



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTELERİNİN VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

Emel KÜÇÜKTATAR

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2023

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTELERİNİN VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

Emel KÜÇÜKTATAR

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2023



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 10.05.2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

(18/04/2023)

Emel KÜÇÜKTATAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans programının her aşamasında derin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sonsuz sabır ve destekleyici yaklaşımıyla sürecimin kolaylaşmasını sağlayan, akademik hayatımda bana önemli bir rol model olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Didem AYHAN'a,

Yüksek lisans sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, eğitimimde katkısı olan tüm alan hocalarıma,

Yoğun çalışma koşulları dahilinde gerek ders dönemi gerek tez döneminde sürecime ortak olan desteklerini bir an olsun esirgemeyen Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Servis ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisans sürecimi tamamlama konusunda bana daima güvenip umut aşılayan sevgili yüksek lisans dönem arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte beni mental olarak mütemadiyen destekleyerek sürecimin kolaylaşmasına katkı sağlayan, sabır ve anlayışına hayran olduğum Yavuz EFE'ye,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu süreçte de sevgi ve desteklerini daima hissettiğim, varlıklarıyla bana güç veren, her koşulda yanımda olan başta canım annem ve tüm aileme sonsuz teşekkür ederim.

Emel KÜÇÜKTATAR

Bandırma, 2023

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bu araştırma acil servise başvuran hastaların yaşam kalitelerini ve ölüme karşı tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımdaki araştırma, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi acil servise başvuran 437 hasta ile Ekim 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) ve Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada sürekli değişkenler ortalama± standart sapma ($X \pm SS$), kategorik değişkenler ise frekans (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Hastaların yaşam kalitesi ve ölüme karşı tutum düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hastaların yaş ortalaması $34,730 \pm 14,609$ olup yaşam kalitesi ölçeği boyutları puan ortalaması sırasıyla fiziksel fonksiyonellik $79,565 \pm 25,001$; fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları $61,442 \pm 39,934$; bedensel ağrı $56,645 \pm 21,116$; genel sağlık algısı $56,284 \pm 20,552$; canlılık $51,682 \pm 21,194$; sosyal fonksiyonellik, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları $54,386 \pm 42,766$; ruh sağlığı $58,407 \pm 17,854$ 'dir. Hastaların Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ise $4,166 \pm 0,783$ 'tür. Bu ölçeğin alt boyutlarından ölüm korkusu ortalama puanı $3,554 \pm 1,334$, kaçış kabullenme $3,516 \pm 1,292$; tarafsız kabullenme $4,901 \pm 1,002$; yaklaşım kabullenme $4,571 \pm 1,354$; ölümden kaçış ise $3,926 \pm 1,396$ olarak bulunmuştur. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların yaşam kalitelerinin artması ile ölüm korkularının azaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların yaşının artmasıyla da yaşam kalitelerinde düşüş görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, ölüm, ölüme karşı tutum, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE QUALITY OF LIFE AND DEATH ATTITUDES OF THE PATIENTS REGISTERED TO THE EMERGENCY

This research was carried out to examine the quality of life and attitudes towards death of patients who applied to the emergency room. The research in descriptive and correlational design was carried out with 437 patients applying to the emergency room of Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital between October 2021 and May 2022. The data of the study were collected through the Personal Information Form, Death Attitudes Profile- Revised (DAP-R) and the Short Form-36 Quality of Life Scale. In the study, continuous variables were shown as mean $\pm$ standard deviation ($X\pm SD$), and categorical variables were shown as frequency (n) and percentage (%). T-test, one-way analysis of variance (Anova) and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used to analyze the differences in scale levels according to the characteristics of the patients. The relationships between the dimensions determining the patients' quality of life and attitudes towards death were examined by correlation analysis. The mean age of the patients was 34.730 ± 14.609 , and the mean score of the quality of life data criteria, respectively physical functioning 79.565 ± 25.001 ; role limitations due to physical problems 61.442 ± 39.934 ; bodily pain 56.645 ± 21.116 ; general health perception 56.284 ± 20.552 ; vitality 51.682 ± 21.194 ; social functionality, role limitations due to emotional problems 54.386 ± 42.766 ; mental health is 58.407 ± 17.854 . The mean score of the patients' Death Attitudes Profile was 4.166 ± 0.783 . The mean fear of death score, which is one of the sub-dimensions of this scale, was 3.554 ± 1.334 , escape acceptance 3.516 ± 1.292 ; neutral acceptance 4.901 ± 1.002 ; approach acceptance 4.571 ± 1.354 ; escape from death was found to be 3.926 ± 1.396 . It was determined that there was a negative, weak and significant relationship between the SF-36 Quality of Life Scale sub-dimension mean scores and the total and sub-dimension mean scores of the Death Attitudes Profile ($p<0,05$). It was determined that the fear of death decreased with the increase in the quality of life of the patients. At the same time, there is a decrease in the quality of life of patients with increasing age.

Keywords: Emergency room, death, attitudes towards death, quality of life.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAYI	
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amaç ve Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Kavramı	4
2.2. Kuramsal Açıdan Sağlık Kavramı	5
2.3. Sağlık Kavramının Açıklanmasına Yönelik Modeller	6
2.4. Sağlığın Sınıflandırılması	8
2.5. Sağlıkla İlgili Olarak Yaşam Kalitesi	9
2.6. Kavramsal ve Kuramsal Açıdan Ölüm	11
2.7. Ölüm Türleri	15
2.7.1. Biyolojik Ölüm	15
2.7.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm	16
2.7.3. Kültürel Açıdan Ölüm	17
2.8. Ölüm Kaygısı	17
2.9. Ölüme Karşı Tutum	19
2.9.1. Ölümü Kabullenmeme	19
2.9.2. Ölüme Meydan Okuma	19
2.9.3. Ölümü İsteme	20
2.9.4. Ölümü Kabullenme	21
2.9.5. Yas Tutma ve Yas Süreci	21

2.9.6. Yas Süreci Evreleri	22
2.9.7. Yas Çeşitleri	23
2.10. Psikiyatri Hemşireliği Açısından Sağlık, Yaşam Kalitesi ve Ölüm Kavramı	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri	30
3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.5.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	31
3.5.3. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	31
3.6. Uygulama	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuç	62
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER	76
9. ÖZGEÇMİŞ	88

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Normal dağılım	34
Tablo 4.2. Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı	34
Tablo 4.3. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları	36
Tablo 4.4. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları	37
Tablo 4.5. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu	38
Tablo 4.6. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu	45
Tablo 4.7. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanları arasında korelasyon analizi	50

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ARK.	: Arkadaşları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
Min-Max	: En küçük, en büyük değer
Ort.	: Ortalama
ÖKTÖ	: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
S.S.	: Standart Sapma
SF-36	: Short Form-36
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşam kalitesi, sağlık ve tıp alanlarında uygulama ve araştırma amaçlı kullanılan önemli bir kavramdır (Haraldstad ve ark., 2019). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile ilişkili olan yaşam kalitesi, toplum tarafından ulaşılması amaç edinilen önemli bir evrensel hedeftir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Sağlığın ayrılmaz bir parçası olan yaşam kalitesi, kapsayıcı bir iyilik kavramı olup çok boyutludur (Lemmon ve ark., 2020). Bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade etmektedir (Aktaş ve Özvurmaz, 2019).

Yaşam kalitesi, genellikle kişinin sağlık durumunu kendisinin değerlendirdiği, subjektif küresel bir ölçüt olduğundan hastanın hastalığı veya durumunu ve tedavisinin yaşamı üzerindeki etkisini öğrenmede yarar sağlamaktadır (Lewandowska ve ark., 2020; Robinson ve ark., 2017). Genellikle hasta tarafından değerlendirilse de bunun mümkün olmadığı koşullarda doktor veya hemşire tarafından değerlendirmesi yapılabilir (Su ve ark., 2021).

Sağlık ekibinin her üyesi hasta ile iletişim ve etkileşim içerisindedir. Bu ekip üyeleri içerisinde hasta ile en fazla vakit geçirip en fazla etkileşimde bulunan ekip üyesi hemşirelerdir (Hartley ve ark., 2020). Bu bağlamda hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler etkin rol alırlar.

Yaşam kalitesini anlamak, hastalık semptomlarının giderilmesini, hastaların bakımını ve rehabilitasyonunu sağlamak için önemlidir. Hastalar tarafından ifade edilen yaşam kalitesi, hastaları etkileyebilecek çeşitli sorunları belirlemek için de kullanılır ve buna bağlı olarak tedavi ve bakımda değişiklikler görülüp iyileşme sağlayabilir (Haraldstad ve ark., 2019). Tüm bunların yanında yaşam kalitesi genel iyilik halini değerlendirmeye yaradığı için hastalık, sağlık gibi kavramlara atfedilen anlamdan etkilenmekte ve bu bağlamda değerlendirilmesi gereken bir süreç haline gelmektedir. Sağlıklı ya da hasta olma rol değişimiyle beraber çevresel, fiziksel ve ruhsal açıdan değişimlere sebep olmaktadır.

Kişinin herhangi bir hastalığı olmadığı halde bedeninde duyduğu rahatsızlığın çok ciddi sorunlar yaratabileceğini, acilen müdahale edilmesi gerektiğini düşünmesi sağlığı konusunda kişiyi endişelendirebilir. Bu durum kişide ölüm düşüncelerini

uyandırıp ölüm kaygısının artmasına yol açar (Ekiz ve ark., 2020; Ardekani ve Kamkar, 2020). Buna bağlı olarak acil olmayan, uygunsuz acil servis başvuruları gerçekleşebilmektedir (Parkinson ve ark., 2021; Morley ve ark., 2018).

Ölüm doğal yaşamın bir parçası olup kaçınılmaz ve geri dönüşsüz bir olgudur (Oates ve Maani, 2022; Turhan, 2021). İnsan öleceğini bilen bir canlıdır (Geçtan, 2020). Bir gün ölecek olduğunu bilmek varoluşsal bir kaygıya sebep olabilmektedir (Polat ve Aşkın, 2017). Ölüm kaygısı, doğumla ortaya çıkan, yaşam boyu insanla süre gelen, insanın varlığı da dahil olmak üzere sahip olduğu her şeyin kaybıyla karşılaşacağını bilincinde olmasının yarattığı duygudur (Öztürk, 2010). Bu kaygının kaynağı bireyler üzerinde farklılık gösterebilmektedir. Kimi bireyler maddi kaynaklarını yitireceği düşüncesi ile kaygılanırken kimi bireyler sevdiklerinden ayrılıp artık onların hayatlarında olmamanın hem kendisine hem sevenlerine yaşatacağı durumu hayal ederek ölüme ilişkin kaygıya sahip olur (Yılmaz, 2008). Kişi kendi ölümüne farklı tepki verirken başkasının ölümüne farklı tepki vermektedir. Ölüme karşı göstermiş oldukları tutumlar konusunda, sahip oldukları hayat ve özellikler sebebiyle farklılık yaşanabilir. Kişinin kendi ölümüne karşı tutumları incelendiğinde; ölümü kabullenmeme, ölüme meydan okuma, ölümü isteme ve ölümü kabullenme tutumları karşımıza çıkarken bir başkasının ölümüne karşı yas tutma şeklinde çeşitli duygu, düşünce ve davranışları içeren tutumlarla karşılaşmaktadır (Karakuş ve ark., 2012).

Yapılan çalışmalar hastaların yaşam kalitesinin arttıkça ölüm kaygısının azaldığını göstermektedir (Jabari ve ark., 2022; Madadi ve Kamkar, 2020). Ölümle yüzleşip kaygı duyan kişi sevdiklerine daha fazla zaman ayırıp yaşamını daha kaliteli hale getirme çabası içerisine girebilir (Sucaklı, 2013; Demirci ve ark., 2016). Aynı zamanda bazı yaşam koşulları etkisiyle ölümü isteyen düşünce yapısı ve davranışları olabilir (Gashi, 2021). Hastaların, yaşam kalitelerinin azalacağına ilişkin yaşadıkları korku ve endişeler, ölümü hızlandırma arzusunun yanında ölümü isteme biçimi olarak intihar girişiminde veya ötenazi talebinde bulunma gibi görülebilmektedir (Crespo ve ark., 2020).

Acil servise yapılan başvurular akut olarak kişinin yaşamını tehdit eden, konforunu bozan ya da yaşam kalitesini dayanamayacağı ölçüde azaltan şikayetler sonucu gerçekleşmektedir (Arkan, Avdal ve Ural, 2019). Bireylerin yaşadığı bedensel ağrılar, rol kısıtlamaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları yaşam kaliteleri üzerinde etki gösterebilmektedir (Demir ve ark., 2021). Buna bağlı olarak bireyleri acil servise

getiren sebep olan yaşamın devamlılığının ve konforunun sürdürülmesi isteğinin hem yaşam kaliteleri hem de ölüme karşı tutumları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde hastalar üzerinde ölüme karşı tutumu değerlendiren çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve bu çalışmalarda konu hakkında yeterli sonuca ulaşılmadığı görülmektedir (Mola ve Crisci, 2001; Todd ve ark., 2013; Kurlychek, 1979). Yapılan literatür taramasında, dünyada ve ülkemizde yaşam kalitesi ve ölüme karşı tutum arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gerekçelerden yola çıkarak acil servise başvuran hastaların yaşam kaliteleri ve ölüme karşı tutumları belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek bulguların, hastaların yaşam kalite düzeylerini keşfedip ölüme karşı tutumları üzerinde farkındalık sağlayarak olumlu tutumlara yöneltme konusunda literatüre fayda sağlayacağı öngörülmektedir. Bu konuda daha fazla bilgiye ulaşılabilme için ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amaç ve Soruları

Araştırmanın amacı; akut tanı, tedavi ve bakımın yapıldığı acil servise başvuran yetişkin hastaların yaşam kaliteleri ile ölüme karşı tutumlarını incelemek amacıyla tasarlanmıştır.

Alt amaçlar:

1. Acil servise başvuran hastaların yaşam kaliteleri nasıldır?
2. Acil servise başvuran hastaların ölüme karşı tutumları nasıldır?
3. Acil servise başvuran hastaların yaşam kaliteleri ile ölüme karşı tutumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Türkçede sağlık kavramının kökü “sağ olmak, hayatta olmak” tır. Sağlık, genel olarak “vücudun ve ruhun esenlik içinde bulunması durumu” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Sağlık kavramı için bazı koşullarda sadece hayatını idame ettiriyor olmak yeterli gelirken, bazı koşullarda bu yeterli gelmeyip beden, ruhen ve sosyal anlamda da mükemmellik, kendini gerçekleştirebilme aranmaktadır (Özdemir, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık kavramının tanımını “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” olarak yapmaktadır (WHO, 2020). DSÖ, sağlığı çok boyutlu ve bütüncül olarak ele alıp pozitif göstergelerle tanımlamış olmanın yanında, negatif parametre olarak değerlendirilen ölüm ve hastalık kavramlarına yer vermeyerek tanımını tıbbi boyut yoğunluğunda yapmıştır. DSÖ’nün yapmış olduğu bu tanım eleştirilerle karşı karşıya kalmasına sebep olmuştur. Örnek olarak bazı bireyler fizyolojik herhangi bir soruna sahip olmasalar da kendilerini mental ve sosyal bakımdan huzurlu hissetmemelerinin açıklaması yapılamamaktadır. Tanımın eleştirildiği bir diğer boyut, tanımda geçen "iyilik" kavramının açıklanma güçlüğü bunun yanında "tam"ın ölçülmesindeki soru işaretleridir (Adak, 2016). 'Tam' esenliğin yüksek standardı ile ilgili olarak, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalıklarda artış gözlemlendiğinden, tanımın amaca uygun ve erişilemez olmasa bile genellikle fazla iddialı olduğu düşünülmektedir (van der Linden ve Schermer, 2022). Ek olarak DSÖ’nün tanımı, herhangi bir kronik hastalığa veya engele sahip bireylerin sağlıklı olarak tanımlanacağını ve tam bir refahın bu kişiler için imkansız olacağını ifade eder (van Druten ve ark., 2022). DSÖ ve Türk Dil Kurumu (TDK)’nun yapmış olduğu sağlık tanımlarına bakılacak olursa bir bireyin sağlıklı olarak nitelendirilmesi için yalnızca fiziksel iyiliğin yanında mental ve ruhsal açıdan da iyi olmasına bağlı olduğu söylenilebilir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (10 Aralık 1948) Madde 25’te canlıların tümünün sağlık hakkını şöyle vurgulamıştır: Hiçbir ayırım gözetmeksizin, tüm canlılar beslenmeden barınmaya, güvenlikten saygıya bütün alanları kapsayacak biçimde iyi

ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan standartlara erişme hakkına sahiptir (United Nations, 2015).

2.2. Kuramsal Açıdan Sağlık Kavramı

Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale sağlık kavramını; iyi olma hali, kişinin sahip olduğu potansiyeli mümkün oldukça üst seviyede tutarak kullanması olarak tanımlamaktadır (Nightingale, 1992).

Roy’a göre sağlık, birey yaşadığı değişikliklere uyum gösterebilme yeteneğine sahiptir. Bu uyum; bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal bütünlüğünü korumak ve devamını sağlamak adına önemlidir (Andrews ve Roy, 1991).

Terris sağlığın tanımını iki yönlü açıklamaktadır. Bunlardan birincisi öznel yön, kişinin kendini iyi hissetmesiyle; ikincisi nesnel yön olup işlevsel yeteneğine sahipliğiyle ilgilidir (Terris, 1975).

Halbert Dunn sağlık tanımını, birey özgürlüğü ve yaratıcı gücünü kullanarak kendini potansiyelinin çıkarabileceği en yüksek düzeye çıkmasıdır şeklinde yapmaktadır (Dunn, 1959). Hoyman’a göre sağlık, dinamik bir süreçtir ve bireyin yaşadığı çevreden, sahip olunan genlerden ve davranışlardan etkilenmektedir. Bireyin bulunduğu çevrenin verimli ve yaratıcı olması iyilik halinin düzeyini yükseltir (Hoyman, 1975).

Knight sağlığı, zıtlıkların uyumu olarak tanımlamıştır. Sağlığın uzak-yakın, yavaş- hızlı gibi zıt durumlar arasında kurulan doğru bir denge ile sağlanabileceğini belirtmiştir (Knight, 1985). Parsons sağlığın, bireylerin işlevsellik düzeyine bağlı olduğunu ifade etmiş olup sağlığı işlevsel model çerçevesinde ele almıştır (Parson, 1951). Adak ise, bireyin toplumsal yaşamın içinde sahip olduğu rol ve sorumluluklarını yerine getirdiği takdirde sağlıklı olabileceğini ve sağlık düzeyinin de yine bu koşula bağlı olduğunu savunmuştur (Adak, 2016).

Tüm bu tanımlardan yola çıkılacak olursa sağlık; her yönüyle birbirine bağlı olan çok boyutlu bir olgudur. Yalnızca fiziksel boyut açısından değerlendirmekle kalmayıp bunun yanında ruhsal, kültürel ve toplumsal açıdan da ayrı düşünülemez. Kişinin sağlıklı olduğundan söz etmenin gerekçesi günlük hayatında her yönden iyilik halinden bahsetmek gerekmektedir (Ekizer, 2020).

2.3. Sağlık Kavramının Açıklanmasına Yönelik Modeller

Sağlık kavramının tanımının yapılmasında çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Sağlık modellerinin sayısı hakkında net bir düşünce var olmamakla birlikte Larson “The Measurement of Health, Concept and Indicators” kitabında bu modelleri genel olarak şöyle sıralamaktadır (Larson, 1991).

1. Tıbbi Model,
2. Holistik Model,
3. İyilik Modeli,
4. Çevre Modeli

Tıbbi modelde hastalığın iyileştirilmesi, bireyin işlevselliğini korumak ve yükseltmek hedeflenmiştir. Holistik model, bireye bütüncül bir bakış açısıyla fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tüm yönlerden yaklaşım sunmuştur. İyilik modeli subjektif sağlığı da dikkate alarak birey üzerinde standardının üstünde bir iyilik hali yakalamaya odaklanmıştır. Çevre modeli ise bireyin çevresine uyum sağlamasını ve çevresi ile optimal düzeyde bir ilişki kurmasıyla ilgilenmektedir (Somunoğlu, 1999).

2.3.1. Tıbbi Model: Bu modelde, sağlık tanımı tıbbi testlerle ve hekim muayenesiyle herhangi bir tanı veya sorunun olmaması ve bireylerin işlevselliklerinin yerinde olması şeklinde yapılmıştır. Bu tanıma göre kişiye sağlıklı diyebilmek için hastalığın olmaması yeterlidir.

Bu modelde; bireyler var olan işlevsellik ve engellik düzeylerine göre listelenebilir, bunlar;

- İyileştirilebilme imkanı bulunan durumlar,
- Sağlığındaki problemlere rağmen, kişilerin işlevselliğini sağlayabildiği durumlar,
- Bireylerin işlevselliğini bir kısım engellemeler ile sürdürebildiği durumlar,
- Engellerin olduğu faaliyetlerde kendi kendine yetebildiği durumlar,
- Bireyin tek başına idare edemediği durumlar olarak açıklanmaktadır.

Tıbbi model; fonksiyonel yeterliliği, morbidite ve mortaliteyi barındırmaktadır. Buna bağlı olarak istatistiklerin geliştirilmesine katkı sağlayarak sağlığın tanımlanmasında da rolü büyüktür (Somunoğlu, 1999; Ezer, 2018).

2.3.2. Holistik Model: Holistik modelde sağlık tanımı, bir insana bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşarak fiziksel sağlığın olmasının yanında sağlığı sosyal ve ruhsal yönden de ele alarak kişinin tam ve ideal bir sağlığa sahip olması şeklinde yapılmaktadır. Bu modelde tıbbi modelin aksine sağlığa, pozitif yönleri ile yaklaşp sağlığın daha çok iyilik haline odaklanırken hastalık gibi negatif yönlerden uzak kalmıştır. Bu modele göre pozitif yönden sağlık; iyilik hali, etkili olma ve üretmeye duyulan isteklilik olarak açıklanmaktadır. Holistik model, sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlar hakkında ölçümler yapılabilmesine olanak sağlamaktadır (Somunoğlu, 1999; Ezer, 2018).

2.3.3. İyilik Modeli: Bu model DSÖ'nün yapmış olduğu iyilik hali tanımının daha detaylı olarak ele almıştır. Bu modelde sağlık kavramı incelenirken kişinin hissiyatına odaklanılmıştır.

İyilik modeline göre sağlık, profesyonel kişilerce bireyin değerlendirilmesinden ziyade kişinin kendi sağlığını, enerjisini, işlevselliğini nasıl algıladığıdır. Bu modelin odağında kişinin başarılı, etkin ve üretici bir yaşama uygunluğu ele alınmaktadır. Kişinin geleceğe yönelik umudu ve sağlık durumunda gelişme ve ilerleme üzerinde durulmuştur.

Bu model özellikle dört boyut üzerinde odaklaşmaktadır. Bu boyutlar; fiziksel aktivite, bilinçli beslenme, stres yönetimi ve kendine karşı sorumluluktur.

İyilik modelinin eleştirildiği nokta; bireylerin subjektif sağlıklarını değerlendirmelerinin ölçülmesinde birtakım zorluklar yaşanabilir olmasıdır. Bunun temel sebebi olarak bireylerin yaşam koşullarının, tercihlerinin, yaş, kültür ve daha birçok faktörün iyilik halini yorumlamalarını etkiliyor olmasıdır.

Bu modelin eleştirilen bir diğer yönü ise; sağlık tanımına kişinin mutluluğunu ve hayat standartlarının nitelikli olma özelliğini de dahil etmesidir. Bu sebeple bir kişi tıbbi model yönünden sağlıklı olarak değerlendirilebilecekken iyilik modeline göre mutluluğu ve hayat standartlarının da sorgulanmasının ardından sağlıklı olup olmadığı söylenebilmektedir (Somunoğlu, 1999).

2.3.4. Çevre Modeli: Sağlığı tanımlamada kullanılan bir diğer model olan çevre modelinde sağlık tanımı oldukça kapsamlı ve evrensel bir nitelik taşımaktadır. Bu modelde vurgulanan, nasılsa insan bir birey olarak içinde bulunduğu ortamı etkiliyorsa aynı zamanda devamlı değişime uğrayan çevre de bireyi etkiliyor olup hiç kimsenin bulunduğu yerden bir diğer deyişle dünyadan soyutlanmasının mümkün olmayacağıdır. Buna dayanarak bu modelde sağlık; canlı varlığın içinde bulunduğu

çevreye adapte olabilmek için sarf ettiği çabanın kesintisiz bir biçimde devam eden uyumu şeklinde tanımlanmaktadır. Hastalık tanımı ise hatalı bir durum ve uyum gösterememe şeklinde yapılmaktadır.

Bu modele göre kişilerin sağlık statülerinin iyi olması belli gerekçelere bağlıdır. Bunlar; yaşadığı kişilere karşı anlayışlı davranıp aynı anlayışı karşı taraftan da görmesi ve düşünce yapısına uyan bir çevre içerisinde bulunmaları gerektiğidir (Somunoğlu, 1999).

2.4. Sağlığın Sınıflandırılması

Sağlık kavramının tanımı daha iyi yapılabilmesi adına subjektif ve objektif olarak iki alt başlıkta incelenebilir (Öztürk ve Kırac, 2019).

Subjektif sağlık: Subjektif sağlık, kişinin kendini nasıl hissettiği ile ilgilidir. Kişi kendi durumunu, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan algılayıp yorumlar. Birey bu bakış açısıyla kendini hastayken sağlıklı, sağlıklıyken hasta olarak yorumlayabilir (Tufan ve ark., 2018).

Objektif sağlık: Kişinin hekim muayenesi ve tıbbi tetkiklerden geçmesinin ardından herhangi bir hastalık tanısı almadığı durumdur. Bu durumda kişiye tam anlamda sağlıklı denilebilmesi için hem hekim kontrolüyle hastalığın ekarte edilip objektif sağlığının kesinleşmesi hem de kişi kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi gerekmektedir (Akdeniz ve Koçoğlu Tanyer, 2020).

Bazı bilim adamları, sağlık kavramının çok geniş anlamlara sahip olduğunu bu anlamların da kavramın içerdiği çeşitli boyutların incelenmesi ile ortaya çıkarılabileceğini savunmuşlardır. Sağlık çok boyutlu bir kavram olmasının yanında doğrudan ve dolaylı yoldan sağlık durumunu etkileyen birbiriyle bağlantısı olan çok sayıda faktör barındırır. Psikososyal ve bedensel sağlık veya iyilik halini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörler; çevre, davranış, genetik ve kişinin faydalandığı sağlık hizmetleri imkanlarıdır (Tengilimoğlu ve ark., 2014). Sağlık durumuna etki eden faktörlerin etki düzeyleri birbirlerine göre değişkenlik içermektedir. Bu faktörler önem sırasına göre çevre, yaşam tarzı, genetik ve sağlık hizmetleri şeklinde sıralanabilir. Sağlık durumunu etkileyen dört etkenin her biri birbiriyle ilişki halinde olup aynı zamanda birbirini de etkilemektedir (Schulz ve Johnson 2003).

Kişinin biyolojik yapısına ek olarak içerisinde bulunduğu, doğup büyüdüğü, barındığı, sağlık hizmetlerinden yararlandığı çevre de sağlığının tüm boyutlarını

etkilenmekte ve bu boyutlar üstünde değişiklik göstermektedir (Ünsal, 2017; WHO, 2018).

Kişinin sağlığını etkileyen en önemli özelliklerden biri de benimsemiş olduğu yaşam tarzıdır. Sağlıksız, düzensiz ve yetersiz beslenme, alkol, sigara ve madde tüketimi; fiziksel aktiviteden uzak davranışların görüldüğü bir yaşamda bu eylemler kişinin sağlığında olumsuz etki yaratmaktadır (Öztürk ve Kıracı, 2019).

Genetik olarak anne babadan aktarılan tüm sağlık sorunları, kişinin bugünkü sağlık durumunu etkilemenin yanında gelecek zamanda da karşılaşılabileceği sağlık sorunları üzerinde büyük rol oynar (Öner, 2014).

Bir insanın sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumu sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanılmadığı koşullarda öncelikle kişinin sağlığını koruma konusunda eksiklik yaşanır (Bircan, 2013). Kişinin sağlık durumunu etkileyen bu faktörler dolaylı olarak bazen de doğrudan yaşam kalitesi üzerinde olumlu veya olumsuz etki göstermektedir.

2.5. Sağlıkla İlgili Olarak Yaşam Kalitesi

DSÖ, yaşam kalitesi tanımında, bireyin kültürü ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları, kaygıları ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarının genel algısına odaklanmaktadır (WHO, 2012). Bu tanımda insanların ihtiyaçlarını karşılamalarına izin veren yaşamın tüm önemli alanlarını içeren özellikler dahil edilmiş olup yaşam kalitesini “fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve bunların çevrelerinin belirgin özellikleriyle ilişkisi” açısından ele alan geniş bir tanım ortaya çıkmıştır (Bernard ve ark., 2017; Sharma ve ark., 2022). Bu tanıma göre, yaşam kalitesi kişinin sadece sağlık durumu ile değil aynı zamanda kişisel memnuniyeti ile de ilgilidir (Su ve ark., 2021).

Yaşam kalitesi, sağlık ve tıp alanlarında uygulama ve araştırma amaçlı kullanılan önemli bir kavram ve hedeftir (Haraldstad ve ark., 2019). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bir hastalığın veya durumun ve tedavilerinin bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini dikkate alır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çok yönlü bir iyilik kavramı olup çok boyutludur aynı zamanda sağlığın ve esenliğin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerini içerir (Lemmon ve ark., 2020; Lewandowska ve ark., 2020).

Yaşam kalitesi, genellikle hasta tarafından subjektif olarak değerlendirilip hastaların bakış açısından bu zorlukların etkisini kapsayan küresel bir refah ölçüsüdür (Robinson ve ark., 2017; Lewandowska ve ark., 2020). Buna ek olarak sağlıkla ilgili önemli bir gösterge olan objektif yaşam kalitesi, bireyin öz bakımını tek başına sağlayabiliyor ve günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yerine getirebiliyor olma durumudur (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi sağlık kavramı ile doğrudan ilişkili olduğundan sağlığın önemli bir boyutu olarak kabul edilmektedir. Sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumunu kendisinin değerlendirdiği, fiziksel, mental ve sosyal açıdan yaşamını algıladığı, farkındalıklı memnuniyet duyduğu durumdur (Oğuz ve Toğram, 2019).

Yaşam kalitesini anlamak ve kavramak; hastalık semptomlarını ortadan kaldırmak, hastanın ihtiyacı olan bakım ve rehabilitasyonu sağlamak konusunda büyük bir öneme sahiptir. Hastalar tarafından bildirilen yaşam kalitesi, kendilerini etkileyebilecek çeşitli sorunları belirlemek için de kullanılır. Dolayısıyla yaşam kalitesi durum ve düzeyinin belirlenmesi ile hastanın tedavi ve bakımda değişiklikler ve iyileşmeler görülebilir (Haraldstad ve ark., 2019). Bu şekilde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir bireyin hastalıktan ve onun tedavisinden ne kadar yaygın olarak etkilendiğini gösterebilir (Crespo ve ark., 2020).

Son yıllarda yaşam kalitesine olan ilginin artma sebebi, gelişen tıp teknolojisiyle birlikte pek çok hastalığın daha iyi tedavi edilebiliyor olmasıdır. Buna bağlı olarak ortalama yaşam süresi uzamış olup kişinin sahip olduğu kronik hastalık ile geçirdiği sürecin uzamasına sebep olmuştur. Bu durum kişinin yaşam kalitesine gösterdiği özen ve önemi arttırmıştır (Atay, 2019; Kulu ve Özsoy, 2020).

Acil servise yapılan başvurular akut olarak kişinin yaşamını tehdit eden, konforunu bozan ya da yaşam kalitesini dayanamayacağı ölçüde azaltan şikayetler sonucu gerçekleşmektedir (Arkan, Avdal ve Ural, 2019). Kişinin herhangi bir hastalığı olmadığı halde bedeninde duyduğu rahatsızlığın çok ciddi sorunlar yaratabileceğini, acilen müdahale edilmesi gerektiğini düşünmesi sağlığı konusunda kişiyi endişelendirebilir. Bu da ölüme karşı duymuş olduğu kaygıyı artırır (Ekiz ve ark., 2020; Ardekani ve Kamkar, 2020). Bireylerin hissettikleri kaygılar sebebi ile acil olmayan, uygunsuz acil servis başvuruları gerçekleşebilmektedir (Parkinson ve ark., 2021; Morley ve ark., 2018).

Yapılan bazı çalışmalarda yaşam kalitesi ve ölümü isteme arasında ters ilişki saptanmıştır. Düşük yaşam kalitesi kişinin ölümü hızlandırma arzusuna katkı sağlamaktadır (Robinson ve ark., 2017; Spencer ve ark., 2012; Chochinov ve ark., 2005). Bunun yanında son evre kanser hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki kayıplar konusunda yaşayacağı korku ve endişeler, ölümü hızlandırma arzusunun yanında ölümü isteme biçimi olarak intihar girişimi veya ötenazi taleplerinde bulunabilmektedir (Crespo ve ark., 2020).

2.6. Kavramsal ve Kuramsal Açıdan Ölüm

Yaşam ve ölüm kavramları tanım olarak zıt bir anlama sahip olsalar da bu kavramları birbirinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Bu iki kavram da her bireyin ilgi noktası olmuştur (Aksu ve Okçay, 2010; Sezer ve Saya, 2009; Kübler Ross, 1997).

İnsanoğlunun yaratışından bu yana ölüm olgusu var olup bu kavram merak edilmiş ve üzerine düşünülüp tanınmaya çalışılmıştır. Ölümün anlaşılması aynı zamanda yaşamın anlamlandırılması adına önem taşımaktadır (Gashi, 2021).

Geçmişten günümüze kadar ölüm kavramı birçok kez tanımlanmıştır. Ölüm kavramı, toplumun her kesimini etkileyen, yaşayan her canlının mutlaka tecrübe edeceği, canlıların yaşam sürecinin biyolojik olarak sonlanıp yaşamsal fonksiyonların bittiği ifadesiyle tanımlanmaktadır (Zafer, 2019).

Büyük Türkçe sözlükte ölümün tanımı; bir insan, bir hayvan veya bitkinin yaşamının tam ve geri dönüşü olmaksızın sona ermesi, yok olma olarak yapılmaktadır (TDK, 2014).

Ölüm, gerçekleşmesi her canlı için kaçınılmaz ve geri dönüşsüz bir olgudur. Direkt olarak deneyimlenmesi mümkün olmamakla birlikte yaşandığında kişinin artık var olmadığı, yaşam döngüsünün tamamlandığı, bu döngünün nihai anlamda son bulması anlamına gelmektedir. Her canlı dünyaya gelişi itibarıyla geçen süreçte ölüm zamanına yaklaşmaktadır (Turhan, 2021).

Ölüm, doğal yaşamın bir parçasıdır (Oates ve Maani, 2022). Epikuros ölüm tanımını yaparken ölümü yaşamdan ayrı tutmuştur. Epikuros ölüm hakkında üç yargıda bulunmaktadır. İlk olarak ölüm için "bizim için bir hiçtir" sonrasında "ölüm ölen kişi için kötü değildir" ve son olarak "ölümden korkmak için hiçbir sebep yoktur" görüşlerini savunmaktadır (Willaschek, 2022).

Ölüm kavramının temel özelliklerini Kastenbaum ve Aisenberg tarafından şu şekilde açıklanmaktadır:

1. Ölüm, göreceli bir kavramdır. Ölüm kavramının göreceliliğinde bireyin gelişimsel düzeyine vurgu yapılmaktadır. Ancak gelişimsel düzey, bireyin yalnızca kronolojik yaşı bakımından düşünülmemelidir.
2. Ölüm, birkaç ifadeyle açıklanamayacak kadar karışıktır.
3. Ölüm kavramı, bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemine göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.
4. İdeal ölüm anlayışı halen bir netlik kazanmamıştır. İdeal ölüm anlayışı için birtakım tespitler olmasına rağmen bunlar yapılmış araştırmalardan çıkarılmış sonuçlardan çok değer yargılarından ibarettir.
5. Ölüm kavramını algılama biçimi kişinin içinde bulunduğu durumdan etkilenir. Kişinin yanı başında ölmekte olan biri var mı? Kişi ölüme ne kadar yakın? Bu tür özel durumlar ölümün hangi çeşidinin nasıl algılanacağı üzerinde değişiklik gösterir.
6. Kişinin gösterdiği davranışlar ölüm kavramını nasıl algıladığından etkilenir. Eğer kişi ölümlü, mutlu sonsuzluk olarak algılıyor ise bu kişinin intihar düşüncesi veya girişimi o kişi için tutarlı bir davranış olabilir. Aradaki ilişki her zaman bu kadar basit olmasa da kişinin ölüme bakış açısı davranışlarını karmaşık ve dolaylı yollardan etkilemektedir. (Tanhan ve Arı İnci, 2009).

Aries ölüm kavramını incelerken batılıların tavrını gözlemlemiştir ve ölümün tanımını, tedavi sürecinin son bulunmasıyla meydana gelen teknik bir olay olarak ele alırken bu tanımlamayla, modern hayatın ölüme yönelik yaklaşımlarına karşı bir eleştiride bulunmuştur (Derin, 2019).

Jung, ölüm olgusunun kaçınılmazlığını ele almıştır. Bunu da insanın güçsüzlüğüyle ilişkilendirmiştir. İnsanın fiziksel ağrılarını ortadan kaldıracığından, ölümün doğal varlığını bir sebebe bağlayıp yok sayarak ondan kaçmaya çalışmasından bahsetmektedir (Sağır, 2012).

İnsanoğlunun bu denli önemseydiği ve hayatını meşgul eden ölüm kavramı farklı kültürlerde, farklı dönem, toplum ve disiplinlerde kişinin benimsemiş olduğu yaşam tarzına ve bu yaşam tarzını etkileyebilecek diğer özelliklere -yaş, dini inanç, yaşadığı konumun kültürü- göre değişebilen çeşitli ölüm tanımlamalarına yer verilmiştir (Tanhan ve Arı, 2006).

Ölümün tanımlama biçimi ne olursa olsun yapılan tanımlara bakıldığında ortak noktalar; canlı organizmanın yenilenme yeteneğinin son bulması, yaşamını sağlayan organlardan bir ya da birkaçının tüm fonksiyonlarının yok olması ile yaşamın son bulması ve bu durumun kaçınılmaz olma özelliğidir (Çobanlı ve Salt, 2001).

Kuramlar arasında, ölüm hakkında görüşlere bakıldığında en çok varoluşçu ekolün inceleme yaptığı görülmektedir. Varoluşçu Psikoloji'nin de temel kavramlarından olan ölüm, insanların büyük çelişki sebebidir. İnsan tercihi dahilinde ölüm kişi için bir seçenektir fakat tercih etmese de ölümü deneyimleyecektir. Varoluşçuların çözümleyemediği ölüm, yaşamaktan kaçınılamayan bir olgu olmasının yanında yaşam döngüsündeki en çarpıcı bilinmezliktir (Tanhan ve Arı, 2006).

Varoluşçu psikiyatri özne (insanın ruhsal varlığı) ve nesne (beden, toplumsal ve fiziksel çevre) biçimindeki ikiciliğe karşı çıkar (Geçtan, 2020). Varoluşçu felsefeye göre, insan bireyselliği ve edinmiş olduğu somut tecrübeleri ile 'kendine has' bir varlıktır. Soyut düşünceler kişiyi varoluşundan uzaklaştırır ve yaşamı anlamsızlaştırır. Ölüm bu anlamsızlığı sağlayan en önemli kavramdır. Tüm insanlar, ölümün tüm insanlık için var olduğunu bilir, bunu düşünmek nesnel bir olaydır fakat bu düşünce öze döndüğünde içselleşir. Bu da ikisi arasındaki farkı ortaya koyar (Ayhan, 2013).

Ölüm, insan yaşamlarında merkez bir role sahiptir. Bu kavram insan dışındaki canlılar için 'telef olma' kabul edilirken, insan için daha ayrı bir anlamı vardır. İnsan bu kavramı bilir, tanık olur, farkındadır. Bu olgunun bilincinde olan tek canlıdır. Doğmuş olduğunu, yaşadığını ve bir gün bu yaşamın sonlanacağını da bilir. Bu da varoluşsal bir kaygıyı yaşamaya sebep olmaktadır. 'Sonlu yaşam' ya da ölüme ilişkin yıkıcı farkındalık durumudur (Polat ve Aşkın, 2017; Emel, 2009; Geçtan, 2020).

Varoluşçu felsefenin kurucularından olan Kierkegaard 1840'larda, kendi tecrübeleriyle yapmış olduğu incelemelerde insanın doğduğunu ve yaşamının bir gün son bulacağını biliyor olması, ölümden kaçamayacağını da farkında olduğunu göstermektedir (Kierkegaard, 2009).

Martin Heidegger, biyolojik anlamda yaşam ve ölüm kavramları birbirinden keskin bir şekilde ayrılrsa da psikolojik açıdan iç içe geçtiğini savunmaktadır. Heidegger'e göre ölümün kendisi fiziksel olarak kişiyi yok eder fakat ölümün düşüncesi kurtarıcıdır (Heidegger, 1996).

Sartre ise ölüm kavramını, Heidegger'in anlayışına karşılık yaşamın değerini azaltan, insanda kaygıya sebep olan anlamsız bir olaydan ibarettir şeklinde

tanımlamaktadır. Heidegger ölüm konusunda, varoluşun bir parçası olup her bir parçanın yaşanılarak tecrübe edinilmesi gerektiğini savunurken Sartre, bu olgunun kendisinin ve düşüncesinin insanın varoluşunu yalnızca kaygılandırmakla kaldığı görüşündedir. Sartre'ın saçmalık olarak tanımladığı ölüm karşısında insanın yapabileceği hiçbir şey yoktur (Sartre, 2013).

Sartre'a göre, insan bir başkasının ölümüyle karşılaştığı zamanlar dışında ölümü devamlı reddeder bunun nedeni çağlar öncesine bakıldığında Epikuros'un söylemiyle "Ben varsam ölüm yok; ölüm varsa ben yokum" görüşüdür (Polat ve Aşkın, 2017).

Logoterapi'nin kurucusu ve hümanist bir psikolog olan Frankl'a göre insanın biyolojik olarak var oluşu ölümle sonlanır bunun yanında yaşam döngüsü tamamlanıp geçmişte kalır. Geçmiş, bireyin varlığını sürdürmeye devam ederken kaybolmaz. Frankl'a göre ölüm, canlı ve dönüşüm halindedir bu yüzden logoterapinin ölüme bakışı, bir son olmamakla birlikte kişinin varoluşunu tamamlamasıdır (Frankl, 1996).

Bir diğer hümanist psikolog Fromm'a göre, kişinin ölüm korkusunun sebebi ölümün kendisi değil, sahip oldukları ve bunları -bedeni, malı, mülkü, benliği- kaybetme düşüncesidir. Ona göre bu korkunun üstesinden gelmenin yolu, bireyin yaşam sevgisini arttırması ve sevgi çemberini genişleterek kendisine gösterilen sevginin karşılığını verme çabasıdır (Fromm, 2003).

Ölüm kavramını açıklayan ve değerlendiren bir diğer kuram olan psikanalitik kuram Sigmund Freud'un üzerinde durduğu birçok çalışma yöntemini içermektedir. 1894 yılında "Psikanaliz" adıyla ortaya çıkmakla birlikte kendinden sonra gelen Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Otto Rank, Karen Horney, Harry Stack Sullivan gibi birçok kuramcının görüşlerini etkileyip çalışmalarına yol gösterici önemli bir kaynak olmuştur (Derin, 2019).

Freud'un devamlı değişen ve gelişen düşünceleri yapısal kişilik modelini geliştirmesini sağlamıştır. Geliştirmiş olduğu bu kurama göre kişilik üç farklı düzeyden oluşur -id, ego, süperegö-, davranış bu üç sistemin etkileşimiyle oluşmaktadır. Olağan koşullar içinde bu ilkeler birbiriyle uyum içinde çalışmakla birlikte çatışma yaşamamaktadır. Böylece kişilik ayrı parçalar halinde değil bir bütün olarak denge içinde çalışır. Dengenin bozulduğu durumlarda bir sistem güç kazanırken diğerleri zayıflık gösterebilir.

Freud, içgüdüyü fizyolojik gereksinimleri içeren içsel uyaranların psikolojik görünümü temsilcileri olarak tanımlıyor. İçgüdülerin kökeni olan bedensel

durumların belirsizliğini ortadan kaldırmak için içgüdülerin tamamını listeleyip iki başlık oluşturmıştır. Bunlar; yaşam içgüdüğü ve ölüm içgüdüğüdür (Geçtan, 2020).

Yaşam içgüdüğü kişinin yaşama enerjisini arttır ve insan ırkının devamlılığını sağlayan cinsel içgüdüğü içerir, bu enerji türü libido olarak tanımlanmaktadır. Ölüm içgüdüğü insandaki yıkıcı eğilimleri içerir. Bu konudaki bilgilerin yetersizliği yaşam içgüdüğüne kıyasla daha kapalı bir şekilde incelenmiş olmasıdır.

Psikanalitik kurama göre, her canlı ilkesel varlığına dönme amacı taşıyan bilinçdışı içgüdüğü sahiptir. Freud, ‘‘Ölüm, yaşamın amacıdır’’ görüşünü savunurken her insanın bilincinde bir ölüm isteğinin var olduğuna inanmıştır (Geçtan, 2020; Sezer ve Saya, 2009).

C. Jung da Freud’un görüşüne benzer biçimde ölüm korkusunun üstesinden gelmenin tek yolunun ölümden sonra var olan hayatın inancını taşımaktan geçtiğini savunmaktadır (Jung, 1992). Jung’a göre ölüm korkusunun sebebi yaşama korkusundan gelmektedir. Bireyin yaşamı boyunca sahip olduklarını zamanla yitirmeye başlayacak olması bireyde korkunun başlamasına sebep olur. Başka bir ifadeyle ölümden korkan insan yaşamdan korkan insandır. Benzer bir durum orta veya ileri yaşlarda geçmişe ve gençliğe duyulan özlem, hatıralara takılıp kalmayla şimdiki anının farkındalığını kaçırmakla birlikte de görülmektedir. Bireyin uyumlu davranış göstermesinin tek yolu, ölümün doğal varlığını kabul edip hayatı anda kalıp canlılığını koruyarak yaşamasından geçmektedir. (Derin, 2019; Sağır, 2012).

2.7. Ölüm Türleri

Ölüm kavramı, çeşitli disiplinler tarafından farklı bakış açılarından farklı biçimlerde ele alınmıştır. Ölüm çeşitleri üç başlık altında incelenebilir.

2.7.1. Biyolojik Ölüm

Biyolojik ölüm, solunum kaslarının, kalbin ve diğer organların işlevlerini yerine getiremeyip sahip oldukları özelliklerini yitirmesi olayıdır. 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesi ve insan ömrünün uzamasıyla ölüm anlayışı değişmiştir. 1950’li yıllarda kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşsüz biçimde ortadan kalkması ölüm ölçütü için yeterli sayılıyorken tıp teknolojisinin gelişmesi, yeniden canlandırma uygulamaları, organ nakli gibi uygulamalar bu tanıımı yeniden oluşturmıştır. Modern çağda artık ölçüt kalp atışlarının sonlanması değil, beyin fonksiyonlarının kaybolması

olarak kabul görmüştür. Beyin ölümünde beynin tüm elektriksel aktivitesi geri dönüşü olmayan bir şekilde yitirilmiş, kişinin fiziksel ve zihinsel tüm fonksiyonları kesin olarak tamamıyla sona ermiştir (Tanhan, 2009; İnci ve Öz, 2009)

Harward Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmaya bakıldığında da ölüm tanımının, beyin işlevinin sonlanması olarak benimsendiği görülmüş ve bu konu hususunda bir dizi ekler göstermişlerdir (Beecher, 1969).

Bunlar;

1. Bilincin kapalı ve işlevini gerçekleştiriyor olması,
2. Solunumun son bulması,
3. Dış uyaranlara karşılık verilebilecek tepkilerin tamamının ve reflekslerin kaybolması,
4. Kasların tümünde gevşeme olması,
5. Beden ısının azalarak ortadan kalkması,
6. Beynin elektriksel faaliyetlerinin yitirilmesi

2.7.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm

Biyolojik ölümün tanımı daha net yapılabilir olup ölüm ve yaşam arasındaki sınır daha net belirlenebilir iken aynı durum psikolojik ve sosyal ölüm için geçerli değildir.

Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli faaliyetlerini yitirmesi; sosyal ölüm ise kişinin çevresiyle etkileşimde olma konusunda sosyal fonksiyonlarını yerine getiremediği, sosyal ilişkilerdeki kopukluk boyutu olarak tanımlanabilir. Bitkisel hayattaki bir bireyin biyolojik ölümü gerçekleşmemiş olsa da çevresiyle etkileşimini kaybettiğinden sosyal anlamda ölü olarak kabul edilir (Tanhan ve Arı İnci, 2009; Burcu ve Akalın, 2008).

Sidel sosyal ölüm kavramını deliliğin ileri evrelerini tanımlamak için de kullanmıştır. Yaşlı, ruhsal ve bulaşıcı hastalığa sahip bireylerin toplum ve çevresiyle etkileşiminin az olduğu kurumlara yerleştirilmesi, stigmalaştırılarak izolasyonlarının sağlanması bu kişileri sosyal ölü pozisyonuna getirmektedir (Burcu ve Akalın, 2008).

Fiziksel ve sosyal ölüm yarattığı psikolojik sonuçlar açısından farklılık taşır. Ölümle karşılaşan kişi yalnızca fiziksel ölümü deneyimlerken, etkileşim kurduğu bireyler ölen kişi ile ilgili sosyal ölümü yaşamış olurlar. Duygu ve semboller ölüm kavramının dışında bırakıldığında ölüm, biyolojik bir olgu olarak kabul edilebilir.

Yine de kişinin ölümcül bir hastalık tanısıyla karşılaşma durumunda ve bu durumun üstesinden gelebilmesinin yarattığı etki hem sosyal hem duygusal hem de psikolojiktir (Ayhan, 2013). Örneğin, bir kişinin ani biyolojik ölümü gerçekleşirken sosyal ölümün, geride kalan yakınları için kaybedilen kişinin ardında oluşan boşluğun üstesinden gelmeye ve yas sürecinin başlamasıyla birlikte olduğu görülmektedir. Bunun aksine parkinson, alzheimer vb. nörodejeneratif hastalığa sahip bireyler çevreyle etkileşimlerini zamanla kaybettiklerinden sosyal ölümü yaşamaya başlar (Tanhan ve Arı İnci, 2009). Bu sebeple ölümü sadece fiziksel olarak gerçekleşen bir süreç olarak değerlendirmenin yanlış olmasının yanında bu süreç psikolojik ve sosyal olarak da deneyimlenmektedir (İnci ve Öz, 2009).

2.7.3. Kültürel Açıdan Ölüm

İnsanların ortak gerçekliğindeki şüphesiz iki konudan biri yaşam diğeri de ölümdür. Ölüm de en az yaşam kadar insanların ilgilendikleri ve insanları üzerinde düşünmeye, uzun süre tartışmalara sevk etmiş bir olgudur. Yaşam deneyimlenebilen bir olayken ölüm tecrübe etmekle anlamlandırıp açıklanamayan sadece dışardan gözlem sonucu farkındalık sağlanan bir konudur (Hökelekli, 1991).

Topluluklar insanlık tarihinin başlangıcından bu yana ölüm ve ölüm ile bağlantılı olarak oluşan yaşadıkları yeri anlamlandırmak üzerine çeşitli semboller ve kültürel motifler kullanmıştır (Sağır, 2012). Toplulukların farklı inançları ve farklı dinler ölüme çeşitli bakış açılarıyla yaklaşımlarına sebep olmuştur (Erdoğan ve Özkan, 2007).

2.8. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, doğumla ortaya çıkan, yaşam boyu insanla süre gelen, korkuların tümünün temelini oluşturan, insanın varlığı da dahil olmak üzere sahip olduğu her şeyin kaybıyla karşılaşacağının bilincinde olmasının yarattığı duygudur (Öztürk, 2010).

Ölüm kaygısının tanımlanması hakkında farklı yaklaşımlar söz konusu olmuştur. Ölüm korkusu ve kaygısı genellikle karıştırılmakla birlikte birbirlerinin yerine de kullanılmıştır (Yılmaz, 2008). Korku ve kaygının birbirinin yerine kullanılması ve karıştırılmasının sebebi de var olan tehlikeye karşı gösterilen tepkilerin benziyor olmasıdır (Cai ve ark., 2017).

Kaygı ve korku arasında fark; kaygı durumunda bir belirsizlik söz konusudur. Kişi nesneyi bilmemekte, tehdidin farkında fakat tehdide yol açan nesne hakkında netlik bulunmamaktadır. Korkuda ise nesnenin varlığı -kişinin yılandan korkması- bellidir. Korkunun yoğunluğu kaygıya kıyasla şiddeti yüksek seyreder fakat kısa sürelidir. Ölüm olgusu, kişinin bütün bir yaşamında etkili olması sebebiyle kişi üzerinde yarattığı duygu kaygıdır (Yılmaz, 2008; Gündoğan, 2020).

Gündelik yaşam deneyimleri içinde ölüm korkusu, kaygıya dönüşür. Ölüm olgusunun önceden farkında olması sonucunda bir bakıma korku, ölüm kaygısına dönüşür. Yani önceden karşılaşılan ölüm gerçekliği, ölüm kaygısına sebep olur (Taka, 2010).

Ölüm kaygısının insanlar üzerinde kaynağı aynı olmayabilir. Kişi üzerinde ölüm kaygısı yaratan bazı durumlar şöyle sıralanabilir:

1. Birey, ölüm esnasında ve sonrasında bu durumun ne yaşatacağını bilmiyor olması ölüm konusu üzerinde büyük bir korku ve kaygı hissetmesine sebep olur.
2. Bedende herhangi bir parçanın kaybının yaşanması kişide utanma, küçümsenme, eksiklik gibi birçok olumsuz duyguya yol açabilir. Beden parçası kaybının kaygısını derin yaşayan bir kişi ölümün getirisi olarak tüm vücudun kaybolup yok olacağı düşüncesi içerisinde ölüm korku ve kaygısını da yoğun yaşayacaktır.
3. Hastalığının ölümle sonuçlanma olasılığı daha yüksek olan -kanser, AİDS, kronik hastalıklar vs- hastalar, hastalığı sebebiyle ölümle daha yakın bir ilişki kurar. Hastalık sürecini ağrı ve acı bakımında sancılı geçirmesi ölümün de benzer deneyimleri yaşatacağı düşüncesiyle ölüme karşı daha yoğun bir kaygı besler.
4. Ölümcül hastalığa sahip olan, hastane ortam ve şartlarında bakım ve tedavisi sağlanması gereken bireyler, yakınlarından doğrudan uzaklaştığı için kendini yalnız, terk edilmiş hissedebilir. Bu durumda birey hem ölümün yarattığı hem de yakınlarından soyutlanmasının ortaya çıkardığı korkunun yoğunluğu ile karşılaşır.
5. İnsanın yakınlarını kaybetmesi ve onlarsız yaşama düşüncesi büyük üzüntü sebebidir. Kişi bu duruma karşı korku ve kaygı duyar.
6. Kişinin dini inancına göre değişkenlik gösteren bu düşünce, öldükten sonra ceza verileceği veya işkence edileceği algısıyla ölüm olgusuna karşı duyduğu korkuyu arttırabilir (Öztürk, 2010; Karakuş ve ark., 2012).

2.9. Ölüme Karşı Tutum

Kişilerin ölüme karşı gösterdikleri tutumlar, sahip oldukları hayata ve özelliklere göre farklılık göstermektedir. Kişi kendi ölümüne farklı tepki verirken başkasının ölümüne farklı tepki vermektedir. İnsanlar çevresinde tanık oldukları kayıplar sonrasında ölüme karşı tutumları şekillenmektedir. Bireylerin geliştirmiş oldukları ölüme karşı tutumları; ölümü kabullenmeme, ölüme meydan okuma, ölümü isteme, ölümü kabullenme şeklinde dört ana başlık altında toplanabilirken buna çevresindeki bireylerin ölümünde gösterdiği tutum olan yas tutma da eklenmektedir. Bunlar (Karakuş ve ark., 2012);

2.9.1. Ölümü Kabullenmeme

Ölümün kabullenmemesi/ ölümü inkar etme; bastırma ve maskeleyme şeklinde olabilmektedir. Bastırma, kişi ölüm olgusu düşüncesini bilincinden tamamen kaldırarak yok sayması ve hiç ölmeyecekmişçesine yaşaması, maskeleyme ise; kişinin ölüm düşüncelerinden uzaklaşmak, bu düşüncüyü anımsamamak üzerine gündelik veya diğer işlerine ağırlık vererek kendi hayatını yoğun bir şekle sokmasıdır (Selvi, 2019).

Çağdaş Batı kültürü ölümü inkar etme konusunda oldukça ilgilenmiştir. Ölüm hakkındaki tutumlardan en yakını bu olup bunu uygulama gerekçelerinin huzura kavuşacakları düşünceleri olduğu söylenmektedir. Bunun yanında yaşamlarında cinsellik, mutluluk ve refah düşüncelerine ağırlık vermekte, ölümü anımsatacak her şeyden uzak durmayı bir davranış biçimi haline getirmişlerdir. Üstelik bazı çevrelerde utanç verici bir konu olarak algılanması sebebiyle ölüm olgusundan bahsetmesine dahi yasak getirilmiştir (Gashi, 2021).

Eski dönemlere bakıldığında karşımıza çıkan mumyalanan ölümler ve dikilen heykeller, günümüzde ise cenaze törenlerinde ölen kişiye makyaj yapılarak güzelleştirilmesi, şatafatlı cenaze törenleri, reenkarnasyon ölümün inkarı olarak değerlendirilebilir (Hökelekli, 2017; Solomon, 2017).

2.9.2. Ölüme Meydan Okuma

İnsanlar bir yandan ölüme karşı olan uyumu sağlama gayreti gösterirken bir yandan da ölümsüzlüğü arzularlar. Godin'in ifadesine göre, insanlar ölüm olgusuna karşı iki farklı davranış biçimine sahiptir. Birincisi, yaşama sıkıca sarılıp yaşamı uzatma ve ölüm yokmuş gibi davranma ifadesi olan kaçınma ve narsistik korunma

hareketidir. İkincisi, ‘tamamlanma arzusudur. Bu arzulama; yaşadığı hayatı daha farklı ve daha iyi koşullara getirmek isteme olarak ortaya çıkmaktadır. İki durumun ortak paydada buluştuğu nokta, insanın kendi hayatını kesintisiz sürdürme ve sonsuza kadar yaşama talepkarlığını dışa yansıtmasıdır (Karakuş ve ark., 2012).

Modern çağda tıbbi gelişmelerin en üst seviyelere çıkması insanların ölüme meydan okuma eğilimlerini daha çok arttırmıştır. Son dönemlerde tıbbi ünitelerin sağlamış olduğu destek, ölümcül hastalıklar üzerinde de olumlu etkisini gösterip azalma yaşanmaya başlayınca insanların bu yöndeki arzusunda yükseliş olmuştur. Bu gelişmeler insanların sonsuza dek yaşama isteklerini de arttırıp onları henüz tedavisi bulunamamış hastalıklar üzerinde uygulamalar yolunda yeni arayışlara itmiştir (Gashi, 2021). Bazı insanlar ölümlerinin ardından adını yaşatacak, geride kalanlara yararı dokunacak eserler ve çalışmalar üzerinde yoğunlaşırlar. Bunun altında ölümsüz olma düşünceleri yatar.

Fromm’a göre cenaze törenlerinde veya çeşitli inançlarda sergilenen adet ve uygulamalar insanın ölümsüzlük duygusuna olan özlemi ve isteği ortaya koymaktadır. Ölen kişiyi gömülmeden önce süsleme ve güzelleştirme ölümsüzlük isteğinin en net yansımasıdır aynı zamanda ölüm kaygısını azaltmada ve ölüm düşüncesini bastırmak için de yapılan bir uygulamadır (Fromm, 2003).

2.9.3. Ölümü İsteme

İnsanların bazı yaşam koşulları etkisiyle bazı zamanlarda ölümü istedikleri görülebilmektedir. Bu durum birden farklı sebepten kaynaklanabilmektedir. Bazı insanlar hastalığın, tedavinin veya sürecin vermiş olduğu acıyı sonlandırmak için bazı insanlar da yaşamın son bulmasının tüm sorunlardan kurtulmanın tek çaresi olduğu düşüncesiyle ölümü arzulayabilir. Bazıları intikam veya baş edemediği suçluluk hissini yenebilmek için ölümü isterken bazıları ruhsal problemlerin yol açtığı içsel karmaşa sebebiyle ölüm istekleri görülebilir. Bunun yanında insan bazen de kaybettiği bir yakınının yanına varacak olma ve kavuşma umuduyla ölümü isteyebilmektedir (Gashi, 2021). Avrupa ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyada görülen intihar oranlarındaki artış ölüm isteğinin gücünü ve yaygınlığını kanıtlayan bir gösterge olarak gösterilebilir (Çinar, 2018).

Freud ‘ölüm içgüleri’ konusunu açıklarken bir bakıma insanın ölüme, asıl olana, cansız maddeye dönme eğilimi ve isteğinden bahsetmiştir. Jung, Freud’un

görüşünün aksine maneviyata yönelen bir içgüdünün varlığından bahseder. Kişinin ölüme karşı duyduğu özlem ve isteğin altında ana rahmindeki rahat ve huzurlu hayata dönme isteğinin yattığını savunmaktadır (Karakuş ve ark., 2012; Selvi, 2019).

2.9.4. Ölümü Kabullenme

Ölümü kabullenme tutumunda, diğer tutumların aksine ölüm ve yaşam birbirinden ayrı tutulmayıp birbirinin parçası olarak görülme düşüncesi hakim olmaktadır. Varoluş felsefesini benimseyenlerin ölüme karşı yaklaşımlarında ölümü kabullenme tutumu görülmektedir (Çinar, 2018). Burada karşımıza iki ayrı görüş çıkmaktadır; bir kısım ölümü fizyolojik bir son olarak görürken, bir diğer kısım ölümü varoluşun kendisine bir tehdit olarak algılamaktadır. Psikolojik olarak sağlıklı bir yaşamın önkoşulu ölümü cesaretle kabullenmeden geçer. Kişinin kendi ölümünü bildiği halde ölümsüzlük yanılması içerisine girmesi kişide buhrana sebep olacaktır. Birey ölüm gerçeğiyle yüzleşip bu olguyu kabul ederek yaşam sürecinin kalitesini arttırma, anlam kazandırma adına düşünceler üzerinde durur ve bu da bireyin ruh sağlığına önemli derecede katkı sağlar (Young, 2017; Kellehear, 2012). Ayrıca ölümü kabullenmeyle kişinin ölüm olgusuna karşı beslediği kaygının azaldığı öne sürülmektedir (Khader ve ark., 2010).

İnsanın kendi ölümünü kabullenmesi psikolojik açıdan zor olabilir hatta belli bir süre inkar edebilir fakat bir başkasının ölümünü algılayabilmesi daha kolaydır (Çinar, 2018).

2.9.5. Yas Tutma ve Yas Süreci

Bireyler bir yakının kaybı ile karşılaşp ölümün geri dönüşsüz bir olgu olduğunu deneyimledikleri zaman yoğun bir acı duygusuyla yüzleşir ve onlar için yas süreci başlayabilir. Her nasıl ölüm, yaşam döngüsünün bir parçası olup herkes tarafından mutlaka deneyimlenecek ise yas süreci de tıpkı ölüm gibi evrensel bir olaydır. İnsanın yaşamış olduğu kayıp sonrasında göstermiş olduğu psikolojik ve fizyolojik tüm tepkilerin bütünü yas olarak tanımlanmaktadır (Uçar, 2019).

Yaşamın doğal akışının getirdiği süreç içinde her insan çeşitli kayıp biçimlerini yaşayabilir ya da kaybın ihtimalleriyle karşı karşıya kalabilir. Bu kayıp çeşitlerine örnek olarak; yakınının ölüm kaynaklı kaybı, yakın bir ilişkinin bitimi, organ kaybı,

işinin sonlanması ve düşünsel bazı değerlerin -vatan/bağımsızlık/bir ideal- kaybı verilebilir (Bildik, 2013).

Bireyler yaşantıları boyunca yaşadıkları ayrılık ve kayıp sonrası normal bir yas süreci ile karşı karşıya gelir. Yas süreci, bunu deneyimleyen bireyin yaşamının her alanını ilgilendiren çok boyutlu zorlu bir süreçtir. Kayıp sonrası kişinin yaşadığı bedensel, bilişsel, duygusal, sosyal ve manevi (spiritual) tepkilerin tümü yas belirtileridir. Bu belirtiler, bir hastalık göstergesi değil yaşadığı yıkıcı bir olay sonrası meydana gelen doğal tepkiler olarak değerlendirilmektedir.

Kayıp yaşayan bireylerin vermiş olduğu ya da vereceği yas tepkileri uzlaşmacı bir tepkiden çözülemeyen bir kriz tepkisine kadar değişkenlik gösterebilir. Bireyin yaşamı boyunca uğradığı kayıplar her insan için farklı bir deneyimdir. Bu sebeple her kayıp bireye özgü olup, her birey kayıp karşısında farklı yas tepkileri verebilmektedir (Malkinson 2009; Keser, 2019). Yas sürecinin uzunluğu ve bu sürece olan uyumu kişiye bağlıdır.

2.9.6. Yas Süreci Evreleri

Bireyin kayba karşı vermiş olduğu yanıtlar ile ilgili davranış biçimleri bireysel farklılık gösterir. Kübler- Ross yas sürecini beş aşama ile tanımlamıştır (Ross, 2010).

İnkâr: Bu evrede kişi kaybı bilir, kaybın gerçekleştiğine inanmakta zorluk çeker. “Bu doğru olamaz” ya da “Bu imkansız” gibi ifadeler kullanır. Bu evre bireye yaşayacağı psikolojik acıya karşı koruma sağlayabilir.

Öfke: Gerçeğin devreye girdiği evredir. Bu evreyle ilişkili duygular; üzüntü, suçluluk, utanma, çaresizlik ve umutsuzluk içermektedir. İyileşme sürecinde yaşanan bu evrede öfke duygusu çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır: Kendisini geride bıraktığı için ölen kişiye, ölen kişiyle yeterince ilgilenmediğini düşünerek kendisine, ölen kişiyi kurtaramadıkları için sağlık personellerine, yeterince üzüntü duymadıkları için çevresindeki kişilere ve ölen kişinin ölmeyi hak etmediği düşüncesiyle öfkesini yaratıcıya yansıtabilir.

Pazarlık: Bu aşamada birey Tanrı’yla ikinci bir şans veya daha fazla zaman için pazarlık eder. Birey gerçekleşen veya gerçekleşmekte olan kaybı kabullenir ancak suçluluk ve pişmanlık duygularına karşı değiştirebileceği durumlar üzerine akıl yorar, umudunu korur.

Depresyon: Kişi durumu inkar edemeyeceğini veya değiştiremeyeceğini anladığı zaman pazarlık evresini depresyon evresi takip eder. Birey olmuş ya da olacak kayıp için yas tutar.

Depresyon, hazırlayıcı ve tepkici olmak üzere iki şekilde görülür. Hazırlayıcı depresyon, dünyevi işleri bir kenara bırakıp dünyayla olan bağlantısını sonlandırmaya yönelik üzüntüyle ilişkilidir. Kişi sevdiği her şeyle ve herkesle ayrılma evresine giriş yapmıştır. Bu aşamada geri çekilme, gerileme ve sosyal izolasyon gibi belirtiler gözlemlenebilir. Tepkisel depresyonda birey değer verdiği kişinin veya bir şeyin kaybının hissettirdiklerine göğüs germektedir. Kişinin birtakım profesyonel müdahale ihtiyacı olabilir ve psikiyatrik destek talep edilebilir, bu müdahaleler hastanın hazır oluşuna bağlıdır. Bu evreye ruhsal açıdan hastalık olarak yaklaşılmamalıdır. Tedavi endikasyonu önerilen tek evre uzamış yaşlarda ortaya çıkan klinik düzeydeki depresyon evresidir.

Kabullenme: Bu aşamadaki birey diğer aşamalardaki davranışları tamamlayıp kaybı kabul etmiştir. Kişi bu durumdan hoşnut olmamaya devam edebilir. Kişinin kayba karşı olan yakınlık düzeyi ve bağı yeni hayatına uyumunu önemli derecede etkilemektedir. Kabullenme evresinde kişinin mutluluğunun arttığı görülmese de depresif duygulanım halinde azalma görülmekte ve kişi yeni hayatına uyum sağlamaya başlamaktadır (Townsend, 2016; Tanhan ve Arı İnci, 2009; Çolak ve Hocaoglu 2021).

Her evre ve tanımlama belli ortak özellikler barındırır da her bireyin yaşadığı yas süreci kendine özel olup değişkenlikler gösterebilir. Her bireyin biricik olduğu gibi her acının ve her yasin biricikliği unutulmamalıdır (Townsend, 2016; Yeniada Kırseven 2022).

2.9.7. Yas Çeşitleri

Bireylerin yasa karşı göstermiş olduğu tepkiler arasında farklılık bu süreci etkilemektedir bu yüzden yas boyutları üç farklı biçimde tanımlanmaktadır.

Normal yas: Akut yas olarak ifade edilen ve en az yaşanan kayıp kadar evrensel olan bu süreçteki kişiler; kayıp sonrasında duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal boyutta etkilenmektedir. Bir yakınının kaybını deneyimlemenin ardından yaşanan bu yasin normal olarak tanımlanabilmesi için bu sürecin yaklaşık 6 ay içerisinde tamamlanmış olması gerekmektedir (Yeniada Kırseven, 2022).

Normal yas süreci, kayıp yaşayan bireyin göstermiş olduğu tepkilerin giderek azalması ve yeni hayatına adaptasyonunun sağlanması ile sonlamaktadır (Çolak ve Hocaoglu, 21; Uçar, 2019).

Patolojik/ karmaşık yas: Bu zamana kadar, normal yas sürecinden doğan komplikasyonlar çeşitli isimlerle ele alınmıştır. Bunlar; uzamış yas, karmaşık yas, travmatik yas, çözülmemiş yas veya patolojik yastır (Keser, 2019).

Patolojik yas, kaybın yaşanmasından 6 ay geçmesine rağmen kişinin göstermiş olduğu belirtilerde herhangi bir azalmanın görülmediği ve işlevsellik düzeyinde bir artışın olmamasının yanında daha da bozulmaya uğraması şeklinde özetlenebilir. Bunlar patolojik yası normal yastan ayıran en önemli göstergelerdir (Zhang ve ark., 2006; Townsend, 2016). Her ne kadar yas süreci büyük ölçüde bireysel gibi görünse de yapılan araştırmalarda yas sürecini ve yas tepkilerinin şekillenmesinde birden çok faktörün etkili olduğu bulunmuştur. Bu ilişkili faktörler; ölüm biçimi, kişisel iyilik hali geçmişi, kaybedilen kişi ile ilişkisi ve bağlanma tarzı, kişilik özellikleri, baş etme tarzı, kişinin inanç sistemleri, sosyal destek kaynakları olarak gösterilmektedir (Maraş, 2014).

Karmaşık yas, kişinin ölüme karşı inancı, kayba karşı derin özlem ve öfke duyma, sürekli olarak kayıpla ilgili düşünceler ile bağlantılıdır. Kayıp yaşayan kişi yaşadığı kayba bağlı olarak rollerinde eksilme yaşadığını düşünerek suçluluk hissedebilir (Çolak ve Hocaoglu, 2021). Karmaşık yasta olan kişinin uyumsuz davranışlar gösterdiği düşünülebilir. Bu kişi kaybedilmiş sevilen kişiyi yaşamda tutmayı amaçlayan kişisel eşyaları koruma veya günlük yaşam aktivitelerini uyumlu şekilde yapmasını önleyen bozuk davranışlar sergilediğinde bu süreç sorun yaratabilir (Townsend, 2016).

Travmatik yas: Kayıp olayının beklenmeyen bir şekilde, olağan dışı veya travmatik olması kişinin kayıpla aniden karşılaşması (intihar, kaza, kalp krizi), kayba devamlı maruz kalması veya kaybı travmatik olarak değerlendirmesi ile ilgilidir (Özcan ve Kaya, 2019).

Her kayıp ardından görülen yas normal ve doğal tepkidir. Fakat travmatik yasta bu doğal süreci etkileyen kaybın beklenmedik olması ve şiddet barındırması faktörleri bulunmaktadır. Yaşanan travma psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıkların oluşmasının önünü açmaktadır. Kaybın travmatik olması bireyin savunma mekanizmalarını büyük anlamda zarara uğratır. Tüm bunların sonucunda oluşan değişiklikler yas tepkilerinin gelişimini etkilemekte ve bu süreci uzatmaktadır. Buna ek olarak travmatik bir kayıpla karşılaşan bireylerde, travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir (Bildik,2013; Çolak ve Hocaoglu, 2021).

Travmatik yasin normal yastan farkı; travma sonrası stres bozukluğu ihtimali ve kayba karşı duyulan üzüntünün bireyin işlevselliğini etkileyecek düzeyde olmasıdır. Bu tepkiler devamlıdır ve bireyi psikososyal fonksiyonelliğini zarara uğratar (Bildik, 2013).

2.10. Psikiyatri Hemşireliği Açısından Sağlık, Yaşam Kalitesi ve Ölüm Kavramı

İnsan çok yönlü boyutlara sahip bir varlıktır. Bu boyutlar; biyo-psiko-sosyo-kültürel ve spiritüel boyut olarak açıklanmaktadır. Aynı zamanda boyutlar arasında devamlı bir etkileşim içinde olup ihtiyaçları olan bir bütündür.

Bir insan, yaşam döngüsünün başlangıcından bitişine kadar geçirdiği her evrede, sağlığını geri kazanma, koruma ve geliştirme konularında hemşireye ihtiyaç duyar. Hemşire tüm bu süreçlere tanık olmakla birlikte her sürecin kendine has ihtiyaçlarını karşılamak gibi büyük bir role sahiptir (Bayındır ve Biçer, 2019).

Hemşirelik, uğraş alanı insan olan, primer görevi birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, sağlığın gelişimine katkı sağlaması, hastalık varlığında tedaviye yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanarak uygulanıp değerlendirildiği ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanatı içinde barındıran bir sağlık disiplini (Erer ve ark., 2017).

Günümüz koşullarında insanların sağlık konusunda önem verdiği odak değişmiş olup artık hastalık tedavisinden ziyade sahip oldukları sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelmişlerdir. Bu yönelim hemşirenin rollerinde gelişimi sağlamıştır. Hemşireler toplumla iş birliği içinde birçok alanda bireylere hizmet vermektedirler (Tuğut ve Bekar, 2008). Sağlık hizmetlerinde büyük bir role sahip olan hemşireler sağlığı koruma, geliştirme ve sağlıklı davranışlar kazandırma konusunda bakım verdiği bireye yönelik rehber ve model olması aynı zamanda bu görevi bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına teşvik ederek yapması gerekmektedir (Açıksöz ve ark, 2013; Tuğut ve Bekar, 2008).

Peplau hemşirelik mesleğini kişilerarası bir süreç olarak ele almaktadır. Bakım veren (hemşire) ve bakım alan birey birer insan olup mesleğin temel amaçlarından biri de her iki tarafın da sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek olmalıdır. Bu amaç aynı zamanda iyi hemşirelik hizmetinin yapıtaşısıdır (Alkan ve ark., 2017).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), gelişebilecek hastalıklara engel olma, sağlığı koruma ve geliştirme ve acıyı dindirmenin hemşirenin fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için hemşirenin bireye holistik bir açıyla yaklaşması ve bu donanımına sahip olması gerektiğini açıklamaktadır.

Travelbee, “Hemşire, bireyin hastalığına yönelik girişim yapmakla kalmamakla birlikte bireye fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden de bakım vererek bütüncül bakım hizmeti sunmaktadır.” Kullandığı bu ifadeyle bütüncül bakımın, bireyin tüm boyutlarının ele alınmasının önemine dikkat çekmiştir (Ergül ve Bayık, 2004)

Bütüncül bakımın etkin bir şekilde yerine getirilmesi için hemşire bireyin hastalık veya kayıp sürecinde yaşadığı olaylara yüklediği anlam sonucu ortaya çıkan duygu ve tepkileri anlaması gerekmektedir. Bütüncül bakımın sağlanmasında, psikiyatrisi hemşiresinin vermiş olduğu danışmanlık hizmeti yadsınamaz değerdedir. (Alaca ve ark., 2011) Psikiyatri hemşireliği; bireyin davranış biçimini anlama, bu sürece ortak olma, hastalığa değil hastaya yönelik bakım verip bireyin kendisi ve yakınlarına karşı da bakımda bulunan dinamik bir beceri gerektirir (Özbaş ve Buzlu, 2011).

Psikiyatrisi hemşiresi; öncelikle hastanın fiziksel hastalığa göstermiş olduğu tepkilerini, hastalığa karşı davranışını ve hastanın uygulanan tedaviye yönelik tutumunu değerlendirir, hastanın adaptasyonunu kolaylaştırmada yardımcı olur ve etkili bir iletişim kurar. İkincil olarak danışmanlık becerisini, problem çözme, psikoterapi ve teşvik etme özelliklerini hasta üzerinde kullanır. Üçüncü olarak psikolojik müdahaleleri hasta ve hasta yakınlarına direkt müdahalede kullanır ve eğitimini verir (Kocaman, 2008).

Sağlık ekibinin her üyesi hasta ile iletişim ve etkileşim içerisindedir. Bu ekip üyeleri içerisinde hemşireler hasta ile en fazla vakit geçiren grup olup hastayla terapötik iletişimde hayati bir role sahiptir (Hartley ve ark., 2020). Hemşire hastanın her anında yanında bulunduğundan hastanın duygularını tanımlamada, tedavi seçenekleriyle ilgili algı ve endişelerini gidermede ve ruhsal durumunu değerlendirmede etkin görev alır (Sharma ve Gupta, 2023).

Bir insanın yaşam döngüsünün her aşamasına ortak olup bireyin yanında olan hemşire, doğum ve hastalıkta olduğu gibi yaşamın son evresinde ve ölümden de hasta ve hasta yakınlarının bakımında önemli bir role sahiptir. Ölüm, kayıp gibi psikolojik

yanıtların daha ön planda seyrettiği olaylarda verilen tepkiler ve geçirilen evreler her ne kadar birbiriyle benzerlik gösterse de iki insanın ölüme ve ölmeye vereceği tepki aynı şekilde olmaz (Işık, 2008).

Elizabeth Kübler Ross, ölümle karşılaşan bir bireyin duygusal tepkilerini incelemiş ve tedavisi olmayan veya artık tedaviye yanıt vermeyen, hızlı bir şekilde ölüme ilerleyen hastalık sürecinde olan bireylerin bu duruma karşı göstermiş oldukları baş etme mekanizmalarını; inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme şeklinde sıralamıştır. Ross tarafından tanımlanan bu evreler, her zaman her bireyde bu sırayla ilerleme zorunluluğu taşımamakla birlikte birey aynı zamanda birden fazla evre de yaşayabileceği unutulmamalıdır (Çavdar, 2011). Bu bilginin ışığında unutulmaması gereken bir diğer konu da her insanın biricikliği, kendine has göstermiş olduğu veya göstereceği tepkilerdir. Kişinin geçeceği evrelerin ne olduğunu bilen psikiyatri hemşiresi kişinin içinde bulunması gereken evreyi normal/ patolojik olarak tanımlayabilir ve buna yönelik psikolojik gereksinimlerini karşılamasına yardımcı olur.

Hastaya kaliteli bir yaşam sonu sağlayabilmek için hemşirelerin kullandıkları modeller vardır. Bunlar; belirtilerine yönelik tedavisini düzenleyerek ölümünü rahatlatmak ve güvenliğini en üst düzeyde tutmak, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmak ve bu süreçte kararlarını önemseyerek sürece ortak etmek, kayıp yaşayan bireyler için yası etkin yaşamalarını sağlamak bakım verirken baz aldıkları hedeflerdir (Işık, 2008). Kişinin sahip olduğu örf, adet, değer ve inançlar kayıp, yas ve ölüme karşı göstereceği reaksiyon üzerinde doğrudan etkilidir. Hasta ve ailesinin benimsediği inançlar hemşireler tarafından bilinmeli ve bu doğrultuda uygulamaların şekil almasını sağlamalıdır (Çavdar, 2011). Hemşirelerin hastalık, yaşam, ölüm ve kayba dair kendi hislerini kontrol edebilmesi ölmek üzere olan hasta ve yakınlarıyla etkileşim içinde olması, ona ihtiyaç duyduğu desteği sağlayabilmesi ve hastalara daha etkin psikolojik ve fiziksel bakım verebilmesi açısından önem taşır.

Yapılan çalışmalarda son dönem hastalarına bakım veren hemşirelerin bu sürecin kendilerine çaresizlik ve üzüntü hissi yaratması sebebiyle hasta bakımından kaçındıkları ve ölüm hakkında hasta ve yakınlarının yönelteceği sorulara yönelik nasıl bir yaklaşım göstereceğini ve ne cevap vereceğini bilememe durumu kaynaklı iletişime geçmekten uzak durdukları belirlenmiştir (Koku ve Ateş, 2016).

Son dönem hastasının bakım sürecinde büyük bir role sahip olan hemşire; durumu iyi yönetebilme, etkin ve yeterli bir yaklaşım sunabilmesi açısından önce bilgi

ve beceri konusunda yeterli olması, hasta ve yakınlarını anlayıp uygun psikososyal destek verebilmek için empati yeteneğinin gelişmiş olması gerekmektedir. Bu süreçte kendi davranışlarına yönelik bir içgörü geliştirmesi gerekli olup hemşirelerin kendilerini eksik ve yetersiz gördükleri konular üzerinde kuramlar tarafından bir değerlendirme yapıp bunların teorik ve uygulamalı eğitim programları ile aktif bir şekilde, düzenli aralıklarla ve yeterli düzeyde uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir (Koku ve Ateş, 2016; Selvi, 2019).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, acil servise başvuran hastaların yaşam kaliteleri ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişki varlığını incelemek amaçlı tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Yapmış olduğumuz çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin yetişkin acil servise başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

04.06.1972 tarihinde 'SSK'Göztepe Hastanesi'' adıyla hizmet vermeye başlayan bu hastane, 9 katlı ana blok ve 5 yan bloktan oluşmaktadır. 5 Eylül 2020 tarihinde yeni binasının açılışı yapılan ve yeni adı ''Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'' olarak sağlık hizmetine devam etmektedir.

Sahip olduğu 180.000 m² kapalı alanda; 96'sı yoğun bakım ünitelerine ait olmakla 800 yatak ve 27 ameliyathane bulunmaktadır. Yetişkin acil servis içerisinde 52 yatak kapasitesi bulunmakta olup 84 hemşire ve 32 hekim aktif olarak görev yapmaktadır. Anabilim dalları, bilim dalları ve yan dalların bulunduğu 183 adet poliklinik odasına sahiptir. Yılda 1,5 milyon ayaktan hastaya, 500 bin yetişkin ve çocuk acil poliklinik hastasına sağlık hizmeti sunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi yetişkin acil servise başvuru yapan 18 yaş ve üstü hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Örneklem hesaplamasında yıllık ortalama acile yapılan başvuru sayısı temel alınmıştır. Hasta sayısı 200 binden fazla olduğu için <https://www.calculator.net> örneklem hesaplama aracı kullanılarak evreni belli olamayan örneklem hesaplaması yapılmıştır. Ulaşılması gereken örneklem 385 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın örneklemine, araştırmayı kabul eden yetişkin acil servis hastası olan 437 birey oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Yetişkin acil servise başvuru yapmış olmak
2. 18 yaş ve üzerinde bulunmak
3. Türkçe biliyor olmak
4. Soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlikte olma
5. İlk müdahalesi yapılmış olmak

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Hastanın acil serviste kaydının olmaması
2. 18 yaş altında olma
3. Çalışmayı katılmaya gönüllü olmama
4. Terminal dönemdeki hastalar
5. Ruhsal sağlığı bozulmuş olma

3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri yardımcı araştırmacı Emel KÜÇÜKTATAR tarafından Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi acil servisine başvuran hastalardan, Covid-19 tedbirleri alınarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın verilerini toplarken üç araç kullanılmıştır. Bunlar; Kişisel Bilgi Formu, Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeğidir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür bilgisi ile geliştirilen, hastaların sosyodemografik verilerini ve ölüme ilişkin deneyimlerini inceleyen; yaş, cinsiyet, medeni durum, varsa çocuk sayısı, eğitim düzeyi, gelir gider dengesi, kronik ya da akut hastalığın varlığı, acil servise başvuru şikâyeti, kendisine yakın hissettiği birisinin kaybı, kimin ile yaşadığı, meslek, düzenli ilaç kullanımı ve dini inanç varlığı sorularını kapsayan 16 sorudan oluşan bir formdur (Robinson ve ark., 2017; Xu ve ark., 2019; Nguyen ve ark., 2020; Altaş, 2020a).

3.5.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

“Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”, 1994 yılında, Wong ve arkadaşları tarafından geliştirilen, orijinal adı ‘Death Attitudes Profile- Revised (DAP-R)’ olan 32 maddeden oluşan bu ölçek ile kişilerin ölüme karşı göstermiş oldukları tutumlar ölçülür. Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2008 yılında Abalı Işık tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ölümün var olduğunu kabul etmektedir aynı zamanda ölçeğin en önemli avantajı da ölümü kabullenme tipini ve miktarını doğrudan belirtmesidir.

Ölçek 5 alt faktörden oluşmuştur; Ölüm Korkusu (7 madde) (1,2,7,18,20,21,32), Kaçış Kabullenme (5 madde) (5,9,11,23,29, Tarafsız Kabullenme (5 madde) (6,14,17,24,30), Yaklaşım Kabullenme (10 madde) (4,8,13,15,16,22,25,27,28,31), Ölümden Kaçınma (5 madde) (3,10,12,19,26) (Abalı Işık, 2008).

Ölçek 7 puanlı Likert tipi bir ölçektir. Bütün maddelerin puanları “kesinlikle katılmıyorum (1)” ile “kesinlikle katılıyorum (7)” yönünde 1’den 7’ye kadardır. Toplam ölçek puanını her bir ölçeği oluşturan madde sayısına bölerek her boyut için bir ortalama ölçek puanı hesaplanır.

Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,75 olarak saptanmıştır (Abalı Işık, 2008). Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), John Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilen, 36 maddeden oluşan genel sağlık durumunu algılama ölçeğidir (Ware ve Sherbourne, 1992). Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları 1999 yılında, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Sağlık durumunun yalnızca olumsuz değil, olumlu yönlerini de kapsamaktadır. Ankette dört alt grupta sekiz boyutun ölçümü sağlanmaktadır. Bunlar fonksiyonel durum, esenlik, sağlığı algılama ve global yaşam kalitesidir.

Alt boyutlardan fonksiyonel durum; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıklarını içermektedir. Esenlik; mental sağlık, enerji/canlılık ve ağrıyı kapsamaktadır. Sağlığı algılama alt boyutu, sağlığın genel algılanmasını içermektedir. Alt boyutlardan sonuncusu olan global yaşam kalitesi de kişinin yaşam kalitesini değerlendirmektedir.

Kötü sağlık durumunu “0 puan” ifade ederken, iyi sağlık durumunu “100 puan” ifade etmektedir. Ölçeğin puanlaması, dördüncü ve beşinci maddeler dışında likert tipi (üçlü- altılı) yapılmakta, dördüncü ve beşinci maddeler ise evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Anketin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarında cronbach alfa değeri, ölçeğin alt boyutları arasında 0,73 ile 0,76 arasında değişmektedir (Koçyiğit, 1999). Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

3.6. Uygulama

Gerekli kişi ve kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra Ekim 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi yetişkin acil servisine başvurup araştırmaya katılmayı onaylayan 437 hasta ile veri toplama formlarının uygulanması yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Aydınlatılmış onam formunda da belirtildiği gibi veri toplama formlarının tamamı her bir hasta ile yaklaşık 10 dakika sürecek şekilde tamamlanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda ulaşılan veriler, Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 22.0) paket programında değerlendirecektir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel testler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum) ve t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), post hoc (Tukey, LSD) ve korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hastanın yanıtlayacağı ve literatür bilgisi ile geliştirilen kişisel bilgi formu (Yaş, cinsiyet, medeni durum, varsa çocuk sayısı, eğitim düzeyi, gelir gider dengesi, kronik ya da akut hastalığın varlığı, acil servise başvuru şikâyeti, kendisine yakın hissettiği birisinin kaybı, kimin ile yaşadığı, meslek, düzenli ilaç kullanımı ve dini inanç varlığı) üzerinden alınan puanlardır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastaların yaşam kalitelerini tespit etmek için kullanılan Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmeye yarayan Ölüme Karşı Tutum Ölçeğidir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkez üzerinden yürütülmesi ve elde ettiğimiz sonuçların tüm topluma ya da yetişkin acil servise başvuru yapan tüm hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın veri toplama araçları olan Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Türkçe formlarının geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan araştırmalardan e-posta yolu ile kullanım izni alınmıştır (EK-4, EK-5).

Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.05.2021 tarihli ve 2021-39 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-6).

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nden, araştırmanın gerçekleştirilmesi ve uygulanabilmesi için 18.10.2021 tarihinde E-15916306-604.01.01 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-7).

Araştırmaya katılmadan önce araştırmanın adını, amacını, bilgilerin gizli kalacağını ve hasta için herhangi bir risk teşkil etmeyip istediği zaman çalışmadan ayrılabilmesine dair açıklama yapılmış olup araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, okur yazarlığı olmayan hastaların yakınlarından yazılı onamları alınmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

Çalışma verileri SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirilip tanımlayıcı özelliklerin belirlenmesi frekans ve yüzde analizleri, ölçek incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. Değişkenlerinin dağılım normalliğini Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerlerine bakılmıştır.

Tablo 4.1. Normal dağılım (n: 437)

	Basıklık	Çarpıklık
Fiziksel Fonksiyonellik	1,304	-1,416
Fiziksel Rol Kısıtlamaları	-1,419	-0,428
Bedensel Ağrı	-0,809	-0,063
Genel Sağlık Algısı	-0,420	-0,179
Canlılık	-0,510	-0,002
Sosyal Fonksiyonellik	-0,480	-0,185
Duygusal Rol Kısıtlamaları	-1,669	-0,170
Ruh Sağlığı	-0,328	-0,202
Ölüme Karşı Tutum Genel	0,478	-0,466
Ölüm Korkusu	-0,713	0,062
Kaçış Kabullenme	-0,605	0,102
Tarafsız Kabullenme	0,876	-0,703
Yaklaşım Kabullenme	0,294	-0,712
Ölümden Kaçınma	-0,444	-0,034

Araştırma değişkenlerinin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 arasında olduğu sonucuna varılmış olup normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin analizinde; korelasyon analizleri, t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri gibi parametrik yöntemlerden faydalanılmıştır. Cohen (d) ve Eta kare (η^2) katsayılarına bakılarak gruplar arasındaki farkı ve etki büyüklükleri hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı (n: 437)

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	218	49,9
Erkek	219	50,1

Tablo 4.2. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı (n: 437)

Yaş (ort: 34,730±14,609)		
30 ve altı	236	54,0
31-40	101	23,1
41-50	34	7,8
51-60	32	7,3
60 üzeri	34	7,8
Meslek		
Sağlık çalışanı	79	18,1
Öğrenci	52	11,9
Öğretmen memur	47	10,8
Emekli	15	3,4
Ev hanımı	57	13,0
Serbest meslek ve özel sektör	127	29,1
Diğer	60	13,7
Medeni durum		
Bekar	250	57,2
Evli	187	42,8
Çocuk sahipliği		
Yok	263	60,2
Var	174	39,8
Çocuk sayısı		
1	54	31,0
2	69	39,7
3 ve üzeri	51	29,3
Eğitim düzeyi		
İlköğretim ve altı	84	19,2
Lise	85	19,5
Üniversite	268	61,3
Dini inanç varlığı		
Bir dine inanıyor	391	89,5
Herhangi bir dini inancı yok	46	10,5
Gelir gider dengesi		
Gelir giderden fazla	71	16,2
Gelir gidere denk	210	48,1
Gelir giderden az	156	35,7
Kronik akut hastalık varlığı		
Yok	300	68,6
Var	137	31,4
Psikiyatrik hastalık öyküsü		
Yok	393	89,9
Var	44	10,1
Acil servise başvuru şekli		
Ambulans-112 ile	65	14,9
Kendi imkanları ile	372	85,1
Acil serviste müdahalenin yapıldığı alan		
Yeşil	295	67,5

Tablo 4.2. (devam) Hastaların tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı (n: 437)

Sarı	129	29,5
Kırmızı	13	3,0
Kendine yakın hissedilen birinin kaybedilmesi		
Yok	284	65,0
Var	153	35,0
Kiminle yaşandığı		
Yalnız	88	20,1
Aile	288	65,9
Arkadaş	61	14,0
Düzenli ilaç kullanımı		
Yok	310	70,9
Var	127	29,1

Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların; %49,9'u kadın, yaş ortalaması $34,730 \pm 14,609$, %57,2'si bekar, %18,1'i sağlık çalışanı, %13,0'ü ev hanımı, %39,8'i çocuk sahibi, %61,3'ünün eğitim düzeyi üniversite, %89,5'i bir dine inanıyor, %48,1'inin gelir gider durumu denk, %31,4'ünün kronik akut hastalığı varken %10,1'inin psikiyatrik hastalığı var olarak saptanmıştır. Acil servis başvurularının %85,1'i hastaların kendi imkanları ile gerçekleşmekte olup acil servis müdahalelerinin yapıldığı alanlar sırası ile en fazla (%67,5) yeşil, (%29,5) sarı ve (%3,0) kırmızı alan olarak tespit edilmiştir. Hastaların %35,0'i kendine yakın hissettiği birinin kaybıyla karşılaşmış, %20,1'i yalnız yaşıyor ve %29,1'inin düzenli ilaç kullanımı var şeklinde belirlenmiştir.

Hastaların Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldığı puanların aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Tablo 4.3.'te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları (n: 437)

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Fiziksel fonksiyonellik	79,565	25,001	0	100
Fiziksel rol kısıtlamaları	61,442	39,934	0	100
Bedensel ağrı	56,645	21,116	0	90
Genel sağlık algısı	56,284	20,552	0	100
Canlılık	51,682	21,194	0	100
Sosyal fonksiyonellik	62,243	23,176	0	100
Duygusal rol kısıtlamaları	54,386	42,766	0	100
Ruh sağlığı	58,407	17,854	0	100

Ölçek, her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan verir. Alt boyutlardan alınan puanlar toplanmaz. Alt boyutlar sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. Kötü sağlık durumunu “0 puan” ifade ederken, iyi sağlık durumunu “100 puan” ifade etmektedir. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur. Hastaların “fiziksel fonksiyonellik” ortalaması $79,565 \pm 25,001$, “fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları” ortalaması $61,442 \pm 39,934$, “bedensel ağrı” ortalaması $56,645 \pm 21,116$, “genel sağlık algısı” ortalaması $56,284 \pm 20,552$, “canlılık” ortalaması $51,682 \pm 21,194$, “sosyal fonksiyonellik” ortalaması $62,243 \pm 23,176$, “duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları” ortalaması $54,386 \pm 42,766$, “ruh sağlığı” ortalaması $58,407 \pm 17,854$ olarak saptanmıştır.

Hastaların Ölüm Karşı Tutum Ölçeği’nden aldıkları puanların aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Tablo 4.4.’te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Ölüm Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları (n: 437)

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Ölüm karşı tutum toplam	4,166	0,783	1,47	6,22
Ölüm korkusu	3,554	1,334	1,00	7,00
Kaçış kabullenme	3,516	1,292	1,00	7,00
Tarafsız kabullenme	4,901	1,002	1,40	7,00
Yaklaşım kabullenme	4,571	1,354	1,00	7,00
Ölümden kaçınma	3,926	1,396	1,00	7,00

Hastaların “ölüm karşı tutum toplam” ortalaması $4,166 \pm 0,783$, “ölüm korkusu” ortalaması $3,554 \pm 1,334$, “kaçış kabullenme” ortalaması $3,516 \pm 1,292$, “tarafsız kabullenme” ortalaması $4,901 \pm 1,002$, “yaklaşım kabullenme” ortalaması $4,571 \pm 1,354$, “ölümden kaçınma” ortalaması $3,926 \pm 1,396$ olarak saptanmıştır. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur.

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu analiz sonuçları Tablo 4.5.’te verilmiştir.

Tablo 4.5. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Demografik özellikler	n	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol	Ruh sağlığı
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	218	77,385±26,822	55,390±41,808	52,537±20,335	54,982±19,757	48,945±20,708	57,626±23,050	45,719±44,279	57,156±17,515
Erkek	219	81,735±22,902	67,466±37,101	60,735±21,129	57,580±21,280	54,406±21,366	66,838±22,425	63,014±39,452	59,653±18,140
T=		-1,823	-3,194	-4,132	-1,323	-2,713	-4,234	-4,311	-1,464
P=		0,069	0,002	0,000	0,187	0,007	0,000	0,000	0,144
Yaş									
30 ve altı	236	86,801±18,214	68,009±37,457	59,661±19,962	59,280±19,413	51,377±21,569	65,572±22,416	57,345±41,913	58,254±18,715
31-40	101	82,921±20,227	63,119±37,349	56,663±19,881	57,584±19,456	55,198±20,086	60,520±22,620	58,416±41,474	59,644±17,298
41-50	34	76,471±23,534	62,500±38,558	57,912±21,737	57,059±21,096	54,706±22,291	66,912±18,175	59,804±44,023	61,177±19,057
51-60	32	68,750±25,653	42,188±45,542	51,219±24,422	48,813±21,311	52,344±19,959	58,203±22,587	40,625±42,951	59,000±12,811
60 üzeri	34	32,647±26,147	27,941±39,774	39,500±20,606	37,882±20,124	39,706±18,213	43,382±25,790	29,412±42,454	52,471±15,625
F=		55,409	10,297	7,828	10,001	3,691	8,065	4,511	1,282
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,001	0,276
Posthoc=		1>3, 1>4, 2>4, 1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)	1>4, 2>4, 3>4, 1>5, 2>5, 3>5 (p<0.05)	1>4, 1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)	1>4, 2>4, 1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)	1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)	1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)	1>4, 2>4, 1>5, 2>5, 3>5 (p<0.05)	
Meslek									
Sağlık çalışanı	79	87,405±16,925	68,354±36,186	60,038±18,244	61,380±18,726	51,139±21,823	65,823±22,263	56,540±41,809	58,532±17,913
Öğrenci	52	88,077±19,178	67,789±37,813	61,154±22,111	57,212±19,524	49,519±22,497	65,144±23,265	52,564±43,459	58,077±20,419
Öğretmen memur	47	79,149±22,075	65,426±39,202	58,532±19,880	53,702±19,518	52,660±18,675	64,096±21,747	63,121±40,667	57,787±16,926
Emekli	15	55,333±30,849	41,667±44,987	48,133±24,805	47,667±24,236	48,000±24,770	54,167±27,003	33,333±39,841	53,067±15,453
Ev hanımı	57	55,000±31,552	34,649±40,299	44,158±19,497	45,018±20,449	44,298±16,622	48,246±22,465	35,088±43,380	55,368±16,139
Serbest meslek ve özel sektör	127	84,291±20,390	68,110±38,534	58,598±20,796	60,000±19,571	55,315±21,155	64,272±22,807	59,055±42,660	60,693±16,926
Diğer	60	81,583±23,515	60,000±37,732	56,650±21,916	55,783±21,555	53,750±22,860	64,583±21,610	60,000±40,150	58,400±20,104
F=		18,087	6,666	4,964	5,231	2,092	4,768	3,454	0,857
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,053	0,000	0,002	0,526
Posthoc=		1>3, 2>3, 1>4, 2>4, 3>4, 6>4, 7>4, 1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)	1>4, 2>4, 3>4, 6>4, 1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)	1>4, 2>4, 1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)	1>3, 1>4, 6>4, 1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)		1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)	3>4, 6>4, 7>4, 1>5, 2>5, 3>5, 6>5, 7>5 (p<0.05)	

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5. (devam) Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Medeni durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	250	84,440±22,895	65,700±39,398	59,788±20,282	58,984±20,174	51,700±22,810	64,250±23,420	55,733±43,142	58,560±19,124
Evli	187	73,048±26,245	55,749±40,040	52,444±21,528	52,674±20,551	51,658±18,878	59,559±22,630	52,585±42,307	58,203±16,049
T=		4,832	2,594	3,648	3,209	0,021	2,102	0,761	0,206
P=		0,000	0,010	0,000	0,001	0,983	0,036	0,447	0,832
Çocuk sahipliği									
Yok	263	86,882±18,799	68,821±37,355	60,730±20,294	60,639±18,824	53,099±21,951	65,637±22,666	59,189±41,788	59,270±19,163
Var	174	68,506±28,907	50,287±41,206	50,471±20,887	49,701±21,341	49,540±19,864	57,112±23,058	47,126±43,321	57,103±15,634
T=		8,054	4,872	5,113	5,635	1,722	3,822	2,911	1,243
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,086	0,000	0,004	0,196
Çocuk sayısı									
1	54	81,296±22,280	63,426±39,666	59,944±19,734	57,741±21,775	53,241±20,676	64,120±20,753	60,494±42,498	58,444±17,521
2	69	65,362±31,417	53,261±41,104	48,449±20,025	48,754±19,543	51,159±18,153	56,884±25,323	47,826±44,457	57,971±14,052
3 ve üzeri	51	59,216±27,283	32,353±37,180	43,177±19,859	42,471±20,722	43,431±20,186	50,000±20,156	32,026±38,274	54,510±15,553
F=		9,108	8,421	9,914	7,326	3,689	5,160	6,007	1,007
P=		0,000	0,000	0,000	0,001	0,027	0,007	0,003	0,368
Posthoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	
Eğitim düzeyi									
İlköğretim ve altı	84	59,464±30,060	45,536±43,242	48,226±22,785	44,393±20,007	45,298±19,456	54,018±22,890	46,032±43,877	54,905±15,895
Lise	85	76,941±26,638	58,529±38,101	55,424±21,458	54,377±20,773	53,294±23,998	62,059±24,659	49,804±42,296	57,553±19,254
Üniversite	268	86,698±18,334	67,351±38,063	59,672±19,745	60,616±19,107	53,172±20,463	64,879±22,241	58,458±42,191	59,776±17,872
F=		46,580	10,240	9,965	22,378	4,802	7,226	3,341	2,519
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,009	0,001	0,036	0,082
Posthoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	3>1 (p<0.05)	
Dini inanç varlığı									
Bir dine inanıyor	391	78,619±25,618	60,486±39,816	55,875±21,181	55,959±20,264	51,662±20,806	61,605±23,256	53,794±42,990	58,159±17,470
Herhangi bir dini inancı yok	46	87,609±17,151	69,565±40,453	63,196±19,568	59,044±22,910	51,848±24,503	67,663±21,981	59,420±40,923	60,522±20,940
t=		-2,318	-1,460	-2,234	-0,963	-0,056	-1,680	-0,844	-0,849
p=		0,002	0,145	0,026	0,336	0,955	0,094	0,399	0,396

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5. (devam) Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Gelir gider dengesi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir giderden fazla	71	84,296±19,754	67,958±36,884	62,099±20,276	62,042±18,551	58,521±21,371	63,732±22,575	61,033±38,208	61,747±18,722
Gelir gidere denk	210	80,571±24,986	62,619±39,225	56,638±20,984	56,610±20,394	52,143±20,663	63,095±22,704	52,540±43,215	58,629±17,533
Gelir giderden az	156	76,058±26,761	56,891±41,888	54,173±21,331	53,224±21,146	47,949±21,113	60,417±24,090	53,846±44,069	56,590±17,760
F=		3,004	2,059	3,476	4,617	6,317	0,772	1,066	2,076
P=		0,051	0,129	0,032	0,010	0,002	0,463	0,345	0,127
Posthoc=				1>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)			
Kronik akut hastalık varlığı									
Yok	300	84,750±21,908	69,167±36,566	60,063±20,254	60,640±19,683	54,333±20,643	66,125±22,184	62,222±40,832	59,800±17,517
Var	137	68,212±27,558	44,526±41,868	49,161±21,103	46,745±19,204	45,876±21,299	53,741±23,107	37,226±42,021	55,358±18,268
T=		6,734	6,239	5,152	6,898	3,934	5,343	5,883	2,426
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,016
Psikiyatrik hastalık öyküsü									
Yok	393	79,707±25,279	63,868±39,308	57,466±21,310	57,850±20,262	52,901±21,071	63,422±23,118	56,913±42,370	59,461±17,659
Var	44	78,296±22,592	39,773±39,369	49,318±17,883	42,296±17,820	40,796±19,288	51,705±21,157	31,818±39,996	49,000±16,995
T=		0,355	3,855	2,441	4,884	3,643	3,214	3,746	3,740
P=		0,723	0,000	0,007	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Acil servise başvuru şekli									
Ambulans-112 ile	65	63,539±33,409	43,846±41,229	46,954±19,041	45,677±21,209	44,769±19,191	52,115±24,061	44,615±42,605	53,600±16,715
Kendi imkanları ile	372	82,366±22,116	64,516±38,951	58,339±21,026	58,137±19,890	52,890±21,319	64,012±22,589	56,093±42,622	59,247±17,935
T=		-5,808	-3,913	-4,082	-4,614	-2,874	-3,879	-2,003	-2,365
P=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,046	0,018

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5. (devam) Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Acil serviste müdahalenin yapıldığı alan		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yeşil	295	82,034±22,454	65,000±39,036	58,532±20,916	58,203±20,107	53,170±21,406	64,025±22,275	55,819±42,714	58,942±18,174
Sarı	129	75,775±27,961	53,101±41,104	52,178±20,904	52,109±21,600	47,597±20,786	58,721±24,487	50,904±42,914	56,434±17,177
Kırmızı	13	61,154±36,694	63,462±39,018	58,154±22,711	54,154±13,490	58,462±14,199	56,731±26,817	56,410±43,853	65,846±15,285
F=		6,612	4,058	4,157	4,075	3,837	2,752	0,607	2,059
P=		0,001	0,018	0,016	0,018	0,022	0,065	0,546	0,129
Posthoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)			
Kendine yakın hissedilen birinin kaybedilmesi									
Yok	284	80,581±24,855	65,581±38,772	57,835±20,750	58,975±19,600	54,102±20,839	63,204±23,203	57,394±42,912	59,986±17,757
Var	153	77,680±25,242	53,758±41,036	54,438±21,673	51,288±21,393	47,190±21,181	60,458±23,096	48,802±42,064	55,477±17,721
T=		1,158	2,979	1,607	3,787	3,289	1,182	2,010	2,534
P=		0,248	0,003	0,109	0,000	0,001	0,238	0,045	0,012
Kiminle yaşandığı									
Yalnız	88	83,693±23,653	75,568±37,328	63,625±18,528	59,421±21,757	52,159±22,954	65,483±23,134	65,530±41,198	59,136±19,393
Aile	288	76,545±25,844	53,472±40,372	53,757±21,589	54,118±20,193	50,694±20,623	59,852±22,719	48,380±42,535	57,014±17,435
Arkadaş	61	87,869±19,926	78,689±29,523	60,213±19,705	61,984±19,038	55,656±21,085	68,853±23,895	66,667±40,825	63,934±16,613
F=		6,844	18,272	8,667	5,063	1,410	4,961	8,635	3,925
P=		0,001	0,000	0,000	0,007	0,245	0,007	0,000	0,020
Posthoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)		1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)	3>2 (p<0.05)
Düzenli ilaç kullanımı									
Yok	310	85,774±19,826	69,677±36,536	59,784±19,984	60,419±19,211	53,984±20,956	65,807±21,852	61,183±41,224	59,729±17,954
Var	127	64,409±29,538	41,339±40,871	48,984±21,910	46,189±20,289	46,063±20,794	53,543±24,085	37,795±42,072	55,181±17,255
t=		8,792	7,108	4,986	6,916	3,596	5,168	5,353	2,431
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,015

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo incelendiğinde cinsiyet ile Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu fark kadın hastaların almış olduğu fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarına göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılan kadın hastaların fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları puan ortalaması 55,390 iken erkek hastalarda bu puan ortalaması 67,466'dır. Hastaların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı, ruh sağlığı puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların demografik özelliklerinden olan yaş ile SF-36'nın ruh sağlığı alt boyutu dışında kalan tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Fiziksel fonksiyonellik puanları yaşa göre anlamlı bir fark oluşturmakta ve bu farkın ortaya çıkmasında 30 yaş ve altı hastaların fiziksel fonksiyonellik puanlarının 41-50, 51-60, 60 ve üzeri olan hastaların puanlarından yüksek çıkması etkili olmuştur. Aynı zamanda 41-50 yaş aralığındaki hastaların puanları da 51-60, 60 ve üzeri olan hastalardan yüksektir. Hastaların yaşı ile fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları ve genel sağlık algısı puanları arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu yaş gruplarına bakıldığında yaşın artmasıyla alınan ölçek puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir.

Hastaların meslekleri ile fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının 88,077 olup en yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubu öğrenciler iken 55,0 puan ortalaması ile en düşük puana sahip meslek grubunun ev hanımları olduğu görülmektedir. Hastaların fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında ise en yüksek puanı 68,354 ile sağlık çalışanları ve yine en düşük puanı 34,649 ile ev hanımları almaktadır. Bedensel ağrı puan ortalamasında en yüksek ortalamaya sahip meslek grubu öğrenciler iken onu takiben sağlık çalışanları olmuştur. Hastaların genel sağlık algısı puan ortalamaları ile meslekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında 61,38 puan ortalaması ile en yüksek puan sağlık çalışanlarına ait olup 45,018 ile en düşük puan ev hanımlarına aittir. Benzer

şekilde sosyal fonksiyonellik puan ortalamalarında da sağlık çalışanları en yüksek puan ortalamasına sahip iken ev hanımları en düşük puan ortalamasına sahip olmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların medeni durumları ile ölçek alt boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyonellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın nedeni, bekar bireylerin evli bireylere göre anlamlı fark oluşturan her alt boyutta yüksek puan ortalamasına sahip olmasıdır. Hastaların canlılık, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları, ruh sağlığı puan ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olmayan hastaların çocuk sahibi olan hastalara kıyasla fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup canlılık ve ruh sağlığı puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu değişkenler arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe ölçek alt boyutlarından; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları puan ortalamaları da yükselmektedir.

Gelir gider durumu ile genel sağlık algısı ve canlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farkın nedeni geliri giderinden fazla olan bireylerin, geliri giderine denk ve geliri giderinden az olan bireylere kıyasla genel sağlık algısı ve canlılık puan ortalamalarının yüksek olmasıdır. Geliri giderden fazla, geliri gidere denk ve geliri giderden az olan bireylerin genel sağlık algısı puan ortalamaları sırasıyla 62,042; 56,610; 53,224 şeklinde olup gelir durumu gidere göre azaldıkça ölçekten alınan puan ortalamaları da düşmektedir.

Kronik akut hastalık ve SF-36'nın alt boyutlarının tümü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kronik akut hastalığa sahip olmayan bireylerin, ölçeğin alt boyutlarının tümünden aldıkları puan

ortalamaları, kronik akut hastalığa sahip bireylerin aldığı puan ortalamalarına kıyasla yüksektir. Aynı şekilde psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmayan bireylerin ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip bireylerin aldığı puan ortalamalarına kıyasla daha yüksektir.



Tablo 4.6. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Demografik özellikler	n	Ölüme karşı tutum genel	Ölüm korkusu	Kaçış kabullenme	Tarafsız kabullenme	Yaklaşım kabullenme	Ölümünden kaçınma
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	218	4,271±0,766	3,782±1,331	3,691±1,320	5,030±0,869	4,642±1,323	3,847±1,418
Erkek	219	4,063±0,787	3,327±1,301	3,342±1,242	4,773±1,106	4,501±1,384	4,005±1,372
T=		2,798	3,618	2,848	2,708	1,087	-1,182
P=		0,005	0,000	0,005	0,007	0,278	0,238
Yaş							
30 ve altı	236	4,136±0,765	3,577±1,301	3,435±1,260	4,899±1,002	4,504±1,381	3,885±1,478
31-40	101	4,158±0,816	3,621±1,316	3,626±1,286	4,951±0,964	4,442±1,208	3,925±1,301
41-50	34	4,120±0,706	3,256±1,361	3,547±1,378	4,824±0,925	4,691±1,454	3,794±1,249
51-60	32	4,235±0,899	3,567±1,566	3,700±1,351	4,931±1,184	4,731±1,519	3,963±1,313
60 üzeri	34	4,382±0,767	3,483±1,396	3,547±1,418	4,818±1,051	5,150±1,217	4,312±1,299
F=		0,830	0,526	0,585	0,177	2,129	0,780
P=		0,507	0,716	0,673	0,950	0,076	0,538
Meslek							
Sağlık çalışanı	79	4,136±0,763	3,787±1,362	3,618±1,291	4,894±0,979	4,377±1,274	3,729±1,402
Öğrenci	52	4,142±0,755	3,319±1,145	3,139±1,306	5,031±0,862	4,644±1,463	4,131±1,492
Öğretmen memur	47	4,084±0,977	3,502±1,401	3,264±1,503	4,885±1,063	4,447±1,525	3,889±1,683
Emekli	15	4,248±0,631	3,391±1,204	3,480±1,375	4,533±1,095	5,053±1,211	4,040±1,243
Ev hanımı	57	4,542±0,689	3,759±1,400	3,853±1,284	5,088±0,814	5,133±1,215	4,435±1,258
Serbest meslek ve özel Sektör	127	4,072±0,820	3,578±1,332	3,671±1,227	4,912±1,074	4,308±1,360	3,729±1,310
Diğer	60	4,114±0,611	3,288±1,343	3,267±1,120	4,703±1,061	4,763±1,194	3,940±1,308
F=		2,749	1,355	2,493	1,210	3,428	2,191
P=		0,012	0,231	0,022	0,300	0,003	0,043
Posthoc=		5>1, 5>2, 5>3, 5>6, 5>7 (p<0.05)		1>2, 5>2, 6>2, 5>3, 5>7, 6>7 (p<0.05)		5>1, 5>3, 4>6, 5>6, 7>6 (p<0.05)	5>1, 5>3, 5>6 (p<0.05)
Medeni durum							
Bekar	250	4,095±0,837	3,485±1,312	3,405±1,260	4,913±1,035	4,444±1,434	3,904±1,480
Evli	187	4,262±0,694	3,646±1,362	3,664±1,322	4,886±0,958	4,742±1,222	3,955±1,278
t=		-2,213	-1,250	-2,084	0,281	-2,288	-0,378
p=		0,024	0,212	0,038	0,779	0,020	0,700

Tablo 4.6. (devam) Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Demografik özellikler	N	Ölüme karşı tutum genel	Ölüm korkusu	Kaçış kabullenme	Tarafsız kabullenme	Yaklaşım kabullenme	Ölümünden kaçınma
Çocuk sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	263	4,061±0,819	3,451±1,277	3,391±1,271	4,904±1,013	4,389±1,407	3,843±1,471
Var	174	4,325±0,697	3,710±1,406	3,705±1,305	4,897±0,988	4,846±1,224	4,051±1,268
T=		-3,489	-1,996	-2,499	0,078	-3,495	-1,521
P=		0,001	0,047	0,013	0,938	0,001	0,118
Çocuk sayısı							
1	54	4,229±0,640	3,619±1,476	3,622±1,274	4,982±1,016	4,744±1,198	3,737±1,449
2	69	4,357±0,683	3,776±1,378	3,757±1,402	4,852±0,927	4,832±1,151	4,217±1,119
3 ve üzeri	51	4,382±0,773	3,717±1,391	3,722±1,219	4,867±1,050	4,973±1,353	4,157±1,214
F=		0,756	0,189	0,165	0,290	0,460	2,470
P=		0,471	0,828	0,848	0,749	0,632	0,088
Eğitim düzeyi							
İlköğretim ve altı	84	4,388±0,717	3,638±1,407	3,686±1,335	4,943±1,012	4,961±1,188	4,224±1,273
Lise	85	4,019±0,830	3,340±1,276	3,381±1,317	4,574±1,088	4,493±1,479	3,901±1,403
Üniversite	268	4,144±0,775	3,596±1,327	3,505±1,270	4,992±0,952	4,474±1,345	3,840±1,423
F=		5,100	1,399	1,198	5,825	4,376	2,446
P=		0,006	0,248	0,303	0,003	0,013	0,088
Posthoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)			1>2, 3>2 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	
Dini inanç varlığı							
Bir dine inanıyor	391	4,269±0,732	3,647±1,325	3,533±1,300	4,902±1,004	4,807±1,159	3,975±1,356
Herhangi bir dini İnanıcı yok	46	3,290±0,644	2,761±1,143	3,370±1,227	4,896±0,996	2,570±1,245	3,509±1,659
T=		8,686	4,349	0,811	0,039	12,287	2,151
P=		0,000	0,000	0,418	0,969	0,000	0,072
Gelir gider dengesi							
Gelir giderden fazla	71	3,945±0,823	3,318±1,413	3,147±1,198	4,670±1,142	4,324±1,457	3,851±1,575
Gelir gidere denk	210	4,226±0,736	3,606±1,359	3,646±1,360	4,970±0,935	4,646±1,323	3,901±1,337
Gelir giderden az	156	4,186±0,812	3,592±1,259	3,509±1,212	4,914±1,012	4,583±1,343	3,994±1,394
F=		3,548	1,336	4,019	2,401	1,515	0,319
P=		0,030	0,264	0,019	0,092	0,221	0,727
Posthoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)		2>1, 3>1 (p<0.05)			

Tablo 4.6. (devam) Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Demografik özellikler	n	Ölüme karşı tutum genel	Ölüm korkusu	Kaçış kabullenme	Tarafsız kabullenme	Yaklaşım kabullenme	Ölümden kaçınma
Kronik akut Hastalık varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	300	4,167±0,755	3,521±1,273	3,487±1,258	4,926±0,992	4,572±1,321	3,963±1,378
Var	137	4,164±0,842	3,628±1,463	3,578±1,367	4,847±1,025	4,570±1,430	3,844±1,437
T=		0,042	-0,779	-0,681	0,767	0,011	0,830
P=		0,967	0,460	0,510	0,443	0,991	0,407
Psikiyatrik hastalık Öyküsü							
Yok	393	4,176±0,772	3,550±1,331	3,526±1,297	4,927±0,991	4,592±1,322	3,907±1,379
Var	44	4,084±0,877	3,594±1,377	3,423±1,259	4,668±1,078	4,384±1,618	4,096±1,545
T=		0,737	-0,210	0,503	1,630	0,966	-0,849
P=		0,461	0,834	0,615	0,104	0,415	0,396
Acil servise başvuru şekli							
Ambulans-112 ile	65	4,126±0,810	3,582±1,445	3,529±1,266	4,640±1,086	4,492±1,479	4,114±1,482
Kendi imkanları ile	372	4,173±0,779	3,549±1,316	3,513±1,298	4,947±0,981	4,585±1,333	3,893±1,380
T=		-0,445	0,185	0,091	-2,289	-0,508	1,177
P=		0,657	0,853	0,928	0,023	0,611	0,240
Acil serviste müdahalenin Yapıldığı alan							
Yeşil	295	4,185±0,769	3,541±1,345	3,481±1,308	4,951±0,962	4,633±1,294	3,894±1,371
Sarı	129	4,104±0,807	3,626±1,309	3,637±1,222	4,780±1,083	4,371±1,460	3,895±1,389
Kırmızı	13	4,349±0,856	3,143±1,349	3,092±1,551	4,969±1,029	5,154±1,406	4,969±1,714
F=		0,843	0,817	1,375	1,346	2,941	3,790
P=		0,431	0,443	0,254	0,261	0,054	0,023
Posthoc=							3>1, 3>2 (p<0.05)
Kendine yakın hissedilen Birinin kaybedilmesi							
Yok	284	4,117±0,747	3,503±1,254	3,547±1,275	4,909±1,030	4,512±1,304	3,811±1,377
Var	153	4,258±0,840	3,650±1,472	3,459±1,325	4,886±0,951	4,681±1,441	4,140±1,410
T=		-1,797	-1,101	0,676	0,227	-1,246	-2,364
p=		0,073	0,295	0,499	0,820	0,213	0,018

Tablo 4.6. (devam) Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n: 437)

Demografik özellikler	n	Ölüme karşı tutum genel	Ölüm korkusu	Kaçış kabullenme	Tarafsız kabullenme	Yaklaşım kabullenme	Ölümünden kaçınma
Kiminle yaşadığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yalnız	88	4,029±0,839	3,495±1,347	3,539±1,190	4,750±1,051	4,310±1,410	3,768±1,406
Aile	288	4,222±0,754	3,620±1,340	3,574±1,325	4,935±0,979	4,657±1,297	3,939±1,373
Arkadaş	61	4,103±0,816	3,328±1,279	3,207±1,252	4,957±1,034	4,541±1,504	4,092±1,489
F=		2,292	1,316	2,066	1,268	2,244	1,005
P=		0,102	0,269	0,128	0,283	0,107	0,367
Düzenli ilaç kullanımı							
Yok	310	4,152±0,743	3,538±1,266	3,457±1,246	4,887±0,957	4,572±1,320	3,909±1,400
Var	127	4,203±0,875	3,594±1,493	3,658±1,394	4,937±1,107	4,570±1,439	3,967±1,391
T=		-0,618	-0,399	-1,477	-0,479	0,011	-0,393
P=		0,564	0,710	0,160	0,632	0,991	0,694

Tablo incelendiğinde cinsiyet ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların ölüme karşı tutum toplam, ölüm korkusu, kaçış kabullenme ve tarafsız kabullenme alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları erkeklerin aldığı puan ortalamalarına göre yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kadın hastaların ölüm korkusu puan ortalaması 3,782 iken erkek hastaların 3,327’dir.

Hastaların mesleği ile ölüme karşı tutum toplam, kaçış kabullenme, yaklaşım kabullenme ve ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ev hanımlarının ölüme karşı tutum toplam ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 4,542 ve 5,133 şeklinde olup her ikisinde de en yüksek puana sahip meslek grubudur. Her iki alt boyutun puan ortalamalarından sırasıyla 4,072 ve 4,308 puanlarını alarak en düşük puana sahip meslek grubu da serbest meslek ve özel sektör olmuştur. Meslek değişkeni ile ölüm korkusu ve tarafsız kabullenme alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumları ile ÖKTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre evli hastaların bekar hastalara kıyasla ölüme karşı tutum toplam, kaçış kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamaları daha yüksektir.

Çocuk sahipliği ile ÖKTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Çocuk sahibi olan hastaların ölüme karşı tutum toplam, ölüm korkusu, kaçış kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayan hastaların puan ortalamalarına kıyasla yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyi ile ÖKTÖ alt boyutlarından; ölüme karşı tutum genel, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların eğitim düzeyi ile yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Üniversite, lise, ilköğretim ve altı gruplarının yaklaşım kabullenme puan ortalamaları sırasıyla 4,476; 4,493 ve 4,961 şeklinde olup eğitim düzeyi azaldıkça alınan puan ortalaması düşmektedir.

Hastaların dini inancı ve ÖKTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bu farkın nedeni dini

inancı olan hastaların ölüme karşı tutum toplam, ölüm korkusu ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları herhangi bir dini inancı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Dini inancı olan bireylerin 3,647 olan ölüm korkusu puan ortalaması, dini inancı olmayan hastaların aldığı 2,761 puan ortalamasından yüksektir.

Gelir gider dengesi ve ÖKTÖ alt boyutları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık yaratan iki alt boyut vardır. Bunlar; ölüme karşı tutum toplam ve kaçış kabullenme alt boyutlarıdır. İki alt boyutta da geliri giderinden fazla olan hastaların geliri giderinden az olan hastalara göre puan ortalamaları düşüktür. Geliri giderden fazla ve geliri giderden az olan hastaların ölüme karşı tutum toplam puan ortalamaları sırasıyla 3,945 ve 4,186 şeklindedir.

Yaş, çocuk sayısı, kronik akut hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, acil servise başvuru şekli kiminle yaşadığı ve düzenli ilaç kullanımı ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nden almış oldukları puanlar, alt boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Kısa form-36 yaşam kalitesi ölçeği ve ölüme karşı tutum ölçeği puanları arasında korelasyon analizi

		Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol	Ruh sağlığı
Ölüme karşı tutum genel	r	-0,044	-0,014	-0,144**	-0,081	-0,134**	-0,168**	-0,059	-0,081
	p	0,364	0,770	0,002	0,091	0,005	0,000	0,220	0,091
Ölüm korkusu	r	-0,021	-0,123*	-0,207**	-0,174**	-0,129**	-0,198**	-0,163**	-0,185**
	p	0,656	0,010	0,000	0,000	0,007	0,000	0,001	0,000
Kaçış kabullenme	r	-0,086	-0,047	-0,173**	-0,160**	-0,110*	-0,155**	-0,070	-0,109*
	p	0,073	0,329	0,000	0,001	0,022	0,001	0,143	0,023
Tarafsız kabullenme	r	0,142**	0,086	0,042	0,162**	-0,024	-0,006	0,030	0,125**
	p	0,003	0,072	0,382	0,001	0,620	0,908	0,530	0,009
Yaklaşım kabullenme	r	-0,056	0,042	-0,047	0,037	-0,022	-0,052	0,024	0,056
	p	0,244	0,385	0,325	0,436	0,645	0,277	0,617	0,245
Ölümden kaçınma	r	-0,066	0,017	-0,062	-0,143**	-0,159**	-0,123*	-0,008	-0,163**
	p	0,169	0,721	0,195	0,003	0,001	0,010	0,866	0,001

* $<0,05$; ** $<0,01$; Korelasyon Analizi

Tabloda görüldüğü gibi, acil servise başvuran hastaların SF-36 alt boyut puan ortalamaları ile ÖKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ölüm korkusu alt boyutu ile fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları ve ruh sağlığı alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanı sıra kaçış kabullenme alt boyutu ile bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Tarafsız kabullenme alt boyutu ile fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı ve ruh sağlığı alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca ölümden kaçınma alt boyutu ile genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Acil Servise Başvuran Hastaların Yaşam Kalitesi ve Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu kısımda hastaların genel sağlık algısı durumları ile ilgili bilgi sahibi olmamızı sağlayan ve hastayı çok yönlü değerlendirme olanağı veren yaşam kalitesinin tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bu araştırma cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında erkek hastalardaki fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamalarına ilişkin yaşam kalitesinin kadın hastalara kıyasla yüksek olduğu sonucunu göstermektedir. Fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı ve ruh sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Gökçe (2017)'nin yapmış olduğu çalışmaya katılan bireylerin SF-36 alt boyutları cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde genel sağlık algısı ve ruhsal sağlık puanları önemli derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan başka çalışmalarda da elde edilen sonuçlar bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup erkek bireylerde kadın bireylere kıyasla daha yüksek yaşam kalitesi puanları olduğunu göstermektedir (Mengen ve ark., 2010; Chen ve ark., 2020; Nguyen ve ark., 2020). Toplumumuzda kadına atfedilen rollerin, kendisinden önce aile bireylerine bakım verme ve ihtiyaçlarını karşılama gibi sorumlulukların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu söylenebilir.

Araştırma bulguları düşük yaşta olan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Chen ve ark. (2020)'nin çalışmasında küçük yaş gruplarında daha iyi yaşam kalitesi ile karşılaşıldığı sonucuna varmıştır. Aktaş ve Özvurmaz (2019), tarafından yürütülen çalışma sonucunda, SF- 36 alt boyutlarının tümünde yaş gruplarına göre anlamlı farklar bulmuş olup yaş arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarından alınan puanların daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşın artmasıyla birlikte hareketliliğin ve fiziksel aktivitelerin azaldığı, kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı ve yaşla birlikte vücutta meydana gelen değişiklikler göz önüne alındığında yaşam kalitesinin orantılı biçimde düştüğü söylenebilir.

Çalışmamızda bekar bireylerin fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik ve genel sağlık algısı puanları evli bireylerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Dehkordi ve ark. (2021), hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada bekar hastaların yaşam kalitesi düzeyinin evli hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Benzer

şekilde Azak (2023), yetişkin hastalar üzerinde yaptığı çalışmada bekar hastaların yaşam kalitesini evli hastalara kıyasla daha yüksek bulmuştur. Bekar bireylerin kendilerine ve sağlıklarına daha fazla vakit ayırabilmesi bunun yanında sosyal hayata daha fazla katılıp evlilikle tanımlanan yeni rol ve sorumlulukların getirdiği stresten uzak olmaları sebebiyle yaşam kalitesi puanlarının yüksek sonuç verdiği söylenebilir.

Yaptığımız araştırmada, akut ve kronik hastalığı olmayanlarda yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünden aldığı puanın akut ve kronik hastalığa sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oğuz ve Toğram (2019) yapmış oldukları çalışmada, akut ve kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalite düzeylerinin hastalığı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir. Aynı zamanda Dinleyici ve ark. (2019)'nın ve Taşkiran ve Demirel (2017)'in çalışmalarının sonuçları da bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Belirli akut ve kronik hastalıkların varlığı bireyin günlük aktivitelerini kısıtlaması, düzenli bir şekilde satın alınarak kullanılması gereken ilaçların olması ve belirli eylemlerden kaçınması (epilepsi hastalarının araç kullanmasının sakıncalı olması, çok ışıklı ortamlardan uzak durması vs.) nedeniyle bu kişilerin yaşam kalitesinin düşmesine sebep olabilir.

Psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmayan bireylerde SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt boyutu dışında kalan tüm alt boyutları psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin puanlarına göre anlamlı fark göstermiş olup yüksek sonuç vermiştir. Toussi ve ark. (2021) çalışmalarında stresli yaşam ve psikiyatrik hastalık varlığının sağlıkla ilgili yaşam kalitesine olumsuz yönde etki ettiği sonucuna varmıştır. Psikiyatri hastalarının iş bulma konusunda birçok engelle karşılaşmaları, halen toplum tarafından etiketleniyor ve dışlanıyor oluşu hayata aktif bir şekilde katılmalarını zorlaştırarak yaşam içerisindeki streslerini artırıyor ve bu bağlamda yaşam kalitelerinde düşüş görülüyor olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada hastaların genel sağlık algısı puanları gelir gider dengesine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az olanların genel sağlık algısı puanlarından yüksek saptanmasıdır. Barrio ve ark. (2020) tarafından İspanya'da yürütülmüş olan çalışma sonucunda bireylerin ekonomik düzeylerinin düşmesiyle yaşam kalitesinden aldıkları puanın düştüğü görülmüştür. Ek olarak kadın bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda aylık gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Nabolsi ve ark., 2020; Abdo ve ark., 2019; Alnuaimi ve ark., 2022).

Geliri yüksek olan bireylerin sağlıklı beslenme, uyku, güvenli barınma, ilgi alanlarına yönelme gibi ihtiyaçlarını sağlama ve kaliteli bir yaşam biçimi oluşturma imkanına sahip olması nedeniyle genel sağlık algısı puanları daha yüksek saptanmış olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları ve ruh sağlığı puanları kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bu alt boyutların tümünde en yüksek puana sahip olan grup, arkadaş ile yaşayan bireylerin oluşturduğu gruptur. Chen ve Alison (2019)'ın yalnız yaşayan yaşlı yetişkinlerle yürüttükleri bir araştırma çalışması, sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri azaltabileceğini düşündürmektedir. Yaşam kalitesi kişinin refah düzeyini gösteren bir ölçüt olup yaşanılan ortamdan etkilenmektedir (Cihan ve Pirinççi, 2020). Sosyal destek önemli ölçüde bağlılığı, duygusal desteği teşvik eder, sosyal izolasyonu önler ve dolayısıyla kişinin yaşam kalitesi arasında aracı bir role sahip olabilir (Bolina ve ark., 2021).

Yaptığımız çalışmada hastaların fiziksel fonksiyonellik puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyi üniversite olanların genel sağlık algısı puanlarının eğitim düzeyi lise olanlardan, eğitim düzeyi lise olanların genel sağlık algısı puanlarının ilköğretim ve altı olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Nguyen ve ark. (2020), çalışmalarının sonucunda eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyonellik arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuş olup buna bağlı olarak yaşam kalitesinde artış olduğunu göstermiştir. Chen ve ark. (2020), yapmış oldukları çalışmada kişinin eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı sonucu görülmektedir. Yuvalı (2018)'nın yapmış olduğu çalışma sonuçları da bizim çalışmamızdaki sonuçları destekler niteliktedir. Kişilerin eğitim düzeylerinin yükselmesi, sağlıkla ilgili algılarının artmasına, sağlıklı yaşama yönelik olumlu davranışların yerleşmesine ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlıyor olabilir.

5.2. Acil Servise Başvuran Hastaların Ölüme Karşı Tutum ve Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu kısımda özellikle acil ve hayati önem taşıyan durumlarda başvuru alan birim olan acil servis hastalarının ölüme karşı tutumlarının tanımlayıcı özellikleri açısından farklılaşma durumu tartışılmaktadır.

Yapılan çalışmada ölüme karşı tutum ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür. Araştırmamıza katılım gösteren erkek hastaların

ÖKTÖ'nün alt boyutları olan ölüm korkusu, kaçış kabullenme ve tarafsız kabullenmeden kadın hastalara kıyasla daha düşük puan aldığı belirlenmiştir. Xu ve ark. (2019)'ın hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. Bulut (2022), acil servise başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada kadın hastaların ölüm kaygılarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. Çetin ve Sözel (2021)'in sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışma, kadın çalışanların erkek çalışanlara kıyasla daha yüksek ölüm kaygısı olduğu sonucunu vermiştir. Özhan'ın (2019) hemşirelerle yaptığı araştırmada cinsiyetin ölüme karşı tutum açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Jansen ve ark. (2019) öğrencilerle yaptığı araştırmada, López Pérez ve Pino-Juste'nin (2020) öğrencilerle yaptığı araştırmada cinsiyetin ölüme karşı tutum açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Cinsiyet ve ölüme karşı tutum puanları arasında değişkenlik görülmektedir. Kadınların puanlarının yüksek çıkmasının sebebi erkeklere göre duygularını daha rahat paylaşabiliyor olmalarından olabilir. Bunun yanında kadınların ailesine ve çevresine karşı korumacı içgüdüğü ile hareket edip devamlı onların yanında olma ve destek çıkma isteklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Sonuç olarak ölüm kavramının, toplumun her kesiminden bireyi ilgilendirdiği düşünülürse ölüme karşı tutum bakımından cinsiyet faktörünün belirleyici olmadığı, çalışmaya katılan her iki cinsiyetten bireylerin de ölüme karşı benzer tutumları olduğu söylenebilir.

Araştırmada yaş ile ÖKTÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamış ve ölüme karşı tutumun hastaların yaşından bağımsız olduğu belirlenmiştir. Brudek ve ark. (2020), farklı yaş gruplarındaki bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, ölüme yönelik tutumların yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığını saptamıştır. Xu ve ark. (2019) yaptığı çalışma, yaşa göre tarafsız kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve genç hemşirelerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu göstermektedir. Yaş değişkeni ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkide literatür bulgularına göre farklılık görülmektedir. Yaş ile ölüm kaygısı arasında negatif yönlü ilişki bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Bulut ve Kuşat, 2018; Kaba, 2019). Yapılan araştırma sonuçlarının birbirinden farklı sonuç vermesinin sebebi bireylerin sahip olduğu diğer özellikler, yaşamakta oldukları anın koşulları ve ölüme karşı bakış açıları olabilir. Bu sebeple yaş değişkeni hakkında net bir ifade kullanmak mümkün olmayacaktır.

Araştırmamız sonucunda, evli bireylerin aldığı ölüme karşı tutum toplam ve kaçış kabullenme puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer olarak Benli ve Yıldırım (2017)'ın çalışmasında ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve evli bireylerin bekarlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmiştir. Philipp ve ark. (2019), yaptıkları çalışmada bekar bireylerin ölümü kabullenme düzeylerinin evli bireylere kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Evli bireylerin öldükten sonra duygusal olarak bağlı olduğu eş ve çocuklarını geride bırakacağı düşüncesinin yarattığı kaygı sebebiyle ölümden kaçınma tutumunda bulundukları söylenebilir.

Araştırmamızda kendine yakın hissedilen birisini kaybetmeyenlerin ölümden kaçınma puanları, kendine yakın hissedilen birini kaybedenlerin ölümden kaçınma puanlarından düşük bulunmuştur. Selçuk ve Avcı (2015)'nin çalışmasında yakın çevresinde ölüm olgusuyla karşılaşanlarda ölümden kaçınma puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların aksine Bolat ve Artan (2022), yakın birinin kaybını yaşayanların ölümden kaçınma puanlarını kayıp yaşamayanlara göre daha düşük tespit etmiştir. Yakın kaybıyla yüzleşen bireylerin ölüme karşı gösterdikleri tutum, geçirdikleri yas süreci ve ölüm kavramının gerçekliği ile karşı karşıya kalmalarından etkilenmektedir. Bu durum, yaşanan kaybın kişi üzerinde yarattığı üzüntü ve kederin tekrar yaşanma korkusu olabilir ve bu yüzden kişinin ölüm kavramından olabildiğince uzak durma ve kaçınma davranışları gösterdiğini düşündürebilir. Ölümden kaçınma puanları düşük gelen kayıp yaşayan bireyler, tecrübe edinmiş olduğu olaylar sebebiyle ölüme karşı bakışı değişebilir ve ölümün düşünülmesi ve konuşulması gerektiğini sonucuna varabilir.

Yürütülen bu çalışmada herhangi bir dini inanca sahip olan bireylerin ölüme karşı tutum ve ölüm korkusu puanları herhangi bir dini inancı sahip olmayanların ölüme karşı tutum ve ölüm korkusu puanlarından yüksek bulunmuştur. Ellis ve Wahab (2013), dindarlık ve ölüm korkusu arasındaki bağlantılar üzerine 84 çalışmayı analiz etmiş olup 52 çalışmanın anlamlı sonuç verdiği çalışmaların 40'ında iki değişken arasında negatif yönlü, 27'sinde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Soleimani ve ark., (2017) yapmış oldukları çalışmada kişinin dini yönelimi ile ölüm kaygısı arasında negatif yönlü bir sonuca varılmıştır. Yapılan başka çalışmaların sonuçlarında da ölüme karşı tutum ile dini inanç arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (Philipp ve ark., 2019; Hao ve ark., 2021). Bu çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak, bir dine inanma ölüme karşı gösterilen tutumu hem olumlu

hem de olumsuz şekilde etkileyebilir. Kişi dini inancının anlayışı çerçevesinde yaptıkları veya yapmadıkları karşılığında cezalandırılma ya da ödüllendirilme düşüncesi ile değişkenlik gösteren bir tutum sergileyebilir (Sinoff, 2017).

Araştırmamızda hastaların ölüme karşı tutum toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. Ev hanımlarının ölüme karşı tutum puanları sağlık çalışanları, öğrenciler, öğretmen, memur ve diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında yüksek saptanmıştır. Altaş (2020b) yapmış olduğu çalışmada ev hanımı hasta yakınının diğer meslek grubundaki hasta yakınlarına göre ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme tutumlarının daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. Ev hanımlarının genel olarak aile fertlerini bir araya getiren, bakım veren, stres yaratan yaşam olaylarına çözüm üreten, mücadeleci özellikleri diğer meslek gruplarına göre ölümü kabullenmelerinde önemli bir etken olarak düşünülebilir.

Araştırmamızda geliri giderinden az olanların kaçış kabullenme puanları geliri giderinden fazla olanların puanlarından daha yüksek sonuç vermiştir. Ayhan (2013) yüksek gelir düzeyinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma tutumunun arttırdığını bulmuştur. Altaş (2020b), hasta yakınlarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların gelir düzeyinin artmasıyla ölüm korkusunun arttığı sonucuna varmıştır. Solak (2022), ölüme karşı tutum ve ekonomik durumu karşılaştırdığı çalışmasında ekonomik durumu kötü olanların ekonomik durumu iyi ve orta olanlara göre ölüme karşı tutum puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuç farklılığı iki şekilde açıklanabilir. Geliri giderinden fazla olan kişiler sorunların üstesinden gelme ve bu sorunlara çözüm üretmeyi kolaylaştırmada maddi olanakların gücünden yararlanabilir. Ekonomik imkanlar bazı koşullarda bireylerin daha kaliteli ve daha hızlı bir biçimde sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve bu hizmetlerden yararlanabilmesini kolaylaştırabilir. Geliri giderinden düşük olan bireyler ölümü hayatın zorluk ve sıkıntılarından bir kaçış olarak görüyor olabilir. Diğer açıdan geliri giderinden yüksek olan bireylerin ekonomik durumu arttıkça bireyin dünya hayatını daha çok sevmesi ve dünyadan ayrılmak istememesi ölümden korkmasına sebep olarak gösterilebilir.

Araştırmamızda hastaların ölüme karşı tutum toplam puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların ölüme karşı tutum toplam puanlarının lise mezunların puanlarından yüksek olmasıdır. Özyürek ve Atalay (2020), örneklem grubunun 884 yetişkin bireyden oluştuğu çalışma sonucunda, ölüm kaygısıyla eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça ölümün geçekliğinin

kabullenilmesi ve ölüm hakkında yapılacaklar konusunda bilgi düzeyi artıyor olup bireyin buna yönelik davranışlar gerçekleştirdiği düşünülebilir.

5.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Ölümüne Karşı Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu kısımda hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile ölümüne karşı tutumları ilgili ölçeğin alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Bu araştırmada ruh sağlığı ile kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda ruh sağlığı konusunda sorunlar yaşıyıp psikiyatrik tanı alan kişilerde intihar düşüncelerinin daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Keepers ve ark., 2020; Obegi, 2019; Glenn ve ark., 2018). Xu ve ark. (2023), çalışmasında ruh sağlığı ve kaçış kabullenme arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ruhsal sağlık hususunda sıkıntı yaşayan bireyler, hastalığın veya bozulan ruh sağlığının getirisi olan belirtiler sebebiyle ölümü bir kurtuluş olarak görüyor olabilir ya da ruh sağlığının yükselip kederli, tükenmiş duygu durumundan sıyrılarak kendinde bu kaçış düşüncesini davranışa dönüştürebilme enerjisini bulabilir.

Araştırmada genel sağlık algısı ve canlılık ile kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Benzer şekilde hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ile ölümü hızlandırma isteği arasında ters bir ilişki aracılık etmiştir. Yaşam kalitesinin düşmesiyle bireyler, ölümü bir kaçış olarak görmekte ve bu sürecin hızlanmasını istemektedir (Robinson ve ark., 2017; Spencer ve ark., 2012). Kişinin hastalık süreci, hastalık kaynaklı acıları veya farklı bir sebepten yaşam kalitesinin düşmesi yaşama duyduğu inancı ve yaşama isteğini azaltabilir. Ölüm olgusunu, yaşama devam etme isteksizliğinden veya acılarından bir kaçış olarak gördüğü söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada genel sağlık algısı ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Benzer şekilde Solak (2022)'ın çalışmasında yaşam memnuniyeti yüksek olan öğrencilerin sağlık algılarının yüksek olduğu sonucuna varmış olup sağlık algısı yüksek olan öğrencilerin ölüm anksiyetelerini düşük olarak saptamıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak bireyin sağlığını nasıl değerlendirdiği ile ölümüne karşı duyduğu korku birbirinden etkilenmektedir. Genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin ölüm korkusu yaşamamalarına sebep olarak, yaşam memnuniyetlerinin

yüksek olması ve hastalıklardan veya ölümü hatırlatan olaylardan uzak olmaları gösterilebilir.

Araştırmada ruh sağlığı ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar kişinin ruh sağlığının, ölüm kaygısının oluşmasında ve şiddetlenmesinde büyük bir etken olduğu yönündedir (Menzies ve ark., 2019; Pandya ve Kathuria, 2021; Willis ve ark., 2019; Menzies R.E ve Menzies R.G, 2020). Son zamanlarda yapılan çalışmalar sonucu ölüm kaygısının ruh sağlığı durumunun bir göstergesi olduğunu belirtmiştir (Menzies ve ark., 2019). Depresif belirtilerin artması ile aynı yönde ölüm kaygısında da artış gözlenmektedir (Willis ve ark., 2019). Ruhsal sağlık sorunları yaşayan kişiler yaşamına karşı duyduğu endişeler konusunda daha savunmasız olabilir. Bu da kişinin ölüm kaygısının artışına sebep olabilir.

Çalışmamız sonucunda ruh sağlığı ile ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Benzer şekilde Gambin ve ark. (2020) çalışmasında tarafsız kabullenme ile psikolojik iyi oluş arasında negatif bir ilişki bulmuştur. Xu ve ark. (2023) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada ruh sağlığının ölümden kaçınma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Bu farklılık ruh sağlığının kötüleşmesi durumunda her bireyin ölüme yönelik farklı duygu, düşünce ve davranışlar göstermesiyle açıklanabilir.

Araştırmada sonucunda ruh sağlığı ile tarafsız kabullenme puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Sekowski (2020), yaptığı çalışmada genel popülasyonun tarafsız kabul tutumu ruh sağlığının iyi oluş ile pozitif, ruh sağlığının düşüşü ile negatif ilişkilidir. Gambin ve ark. (2020), itfaiyecilerle yapmış oldukları çalışmada ruh sağlığı ile tarafsız kabullenme arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu çalışmada anlamlı bir fark görülmemesinin sebebi; itfaiyecilerin beklenmedik, travmatik ölümler deneyimlemesi, yüksek riskli bir meslek icra etmeleri sebepli ölümü hayatın parçası kabul etmeyi onlar için bir sorun olabilme ihtimali olarak açıklanmaktadır (Gambin ve ark., 2020). Ölümün varlığının kabul edilmesi bireyin ruh sağlığına olumlu ve önemli derecede katkı sağlar (Young, 2017). Genel popülasyona bakacak olursak kişinin ölümü yaşamın bir parçası olduğunu bilerek yaşaması, ruh sağlığının yükselmesini sağlarken ruh sağlığının yükselmesiyle de bu tutum artış gösterebilir.

Araştırmamızda canlılık ve ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Barone ve ark.

(2022), çalışmasında enerji ve canlılık düzeyi artan bireylerde ölümden kaçınma tutumunun azaldığını görülmektedir. Bu sonuç kişinin göstermiş olduğu ölümden kaçınma davranışının hayatını olumsuz etkileyerek enerji ve canlılık düzeyinde düşüş görülmesine sebep olduğu düşünürebilir.

Bu araştırmada sosyal fonksiyonellik ve ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmalar da sosyal fonksiyonelliğin azaldığı durumlarda ölüm korkusunun arttığını göstermektedir (Sani ve ark., 2020; Valenzano ve ark., 2020). Sosyal fonksiyonelliği düşük olan bireylerin sosyal destek kaynaklarından yararlanma düzeyinin az olduğu, ihtiyaç durumunda kendilerine yardım edecek birinin yokluğu kaynaklı ölüm kaygılarında artış olabilir

Araştırmamızda canlılık ve kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Zhang ve ark. (2021), yapmış oldukları çalışma araştırmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Yaşam enerjisi düşen, yaşamdan keyif alamayan bireylerin yaşama devam etme isteklerinde düşüş görülebilir ve bu bağlamda ölümü bir kurtuluş olarak görüp tercih edebilir.

Araştırmada bedensel ağrı ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan bazı çalışma sonuçları, elde etmiş olduğumuz sonuca karşıt bir sonuç olarak bedensel ağrının ölüm kaygısını harekete geçirdiği yöndedir (Strang, 2016; Turan Kavradım ve ark., 2022). Bu çalışmaların sonucuna bakıldığında kişinin artan bedensel ağrısı kişiye ölüm olgusunu hatırlatıp kaygı düzeyinde artışa sebep olduğu söylenebilir. Yürütmüş olduğumuz çalışmada ise hissedilen ağrının şiddeti kişinin zihinsel uğraşı haline gelip ağrıya ilişkin kaygı artabilir dolayısıyla kişinin düşünce içeriğinde ölüm kaygısı daha az yer ediyor olabilir.

Araştırma sonucunda canlılık ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışma sonuçları kişinin yüksek enerji ve canlılık düzeyinin ölüm korkusunu azalttığı yöndedir (Preissler ve ark., 2016; Musavi ve Khaleghipour, 2020). Canlılık düzeyleri yüksek olan bireylerin zihni daha dinamik, problem çözme yetenekleri daha yüksek olup stresle daha iyi başa çıkabilirler bu da ölüme karşı hissedilen korkuyu azaltabilir.

Yürütülen araştırmada bedensel ağrı ile kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Son yıllarda

yapılan çalışmalar bireyin bedensel ağrı şiddetinin artmasıyla bu ağrıdan kurtulmanın yolu olarak birey ölümü düşündüğünü göstermektedir (Cayetano-Penman ve ark., 2021; Castelli Dransart ve ark., 2021). Kişinin hastalığına, ilerleyen yaşına veya başka bir sebebe bağlı olarak artan bedensel ağrılarının dayanılamayacak noktaya gelmesi ve analjezik tedavisi ile azalmayan bu ağrılarının son bulması yaşamının sonlanmasıyla çözüme ulaşacağını düşünüyor olabilir.

Bu araştırmada fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları ve duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları ile ölüm korkusu puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Seyedoshohadaee ve ark. (2019), yaptıkları çalışmada benzer bir sonuç elde etmiştir. Bireyin fiziksel ve duygusal problemlere bağlı yaşadığı kısıtlılıklar, birçok ihtiyaç duyduğu etkinlik ve sorumlu olduğu roller konusunda özerkliğini azaltır. Bu ihtiyaçları karşılamak üzere bir başkasının yardımına gereksinim duyabilir. Bu bağımlılık kişiyi ölüm düşüncelerine sürükleyip ölüm korkusunun artmasına yol açabilir.

Araştırmamızda genel sağlık algısı ve ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ahmadboukani ve ark. (2022) benzer şekilde ölümden kaçınmanın algılanan fiziksel ve zihinsel sağlık ile negatif bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Bireyin ölüm olgusunun gerçekliğini kabul ederek ölüm hakkında konuşması, yaşam kalitesini yükseltmek için eylemlerde bulunması bireyin hem fiziksel hem ruh sağlığına önemli derecede katkı sağlar bu da kişinin sağlığını daha iyi yorumlamasına sebep olur.

Araştırma sonucunda sosyal fonksiyonellik ile kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal işlevselliğin azalmasıyla kişinin kaçış kabullenme tutum eğiliminin arttığı görülmektedir (Wang ve ark., 2019; Gambin ve ark., 2020). Sosyal işlevselliği düşen birey çevresinden yardım alamadığı ya da almak istemeyip tek başına baş edemediği yaşam sorunlarına karşı ölümü potansiyel bir çözüm olarak görebilir.

Araştırmamızda genel sağlık algısı ile tarafsız kabullenme puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Neimeyer (2015), algılanan fiziksel sağlık ile tarafsız kabullenme arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Ölüm gerçeğinin kabul edilmesi sağlığın bir önkoşulu olduğu göz önüne alındığında sağlık algısının artmasıyla tarafsız kabullenme tutumuna eğilim artabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Acil servise başvuran hastaların yaşam kalitelerinin ve ölüme karşı tutumlarının incelenmesini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- SF-36 alt boyutlarından en yüksek puanın fiziksel fonksiyonellikten, en düşük puanın canlılıktan alındığı görülmektedir.
- Hastaların ÖKTÖ'den aldıkları toplam puan ile ÖKTÖ tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamasının üzerinde; ölüm korkusu, kaçış kabullenme ve ölümden kaçınma alt boyutlarından aldıkları puanın ise ortalamasının altında olduğu saptanmıştır.
- Kadın hastaların erkek hastalara kıyasla yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülürken ölüme karşı tutum puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların yaşlarının artmasıyla fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı ve genel sağlık algılarından düşüş görülmektedir.
- Ev hanımı olan hastaların ÖKTÖ toplam puan ortalamalarının diğer mesleklere kıyasla en yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. Bunun yanında ev hanımları fiziksel fonksiyonellik, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyonellik puanlarında da en düşük puanı alan meslek olmuştur.
- Dini inanç varlığı olan hastaların ölüm korkusu puanı herhangi bir dini inancı olmayan hastaların aldığı puana göre daha yüksek sonuç vermiştir.
- Ölüme karşı tutum ve yaşam kalitesi ilişkisinde ölüme karşı tutum genel, ölüm korkusu, kaçış kabullenme ve ölüm korkusu ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Tarafsız kabullenme ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanırken yaklaşım kabullenme ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.
- Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı azaldığında ölüm korkusu arttırmaktadır.

- Bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı artışında kaçış kabullenme tutumunda azalma görülmektedir.
- Hastaların genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı puanlarının artmasıyla ölümden kaçınma tutumları azalmaktadır.
- Yaşam kalitesi ile ölüme karşı tutum arasında pozitif yönlü bir ilişkinin görüldüğü tek alt boyut olan tarafsız kabullenme; fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı ve ruh sağlığı puanının yükselmesiyle artış göstermektedir.

6.2. Öneriler

Bu araştırma yalnızca Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi acil servise başvuran hastaları kapsamaktadır. Daha kapsamlı sonuçlar için çeşitli hastanelerde ve/veya illerdeki hastanelerin acil servisine başvuran hastaların ölüme karşı tutumlarını ölçme amaçlı çalışmalar yapılabilir.

Hem hasta hem sağlık profesyonelleri için kalabalık ve kaotik bir ortam olan acil serviste, hastanın yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunlarına yönelik triyajının efektif yapıp doğru zamanda doğru alanda tedavi alması önemlidir. Bu da hasta ile etkili bir iletişim kurabilmekten geçer. Sağlık personellerinin ve özellikle hasta ile etkileşimi en yüksek grup olan hemşirelerin düzenli olarak iletişim eğitimleri alması hem hasta hem personel adına daha sağlıklı bir ortama zemin hazırlayabilir.

Hastaların bedensel ağrı puanlarının yüksek çıkması göz önüne alınarak hemşirelere yönelik ilaç dışı ağrı yönetimine ilişkin hizmet içi eğitim programları yürütülebilir. Eğitimlerden kazanılan bu bilgiler hemşireler tarafından hastalar üzerinde uygulanmasıyla hastaların ağrı düzeyinde azalma, yaşam kalitelerinde artış görülebilir.

Ölümlerle başa çıkmada maneviyatın buna bağlı olarak dinin güçlü bir kaynak olduğu fakat buna rağmen çalışmada da görüldüğü üzere dini inançta sahip hastaların ölüm korkusu puanı yüksek bulunmuştur. Psikiyatri hemşiresinin bir rolü de eğitim vermektir. Ölüm ve yas süreciyle ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitimler verilmeli, hasta ve hasta yakınlarının manevi yeterlilikleri geliştirilmelidir.

Ölüm çok fazla değişkenin etkilediği bir kavram olduğu için, mevcut ölçüm araçlarıyla ölçüm sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak araştırmalarda, ölüm kavramı ilgili daha detaylı bilgilerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlayacak nitel yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdo, N., Sweidan, F., Batieha, A. (2019). Quality-of-life among Syrian refugees residing outside camps in Jordan relative to Jordanians and other countries. *PeerJ*, 7, e6454. <https://doi.org/10.7717/peerj.6454>
- Abalı Işık, E. (2008). Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187. <https://doi.org/10.5455/gulhane.15228>
- Adak, N. (2016). Sağlık sosyolojisinin temel kavramları. İçinde *Sağlık Sosyolojisi*, M. Özben, (Ed.), Erzurum: Erzurum Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Ahmadboukani, S., Fathi, D., Karami, M., Bashirgonbadi, S., Mahmoudpour, A., Molaei, B. (2022). Providing a health-promotion behaviors model in elderly: Psychological capital, perceived social support, and attitudes toward death with mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Health science reports*, 6(1), e1020. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1020>
- Akdeniz, E., Koçoğlu Tanyer, D. (2020). Altıncı sınıf öğrencilerinin öz bildirime dayalı sağlık düzeyleri için bir belirleyici: Aile sağlık özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(1), 31-40. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.715054>
- Aksu, T., Okçay, H. (2010). Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 113-126.
- Aktaş, G., Özurmaz, S. (2019). Hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(3), 14-18. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hbd/issue/51481/654001>
- Alaca, Ç., Yiğit, R., Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74. https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_2_69_74.pdf
- Alnuaimi, K., Alshraifeen, A., Aljaraedah, H. (2022). Factors influencing quality of life among Syrian refugees pregnant women in Jordan: A cross-sectional study. *Heliyon*, 8(9), e10685. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10685>
- Altaş, H. (2020a). Ölüm olgusu ve hasta yakınlarında ölüm ilişkili tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi*, (82), 139-150. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sosekev/issue/72040/1158532>
- Altaş, H. (2020b). Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Maneviyat Düzeylerinin Ölüm Karşı Tutumlarına Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Andrews, H. A., Roy, C. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement. *McGraw-Hill/Appleton & Lange*.

- Ayhan, D. (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Azak, M. (2023). Çölyak Hastalarında Yaşam Kalitesinin Hastanın Kendisi, Ailesi ve Aile Hekimi Tarafından Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum.
- Barone, W., Mitsunaga-Whitten, M., Blaustein, L. O., Perl, P., Swank, M., Swift, T. C. (2022). Facing death, returning to life: A qualitative analysis of MDMA-assisted therapy for anxiety associated with life-threatening illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 944849. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.944849>
- Barrio, J., Cilleruelo, M. L., Román, E., Fernández, C. (2020). Health-related quality of life using specific and generic questionnaires in Spanish coeliac children. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01494-x>
- Bayındır, S. K., Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/45027/561521>
- Beecher, H. K. (1969). Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: The definition of irreversible coma. *Transplantation*, 7(3), 204.
- Benli, S. S., Yıldırım, A. (2017). Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölümüne karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 167-179. <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/32215/368461>
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-229. <http://egetipdergisi.com.tr/tr/pub/issue/31439/344029>
- Bircan, I., (2013). Ev Hizmetlerinde Çalışan Göçmen Kadınların Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Deneyimleri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bolat, G. B., Artan, T. Üniversite öğrencilerinin ötenaziye bakış açılarının değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 2058-2080. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.1097658>
- Bolina, A. F., Araújo, M. D. C., Haas, V. J., Tavares, D. M. D. S. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
- Boylu, A. A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150. <https://doi.org/10.20990/kilisiibfakademik.266011>
- Brudek, P., Sękowski, M., Steuden, S. (2020). Polish adaptation of the death attitude profile-revised. *Omega*, 81(1), 18–36. <https://doi.org/10.1177/0030222818754670>
- Bulut, M. B., Kuşat, A. (2018). Benlik saygısı, dini dünya görüşleri ve hayatın amacının ölüm kaygısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Bilimname*, (1), 144–171. <https://doi.org/10.28949/bilimname.381964>

- Bulut, E. (2022). Covid-19 Şüphesi ile Acil Servise Başvuran Hastalarda Anksiyete ve Ölüm Kaygısı. (Yayımlanmamış yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük
- Burcu, E., Akalın, E. (2008). Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. *Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Araştırmaları (HÜTAD)* (8), 29-54. <https://dergipark.org.tr/en/pub/turkiyat/issue/16675/340884>
- Cai, W., Tang, Y. L., Wu, S., Li, H. (2017). Scale of death anxiety (SDA): Development and Validation. *Frontiers in Psychology*, 8, 858. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00858>
- Castelli Dransart, D. A., Lapierre, S., Erlangsen, A., Canetto, S. S., Heisel, M., Draper, B., ... Wyart, M. (2021). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*, 25(3), 420-430. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>
- Cayetano-Penman, J., Malik, G., Whittall, D. (2021). Nurses' perceptions and attitudes about euthanasia: a scoping review. *Journal of Holistic Nursing*, 39(1), 66-84. <https://doi.org/10.1177/0898010120923419>
- Chen, C., Liu, G. G., Shi, Q. L., Sun, Y., Zhang, H., Wang, M. J., ... Yao, Y. (2020). Health-related quality of life and associated factors among oldest-old in China. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24, 330-338. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1327-2>
- Chen, Y., Alison E. (2019). Older people living alone in Shanghai: A questionnaire survey of their life experience. *Health Soc Care Community*.27(1):260–269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12648>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*, 46(1), 7-10. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.7>
- Cihan, E., Pirinççi, C. Ş. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde genç popülasyonun yaşam kalitesinin fiziksel aktivite seviyesi ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 41-53. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ssd/issue/57170/761644>
- Crespo, I., Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Wilson, K. G., Porta-Sales, J., Balaguer, A. (2020). Health-related quality of life in patients with advanced cancer who express a wish to hasten death: A comparative study. *Palliative Medicine*, 34(5), 630–638. <https://doi.org/10.1177/0269216320904607>
- Çavdar, İ. (2011). Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3), 142-147. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2011.442>
- Çetin, S. B., Sözel, H. (2021). Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarının ölüm kaygısı düzeyleri. *Eskisehir Medical Journal*, 2(2), 74-81. <https://doi.org/10.48176/esmj.2021.21>
- Çınar, B. (2018). Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ile Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Çobanlı, C., Salt, A. (2001). *Dharma Ansikopedisi*. İstanbul: Dharma Yayınları.
- Çolak, G. V., Hocaoglu, Ç. (2021). Kayıp ve yas: Bir gözden geçirme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 56-62. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.1.07>

- Dehkordi, A. H., Aslani, M., Ebadi, A., Repiști, S., Moradveisi, B., Gheshlagh, R. G. (2021). Examination of the psychometric properties of the persian version of the Covid-19-impact on Quality of Life Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01829-2>
- Demir, R., Tanhan, A., Çiçek, İ., Yerlikaya, İ., Kurt, S. Ç., Ünverdi, B. (2021). Yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu. *Yaşadıkça Eğitim*, 35(1), 192-206. <https://doi.org/10.33308/26674874.2021351256>
- Demirci, H., Budak, E., Taymur, İ., Aşkın, R., Bozkurt, H. (2016). Palyatif bakım ve ölümle yüzleşme. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 35-39. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/45394/487632>
- Derin, S. (2019). Ölüm Kaygısına İlişkin Bir Model Testi: Denetim Odağı, Kaygı ve Ölüm Obsesyonunun Rolü. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Di Mola, G., Crisci, M. T. (2001). Attitudes towards death and dying in a representative sample of the Italian population. *Palliative Medicine*, 15(5), 372-378. <https://doi.org/10.1191/026921601680419410>
- Dinleyici, M., Carman, K. B., Özdemir, C., Harmancı, K., Eren, M., Kirel, B., ... Şahin Dağlı, F. (2019). Quality-of-life evaluation of healthy siblings of children with chronic illness. *Balkan Medical Journal*, 37(1), 34. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2019.7.142>
- Dunn, H. L. (1959). High-level wellness for man and society. *American Journal of Public Health And The Nations Health*, 49(6), 786-792.
- Ekiz T., İlman, E., Dönmez, E. (2020). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 139-154. <https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/issue/54067/729076>
- Ekizer, A. (2020). Sağlık sosyolojisi ve tarihsel gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 1-12. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ssd/issue/54163/635122>
- Ellis, L., Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research*, 55, 149-189. <https://doi.org/10.1007/s13644-012-0064-3>
- Emel, K. (2009). Varoluşsal bir problem olarak ölüm üzerine bir değerlendirme: Tolstoy'un İvan İlyiç'in ölümü adlı eseri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(22), 245-259. <https://dergipark.org.tr/en/pub/baunsobed/issue/50240/648070>
- Erdoğan, M. Y., Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 14(3), 171-179. <https://dergipark.org.tr/en/pub/totm/issue/13108/157921>
- Erer, M. T., Akbaş, M., Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1), 1-5. <https://dergipark.org.tr/en/pub/mutftd/issue/43189/523856>
- Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-45.

- Ezer S. (2018). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.
- Fromm, E. (2003). *Sahip Olmak ya da Olmak*. (A. Arıtan, Çev). İstanbul: Arıtan Yayınevi.
- Frankl, V.E. (1996). Duyulmayan anlam çığılığı-Psikoterapi ve Hümanizm. (S. Budak, Çev). Ankara: Öteki Yayınevi
- Gambin, M., Sekowski, M., Marchewka, A. (2020). Relations between multidimensional attitude toward death and psychological distress in firefighters. *Death Studies*, 46(7), 1768-1772. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1825297>
- Gashi, F. (2021). Ölüm psikolojisi ve ölüm konusunda dini inancın etkisi. *Rumeli İslam Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 80-99. <https://dergipark.org.tr/en/pub/rumeli/issue/62156/835986>
- Geçtan, E. (2020). *Psikanliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gündoğan, S. (2020). Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Yalnızlık ve Sosyal Destek ile İlişkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Cha, C. B., Deming, C. A., Franklin, J. C., Nock, M. K. (2018). Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 35(1), 65-88. <https://doi.org/10.1002/da.22686>
- Hao, Y., Zhan, L., Huang, M., Cui, X., Zhou, Y., Xu, E. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: A learning intervention. *BMC Palliative Care*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., ... Lıvsforsk Network. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life Research*, 28, 2641-2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Heidegger, M. (1996). *Being and Time: A Translation of Sein und Zeit*. Albany: State University of New York Press.
- Hökelekli H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(1): 151-165. http://ktp.isam.org.tr/pdfdrg/D00193/1991_3/1991_3_HOKELEKLIH.pdf
- Hökelekli, H. (2017). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din* (2. Baskı), İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- İnci, F, Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260. <https://psycnet.apa.org/record/2009-25139-001>

- Jansen, J., Schulz-Quach, C., Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Schmitz, A., Fountain, R., ... Fetz, K. (2019). German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) - translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. *BMC Psychology*, 7(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0336-6>
- Jung, C.G. (1992). Analitik Psikolojinin Temel İlkeleri: Konferanslar. (K. Şipal, Çev) İstanbul: Cem Yayınevi.
- Kaba, Y. (2019). Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Malatya Huzurevi örneği). (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79. <https://dergipark.org.tr/en/pub/aktd/issue/2213/29402>
- Kellehear, A. (2012). *Ölümün Toplumsal Tarihi*. (T. Kılınç, Çev.). Ankara: Ekinoks Yayın Dağıtım.
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., ... Hong, S.E. (2020). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868-872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Keser, E. (2019), Kayıp Yaşamış Yetişkinlerde Uzmanlaşmış Yaş Belirtilerinin Süregiden Bağlar, Süregiden Bağlara İlişkin Bilişler ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Çerçevesinde İncelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Khader, K. A., Jarrah, S. S., Alasad, J. (2010). Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 1-9. <http://www.academicjournals.org/ijnm>
- Kierkegaard, S. (2009). *Kaygı Kavramı*. (T. Armaner, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Knight, C. (1985). Menstruation as medicine. *Social Science & Medicine*, 21(6), 671-683.
- Kocaman, N. (2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8, 107-118. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2631/33853>
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Koku, F., Ateş, M. (2016). Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2). <https://doi.org/10.5222/shyd.2016.099>
- Kulu M., Özsoy F., (2020). Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 29-38. <https://doi.org/10.46218/tshd.983990>

- Kurlychek, R. T. (1979). Assessment of attitudes toward death and dying: A critical review of some available methods. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 9(1), 37-47. <https://doi.org/10.2190/3LHV-102F-HMLV-W7WF>
- Kübler Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (B. Büyükal, Çev.) İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (1. Baskı). (E. Uşşaklı, Çev.) İstanbul: April Yayıncılık.
- Larson, J. S. (1991). *The Measurement of Health: Concepts and indicators*. United States of America: Greenwood Publishing Group.
- Lemmon, M. E., Huffstetler, H. E., Reeve, B. B. (2020). Measuring health-related quality of life in pediatric neurology. *Journal of Child Neurology*, 35(10), 681–689. <https://doi.org/10.1177/0883073820923809>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., Brudniak, J. (2020). Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 17(19), 6938. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
- López-Pérez, M. E., Pino-Just, M., Campos, A. (2020). Image of Death and attitude towards death. *North American Journal of Psychology*, 22(4).
- Madadi Ardekani, H., Kamkar, A. (2020). The evaluation of relation between death anxiety and general health with spiritual well-being in patients with cancer in Shiraz City, 2015. *Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 19-30. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2905>
- Malkinson, R. (2009). *Bilişsel Yas Terapisi. Bir Yakınını Kaybettikten Sonra Yaşamın Anlamını Yeniden Yapılandırma* (S. N. Akbaş, Çev.) Ankara: HYB Basım Yayın.
- Maraş, A. (2014). Komplike yas: Derleme ve vaka çalışması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(1), 41-59. <https://doi.org/10.31682/ayna.470560>
- Menzies, R. E., Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of Covid-19: Theoretical explanations and clinical implications. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 452-467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PloS one*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Musavi, Z. S., Khaleghipour, S. (2020). Effect of hope therapy on psychological capital and social vitality of students with symptoms of death anxiety. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 10(S4).
- Nabolsi, M., Safadi, R., Sun, C., Ahmad, M., Halasa, S., Saleh, M., Dohrn, J. (2020). The health-related quality of life of Syrian refugee women in their reproductive age. *PeerJ*, 8, e9990. <https://doi.org/10.7717/peerj.9990>
- Neimeyer RA. (2015). *Death anxiety handbook: Research. Instrumentation, and application*. Taylor & Francis.

- Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T., Pham, K. M., ... Duong, T. V. (2020). People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 965. <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>
- Nightingale, F. (1992). *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins.
- Obegi J. H. (2019). Rethinking suicidal behavior disorder. *Crisis*, 40(3), 209–219. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000543>
- Oğuz Ö., Toğram, B., (2019). Afazili bireylerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 247-278. <https://dergipark.org.tr/en/pub/dkyad/issue/51840/641900>
- Öner, C. (2014). Sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Konular Dergisi*. 5(3), 15-18. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-sagligin-sosyal-belirleyicileri-ve-yasam-kalitesi-ile-iliskisi-69321.html>
- Özbaş D., Buzlu S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(3), 187-193. <https://dergipark.org.tr/en/pub/fnjin/issue/9005/112217>
- Özcan, N. A., Kaya, M. (2019). The effectiveness of family resiliency program with traumatic grief on women's post-traumatic stress, grief and family resiliency level. *Education and Science*, 44(197), 121–138. <http://dx.doi.org/10.15390/EB.2018.7663>
- Özdemir B. (2018), Sağlık Algısı ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdemir, Ö. (2022). Hemodiyaliz tedavisi alan bir hastanın roy adaptasyon modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı: Olgu sunumu/Nursing approach based on the roy adaptation model of a patient undergoing hemodialysis: Case report. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(2), 73-80. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2022.56>
- Özhan, T. K. (2019). Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler. (Yayımlanmamış doktora tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Öztürk, K. Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Öztürk, Y. E., Kırac, R. (2019). Sağlık ve hastalık. İçinde *Scientific Developments*. M. Dalkılıç (Ed), (382-387). Ankara: Gece Akademi.
- Özyürek, A., Atalay, D. (2020). Covid-19 pandemisinde yetişkinlerde yaşamın anlamı ve ölüm kaygısı ile iyilik hali arasındaki ilişkinin incelenmesi. *TURAN-SAM Uluslararası Bilimsel Hakemli Dergisi*, 12(46), 458-472. <http://dx.doi.org/10.15189/1308-8041>

- Pandya, A. K., Kathuria, T. (2021). Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. *Religions*, 12(1), 61. <https://doi.org/10.3390/rel12010061>
- Parkinson, B., Meacock, R., Checkland, K., Sutton, M. (2021). Clarifying the concept of avoidable emergency department attendance. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26(1), 68–73. <https://doi.org/10.1177/1355819620921894>
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Philipp, R., Mehnert, A., Lo, C., Müller, V., Reck, M., Vehling, S. (2019). Characterizing death acceptance among patients with cancer. *Psycho-oncology*, 28(4), 854–862. <https://doi.org/10.1002/pon.5030>
- Polat, E., Aşkın, Z. (2017). Ölüm kavramının Heidegger ve Sartre felsefesindeki yeri. *Kilikya Felsefe Dergisi*, (1), 42-60. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kilikya/issue/31936/358791>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Hempton, C., & Burney, S. (2017). The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: a multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.013>
- Preissler, P., Kordovan, S., Ullrich, A., Bokemeyer, C., Oechsle, K. (2016). Favored subjects and psychosocial needs in music therapy in terminally ill cancer patients: a content analysis. *BMC Palliative Care*, 15, 48. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0122-7>
- Sağır, A. (2012). Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi. *Electronic Turkish Studies*, 7(2). <https://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423933664.pdf>
- Sani, G., Janiri, D., Di Nicola, M., Janiri, L., Ferretti, S., Chieffo, D. (2020). Mental health during and after the Covid-19 emergency in Italy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 372. <https://doi.org/10.1111/pcn.13004>
- Sartre, J. P. (2013). *Varlık ve Hiçlik*. (T. Ilgaz, G. Ç. Eksen, Çev.) İstanbul: İthaki Yayınları.
- Schulz, R., Johnson A. C., (2003). *Management of Hospitals and Health Services*. Washington: Beard Books.
- Sekowski, M. (2020). Does psychosocial ego development partially mediate the association between defense mechanisms and death attitude?. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 85(3), 716-731. <https://doi.org/10.1177/0030222820956734>
- Selçuk, K. T., Avcı, D. (2015). Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ölüme karşı tutumları ve ilişkili etmenler. *Literatür Sempozyum Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*, 26, 32. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.1097658>
- Selvi, Y. (2019). Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

- Seyedoshohadaee, M., Bozorgi Matin, M., Haghani, H. (2019). Association of death anxiety and quality of life in the caregivers of patients with multiple sclerosis. *Iran Journal of Nursing*, 32(120), 1-13. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.120.1>
- Sezer, S., Saya, P. (2009). Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (13), 151-165. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/zgefd/issue/47954/606738>
- Sharma, A., Stan, M. N., Rootman, D. B. (2022). Measuring health-related quality of life in thyroid eye disease. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 107(Suppl_1), 27–35. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac230>
- Sinoff, G. (2017). Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.201700011/full>
- Solak B. (2022). Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi ile Meram Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı, Ölümüne Karşı Tutum ve Ölüm Anksiyetesi düzeyleri. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., Chan, Y. H. (2017). Death anxiety and quality of life in iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*, 40(1). <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000355>
- Solomon, R. C. (2017). Ölüm fetişizmi marazi tekbencilik. İçinde *Ölüm ve Felsefe*. J. Malpas, R. G. Solomon (Ed.), (s.286-333). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 51-61. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/7547/99289>
- Spencer, R. J., Ray, A., Pirl, W. F., Prigerson, H. G. (2012). Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 327-336. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318233171a>
- Strang P. (2016). Existentiell kris i livets slutskede förstärker de fysiska symtomen-Minskad ångest och känsla av gemenskap kan minska upplevelsen av smärta (Existential anxiety might reinforce bodily symptoms). *Lakartidningen*, 113, D6S6.
- Su, Y., Liu, M. S., De Silva, P. V., Østbye, T., Jin, K. Z. (2021). Health-related quality of life in Chinese workers: a systematic review and meta-analysis. *Global Health Research and Policy*, 6, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00209-z>
- Taka, F. (2010). Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tanhan, F., Arı İnci, F. (2009). *Ölüm Eğitimi* (1. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Tanhan, F., Arı, F. (2006). Üniversite öğrencilerinin ölümüne verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yyuefd/issue/13718/166056>
- Taşkıran, N., Demirel, F. (2017). Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesi: Sistematik inceleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1): 21-28. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/47225/594528>

- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045. <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.65.10.1037>
- Todd, S., Bernal, J., Forrester-Jones, R. (2013). Death, dying and intellectual disability research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(3), 183-185. <https://doi.org/10.1111/jar.12027>
- Toussi, A., Barton, V. R., Le, S. T., Agbai, O. N., Kiuru, M. (2021). Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: A systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(1), 162–175. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.06.047>
- Townsend, M. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tufan, İ., Seeberger, B., Öztürk, S., Ayan S., Özgür, Ö. (2018). Antalya yaşlılık araştırması, yaşlıların sağlık durumu. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 1(2), 49-60. <https://dergipark.org.tr/en/pub/geriatrik/issue/40016/453581>
- Turan Kavrıdım, S., Sert, M., Özer, Z. (2022). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ölüm kaygısı ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, (13). <https://doi.org/10.5543/khd.2022.214169>
- Turhan, E. H. (2021). Ölüm sosyolojisi ekseninde ölüm kaygısı ve koronavirüs. *Habitus Toplumbilim Dergisi*, 2(2), 85-101. <https://dergipark.org.tr/en/pub/habitus/issue/60914/889978>
- United Nations (2015). *Universal Declaration of Human Rights*. Erişim adresi: www.un.org:https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf (Erişim tarihi: 12.10.2022).
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-28. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ahievransaglik/issue/65350/1006867>
- Valenzano, A., Scarinci, A., Monda, V., Sessa, F., Messina, A., Monda, M., ... Cibelli, G. (2020). The Social Brain and Emotional Contagion: Covid-19 Effects. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(12), 640. <https://doi.org/10.3390/medicina56120640>
- van der Linden, R., Schermer, M. (2022). Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(1), 131-140. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10058-9>
- van Druten, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A. P. M., Nahar-van Venrooij, L. M. W. (2022). Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 389. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>
- Wang, X., Cheng, S., Xu, H. (2019). Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. *BMC Psychiatry*, 19(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2302-5>

- Willaschek, M. (2022). Death and existential value: In defence of Epicurus. *Philosophy and Phenomenological Research*. <https://doi.org/10.1111/phpr.12873>
- Willis, K. D., Nelson, T., Moreno, O. (2019). Death anxiety, religious doubt, and depressive symptoms across race in older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3645. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193645>
- World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Geneva: World Health Organization; 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- World Health Organization. Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2016. http://www.who.int/social_determinants/en/
- World Health Organization. Assembly of Parties of the International Development Law Organization. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/assembly-of-parties-of-the-international-development-law-organization>
- Wong, P. T., Reker, G. T., Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*, 121, 121-148. United States of America: Taylor & Francis.
- Xu, F., Huang, K., Wang, Y., Xu, Y., Ma, L., Cao, Y. (2019). A questionnaire study on the attitude towards death of the nursing interns in eight teaching hospitals in Jiangsu, China. *BioMed Research International*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2019/3107692>
- Xu Wenchao, Han Li, Wang Guanrong, Wang Mengyao, Huang Xia. (2023). Analysis of the mental health status and influencing factors of operating room nurses participating in organ donation operations. *Advances in Clinical Medicine*, 13, 516.
- Yeniada Kırseven, M. (2022). Kayıp Sonrası Farklı Seyirler: Uzamış Yas, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirti Kümelerinde Risk Faktörlerinin Saptanması. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz, T. (2008). Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarının Ölüm Tepkilerinin Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Young, J. (2017). Ölüm ve sahicilik. İçinde *Ölüm ve Felsefe*. J. Malpas, Solomon, R. G. (Ed.), (s. 214-227). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Zafer, C. (2019). Ölüm olgusu ve ölümün sosyolojik etkileri. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 64-82. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tusbd/issue/51086/643942>
- Zhang, B., El-Jawahri, A., Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence based guidelines for diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliative Med*, 9(5), 1188-1203. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1188>
- Zhang, J., Tao, H., Mao, J., Qi, X., Zhou, H. (2021). Correlation between nurses' attitudes towards death and their subjective well-being. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), 12159–12170. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2943>

8. EKLER

EK 1: Sosyodemografik Özellikler

Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek
Yaş	...
Meslek	...
Medeni Durum	☐ Bekar ☐ Evli ☐ Diğer...
Varsa Çocuk Sayısı	...
Eğitim Düzeyi	☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Diğer
Dini İnanç Varlığı	☐ Bir dine inanıyor ☐ Herhangi bir dini inancı yok
Gelir Gider Dengesi	☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden az
Kronik/ Akut Hastalığın Varlığı	☐ Yok ☐ Var ...
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	☐ Yok ☐ Var ...
Acil Servise Başvuru Şikayeti	...
Acil Servise Başvuru Şekli	☐ Ambulans-112 ile ☐ Kendi imkanları ile
Acil Serviste Müdahalesinin Yapıldığı Alan	☐ Yeşil ☐ Sarı ☐ Kırmızı
Kendisine Yakın Hissettiği Birinin Kaybı	☐ Yok ☐ Var
Kimin İle Yaşadığı	☐ Yalnız ☐ Aile ☐ Arkadaş ☐ Diğer...
Düzenli İlaç Kullanımı	☐ Yok ☐ Var

EK 2: Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

1-Genel olarak sağlığını için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a. Mükemmel b.Çok iyi c.İyi d.Orta e. Kötü

2-Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi c. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e. Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığını şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağırkaldırmak, ağırsporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlik için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?(örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5.Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinlikleriniz her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi c. Orta derecede etkiledi
- b. Biraz etkiledi d. Oldukça etkiledi
- e. Aşırı etkiledi

7.Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a.Hiç b. Çok hafif c. Hafif d.Orta e. Şiddetli
- f.Çok şiddetli

8.Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem eviştirlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi c.Orta derecede etkiledi e. Aşırı
- b. Biraz etkiledi d. Oldukça etkiledi

9.Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Nadiren e. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel					

EK 3: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2.Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3.Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
4.Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5.Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.							
6.Ölüm; doğal, inkar edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7.Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8.Ölüm, mükemmel bir yere girıştır							
9.Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10.Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11.Ölüm, acı ve ızdırdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13.Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14.Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15.Ölüm, Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümünden ne korkarım ne de ölümün gelmesini isterim.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş							

olarak görürüm.							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçi olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek ey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK 4: Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği Kullanım İzni



ben

alıcı: ben v



Merhaba Ömer Bey,
Ben Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı tez dönemi öğrencisiyim. Türkçe çeviriminin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan danışmanlığında yürütmüş olduğum "Acil Servise Başvuran Hastaların Genel Sağlık Durumlarını Algılayışlarının ve Ölüme Karşı Tutumlarının İncelenmesi" adlı tez çalışmamda sizin de izninizle kullanmak isterim, teşekkür ederim, iyi çalışmalar.

...



Omer Aydemir

alıcı: ben v



Sayın Emel Küçüktatar
Araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Kolaylıklar diliyorum
Prof Dr Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

EK 5: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Kullanım İzni



ben 10 Ağu 2022



alıcı: [redacted]

Merhaba Elif Hanım,
Ben Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı tez dönemi öğrencisiyim. Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği"ni, Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan danışmanlığında yürütmüş olduğum "Acil Servise Başvuran Hastaların Genel Sağlık Durumlarını Algılayışlarının ve Ölüme Karşı Tutumlarının İncelenmesi" adlı tez çalışmamda sizin için uygunsa kullanmak isterim, teşekkür ederim, iyi çalışmalar.



Elif IŞIK 11 Ağu 2022



alıcı: ben ✓

Merhaba Emel Hanım
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. İyi çalışmalar dilerim.

Sağlıklı günler :)

Elif ABALI IŞIK

EK 6: Etik Kurul Onayı



**T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU SONUÇ RAPORU**

Tarih : 08.05.2021
Sayı : 2021 - 39

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun ☒ (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygun ☐ ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ☐ ()

Karar: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.05.2021 tarihinde yapılan toplantısında, Didem AYHAN danışmanlığında Emel KÜÇÜKTATAR tarafından yürütülen "Acil Servise Başvuran Hastaların Genel Sağlık Durumlarını Algılayışlarının ve Ölümüne Karşı Tutumlarının İncelenmesi" konulu çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK 7: Kurum İzni

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Emel KÜÇÜKTATAR'ın Çalışması
Hk.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 18/10/2021 tarihli ve 71211201-27050 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitümüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Emel KÜÇÜKTATAR'ın, Dr. Öğr Üyesi Didem AYHAN danışmanlığında **"Acil Servise Başvuran Hastaların Genel Sağlık Durumlarını Algılayışlarının ve Ölümüne Karşı Tutumlarının İncelenmesi"** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **17.12.2021 tarih ve 2021/45 sayılı** kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği konusunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllüm Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Didem AYHAN danışmanlığında “**Acil Servise Başvuran Hastaların Yaşam Kalitelerinin ve Ölümüne Karşı Tutumlarının İncelenmesi**”ni değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veri toplama formunda katılımcının kimlik/kişisel bilgilerine dair hiçbir soru bulunmamaktadır. Araştırma yanıtları yalnızca istatistiksel ve bilimsel amaçla kullanılacaktır. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılımınızın sizin için getireceği risk bulunmamaktadır. Gönüllü olarak çalışmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının

İmzası:

Adı- Soyadı: Emel KÜÇÜKTATAR

İmzası:

**Velayet veya vesayet altında
bulunanlar için**

Veli / Vasi Adı – Soyadı:

İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Emel KÜÇÜKTATAR
Medeni Hali	: Bekar
Uyruğu	: TC
EĞİTİM	
Lise	: Kırklareli Anadolu Lisesi
Lisans	: Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi
Yüksek Lisans	: Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta Düzey
MESLEKİ DENEYİM	
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Servis Hemşiresi 2020- Halen	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Psikiyatri Hemşireleri Derneği	
YAYINLAR	
Trakya Üniversiteler Birliği 5. Lisansüstü Öğrenci Kongresi, Sözlü Bildiri, 2021	