie S (2020). Clinical supervision for support workers in paediatric palliative care: a literature review. *Clinical Child Psychology And Psychiatry* 26(1): 191-206.
169. Becker CA, Wright G, Schmit K (2017) Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied Nursing Research* 33: 149-154.
170. Ranse K, Yates P, Coyer F (2018). End-of-life care practices of critical care nurses: An exploratory study. *Australian Critical Care* 31(2): 96-101.
171. Meadors P, Lamson A (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care* 22(1): 24-34.
172. Bian W, Cheng J, Dong Y, Xue Y, Zhang Q, Zheng Q, Song R, Yang H (2023). Experience of pediatric nurses in nursing dying children- a qualitative study. *BMC Nursing* 22(1): 126.



Ek 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel amaçlar için kullanılacak, bunun dışında kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Lütfen soruları cevaplamadan önce her birini dikkatlice okuyunuz. Hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermenizdir ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır.

1. Yaş: ...

2. Cinsiyet: 1. Kadın () 2. Erkek ()

3. Medeni durum: 1. Evli () 2. Bekâr ()

4. Çocuk sahibi olma durumu: 1. Evet () 2. Hayır ()

5. En uzun süre yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

1. Köy () 2. İlçe () 3. İl ()

6. Hemşirelik mesleği alanında eğitim durumunu:

1. Sağlık meslek lisesi () 2. Ön lisans () 3. Lisans () 4. Lisansüstü ()

7. Çalıştığı birim:

1. Çocuk yoğun bakım () 2. Çocuk acil () 3. Çocuk onkoloji () 4. Çocuk hasta yatan birimler ()

5. Diğer birim ise belirtiniz:

8. Mesleki deneyim süreniz:

9. Birimde çalışma süreniz:

10. Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?

1. Evet () 2. Hayır ()

11. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

1. Evet () 2. Hayır ()

12. Mesleğinizi severek ve isteyerek yapma durumu:

1. Severek ve isteyerek yapıyorum ()

2. Kararsızım ()

3. Severek ve isteyerek yapmıyorum ()

13. Dini inancınızı algınız, puanlayınız.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Şu an da çalıştığınız birimden memnuniyet durumunuzu puanlayınız.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ek 1. (Devam)

Aşağıdaki tabloda yer alan çocuklarda yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumunuzu ve bu eğitimi nereden aldığınıza göre işaretleme yapınız, eğitim almadıysanız sonraki sorudan devam edebilirsiniz.

Eğitim Konusu	Eğitim alma durumu	Eğitimi nereden aldığınız? Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.
15. Çocuklarda yaşam sonu bakım	Evet () Hayır ()	16. Lise/Lisans eğitim () Kitap ve dergilerden () Kongre ve seminerlerden () İnternet () Hizmet içi eğitim () Diğer ()

17. Çalıştığınız birimde hangi sıklıkta çocuk hasta ölümüyle karşılaşıyorsunuz?

1. Nadiren karşılaşıyorum ()
2. Ara sıra karşılaşıyorum ()
3. Sık karşılaşıyorum ()

18. Ölüm ile karşılaşmak mesleğe bakış açınızı etkiledi mi?

1. Etkiledi ()
2. Etkilemedi ()

19. Bakım verdiğiniz çocuk öldükten sonra hissettiğiniz en güçlü duygu ne oldu?

1. Suçluluk ()
2. Başarısızlık ()
3. Öfke ()
4. Anksiyete ()
5. Çaresizlik ()
6. Korku ()
7. Keder-üzüntü ()
8. Diğer (Lütfen belirtiniz):

20. Biriminizde yaşadığınız bir hastanın ölümü sosyal hayatınızı etkiler mi?

1. Evet ()
2. Hayır () (Lütfen belirtiniz):

21. Sizce yaşam sonu bakım veren hemşirelere destek olmak için yöneticiler neler yapabilir?

1. Eğitim verilebilir ()
2. Psikolojik destek sağlanmalı ()
3. Rotasyon uygulanmalıdır ()
4. Dinlenmesi sağlanmalı, izinleri zamanında verilmelidir ()
5. Diğer (Lütfen belirtiniz):

Ek 2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)

Aşağıdaki ifadelerde hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bazı durumlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amaçlanmaktadır. Tüm ifadeler ölmekte olan birey veya da ailesinin bakımına ilişkin konuları içermektedir. Aşağıda verilen tutum ya da duruma ilişkin kendi düşüncelerinize uygun seçeneği "X" işaretleyiniz. Lütfen 30 maddenin tümünü cevapladığınızdan emin olunuz.

No	İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.					
2	Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.					
3	Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım.					
4	Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.					
5	Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.					
6	Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.					
7	Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.					
8	Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.					
9	Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.					
10	Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					
11	Bir hasta "ölüyor muyum?" diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.					
12	Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.					
13	Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.					
14	Ölmekte olan bir kişi ile arkadaş olmaktan korkarım.					
15	Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.					

Ek 2. (Devam)

No	İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
16	Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.					
17	Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.					
18	Aileler, ölmek üzere olan bireylerinin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.					
19	Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.					
20	Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.					
21	Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır.					
22	Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.					
23	Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.					
24	Asıl karar vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.					
25	Ölmekte olan bir birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır.					
26	Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.					
27	Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.					
28	Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.					
29	Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar.					
30	Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler.					

Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastanın ailesinden değildir.

Ek 3. Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerde çocuklar için yaşam son bakım veren hemşirelerin streslerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. Her madde ölmekte olan çocuk ve/ veya ailesinin bakımına ilişkin konuları içermekte ve toplamda 22 madde bulunmaktadır. Her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra aşağıdaki cevaplara göre X işareti koyarak yanıtlayınız ve lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Emin Değilim (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1. Terminal dönem bakım bilgim eksik olduğunda					
2. Hemşireler tarafından verilen terminal dönem hemşirelik bakımı tutarsız olduğunda					
3. Ölmek üzere olan çocukların terminal dönem bakımıyla ilgili ayrıntılı rehberler eksik olduğunda					
4. Çocuğun ihtiyaçlarının neler olduğunu anlamak zor olduğunda					
5. Çocuğa öleceğini yaşına uygun bir şekilde nasıl açıklayacağımı bilmediğimde					
6. Ölmek üzere olan çocuk için yapabileceğim hiçbir şey olmadığını hissettiğimde					
7. Çocukla ilgili kötü haberleri (tedavi ve prognoz gibi) ebeveynlerine iletmek zorunda kaldığımda					
8. Ebeveynler, çocukları için tedavi süreciyle ilgili aşırı talepte bulunduğunda					
9. Sağlık ekibi ve ebeveynler, çocuğun tedavisinin gidişatı konusunda aynı fikre sahip olmadıklarında					
10. Ebeveynler hemşirelere güvenmiyor gibi görüldüğünde					
11. Ebeveynler, çocuklarının istekleri göz ardı ederek tedavi sürecine kendileri karar verdiğinde					
12. Ebeveynler benden çocuklarına yalan söylememi istediğinde					
13. Çocuğunun ölümünden sonra yas tutan aileye yeterli zaman ayıramadığımda.					
14. Ölmek üzere olan hasta çocuk ve ebeveynleri için özel bir alan sağlayamadığımda					
15. Ölmek üzere olan bir çocuğa canını acıtan bir tedavi yapmak zorunda olduğumda					
16. Çocuklarının ölümünden sonra ebeveynlerine ne söyleyeceğimi bilemediğimde					
17. Ebeveynlerin hastanede uzun süre kalmaları nedeniyle yorgunluklarına tanık olduğumda					
18. Ebeveynler, çocuklarının ölümünü tıbbi bir başarısızlık olarak gördüğünde					
19. Çocuğun ölümüne karşı kayıtsız kalmak zor olduğunda					
20. Bir çocuk hastanın ölümü için sanki kendi çocuğummuş gibi bir kayıp hissi yaşadığımda					
21. Yas tutan ebeveynlerin acısı beni etkilediği zaman					
22. Bir önceki çocuk hastanın ölümünden sonra yaşanan duyguyu atlatamadan ölümcül hastalığı olan diğer çocuklara bakmam gerektiğinde					

Anketimiz bitmiştir, katılımınız için teşekkür ederim.

Ek 5. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Verme ile İlgili Tutum ve Davranışlarının Pediatrik Yaşam Sonu Bakım Verme Stresi Üzerine Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/121
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Canan AKKAYA
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu form, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doçent Doktor Hacer KOBYA BULUT ve Yüksek lisans öğrencisi Canan AKKAYA tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Verme ile İlgili Tutum ve Davranışlarının Pediatrik Yaşam Sonu Bakım Verme Stresi Üzerine Etkisinin İncelenmesi” olup, bu çalışma *hemşirelerin yaşam sonu bakım verme ile ilgili tutum ve davranışlarının pediatrik yaşam sonu bakım verme stresi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla* yapılacaktır. Çalışmada *Hemşire Bilgi Formu, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD), Çocuklar İçin Yaşam Sonu Bakım Veren Hemşirelerde Stres Ölçeği* kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Veri toplama formlarında toplamda 73 madde bulunmaktadır. Tahmini veri toplama formlarının yanıtlanma süresi 25-30 dakikadır. Bu çalışma süresince sizlerden soruları eksiksiz bir şekilde yanıtlamanız beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı;

☐ Kabul ediyorum.

☐ Kabul etmiyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel no:

Tarih: (gün/ay/yıl) :/.../.....

Sorumlu Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel no:

Tarih: (gün/ay/yıl) :/.../.....

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Canan AKKAYA
Uyruğu : T C
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ordu Üniversitesi /Hemşirelik Bölümü	2017
Lise	Akçaabat Anadolu Sağlık Meslek Lisesi/ Hemşirelik	2013

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi	2018-2020
2. Hemşire	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-

YABANCI DİL

İngilizce