



**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON HEKİMLERİNİN
MERHAMET VE TÜKENMİŞLİK DUYGULARININ ÖTANAZİ,
ÖLÜM VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİ**

Ahmet Selim ÖZKAN

TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ

İkinci Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN

Doktora Tezi – 2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON HEKİMLERİNİN MERHAMET VE TÜKENMİŞLİK DUYGULARININ
ÖTANAZİ, ÖLÜM VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİ

Ahmet Selim ÖZKAN

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ

İkinci Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN

Tez Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ

Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK

Dr. Öğr. Üyesi Meltem DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

MALATYA

2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK ve YAPAY ZEKÂ KULLANIM BEYANI

16/07/2026

İnönü Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak, Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Zanesteziyoloji Ve Reanimasyon Hekimlerinin Merhamet Ve Tükenmişlik Duygularının Ötanazi, Ölüm Ve Ölüme Karşı Tutumlarına Etkisi ” başlıklı Doktora tezimde:

1. ETİK ve BİLİMSEL SORUMLULUKLARIM:

- Tezimde yer alan verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Çalışmada yararlandığım tüm kaynaklara bilimsel kurallara uygun şekilde atıfta bulunduğumu ve kaynakça gösteriminde APA 7. baskı kurallarına uyduğumu,
- Tezimin özgün olduğunu, çalışma ve yazım sürecinde patent ve telif haklarını ihlal edici hiçbir davranışta bulunmadığımı,
- Aksi bir durumda doğabilecek tüm hukuki ve akademik sonuçları kabul ettiğimi,

2. YAPAY ZEKÂ KULLANIMINA İLİŞKİN BEYANIM:

(X) Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalanmadım.**

() Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalandım.**

Bu durumda:

- Yapay zekâ araçlarını yalnızca bilimsel üretim sürecini desteklemek amacıyla kullandığımı,
- Kullanımın hipotez geliştirme, teorik tartışma ve yorumlama gibi üst düzey akademik becerileri içermediğini,
- Kullanımın tezin özgünlüğüne, bilimsel etik kurallarına ve ilgili mevzuata aykırı olmadığını,
- Usulsüz kullanımlara (kaynak göstermeksizin metin üretimi, yanıltıcı kaynak gösterimi, otomatik içeriklerin özgün eser gibi sunulması vb.) kesinlikle başvurmadığımı,
- Kullanılan yapay zekâ araçlarının ve işlevlerinin, danışmanımın bilgisi dâhilinde, ekte verilen tabloda şeffaf biçimde belirtildiğini,
- Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Faaliyetlerinde Üretken Yapay Zekâ Kullanımına Dair Etik Rehber’de belirtilen ilkelere riayet ettiğimi, kabul ve taahhüt ederim.

Ahmet Selim ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
KISALTMALAR.....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
1.3. Araştırmanın Önemi.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlığı.....	3
2.1.1. Anesteziyoloji ve Reanimasyonun Tanımı ve Kapsamı.....	3
2.1.2. Yoğun Bakım ve Reanimasyon Süreçleri.....	4
2.1.3. Anesteziyologların ve Reanimasyon Hekimlerinin Çalışma Koşulları ve Stres Faktörleri.....	4
2.1.4. Ölüm Sürecine Mesleki Maruziyet ve Psikolojik Etkiler.....	6
2.2. Tükenmişlik Kavramı	6
2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Maslach Modeli	7
2.2.1.1. Duygusal Tükenme	8
2.2.1.2. Duyarsızlaşma.....	9
2.2.1.3. Kişisel Başarı Hissi Azalması	9
2.2.2. Sağlık Çalışanlarında ve Hekimlerde Tükenmişlik	11
2.2.3. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimlerinde Tükenmişlik	13
2.3. Merhamet ve İlişkili Kavramlar	15
2.3.1. Merhamet Kavramı ve Tanımı	15
2.3.2. Merhametin Bileşenleri: Empati, Şefkat ve Eylem	16
2.3.3. Merhamet Memnuniyeti	17
2.3.4. Merhamet Yorgunluğu	17
2.3.5. Öz-Merhamet	18

2.3.6. Sağlık Çalışanlarında Öz-Merhamet.....	19
2.3.7. Sağlık Çalışanlarında Merhamet.....	19
2.4. Ölüm ve Ölüme Karşı Tutumlar	19
2.4.1. Ölüm Kavramının Psikolojik ve Sosyolojik Boyutu	19
2.4.2. Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu	20
2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Ölüme Karşı Tutumlar	20
2.4.4. Ölümle Sürekli Karşılaşmanın Hekim Üzerindeki Etkisi	21
2.5. Ötanazi	21
2.5.1. Ötanazi Tanımı ve Çeşitleri	21
2.5.2. Ötanaziye İlişkin Etik Tartışmalar ve Yasal Çerçeve	23
2.5.3. Hekimlerin Ötanaziye Bakış Açısını Etkileyen Faktörler	24
2.6. Kavramlar Arasındaki İlişkiler	26
2.6.1. Tükenmişlik ve Merhametin Ölüm Algısı Üzerindeki Etkisi	26
2.6.2. Hekimin Duygusal Durumunun Ötanazi Kararına/Tutumuna Yansıması	26
2.6.3. Literatürde Benzer Çalışmaların Özeti	28
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırma Tasarımı ve Yöntemi.....	29
3.2. Veri Kaynakları ve Örneklem.....	29
3.3. Veri Toplama Aracı ve Süreci.....	31
3.4. Veri Analizi.....	32
3.5. Etik İlkeler, Onay ve Çalışma Çıktıları.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları	34
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler	37
4.3. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	37
4.4. Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	38
4.5. Değişkenlerin Medeni Durumlara Göre Karşılaştırılması	40
4.6. Değişkenlerin Son Beş Yılda Birinci Derece Yakını Kaybetme Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	41
4.7. Değişkenlerin Depremi Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması	43
4.8. Değişkenlerin Depremde Yakın Kaybı Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	44
4.9. Değişkenlerin Mesleki Yaşantıda Ölümü İsteyen Hasta Olup Olmaması Durumuna Göre Karşılaştırılması	46

4.10. Değişkenlerin Çalışılan Kurumlar Arası Karşılaştırma Bulguları.....	48
4.11. Değişkenlerin Çalışılan Bölgelere Göre Karşılaştırma Bulguları	53
4.12. Değişkenlerin Ünvanlara Göre Karşılaştırma Bulguları	59
4.13. Değişkenlerin Anesteziye Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırma Bulguları.....	63
4.14. Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları	67
4.15. Ölüm İfade Ettiği Kavramlara Göre Puanların Karşılaştırılması.....	71
4.16. Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler Göre Puanların Karşılaştırması	81
4.17. Ölümcül Hasta ile Çalışmanın Etkisi Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırması	86
4.18. Ötanazi Tanımlama Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırması	94
4.19. Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....	105
4.20. Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....	108
4.21. Ölüm Talebi İçin Uygulanacak Girişimler Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması..	114
4.22. Ölümünü İsteyen Hasta Karşısında Hissedilenler Gruplarına Göre Grupların Karşılaştırılması.....	121
4.23. Ölümünü İsteyen Hasta Karşısında Davranışlar Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....	129
4.24. Ölüm Ölümcül Hasta ve Ötanazi İçin Bilgi Alma Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması	138
4.25. Ölüm Ölümcül Hasta Ötanazi için Danışmanlık İhtiyaç Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....	142
4.26. Ölçekler Arasındaki İlişkide Yapısal Eşitlik Modeli.....	145
4.27. Aracılık Modeli Tanımlayıcı Katsayıları	146
4.28. Kısmi Aracılık Modeli Etki ve Anlamlılık Düzeyi.....	147
5. TARTIŞMA.....	149
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
KAYNAKÇA.....	160
EKLER.....	171
Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi.....	171
Ek 2: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	172
Ek 3: Ötanazi, Ölüm Ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği.....	173
Ek 4: Merhamet Ölçeği.....	175
Ek 5: Mesleki Yorgunluk / Tükenmişlik / Toparlanma (OFER) Ölçeği.....	177

İTHAF

Bu çalışma;

Tarihin en ağır kuşatması altında, tüm imkânsızlıklara, zulümlere, yoksunluklara ve soykırıma rağmen beyaz önlüklerini çıkarmayan, enkaz haldeki hastanelerde, çadır şifahanelerde, el feneriyle ameliyat yapan ve hasta bakan **Gazze'li hekim meslektaşlarına;**

Hastalarını, hastanelerini ve insanlık onurunu korumak uğruna canlarından vazgeçen, şehadetleriyle tıp tarihine altın harflerle adını yazdıran **Gazze'li şehit sağlık çalışanlarına ve hekim meslektaşlarına;**

Oyun oynaması, gülmesi, büyümesi gerekirken tarihin en acı tanıklığını ve soykırımını yaşayan **Gazze'nin sevgili çocuklarına;**

Tüm yıkıma rağmen yüreklerindeki ateşi söndürmeyen, dirençleriyle insanlığa umut olan **Gazze'nin yiğit ve onurlu kadınlarına;**

Ve yeryüzünün hangi köşesinde olursa olsun, haksızlığa uğrayan, sesi kısılan, hakkı çiğnenen **tüm mazlumlara;**

ithaf olunur.

TEŞEKKÜR

Tıp tarihi ve etik alanında doktora yapmam için bende ilk kıvılcımı yakan, bu yola adım atmam için beni cesaretlendiren ve teşvik eden; etik alanındaki derin bilgi ve köklü birikimini aktararak önümü aydınlatan, yalnızca bir akademisyen olarak değil, ahlaki, erdemi ve sıcak dostluğuyla da gönüllerde silinmez izler bırakan, aramızdan erken ayrılmış olan merhum **Prof. Dr. Hakan Ertin'e**; ruhu şad olsun...

İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'ndaki doktora sürecim boyunca engin bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, desteğini her daim yanımda hissettiğim Anabilim Dalı Başkanım ve Doktora Tez Danışmanım Sayın **Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ'a**;

Doktora eğitimim süresince her vesileyle bilgi ve birikimlerinden istifade ettiğim, uzmanlık tezimin her evresinde gösterdiği anlayış, özen ve sıcak yüzüyle daima yanımda olan kıymetli İkinci Tez Danışmanım **Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN'e**;

Tezimin istatistiksel değerlendirme sürecinde uzmanlığı ve titiz çalışmasıyla son derece değerli katkılar sunan, çalışmama anlam ve derinlik kazandıran, bilgi birikimini ve zamanını hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli **Doç. Dr. Feyza İncoğlu'na**;

Bu süreçte yetişmemize katkı sağlayan, bilgi ve becerilerini bizlerle cömertçe paylaşan Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nın ve diğer Anabilim Dalları'nın **değerli öğretim üyelerine**;

Bu meşakkatli yolculukta, daha ilk adımdan itibaren bana güç veren, her anımda yanı başımda olarak sabırla destek sunan hayat arkadaşım, **eşim Hatice ÖZKAN'a** ve her koşulda arkamda durarak beni bugünlere taşıyan sevgili **aileme ve çocuklarıma** sonsuz şükranlarımı sunarım...

ÖZET

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimlerinin Merhamet ve Tükenmişlik Duygularının Ötanazi, Ölüm ve Ölüme Karşı Tutumlarına Etkisi

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye'deki anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin merhamet ve tükenmişlik duygu durumlarının ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Eylül 2023-Eylül 2024 tarihleri arasında Türkiye'de görev yapan 530 anesteziyoloji ve reanimasyon hekimiyle yüz yüze veya çevrimiçi anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Başkalarına Karşı Merhamet Ölçeği, Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği ve Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %54,7'si erkek, %81,1'i evli olup ortalama mesleki deneyim süresi 16,57 yıldır. Hekimlerin %52,8'i meslek yaşamı boyunca ölüm talebinde bulunan bir hastayla karşılaştığını, %67,9'u ise ölüm ve ötanazi konularında danışmanlık ihtiyacı duyduğunu belirtmiştir. Son beş yılda yakın kaybı, deprem deneyimi, çalışılan kurum, bölge ve mesleki ünvanın ötanazi tutumu, merhamet ve tükenmişlik puanları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara yol açtığı saptanmıştır ($p<0,001$). Yapısal eşitlik modellemesi, tükenmişliğin merhamet ile ötanaziye yönelik tutumlar arasında anlamlı bir aracı rol üstlendiğini göstermiştir.

Sonuç: Merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin, ölüm ile ötanaziye yönelik tutumları etkileyen temel değişkenler olduğu belirlenmiştir. Bu hekimlere yönelik psikososyal destek ve etik eğitim programlarının hem çalışan memnuniyetini hem de hasta bakım kalitesini artırabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anesteziyoloji ve reanimasyon, Merhamet, Ölüm, Ötanazi, Tükenmişlik, Türkiye.

ABSTRACT

The Effect Of Compassion And Burnout On Attitudes Toward Euthanasia, Death, And Dying Among Anesthesiology And Reanimation Physicians

Objective: In this study, it is aimed to evaluate the influence of compassion and burnout on the attitudes of anesthesiology and reanimation physicians in Turkey toward euthanasia, death, and dying.

Materials and Methods: Between September 2023 and September 2024, 530 anesthesiology and reanimation physicians actively practicing in Turkey were surveyed through face-to-face or online questionnaires. Data were collected using a Sociodemographic Information Form, the Compassion for Others Scale, the Professional Fatigue Burnout Recovery Scale, and the Attitude Scale toward Euthanasia, Death, and the Terminally Ill Patient.

Results: Of the participants, 54.7% were male and 81.1% were married, with a mean professional experience of 16.57 years. More than half of the physicians (52.8%) reported having encountered a patient who requested death during their career, while 67.9% indicated a need for consultation on issues related to death and euthanasia. Variables including the loss of a first-degree relative within the past five years, experience of an earthquake, institutional and regional affiliation, and professional title were found to be associated with statistically significant differences in euthanasia attitudes, compassion, and burnout scores ($p < 0.001$). Structural equation modeling revealed that burnout served as a significant mediator in the relationship between compassion and attitudes toward euthanasia.

Conclusion: Compassion fatigue and burnout were identified as key determinants of physicians' attitudes toward death and euthanasia. The findings suggest that psychosocial support programs and ethics training tailored to anesthesiology and reanimation physicians may enhance both professional well-being and the quality of patient care.

Keywords: Anesthesiology and reanimation, Burnout, Compassion, Death, Euthanasia, Türkiye.

KISALTMALAR

DNR	: Canlandırma Yapma (<i>Do Not Resuscitate</i>)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)
vb.	: ve benzeri
vs.	: vesaire
ASA	: Amerikan Anesteziyoloji Derneği (<i>American Society of Anesthesiology</i>)
MYTÖ	: Mesleki Yorgunluk, Tükenmişlik, Toparlanma Ölçeği
MÖ	: Başkalarına Karşı Merhamet Ölçeği
ÖÖ	: Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği
TTB	: Türk Tabipler Birliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No	Sayfa No
Şekil 1. Power Program Çıktısı.....	30
Şekil 2. Merhamet ile Ötanazi Arasındaki İlişkide Tükenmişlik Aracılık Etkisi.....	146



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma değişkenlerinin frekans dağılımları.....	34
Tablo 2. Tanımlayıcı istatistikler.....	37
Tablo 3. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....	37
Tablo 4. Değişkenlerin cinsiyete göre karşılaştırılması.....	38
Tablo 5. Değişkenlerin medeni durumlara göre karşılaştırılması.....	40
Tablo 6. Değişkenlerin son beş yılda birinci derece yakını kaybetme durumuna göre karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Değişkenlerin depremi yaşama durumuna göre karşılaştırılması.....	43
Tablo 8. Değişkenlerin depremde yakın kaybı yaşama durumuna göre karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. Değişkenlerin mesleki yaşantıda ölümü isteyen hasta olup olmaması durumuna göre karşılaştırılması.....	46
Tablo 10. Değişkenlerin çalışılan kurumlar arası karşılaştırma bulguları.....	48
Tablo 11. Değişkenlerin çalışılan bölgelere göre karşılaştırma bulguları.....	53
Tablo 12. Değişkenlerin ünvanlara göre karşılaştırma bulguları.....	59
Tablo 13. Değişkenlerin anesteziye çalışma sürelerine göre karşılaştırma bulguları.....	63
Tablo 14. Araştırma değişkenlerinin frekans dağılımları.....	67
Tablo 15. Ölüm ifade ettiği kavramlara göre puanların karşılaştırılması.....	71
Tablo 16. Ölümcül hastaya bakımda yaşanan güçlüklerle göre puanların karşılaştırması.....	81
Tablo 17. Ölümcül hasta ile çalışmanın etkisi gruplarına göre puanların karşılaştırması.....	86
Tablo 18. Ötanazi tanımlama gruplarına göre puanların karşılaştırması.....	94
Tablo 19. Ötanazi uygulanabilecek hastalar gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	105
Tablo 20. Hastanın ötanazi isteme nedeni gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	108
Tablo 21. Ölüm talebi için uygulanacak girişimler gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	114

Tablo 22. Ölüm isteyen hasta karşısında hissedilenler gruplarına göre grupların karşılaştırılması.....	121
Tablo 23. Ölümü isteyen hasta karşısında hissedilen gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	129
Tablo 24. Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	138
Tablo 25. Ölüm ölümcül hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç gruplarına göre puanların karşılaştırılması.....	142
Tablo 26. Aracılık modeli tanımlayıcı katsayıları.....	146
Tablo 27. Kısmi aracılık modeli etki ve anlamlılık düzeyi.....	147

1. GİRİŞ

1.1.Problem durumu

Sağlık alanında çalışan personeller olan hekimler ve sağlık personelleri, hangi alanda olursa olsun insaüstü gayretler göstererek ve genelde kendilerinden fedakarlık yaparak hizmet etmektedirler. Bu hem ülkemizde hem de dünya genelinde böyledir diyebiliriz. Hekimlerden özellikle ölümle, ölümcül hastayla veya travma oluşturan stresle başbaşa kalan hekimler, çalışma koşullarının zorluğu ve bu zor koşulların kendilerinde oluşturduğu psikososyal bozulmalar nedeniyle sıklıkla tükenmişlikle karşı karşıya kalmaktadırlar. Tükenmişliğin oluşması ile sağlık hizmetlerinde kalitenin azalmasına veya sağlık hizmeti sunucusu olan hekimler ve sağlık personellerinin çalışma motivasyonlarının kalmamasına neden olmaktadır. Tükenmişliğin oluşmasında birçok etkenin olduğu bilinmektedir. Bu etkenlerin artması ile tükenmişlik de artmakta ve özellikle hekimler bu konuda en çok etkilenen grup olmaktadır.

Bu çalışma planlanırken hekimlerde ve sağlık çalışanlarında görülen bu tükenmişliğin, zor şartlarda eğitilen ve çalışan, ölümcül hastalarla ve ölümle sıklıkla karşı karşıya kalma ihtimali olan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde nasıl etki ettiği merak edilmiştir. Bilimde her şey meraktan çıkmıştır denir. Biz de bu merak üzerinden anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin iki önemli duygu olan merhamet ve tükenmişliğin ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarına etkisinin ne olacağını araştırmak istedik. Bilinmektedir ki tükenmişlik insandaki birçok duygunun değişmesine veya etkilenmesine neden olabilir. Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde ortaya çıkma ihtimali yüksek olan tükenmişliğin ölüm ve ölümle ilişkili durumları nasıl etkileyeceği ve merhamet duygusunun burada nasıl bir etkisi olduğunun ortaya çıkarılması bu çalışmanın ana hipotezidir.

1.2.Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, mevcut çalışma ortamlarının durumu ve çalışma yoğunluğu nedeniyle tükenmişlik beklentisi yüksek olan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin merhamet, ötanazi ve ölüm ile alakalı duygu durum ve yaklaşımlarını belirlemektir. Bu çalışmanın sonucuna göre anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin tükenmişlikten uzak durması veya tükenmişliğe girmiş olan hekimlerin ölüm, ötanazi ve merhamet duygularına olan yaklaşımlarına yardımcı olmak amaçlanmaktadır. Ayrıca bu çalışma anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri üzerinde, tükenmişlik ve merhamet duyguları ile ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek üzere yapılmış ilk çalışmadır.

Bu çalışmada Őu soruların cevapları aranmıŐtır; Tükenmişlik ötanazi, ölüm, ölüme karşı tutum üzerinde etkili midir? Tükenmişlik merhamet üzerinde etkili midir? Merhamet ötanazi, ölüm, ölüme karşı tutum üzerinde etkili midir? Tükenmişlik ve ötanazi arasındaki ilişkide merhametin aracı rolü var mıdır?

1.3.Araştırmanın önemi

Bu çalışma anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerin merhamet ve tükenmiŐlik duygusunun ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumuna etkilerini ayrıntılı olarak inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmaya benzer olarak anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin çalışma Őartlarına benzer çalışma ortamları olan hekimler üzerinde yapılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar sağlık politikası oluŐturanlara yol göstermesi aşıısından önemlidir. Ayrıca sağlık kalitesinin arttırılabilmesi ve sağlık profesyonelerinin motivasyonlarının artması için kılavuzluk yapacak bilgilere ulaŐıldığı düşünölmektedir. Bu nedenle hem hekimlerin birŐok sosyodemografik özellikleri ayrıntılı olarak ele alınırken, ayrıca hekimlerin karşılaŐabilecekleri tüm durumların tükenmiŐliğe ve merhamet duygusuna olan etkileri de araştırılmıŐtır. Ülkemizde, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneėi'nin verilerine göre yaklaşık 7000-8000 arası anesteziyoloji ve reanimasyon hekiminin olduğu tahmin edilmektedir. Çalışmamızdaki 530 kişilik örneklem bu bağlamda değerlendirildiğinde, toplam uzman sayısının yaklaşık %6–7'sini temsil etmekte olup bu oran örneklem geçerliliği aşıısından oldukça güçlü bir oran olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yakın zamanda yaŐanan ve son yüzyılın en büyük felaketlerinden biri olan 2023 KahramanmaraŐ depreminden etkilenen veya depremde yakının kaybeden hekimlerle de iletiŐime gečilerek verilerin alınabilmiŐ olması da çalışmanın önemli özelliklerinden biridir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlığı

Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığı, multifaktöryel olarak birçok alanla iç içe, dinamik, uygulamalarda risk oranı yüksek cerrahi alanlardan biridir. Genel olarak halk arasında da risk tanımlamasında yüksek riskli işlemlerin uygulandığı bir alan olması yanında yoğun bakım (reanimasyon) açısından da genel olarak mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu bir alan olarak kabul edilmektedir. Anesteziyolojide cerrahi sırasında ağrı hissini ortadan kaldırılması yanında ameliyat sırasında hastanın hemodinamisinin devamlılığının sağlanması, ameliyat sonrası ağrının ortadan kaldırılması ve gerektiğinde postoperatif yakın takibinin yoğun bakımda yapılmasını tanımlamaktadır. Her ne kadar anesteziyoloji peroperatif tıp olarak adlandırılrsa da aynı zamanda reanimasyon açısından postoperatif tıp olarak da adlandırılabilir (NYSORA, 2024).

Türkiyede modern anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığı 3 Ocak 1955 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı genelgesine göre başlamıştır. Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde ilk anestezi servisi kurulmuş, 1962 yılında ise Anestezi ve Reanimasyon ismiyle tüzükte anabilim dalı olarak belirlenmiştir (Başar ve ark., 2022).

2.1.1. Anesteziyoloji ve Reanimasyonun Tanımı ve Kapsamı

Anestezi kelimesi, Yunanca "an" (yokluk) ve "aisthesis" (duygu/duyu) ifadelerinin bir araya gelmesinden mana almıştır. Modern olarak ise cerrahi sırasında cerrahi uyarıya bağlı olarak ağrı hissini ortadan kaldırılıp cerrahi uygulanmasına olanak vermesi olarak tanımlanmaktadır. Anestezi uygulamalarında ağrı hissini ortadan kaldırılması kadar bu hissini tekrar geri gelecek şekilde sinir blokları gibi geçici etkili uygulamaların yapılması da önemlidir. Ayrıca anestezi sırasında fizyolojik değerlerin normal sınırlar içinde tutulması da anestezinin önemli bir parçasıdır. Reanimasyon (yoğun bakım) ise yeniden canlandırma olarak tanımlanır. Fakat genel manada anestezi uygulamalarından sonra yakın takip amacıyla veya hayatı tehdit edici durumlardan (kalp durması veya solunum yetmezliği, vb durumlar) geri dönüşün sağlanması olarak tanımlanmaktadır.

Anestezi uygulamaları sınıflandığında genel anestezi, rejyonel anestezi, bunun yanında anesteziyoloji ana dalının bir bilim dalı olan algoloji (ağrı bilimi) ve yoğun bakım bu uzmanlık alanına kapsamına girmektedir. Genel anestezide bilinç kaybı, kas gevşemesi ve analjezi bir triad olarak belirtilmektedir. Rejyonel anestezi ise anestezi amaçlı spinal blok, epidural blok, periferik sinir blokları veya küçük alan blokları olarak belirtilmektedir. Algoloji, ağrı bilimi olarak tanımlanmakta olup başta kanser hastaları olmak üzere analjezikler veya sinirlere rejyonel uygulamalar olmak üzere geniş bir

alandan müdahaleye izin veren bir bilim dalıdır. Yoğun bakım takibi ise cerrahi sonrası hastaların yakın takibi amaçlı veya hayatı tehdit eden durumlar (multitravma, yanık, kalp krizi, vb durumlarda) için yapılan yakın takip için hastanın ayrı bir ünite gözlem altına alınması olarak tanımlanabilir (Gül ve ark., 2018).

2.1.2. Yoğun Bakım ve Reanimasyon Süreçleri

Yoğun bakım süreçleri hastaların postoperatif cerrahi yakın takipleri veya multitravma gibi vücudun genelini ilgilendiren veya hayatı tehdit edici durumların tedavilerinin olduğu süreçleri kapsar. Yoğun bakım ortamları spesifik uzmanlık bilgisi gerektiren ve birçok teknolojik aletin kullanılması imkanı ve gerekliliği sunan, hekimlerin yanında sağlık personellerinin ve hatta temizlik elemanlarının bile hassas olması ve ortamın gerekliliklerine göre davranan kişilerden oluşması gereken ortamlardır. Bu derece hayati risk barındıran ortamlarda çalışan hekimler ve diğer personelin ortam risklerine uyumlu ve dayanıklı kişilerden oluşması, bu durumlara karşı deneyimli ve sabırlı kişilerin bu alanlarda tercih edilmesi elzemdir. Hatta bu alanda çalışmayı düşünen hekimlerin de bu riskleri bilerek tercih yapması uygun olacaktır.

Yoğun bakım ortamı mortalitenin yüksek olduğu (ölüm ile sonlanan durumların olması) bir alan olması yanında ölüm kararı ve ölüme giden durumlarda yapılan uygulamaları da kapsamaktadır. Ölüm durumu ile karşı karşıya kalan hastaya yapılan etik uygulamalar, ayrıca ölüm kararını vermede veya hastaya yapılan tedavi süreçlerinin sonlandırılması ile alakalı verilen kararlar yoğun bakım ortamının bazen tartışmalı alanları olarak da belirtilmektedir (Drenger ve ark., 2020).

Yoğun bakım ortamlarında beyin ölümü tespiti yoğun bakım uzmanlarının verdikleri en önemli kararlardan biridir. Beyin sapının geri dönüşümsüz olarak zarar görmesi olarak tanımlanan beyin ölümü, organ nakline giden yolda donör olmak açısından kritik bir karardır. Ayrıca palyatif bakım üniteleri, daha çok terminal dönem kanser hastalarının takip edildiği veya ölüme giden hastalarda son dönemlerinin daha insancıl bir şekilde geçmesinin sağlanacağı ortamlardır. Yoğun bakım ortamındaki süregelen masraflar ve karşı karşıya kalınan karmaşıklık, ölüm sayısının fazla olabilmesi (%10 ile %29 arasında) ve ölüme bağlı ortaya çıkan mesleki maruziyet, ek olarak etik ve hukuki sorunların fazla olması hekim tükenmişliğini arttıran önemli nedenler olarak sayılabilirler (Chan ve ark., 2021; Sanfilippo ve ark., 2020).

2.1.3. Anesteziyologların ve Reanimasyon Hekimlerinin Çalışma Koşulları ve Stres Faktörleri

Anesteziyoloji ve reanimasyon dalı, tıp alanları arasında risk oranının en yüksek olduğu, gerek hasta açısından gerekse sağlık çalışanları açısından yüksek risk potansiyeli barındıran bir uzmanlık alanıdır. Hekim sigortası ödemelerinde de, risk oranının yüksek olmasına bağlı olarak sigorta bedeli

ödemelerinin en yüksek olduğu uzmanlık alanlardandır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde risk oranına bağlı olarak maaş ödemelerinin de paralel olarak yüksek olduğu görülmektedir. Bu yüksek riske karşılık olarak tolerans oranlarının da yer yer düşük olabilmesi bu alanda çalışan personellerinin karşı karşıya kaldığı risk ve baskı oranını da göstermektedir. Hastaya yapılan müdahalede riskin minimize edilebilmesi için hata payının sıfıra yakın hale getirilmesi gerektiğinden bu strese bağlı olarak hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanları üzerinde psikolojik bir baskı ve stres ile başa çıkmada zorluklarla karşı karşıya kalmaya neden olabilmektedir (Berger-Estilita ve ark., 2024).

Anesteziyologlar ve reanimasyon hekimlerinin çalıştıkları ortamlarda bazı risklere ve baskılara maruz kalabilmektedirler. Bu riskleri meydana getiren birçok stres kaynağı mevcuttur. Hastalara uygulanan tedavi ve girişimlerde uyanıklılık ve dikkat zorunluluğu olması en başta gelen stres kaynaklarından biridir. Ayrıca çalışma saatlerinin sürekliliği, stresli ortamda uzun süre çalışma mecburiyeti, bunlara bağlı olarak uyku vb fizyolojik bazı durumlarda meydana gelen bozulmalar, sirkadiyen ritmin bozulmasına neden olan gece nöbetleri, uzun süren ameliyatlara ve uygulamalar, ameliyathane ortamlarında maruz kalınan anestezi gazları gibi kimyasal maruziyetler, skopi uygulaması gibi radyasyon maruziyetleri, bu maruziyetlerin gereğinden fazla ve sürekli olması, ölüm veya ölüme götüren durumlar ile sürekli karşı karşıya kalmak, ölüm ile neticelenen durumlarda hasta yakınları ile bu durumun paylaşılma zorunda kalınması, bazen duygusal bazen fiziksel şiddete maruz kalabilme ihtimali ek risk faktörleri olarak sayılabilirler. Bu risk faktörlerinin bir kısmı ya da birçoğunun olması hekimlerde tükenmişliğin oluşmasına hatta bazen intihara kadar giden travmatik sonuçların gelişmesine neden olabilmektedir. Anesteziyologlar arasında yapılan kesitsel anket çalışmasında çalışma koşulları ile alakalı sorular sorulmuş, zaman baskısı, sınırlı karar alma yetkisi, uzun çalışma saatlerinin mesleki stres oluşturduğunu vurgulanmış, katılımcıların bir kısmının (%47,6–%57,4) çalışma için yeterli gücü kendine bulamadığını, bir kısmının (%45,6–%55,4) uyku için yeterince zaman bulamadığını, bir kısmının ise (%33,4–%43,0) sık sık huzursuzlukla baş başa kaldığını ilettiklerini bildirilmiştir (Lederer ve ark., 2018).

Anesteziyologlar tükenmişlik riskini arttıran bir riskler ile karşıya kalmak yanında birçok etik ikileme ve zorlu karar verme süreçleri ile de karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle hastaya müdahale önceliğinin belirlenmesi, tedaviye yanıt vermeyen hastalarda müdahale süreci veya tedavi devamlılığının ne zaman sonlandırılacağı durumu, kalp ve solunum durması ile gelen hastada müdahaleye başlanması ve müdahalenin sonlandırılma zamanı etik sorunların yaşandığı veya etik sorunların neden olduğu tartışma ortamları önemli ve hekim psikolojisini etkileyen ciddi durumlardır. Tıbbi verilere ek olarak özerklik, yararlılık, kötü davranmama ve adalet gibi etik ilkelere uyulması zorunluluğu da hekim stresinin artmasına neden olan durumlar olarak sayılabilir (Lederer ve ark., 2018).

2.1.4. Ölüm Sürecine Mesleki Maruziyet ve Psikolojik Etkiler

Ölüm anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının hem anestezi uygulamaları sırasında, hem acilde hem de yoğun bakım ortamlarında sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur. Ölüm genel olarak soğuk yüzü nedeniyle baş edilmesi zor olan bir durum olması yanında anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının bu duruma sıklıkla maruz kalması bazen çaresizlik hissi uyandırırken bazen de şefkat yorgunluğuna neden olabilmektedir. Ölüm gelişen durumlarda uygulanan olağan üstü gayrete rağmen istenen sonucun alınamaması çaresizlik hissini beslerken gerek dini, gerek kültürel, gerekse dünyevi bazı bakış açıları bu sürecin daha kolay atlatılması veya altından kalkılamaz bir safhaya ulaşmasına neden olabilmektedir. Özellikle mesleğe yeni başlayan hekimlerin veya genç yaştaki hekimlerin bu süreçlerde yaşadığı olumsuz sonuçlar mesleklerinin geleceği ve devamlılığı açısından ciddi riskler barındırmaktadır. Risklerin yüksekliğine bağlı olarak ölüm veya yatalak hasta ile karşı karşıya kalma, mesleki tatmin açısından da bazı olumsuzluklar barındırmaktadır.

Yoğun bakım ortamlarında veya hayati risk barındıran anestezi uygulamalarında karar verme durumlarında veya etik ikilemler oluştuğunda hasta yakınları ile kurulan iletişimde de bazı riskler bulunmakta ve bu riskler hekimlerde ve sağlık çalışanlarında ek duygu durum bozuklukları veya stres ortamları oluşturmaktadır. Özellikle anesteziyologların verdikleri en önemli kararlardan biri olan, hastalardaki beyin ölümü kararlarının verilmesinde, bu hastaların donör olarak bakım altında tutulmasında, yeniden canlandırma yapılmasın (do not resusitate-DNR) direktifi veren hastalarda yapılması gerekenler bazı etik ve hukuki tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bazen dini bazen kültürel nedenler ile beyin ölümü sonrası olması gereken organ bağışına sıcak bakılmaması ve bazı durumlarda hasta yakınları ile ailelerin gereksiz yere karşı karşıya kalmak durumunda olması da hekimlerin stres katsayılarını arttıran durumlardan bazıları olarak sayılabilir. Arada kalınan bazı durumlar (beyin ölümü gelişen ve organ bağışını kabul etmeyen hastanın durumu, uzun süre kalp resüsitasyonu yapılmasına rağmen yanıt alınamayan hastalar, terminal dönem hastalığı olan ve kalp ve solunum durması ile gelen hastalara yapılması gereken uygulamalar ve uygulama süreleri) hukuki ve etik açıdan hekimleri gri alanlarda bırakmakta ve hekimlere bazı zamanlarda ciddi sorunluluklar yüklemektedir. Hatta bu sorumluluklar nedeniyle hekimler bazı durumlarda ciddi psikolojik, hukuki ve vicdani zorluklar ile karşı karşıya kalmakta, bazen para cezaları ile yıkıma uğrarken bazen de şiddet ile hayatına mal olan sıkıntı süreçlerle karşı karşıya kalmaktadır.

2.2. Tükenmişlik Kavramı

Modern hayatın insanlık sürecinde etkin olması ve köy hayatı yerine artık daha çok kentleşmenin tercih edildiği bir dünyada insan doğasının bozulması veya yorulmasına paralel olarak stres gibi faktörlerin neden olduğu önemli sonuçlardan biri de “tükenmişlik” kavramıdır. Modern

dünyanın önemli olumsuz getirilerinden biri olan tükenmişlik öncelikle daha yoğun çalışılan ve stres riskinin yüksek olduğu çalışma alanlarında veya durumlarda (sağlık, eğitim, aile içi ilişkiler) öncelikli olarak daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiş olsa da günümüzde neredeyse her alanda tanımlanan ve bir risk unsuru olarak bildirilen bir durum olarak gündemde yerini almaktadır.

Tükenmişlik kavramı, literatürde ilk kez 1974 yılında klinik psikolog Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Freudenberger tükenmişliği; *"bir meslekte veya ilişkide aşırı taleplerin yol açtığı, bireyin içsel kaynaklarının tükenmesi, başarısızlık, yıpranma, güç veya enerji kaybı ile karakterize bir durum"* olarak tanımlamıştır (Freudenberger ve ark., 1974). Freudenberger'in bu tanımına göre bir öğretmen, bir sağlıkçı, bir anne, bir eş veya bir üst düzey yönetici, sahip olduğu imkanlar hangi düzeyde olursa olsun kendisinden talep edilenlerin yoğunluğu altında, bu taleplerin karşılanamamasından veya karşılanması durumunda kendi içinde yaşayacağı iç karartıcı veya yıpratıcı sonuçlarla karşı karşıya kalmasından kaynaklı veya bu noktada sınırda bir durumda kalması nedeniyle, başarısızlığın veya başarısızlık hissinin oluşması, bununla baş edebilme enerjisi ve motivasyonun kalmaması olarak daha açıklıkla tanımlanabilir. Tükenmişlik özellikle yüz yüze iletişim gerekli olan meslekler veya alanlarda daha çok karşı karşıya kalınan bir durum olarak tanımlanmıştır (Maslach ve ark., 1981). Başta öğretmenlik, hekimlik, avukatlık, bankacılık vb durumlar olmak üzere bir ebeveynin kendi arasında veya çocukları veya akrabaları ile olan ilişkilerinde bile benzer durumlar ile karşı karşıya kalınmaktadır.

Sağlık sektöründe bir taraf şifa alacak olan hasta ve hasta yakınları iken diğer taraf şifaya vesile olan hekim ve sağlık çalışanları olduğundan yüz yüze iletişiminin en fazla olduğu ve buna bağlı olarak da taleplerin sınırsızlığı veya yoğunluğu, buna karşılık ilgili tarafından gerek stres yoğunluğunun fazlalığı gerekse yorgunluk nedeniyle bu taleplerin tümünü veya bir kısmını karşılayamaması nedeniyle meydana gelmesi muhtemel olan başarısızlık hissi, bununla baş edebilme gücünün veya enerjisinin hızla tükenmesine bağlı gelişmesi beklenen veya geliştiği görülen yoğun duygu olma tükenmişlik, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının baş etmesi gereken önemli bir olumsuz durum olarak önümüzde durmaktadır.

2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Maslach Modeli

Tükenmişlik kavramının sadece duygusal boyutlarda değil bilimsel olarak da değerlendirilmesi ve ayrıntılı olarak gün yüzüne çıkarılması önemlidir. Bu konuda ilk girişimler sosyal psikolog Christina Maslach ve meslektaşı Susan Jackson'ın çalışmalarıyla gerçekleşmiştir. Tükenmişlik kavramının bilimsel zeminde tartışılabilmesi ve neden-sonuçları ile ayrıntılı olarak ele alınarak bilimsel bir çerçevede tanımlanabilmesinin yolunu açan bu gayretler, bireylerin tükenmişlik düzeylerini ölçmek amacıyla Maslach Tükenmişlik Envanteri'ni (Maslach Burnout Inventory) geliştirilmesine zemin hazırlamış ve bilimsel bir ölçek ile objektif olarak ortaya konmasının önünü açmıştır (Maslach ve ark., 1981). Bu

envanter bir kategorizasyon ile tükenmişliği tanımlamakta ve bu sendromun kavramsallaşmasına yönelik kılavuzluk yapmaktadır. Maslach bu envanterde, duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı ve kişisel başarı hissi azalmasını ön plana alıp bu duygu durumlarındaki değişime göre tükenmişlik düzeyini belirlemektedir. Bu ana değişimlerin ön plana alındığı envanter sonraki yıllarda tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalarda ana referans noktası olarak kabul edilmiş ve birçok bilimsel çalışmanın kaz ayağı olmuştur. Maslach'a göre tükenmişlik, bir iş alanında veya durumda stres ile uzun süre karşı karşıya kalmanın bir sonucu olarak meydana gelen duygu durum bozukluğu, baş edilemeyen bu duruma bağlı gelişen psikolojik bir sendrom veya taraflar arasında meydana gelen kronik uyumsuzluk olarak belirtilmiştir (Maslach, 2003). Taraflar arasında meydana gelen bu duygu durum bozukluğunun anlık bir davranış biçiminden veya karşı karşıya kalınan stres yoğunluğundan değil uzun süreli, yoğun, etkili ve artık kronikleşmiş bir etken olarak ele alınması ve bu şekilde bildirilmiş olması da önemli ve üzerinde durulması gereken bir sonuçtur (Maslach ve ark., 2001).

Maslach Tükenmişlik Envanteri ayrıntılı olarak ele alındığında tükenmişliğe neden olarak etkenlerin belirlenmesi ve buna yönelik öncelikli olarak ele alınacak çözüm önerilerinin belirlenmesi noktasında önemli bir mesafe alınabilecektir. Maslach Tükenmişlik Envanteri'nde 3 önemli alan, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi azalması olarak tanımlanmıştır.

2.2.1.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme tükenmişlik duygusunun en önemli belirleyicilerinden biridir. Bir kişinin yaptığı işte veya davranışlarında ya da ilişkilerinde, duygusal olarak güçlenmek yerine duygusal tükenmeler ve çöküşler yaşaması tükenmişlik duygusunun gelişmesinin önünü açan en önemli durum olarak önümüzde durmaktadır. Kişilerin duygusal olarak tükenmişliklerinin ana nedenlerinden biri ise stres ile aşırı yoğunlukta karşı karşıya kalma ve bununla baş edebilmede zorluk yaşama veya baş edememesidir. Yaptığınız meslekle olan ilişkiniz ne kadar iyi ve duygusal olarak yoğun olsa da bu baş edememe durumu artık kronik bir hal aldığından tükenmişlik ile karşılaşmanız artık beklenen bir durum olmaktadır. İşin en dramatik ve geri dönülmesi zor olan yanı ise bu durumda olduğunuzu çoğu zaman hissedememeniz ve son ana gelmeden buna yönelik önlemler alamamanızdır. Duygusal tükenmenin başlaması ile beraber yaptığı mesleği veya içinde olduğu durumu en özverili şekilde veya istekle yapan kişinin artık bir istek ve özveriden mahrum kalması, eski duygularını hissedememesi, buna bağlı olarak da yapılan işteki verimin düşmesi, az zamanda çok işten çok zamanda az iş durumuna gelmesi ve enejisi veya motivasyonu kalmaması nedeniyle tükenmişlik içinde boğulması ile sonuçlanmaktadır. (Maslach ve ark., 1981; Arı ve ark., 2008).

2.2.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma duygusal tükenmeye bir karşılık olarak ortaya çıkan bir savunma veya sonuç olarak da tanımlanabilir. Duygusal tükenme ile karşı karşıya kalan kişi, bu durumla mücadele etmek veya bir çözüm bulmak adına nispeten olumsuz, katı ve duygudan yoksun bir tutum alma ihtiyacı hissedebilmektedir (Maslach ve ark., 2001). Duyarsızlaşma bir neden olarak değil bir sonuç olarak değerlendirildiğinde yapılan işin kalitesini, içeriğinin önemini veya sunum şeklini azaltması yanında tarafların birbirlerine karşı olması gereken sevgi, saygı ve güvenin yitirilmesine de neden olabilmektedir. Bunun sonucu olarak da taraflar birbirlerine mesafeli durabilmekte ve birbirlerine karşı sahip olmaları gereken tahammüllerini kaybetmelerine neden olabilmektedir. Mesela bir hekim ile hastası veya hasta yakınlarının ilişkilerini ele aldığımızda, duygusal tükenme meydana gelmesi ile beraber, tükenmişlik olan hekimde hastasına karşı sahip olması gereken sevgi, saygı ve güven duyguları zedelenmekte ve yapılan en ufak bir hatalı davranışa karşı sabırsız ve aşırı ya da beklenmedik tepkilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Aynısı diğer taraf için de geçerli olabilmektedir. Hasta veya yakınlarının sağlık hizmeti alırken ki tükenmişliği, hekime veya sağlık çalışanlarına karşı tutunmaları gereken davranışlarda anormal duruşlar sergilemelerine, saygı, sevgi ve güvenin ortadan kalktığı ve buna bağlı olarak tahammül sınırlarının aşıldığı sonuçlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir (Maslach ve ark., 2001).

2.2.1.3. Kişisel Başarı Hissi Azalması

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma kişinin işini yapmasında önemli bir sonuca doğru kişiyi sürükleyebilir. Duygusal tükenme ile başlayan süreç meslek sahibinin veya durumu yaşayan kişinin tükenmişliği noktasından önemli bir eşiğin aşılması manasına gelen duyarsızlaşma ile karşı karşıya kalarak mesleğini yaparken en önemli motivasyonlarından biri olan başarılı olma veya faydalı olma hissinin elinden alınmasına ve tükenmişliğin zirvesinde bir durumlarla karşılaşmasına neden olacaktır. Kişisel başarı hissinin azalması veya ortadan kalkması ile kişi artık yaptığı işin bir mecburiyet veya bir gereklilik olduğu hissine kapılarak motivasyon kaybına uğrar ve en ufak aksaklıkta bile beklenmedik tepkiler vermeye eğilimli hale gelir (Maslach ve ark., 1986).

Maslach Tükenmişlik Envanteri'nde belirtilen bu 3 durum ayrı ayrı olarak da birer neden veya sonuç olarak değerlendirilebilecek olsa bile bu sıralama ile sürecin oluştuğu, çözüm önerilerinin ise bu algoritmik duruma göre planlanabileceği söylenebilir. Tükenmişlik sendromunun oluşmasının engellenmesi veya ortadan kaldırılabilmesi için duygusal tükenmeye neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması, buna yol açan durumların ortadan kaldırılması en hızlı çözümün ne olduğunun belirlenmesinde yol gösterici olacağı açıktır (Maslach ve ark., 2001). Literatürde ilk kez klinik psikolog Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılan tükenmişlik kavramının geliştirilmesinde Maslach

Tükenmişlik Envanteri'nin önemli katkısını olduğu görülmektedir. Her ikisinin tükenmişlik açısından karşılaştırılması yapıldığında görülecektir ki, Herbert Freudenberger ilk etken olarak aşırı taleplere bağlı içsel kaynaklarının tükenmesini tanımlarken Maslach bunu duygusal tükenme olarak tanımlamaktadır. Herbert Freudenberger bu yaşananı tükenmeye bağlı olarak başarısızlık, yıpranma, güç veya enerji kaybı olarak tanımlarken Maslach bunu duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi azalması olarak tanımlamaktadır. Aslında neden ve buna bağlı gelişen sonuçların tanımlanmasında benzer tanımlamalar yaptıkları görülebilmektedir. Bu da tükenmişlik alanında bilime önemli katkılar sunmuş olan 2 bilimsel yaklaşımın isabetli ve benzer yaklaşımlarda bulunduklarına bizlere göstermektedir (Freudenberger, 1974; Maslach ve ark., 2001).

Bu iki bilimsel yaklaşıma ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 28 Mayıs 2019 tarihinde Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nın 11.Revizyonu'nda (ICD-11) tükenmişliğe yer vererek tanımını resmi olarak güncellemiştir. ICD-11'de (kod: QD85) tükenmişlik "başarıyla yönetilemeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendrom" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında önemli resmi girişimlerden biri olan bu durum tükenmişlik ve bununla mücadele noktasında önemli katkılar sunmaya aday bir girişim olarak adlandırılabilir. Bu yaklaşımda üç temel belirtisiyle kavramsallaştırılmaktadır. Diğer iki bilimsel yaklaşıma benzer olarak enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi, işe karşı artan zihinsel mesafe ya da işe ilişkin olumsuzluk veya sinizm duyguları ve azalmış mesleki yeterlilik bu yaklaşımda da tanımlanmış yol gösterici olması açısından bilim dünyasına sunulmuştur. Diğer yaklaşımların aksine WHO bu tanımlamasının açıklamasında tükenmişliğin sadece mesleki bağlamda ele alınmasını önermiş, diğer alanlarda kullanılmaması gerektiğini vurgulamıştır. Halbuki diğer alanlar olarak tanımlanan yaşamın diğer alanlarındaki deneyimlerde de benzer tükenmişlik durumları ile karşılaşmakta ve içeriğine bakıldığından WHO tanımlamasına benzer durumların görüldüğü sonucuna ulaşılmaktadır. Bunun yanında WHO, tükenmişliği bir tıbbi hastalık veya psikiyatrik durum olarak değil, "mesleki bir fenomen" olarak sınıflandırmaktadır (WHO, 2019).

Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılan tükenmişlik kavramı ve geliştirilmesinde önemli katkısı olan Maslach Tükenmişlik Envanteri zaman içerisinde bilimsel birçok alanda test edilmiş, benzer teoremler geliştirilmiş, bu envanterin geçerliliği ve güvenilirliği ile alakalı çalışmalar yapılmıştır. Üç ana faktör üzerine bina edilen bu envanterin geçerliliği ve güvenilirliği ile alakalı 2025 yılında yayımlanan Tunus askeri personeli üzerinde yapılan bir doğrulayıcı faktör analizi çalışmasında modelin kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir (Boussayala ve ark., 2025). Türkiye'de ise bu envanterin Türkçe uyarlaması ilk kez Ergin tarafından doktor ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir ve o tarihten bu yana ülkemizde sağlık çalışanları başta olmak üzere pek çok meslek grubunda yaygın biçimde kullanılmaktadır (Ergin, 1993).

2.2.2. Sağlık Çalışanlarında ve Hekimlerde Tükenmişlik

Tükenmişlik durumu konuşulduğundan bu konuda en muzdarip ve etkilenen alanlardan biri sağlık çalışanları ve özellikle de hekimlerdir. Yüz yüze iletişimin kaçınılmaz olduğu sağlık uygulamalarında hekimler ve sağlık çalışanları duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissini azalmasını en üst düzeyde yaşayan kesimlerin başında gelmektedir. Buna bağlı olarak da bilimsel çalışmalar daha çok sağlık alanında yapılmakta, bizim çalışmamızda da olduğu gibi bu tükenmişliğin sağlık çalışanlarının uygulamalarında nelere neden olduğu ve bununla nasıl baş edileceği araştırılmıştır. Benzer çalışan gruplarında ortaya çıkan stres ortamları gibi veya belki de daha fazla olarak tükenmişlik duygusunun olduğu sağlık alanı, duygusal olarak yoğun hasta ilişkileri, ağır iş yükü, nöbet sistemleri, hayatı tehdit eden karar verme süreçleri ve idari baskılar gibi birçok nedenle tükenmişliğin en fazla görüldüğü alan olmasına neden olmaktadır. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse özelde hekimlerin karşı karşıya kaldıkları stres ve yoğunluk, bunlara bağlı olarak ortaya çıkan duygusal tükenmeye, duyarsızlaşmaya ve başarı hissini azalmasına neden olduğu açıktır. Bu tür durumlarda aşırı genellemeler doğru olarak görülmesi de özellikle sağlık alanında çalışanların bununla sıklıkla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Hekimlerin uzmanlık alanı tercihlerinde veya tıp fakültesi mezunu olmalarına rağmen meslek değişimi yaparak farklı alanda çalışmayı tercih etmelerinde bunun önemli bir neden olduğu söylenebilir. Yüz yüze iletişimin en az veya hiç olmadığı uzmanlık alanlarının (biyokimya, fizyoloji, histoloji, mikrobiyoloji vb) daha çok tercih edilir olmasına bunun neden olduğu da aşıkardır. Hekimlerin bu tercihleri yanında sağlık çalışanlarının da benzer tercihlerde bulunduklarını uygulamada görmekteyiz. Yardımcı sağlık personelinin hasta ile yüz yüze iletişime geçilmesi gereken alanlar yanında iletişimin olmadığı (laboratuvar vb) alanları da sıklıkla tercih ediyor olması bunun bir sonucu olabilir. Bu konuda yardımcı sağlık personellerinin tercihlerinin nedenleri ile alakalı çalışmalar yapılmasının faydası olacağı da aşıkardır.

Hekimlerin mesleklerini icra ederken karşı karşıya kaldıkları tükenmişlik durumları ile alakalı bazı bilimsel çalışmalar göstermiştir ki hekimlerde mesleki tükenmişlik durumu tahmin edildiğinden çok daha fazladır. Özellikle derleme ve meta-analizler göstermektedir ki hekimlerin mesleklerini yaparken karşılaştıkları en önemli sorunlarından biri tükenmişliktir. ABD’li hekimlerde Shanafelt ve arkadaşları tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada, hekimlerin tükenmişlik prevalansı 2011’de %45,5, 2014’te %54,4, 2017’de %43,9, COVID-19 pandemisinin zirve yaptığı 2021 yılında %62,8 ve 2023 yılında tükenmişlik oranı %45,2 olduğu gösterilmiştir. Neredeyse her iki hekimden birinin tükenmişlik ile karşı karşıya kaldığını gösteren bu çalışma durumun görülenden çok daha vahim bir düzeyde olduğunun da bir kanıtıdır. Her ne kadar bu oranların daha az olduğu noktasında yapılan başka çalışmalar olsa da bu çalışmalarda bile oranın %45’ler seviyesinde olması vurgulanması gereken önemli bir durumu gözler önüne sermektedir (Shanafelt ve ark., 2025). Tükenmişliğin verdiği olumsuz

sonuçların toplumsal zararının en üst düzeyde olabileceği meslek grubu olan hekimlerde bu oranlarda tükenmişlik durumunun görülüyor olması endişe verici bir durum olması yanında mesleki verimin azalması yanında hekimlik mesleğinin tercih edilebilirliği noktasından endişe verici sonuçlara neden olabileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlar değerlendirildiğinde bölgesel olarak üzüntü ve endişelendirici sonuçlar verilmiş olsa da küresel ölçekte geniş bir aralıkla sonuçlar da verilmektedir. Hekimlerdeki tükenmişlik prevalansının %0 ile %80,5 arasında değişen geniş bir aralıkta seyrettiği göz önünde bulundurulduğunda olumsuz ve olumlu birçok örneğin görülebildiği gösterilmiştir. Yapılan sistematik bir derlemede, 182 çalışmayı kapsayan analizde Maslach Tükenmişlik Envanteri'ne dayalı duygusal tükenme prevalansının %0'dan %86,2'ye, kişisel başarı hissini azaltması prevalansının ise %0'dan %87,1'e dek uzandığı saptanmıştır (Rotenstein ve ark., 2018). Bu çalışma da göstermiştir ki her ne kadar tükenmişliğe maruz kalmayan hekimler olsa da %80'lere varan oranlarda tükenmişlikle karşı karşıya kalan hekimlerin de olduğu, yüksek oranlarda duygusal tükenmenin benzer oranlarda başarı hissini azaltmasına neden olduğu ve tükenmişliğin ortaya çıkması ile sonuçlandığı görülmektedir. Yukarıda da değindiğimiz gibi uzmanlık tercihlerinin de tükenmişlik riski ile bağlantılı olduğu pratik uygulama da net olarak görülmektedir. Yapılan bir çalışmada acil tıp hekimlerinin tükenmişlik oranlarının diğer uzmanlık alanlarına göre en yüksek tükenmişlik oranına sahip olduğu, hatta bu oranın %57'lere dayandığı gösterilmiştir (Lu ve ark., 2015).

COVID-19 pandemisi dünya çapında insanlarda önemli tükenmişlik durumlara neden olmuştur. Fakat özellikle hekimler ve sağlık çalışanları, hastalıkla ve ölüm riski ile, aynı zamanda olumsuz birçok durumla bizzat karşı karşıya kaldıklarından tükenmişliği en fazla yaşayan meslek gruplarının başında gelmişlerdir. COVID-19 pandemisi sırasında tükenmişlik durumunu inceleyen 45 makaleyi derleyen bir meta-analizde tükenmişlik oranının %54.6 olduğu gösterilmiştir. Bu orana ek olarak hastalarla ilk karşılaşmada olan hekimlerde tükenmişliğin, ilk karşılaşmada olmayan hekimlere göre yaklaşık 1,64 kat daha fazla olduğunu da göstermişlerdir. Yine bu çalışmada pandeminin erken döneminde tükenmişlik oranı daha yüksek (%60,7) olsa da ilerleyen dönemlerinde bu oran azaldığı (%49,3), fakat genel olarak yüksek oranlarda kaldığı gösterilmiştir (Macaron ve ark, 2023). Bölgemizde (Türkiye ve Orta Doğu–Kuzey Afrika–Türkiye (MENAT)) yapılan ve yaklaşık 10 yıllık (2013–2024) bir süreyi kapsayan bir meta-analizde hekimler ve hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının tükenmişlik ile karşı karşıya kalma oranlarının nispeten yüksek olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada 123 çalışma ve 36.769 katılımcı analiz edilmiş; duygusal tükenme prevalansı %40, duyarsızlaşma %31, kişisel başarı hissini azaltması ise %38 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda, kadın sağlık çalışanlarının, tıp asistanlarının, hemşirelerin duygusal tükenme oranlarının daha fazla olması yanında cinsiyet farklılıklarının uzmanlık, çalışma ortamı ve kültürel beklentilerden önemli ölçüde etkilendiğine vurgu yapılmıştır (Alhassan ve

ark. ,2025). Tıp asistanlarında ortaya çıkan ve mesleki olarak erken evre olarak tanımlanabilecek bu zaman diliminde de tükenmişliğin görülebiliyor olması hasta-hekim ilişkilerinde olması gerekenlerin belirlenmesi ek olarak tıp asistan eğitiminde karşı karşıya kalınan zorlukların veya yanlışların belirlenmesinde bizlere önemli bilgiler vermektedir (Moss ve ark., 2016).

Sağlık çalışanlarında ve hekimlerde ortaya çıkan tükenmişlik durumu ele alındığından kişisel ve uygulamada birçok neden sayılabilmektedir. Kişisel nedenler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, kişilik özellikleri ve mesleki deneyim düzeyi etkili nedenler olarak sayılmaktadır. Uygulamada karşı karşıya kalınan örgütsel nedenler olarak aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, yetersiz idari destek, rol belirsizliği, meslektaşlarla çatışmalar ve yetersiz kaynak sayılabilmektedir (Moss ve ark., 2016).

Hekimlerde ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik oranının artması hekimlerin mesleki tatminlerinin azalması yanında çalışma veriminin azalması ve tercihlerin değişmesi noktasında önemli sonuçları olmaktadır. Hastalara uygulanan tedavi yönteminin değişmesi ve alınması gereken bazı risklerin alınmama yönelimi de hasta güvenliği ve sağlık sisteminin uygulanabilirliği noktasında endişe verici sonuçlara neden olabilecektir. Yapılan bazı çalışmalarda vurgulandığı gibi tükenmişliğe bağlı olarak hekimlerde tıbbi hata oranlarının arttığı, mesleki tatminin düştüğü, devamsızlık ve işten ayrılma niyetinin yükseldiği vurgulanmaktadır. Tükenmişliğin zirvesine geline durumlarda ise hekimlerde bu olumsuz durumlara bağlı olarak madde bağımlılığı, daha kötü bir sonuç olarak intiharların görülebileceği de vurgulanmıştır (Stehman ve ark., 2019).

Tükenmişliğe bağlı olarak gerek çalışma performansının azalması gerekse motivasyonun azalmasına bağlı çalışma isteğinin azalması sağlık sisteminin ana dayanak noktası olan iş gücünün önemli ölçüde azalmasına neden olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında ABD’de yapılan bir çalışmada tükenmişliğe bağlı olarak sağlık sisteminin iş gücünde azalması neticesinde yıllık yaklaşık 4,6 milyar dolarlık bir maliyetin oluştuğu vurgulanmaktadır (Han ve ark., 2019).

2.2.3. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimlerinde Tükenmişlik

Uzmanlık alanları kendi aralarında karşılaştırıldıklarında stres ortamı ile daha fazla karşılaşan ve birçok nedene bağlı olarak tükenmişliğin görülmesi riski en fazla olan anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının en başlarda geleceği açıktır. Çalışma ortamlarının ve hasta ile ilgili sorunların bu tükenmişliğe katkısının fazla olacağı anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları mesleki sigorta değerlerinde en fazla sigorta ücreti ödeyen branşlardan biri olması da bunun bir göstergesi olabilir. Ameliyathanede ve yoğun bakımda karar alma süreçlerinde hassasiyetin önemli olması ve hasta güvenliği gibi nedenlere bağlı olarak bu durumun temelinde olan nedenlerden sayılabilir. Bu uzmanlık alanının kendine özgün nedenlerinden dolayı anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları tükenmişlik ile karşılaşabilmektedirler.

Ameliyathane ortamında sürekli hassasiyet gerektiren yüksek riskli hastaların mevcudiyeti, ameliyat sonrası da dahil olmak üzere yüksek riskli bu hastaların yakından takip edilmesindeki zorunluluk, geceleri uykusuz geçen ve dinlenme imkanı tanımayan nöbetler, çalışma saatlerinin uzun olması ve sürekli uyanık kalmayı gerektirmesi, nöbet sonrası dinlenme imkanının yetersiz olması veya olmaması, branş gereği ölüm ve yaşam sonu kararı verme noktasında stres ortamında sürekli kalınması, çalışma imkanlarının ve ortamlarının yetersiz olması ve ek olarak yetersiz sayıda veya niteliği zayıf personelle çalışma mecburiyetleri bu tükenmişliğin oluşmasında önemli nedenler arasında sayılabilir (Afonso ve ark., 2024). Birçok anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının maruz kaldığı bu durumlar neticesinde hekimlerin tükenmişliğine bağlı olarak mesleki sevginin azalması ve zorluklarla baş edebilme enerji ve motivasyonunun azalması yanında hasta güvenliği ve sağlık tesisi maliyetlerinin de etkilenmesi, bu durumlarla baş edilmesi ve ortadan mümkün olduğunca kaldırılmasının ne kadar önemli olduğunu bizlere göstermesi açısından kayda değerdir.

Anesteziyologların yaşadığı tükenmişlik durumuna ilişkin olarak ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalar yapılmaktadır. Dünyada anesteziyoloji üzerine çalışmaları ile bilinen Amerikan Anesteziyoloji Derneği'nin (ASA) 24680 üyesine ulaşılmış, 2698'i (%10,9) anketi tamamlamış; katılımcıların %67,7'sinin tükenmişlik açısından yüksek risk altında olduğu, %18,9'unun ise tam gelişmiş tükenmişlik sendromu yaşadığı tespit edilmiştir. Bu oranların 2020 yılına kıyasla sırasıyla %14,4 ve %37 oranında arttığı vurgulanmıştır. Bu oran diğer hekimlerdeki %45,8'lik tükenmişlik oranının aksine yüksek bir oran ve risk olarak ortada durmaktadır (ASA, 2023). Pandemi koşulları nedeniyle tükenmişlik duygusunun artmış olması aslında beklenen bir durumdur. Fakat çalışmaya katılan hekimlerinin geneli yansıtmaması ihtimali bu oranın gösterilenden daha fazla olma ihtimalini göz önünde bulundurmanız gerektiğini bizlere bildirmektedir. Pandeminin en fazla etkilediği bölgelerden biri olan Çin'de yapılan bir çalışmada, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinin azalması noktasında tükenmişliğin pandemi ve pandemiye bağlı nedenlerden dolayı Çinli anesteziyologlar arasında artmış olduğu gösterilmiştir (Chen ve ark., 2025).

Anesteziyologlara göre yoğun bakım (reanimasyon) uzmanları bazı durumlarda benzer veya daha yüksek riskli durumlara ve bunun sonucu olarak yüksek tükenmişlik riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Yoğun bakım uzmanlarının tükenmişlik riski ile alakalı yapılan bir çalışmada tükenmişlik prevalansının %6 ile %47 arasında değiştiği bildirilmiştir (Chuang ve ark., 2016). Acil hekimleri, yoğun bakım hekimleri ve hemşireleri kapsayan geniş kapsamlı bir çalışmada, genel tükenmişlik oranının %46, yüksek duygusal tükenme oranının %48, yüksek duyarsızlaşma oranının %30 ve düşük kişisel başarı hissi oranının %47 olduğu bildirilmiştir (Lin ve ark., 2025). Bu oranlara bakıldığında stres riskinin ve yoğunluğun yüksek olduğu ortamlar olan acil servisler ve yoğun bakımlarda tükenmişlik riskinin de bunlara paralel olarak yüksek olacağı yorumu yapılabilir. Ayrıca

yapılan çalışmalarda genç hekimlerin deneyimli ve daha yaşlı hekimlere göre tükenmişlik durumları ile daha sıklıkla ve yüksek oranda karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Hatta daha tıp asistanlığı dönemlerinde bile hekimlerin tükenmişlik ile karşılaştıklarını ve bundan etkilendiklerini göstermektedir (Moss ve ark., 2016).

Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığı yapan tıp asistanlarının, hekimlik tecrübelerinin ilk yıllarında olmaları nedeniyle, yaşama ihtimali oldukları tükenmişlik durumu çok daha önemli olabilmektedir. Hekimlik süreçlerinin ilk yıllarında bu durumla karşı karşıya kalmaları uzun sürelerde bu hekimleri etkileyebilecek olmakta ve düzeltilmesi zor durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Uzmanlık eğitimi sürecinde eğitim süreçlerinin ağır koşulları, beklentiler ile karşılaşılan durumların benzersizliği veya yetersizlik mentörlük tükenmişlik duygusunun artmasına neden olmaktadır. Daha eski çalışmalarda tükenmişliğin ilerleyen yıllarda daha sıklıkla görüleceği ön görüşü bildirilmiş olsa da yeni yapılan çalışmalarda tükenmişliğin mesleğin ilk yıllarında da görülebileceği gerçeğini bizlere bildirmektedirler (Moss ve ark., 2016). Mesleki olarak henüz yeterli düzeyde deneyim kazanmamış olan tıp asistanlarında tükenmişlik görülmüş olması, hata yapma potansiyeli daha fazla olan, empati düzeyi henüz yeni gelişen, işe bağlı tatminsizlik gelişme ihtimali olan tıp asistanlarının daha fazla etkilenmesi ve mesleki geleceklerine önemli etkilerde bulunması açısından dikkate değerdir. Bu nedenle başta anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerini temsil eden dernekler ve sivil toplum kuruluşları olmak üzere, sağlık bakanlıkları, üniversiteler ve hastane yönetimleri bunun engellenmesine yönelik önlemler almalı ve bu bağlamda politikalar geliştirmelidirler.

2.3. Merhamet ve ilişkili Kavramlar

Merhamet kavramı kişilerin özel hayatlarında ve toplumların ilişkilerinde yönlendirici ve belirleyici ana unsurlardan biri olarak tanımlanmaktadır. Merhamet ve ilişkili kavramlar sağlık alanında önemli bir yer etmektedir. Merhamet kavramı ve bileşenlerinin sağlıkta ve sağlık çalışanları üzerindeki etkileri, sağlık çalışanlarında ortaya çıkan merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti teoremlerimizi etkileyen ana belirteçler olarak sayılabilirler.

2.3.1. Merhamet Kavramı ve Tanımı

"Merhamet" Latince *compassio* kökünden türemiş olup "birlikte acı çekmek" anlamına gelmektedir. Bilimsel literatüre bakıldığında ise "başkasının acısına verilen empatik tepki ve bu acıyı hafifletmeye yönelik motivasyon ile eylem" olarak tanımlanmaktadır. Farklı kültürlerde farklı yaklaşım tarzları olsa da genel olarak bu tanımlarda benzer betimlemeler görülebilmektedir. Fakat psikoloji temelinde değerlendirildiğinde yetersiz ve sağlıksız yaklaşımların da olabildiği görülmektedir (Sinclair ve ark., 2016). Sağlık alanında merhametin tanımlanması ile alakalı farklı yaklaşımlar olsa da güncel yaklaşımlarla en uyumlu olan tanımlamanın Sinclair ve arkadaşları (2016) tarafından yapıldığı kabul

edilebilir. Bu çalışmada merhamet; "acıya empatik bir tepki olarak başlayan, kapsamlı iyiliğini bir süreç içinde gözeten ve bu acıya çözüme yönelik özgün eylemlerle somutlaşan bir olgu" olarak bildirmişlerdir. Parçalı bir tanımlama olan bu tanımda acıya karşı geliştirilen empati, sonrasında iyiliğini gözeten bir yaklaşım tarzının belirlenmesi, uygulanması ve ardında da acıyı ortadan kaldırmak için çözüm önerileri sunarak ortadan kaldırmaya çalışan aktif olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Sinclair ve ark.,2017). Bu tanımlamaya göre merhamet sadece bir duygu durumu değil, yaşanan acıya karşı bilinçli olma, acının azalması veya ortan kalkması için insiyatif alma ve aktif olma durumudur. Başka bir çalışmada, merhamet; motivasyon, kapasite ve birleştirmeyi kapsayan dinamik ve etkileşimsel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Morrow ve ark., 2023). Tıbbi bir erdem olarak da tanımlanan merhamet, sağlık profesyonellerinin sahip olunması gereken bir yeti olarak tanımlanmıştır (Żołnierz ve ark., 2018). Merhamet genel olarak pasif bir eylem olarak da tanımlanmış olsa da daha çok proaktif ve dinamik bir süreç olarak tanımlanabilir.

2.3.2. Merhametin Bileşenleri: Empati, Şefkat ve Eylem

Merhamet tek bir yapıdan ibaret olmayıp adeta bir zincirin halkaları gibi etmenlerden oluşmaktadır. Merhameti tamamlayan unsurlar olarak empati, şefkat ve eylemden bahsedebiliriz. Bunlar birbirlerini tamamlayan ve birbirleri etkileyen unsurlar da diyebiliriz.

Merhametin bileşenleri değerlendirildiğinde ilk vurgulanması gereken empati kavramıdır. Merhamet ile empati kavramları genelde birbirleri ile karşılaştırılan kavramlardır. Empati, bireyin başka bir kişinin duygusal yaşamının anlaması ve içselleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Empati kavramında daha çok karşıdaki ile aynı hissetmek ya da onun hissettiklerini hissetmek varken, merhamette ise diğeri için hissetmek kendi hissinin nasıl olmasını istiyorsa onun gibi hissetmek vardır. Merhamette aktif bir iyi olma ve yardım etme hali vardır (Sinclair ve ark., 2016). Bu ayırım, merhamet ve empati duygularının ve bunların tükenmişlik duygusu ile olan ilişkisinin belirlenmesinde önemlidir. Merhametsiz bir empati duygusunun sağlık profesyonellerinin tükenmişliğini arttırabilme, duygusal tükenmeye neden olabilme ve duyarsızlaşmayı arttırabilme riski mevcuttur. Aşırı empatinin duygusal tükenmeye zemin hazırlama veya empati yorgunluğuna neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Nembhard ve ark., 2023).

Merhametin bileşenlerinden biri olan şefkat ise duygusal sıcaklık olarak da tanımlanmaktadır. Şefkat, acıyı sadece pasif bir şekilde hissetmenin ötesine geçip, acı çeken varlığa karşı derin bir sevgi, yakınlık, yargısız kabul ve duygusal sıcaklık beslemektir. Acının dinmesi için talepte ve istekte bulunma bunun gerekliliği için ne yapılması gerektiği noktasın aktif olma niyetinin önemli bir göstergesidir (Sinclair ve ark., 2016).

Eylem ise empati ve şefkat sonrası, acının paylaşılması ve azalması için ne yapılması gerekiyorsa bu konuda aktif olmanın göstergesi olan iyilik halini tanımlamaktadır. "Artık harekete geçme zamanı geldi" şeklinde belirtilebilir. Aslında merhameti farklı kılan en önemli unsur eylemdir. Kuru bir niyet ve üzüntüden beri olarak acının azalması ve azaltılması için dinamik olma durumudur. Mesela sokakta yürürken yere düşen bir insan gördüğünüzde yerde yatan kişiye üzülmeyiz empati, o kişinin yaşadığı olumsuz durum için içinizin sızlaması şefkat, onun iyileşmesi için elinizden geleni yapmak ve o kişi ile ilgilenmek ise eylem olarak tanımlanıp merhamet oluşması sağlanmış demektir (Halifax, 2018).

2.3.3. Merhamet Memnuniyeti

Merhamet memnuniyeti (şefkat tatmini), kişinin merhametli eylemlerde bulunması ve bunun sonucu olarak meydana gelen iyilik hali olarak tanımlanabilir. Merhamet memnuniyeti "insanlara yardım yoluyla gelen zevk ve doyum" olarak da tanımlanmıştır (Stamm, 2002; Stamm, 2010). Bu kavram Profesyonel Yaşam Kalitesi (ProQOL-Professional Quality of Life) modeli altında kavramsallaştırılmıştır. Bu kavramsallaştırmada merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu iki ayrı model olarak tanımlanmıştır. Burada merhamet memnuniyeti olumlu, merhamet yorgunluğu olumsuz olarak nitelenmiştir.

İnsan doğası gereği iyi işler yapmak veya kendinden kaynaklı nedenlerle başkalarının iyi olmasından haz duyan ve memnun olan bir fitrata sahiptir. Bu nedenle merhamet ile insanlar arasında kurulan pozitif ilişki aynı zamanda duygu durumunun iyileşmesine ve olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasına zemin hazırlamaktadır (Nas ve ark., 2021). Sağlık çalışanlarındaki merhamet duygusu, kişilerin eğilimlerine ve duygu durumlarına göre merhamet memnuniyetine, bazen de merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Örnek olarak onkoloji hastalarına karşı gösterilen merhamet duygusu ve tükenmişlik durumu ile olan ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmış ve bu etkinlik özellikle vurgulanmıştır (Adanır ve ark., 2024). Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, çeşitli nedenlerden dolayı yaşadıkları merhamet yorgunluğunun tükenmişliğe neden olabildiği ile alakalı çalışmalar yapılmıştır (Sevin ve ark., 2021).

2.3.4. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu kavramı, ilk olarak 1992 yılında acil serviste "bakım yapabilme kapasitesinin tükenmesi" durumunun incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada tanımlanmıştır (Joinson, 1992). Bundan 3 yıl sonra, aynı kavram "merhamet stresine ve bunun tüm çağrışımlarına uzun süre maruz kalmanın sonucunda ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal bozulma ile işlev bozukluğu halidir" olarak tekrar tanımlanmıştır (Figley, 1995). Bu tanım ile merhamet yorgunluğunun aktif bir durum olduğu vurgulanmıştır. Bu şekilde tükenmişliğe giden yolda önemli bir unsur olduğu

görülebilmektedir. Merhamet yorgunluğunun oluşmasının çok boyutlu olmasına vurgu yapılmakta ve oluşumunun engellenmesi için çoklu çözümler gerektiği öne çıkarılmaktadır. Merhamet yorgunluğunun tükenmişlikle olan ilişkisi konunun sağlık çalışanlarında ele alınma biçimini ve bu konudaki çözümlerin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır. Merhamet yorgunluğu sağlık çalışanları arasında giderek yaygınlaşan ve çalışmalarda rapor edilen bir durum olmaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan bir çalışmada stresli bir ortam olarak tanımlanan yoğun bakımlarda çalışanların merhamet yorgunluğuna maruz kaldıkları bildirilmiştir (Al Nakhal ve ark., 2025). Genel sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun %59 oranında görüldüğü, bazı birimlerde %80'lere kadar çıkabildiği bildirilen meta-analizler mevcuttur (Kabunga ve ark., 2024). Covid 19 pandemisinde yoğun stres altında kalan sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğuna maruz kalma oranlarında artış meydana geldiği de bildirilmiştir (Garnett ve ark., 2023). Merhamet yorgunluğuna neden olan etkenler araştırıldığında iş yükü, çalışma ortamındaki olumsuzluklar, psikolojik ve fiziksel dayanıklılığın azalması, gece nöbetleri, uzun çalışma saatleri ve yetersiz kurumsal destekler sıralanabilir (Cavanagh ve ark.,2020). Bu açıdan merhamet yorgunluğu bireysel bir eksiklik veya zorluk olarak görülmemeli, aynı zamanda kurumsal eksikliklerin de etkili bir durum olduğu akılda tutulmalıdır. Merhamet yorgunluğunun ölçülmesinde en temel ölçek Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Versiyon 5 (ProQOL-5)'dir (Stamm, 2010).

2.3.5. Öz-Merhamet

Öz-merhamet kavramsal olarak kişinin bir acı yaşaması, bir başarısızlığı veya bir yetersizliği neticesinde kendine karşı nazik ve anlayışlı olmak manasında kullanılmaktadır. En sık kullanım tanımı Neff tarafından tanımlanmıştır (Neff, 2023). Genel olarak yargılayıcı bir tutum sergilemek yerine sıcak, anlayışlı ve yapıcı bir tutum sergilenmesi olarak da tanımlanabilir. Öz-merhamet sahibi insanlar kendilerine de şefkatli davranarak zor durumlardan duygusal tükenme yaşamadan kurtulmayı başarabilirler. Deneyimsizliklerine veya başarısızlıklarına daha geniş perspektiften bakabilirler ve düzeltmenin yollarını daha hızlı arayabilirler (Neff, 2023). Strese karşı tepkilerin yönetini, duygusal değişimlerin daha kontrollü olarak değerlendirmesine olanak tanır. Öz-merhametin ölçümünde en yaygın kullanılan araç, Neff tarafından tanımlanan Öz-Merhamet Ölçeği (Kendine Şefkat Ölçeği)'dir (Neff, 2023). Yirmialtı maddeden oluşan bu ölçek birçok çalışmada ölçek olarak tercih edilmiş ve öz-merhamet karşılaştırmasında referans olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda da bu ölçek tercih edilmiştir.

2.3.6. Sağlık Çalışanlarında Öz-Merhamet

Öz-merhamet, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve iş doyumu açısından önemli bir koruyucu unsur olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu durumlarında öz-merhametin önemli bir iyileşme sağladığı veya bu durumların oluşmasını önemli ölçüde önlediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Nazari ve ark., 2024). Super ve ark (2024) yaptığı bir çalışmada tükenmişlik durumu olan kişilerde öz-merhametin bu duygu durumunu düzelttiği, psikoloji, sağlık ve iş refahını arttırdığı gösterilmiştir. Tükenmişlikle mücadele ve duygusal tükenmeye çare bulmak açısından öz-merhamet duygusunun tükenmemesi çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının sürekli bu ikilemde kalması nedeniyle öz-merhamete sürekli ihtiyaç duyduklarını söyleyebiliriz.

2.3.7. Sağlık Çalışanlarında Merhamet

Merhamet, insan ile ilgilenen kişiler olan hekimler ve sağlık çalışanlarında olmazsa olmaz bir duygu olarak tanımlanmaktadır. İnsan sağlığının sağlanmasında en önemli etken olan hekimlerin hastalarına ve hasta yakınlarına olan merhameti hem hekim hem de hasta açısından olumlu birçok etkisi olan bir durumdur. Özellikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposu içerisinde karşı karşıya kaldıkları tükenmişlik riski ve duygusal tükenme durumunda merhametin olumlu etkilerinin olduğunu, mesleki tatmin ve hasta-hekim ilişkisinde artışa neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda, özellikle empati duygusunun burada baş rolde olduğu ve hekimin iyilik halini yükseltmede ana unsur olduğu vurgulanmıştır (Nembhard ve ark., 2023).

2.4. Ölüm ve Ölüme Karşı Tutumlar

Ölüm kavramı genel olarak fiziksel olarak bir sonu tanımlamaktadır. Biyolojik bir son olması yanında evrensel bir insan deneyimi olarak da tanımlanmaktadır. Ölüm ve ölüme karşı tutumları anlatmak için öncelikle ölümün psikolojik ve sosyal boyutundan bahsetmeli, ölüm kaygısı ve ölüm korkusunu tanımlamalı, sağlık çalışanlarının ölüme olan bakış açılarından ve ölümlle sürekli karşılaşan hekimlerin üzerinde ölümün etkisi tartışmamız gerekmektedir.

2.4.1. Ölüm Kavramının Psikolojik ve Sosyolojik Boyutu

Ölümün psikolojik boyutunda kültürler ve dinler söz konusu olduğunda farklı yaklaşımlar olabildiği görülmektedir. Biyolojik ölümden önce ölümün gelişini bekleyen kişilerde öz saygının artması ve kültürel veya dinsel olarak dünyaya bakış açısının değişmesi varoluşsal kaygıların şekillenmesi açısından önemlidir. Ölümün psikolojik boyutunu birçok nedenle iyi yönetenler ölüm duygusu ile baş edebilme noktasında önemli bir avantajı elde etmiş sayılırlar. Ölümün sosyolojik boyutu ise hem dinsel hem kültürel hem de toplumsal bakış açısına bağlı olarak şekillenmektedir. Bazı toplumlarda biyolojik ölüm gerçekleşse bile bedensel koruma veya mumyalama ile bedenler aralıklı olarak mezardan

çıkarılarak göreceli olarak ölüme meydan okunmakta ve biyolojik ölenlerle bir araya gelme imkanı bulunmaktadır. Bazı toplumlarda ise bedeni yakılması ile ölüm gerçekleşmiş bedenlerin ölümsüzlüğü sağlanmış olmaktadır. Bazı toplumlarda ise ölümle başa çıkılabildiği görüşü ağır basmaktadır (Hertz, 1960).

2.4.2. Ölüm Kaygısı ve Ölüm Korkusu

Ölüm kaygısı veya ölüm korkusu, kişilerin kendilerini veya yakınlarının yaşayacağı enerji, duygusal ve varoluşsal rahatsızlık durumu olarak tanımlanmaktadır. Ölüm kaygısı bedensel ölümden önce yaşanacak olan ağrı ve acı çekme durumunun oluşma ihtimali olarak düşünülebilir. Aynı zamanda bu kaygı, kendinden geçme veya kendisini kontrol edememe, nefessiz kalma kaygısı, başkasına muhtaç olma tedirginliği olarak anlatılmaktadır. Ölüm anında çekileceği düşünülen ve henüz nasıl bir duygu olduğu bilinmeyen durumlar veya sen nefesi verme tedirginliği bu korkuyu besleyen durumlardandır. Ölümü yaşayan kişi dışında sevdiğiniz veya çevrenizde olan kişilerin yaşayacağı ölüm durumunun neden olduğu ölüm korkusu, kişinin sonsuz bir sürede kaybını veya artık bir araya gelemeyecek olmanın verdiği üzüntü hali olarak da anlatılabilmektedir. Ölüm kaygısı, yaşamın sonuna gelindiği algısı ile yaşla birlikte değişebilir. Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu niteliksel olarak birbirinden ayrılan kavramlardır. Ölüm kaygısı, daha çok başa olumsuz bir durum gelmeden yaşanan ve belirsiz veya yaygın bir varoluşsal bir duyguyu tanımlarken, ölüm korkusu başa gelen olumsuz bir durum sonrası (hastalık, travma vs) yaşanan net ve az ya da çok olarak kaçınılmaz bir duyguyu tanımlamaktadır. Ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile yüzleşmek ve duyguları anlamlandırabilmeyi başarma daha anlamlı ve özgün bir hayat yaşamının önemli bir nedeni olabilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ölüm kaygısının dünyayı terk etme ve kazançları kaybetme tarafından beslendiği, yaşam doyumsuzluğuna bağlı olarak dünyadan ayrılmanın verdiği hüznün de ölüm kaygısına neden olduğu bildirilmektedir (Fortner ve ark., 1999).

2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Ölüme Karşı Tutumlar

Sağlık çalışanları sıklıkla ölüm veya ölüme giden durumlar ile karşı karşıya kaldıklarından ölüme bakış açıları birçok çalışmada araştırılmış ve yaklaşımları belirlenmeye çalışılmıştır. Kişilerin dini tercihleri, dünyevi yaklaşımları, ölüme ve dünyaya bakış açıları farklı olabildiğinden sağlık çalışanlarının da kimi zamanlar bu durumlarına bağlı olarak ölüme karşı tutumlarının farklı olduğu görülmektedir. Literatürde sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumları genellikle dört boyutlu ele alınır: yaklaşımı kabulü (ölümü olumlu bir geçiş olarak görme), kaçınma kabulü (ölümü acıdan ayrılma olarak algılama), nötr kabul (ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak benimseme) ve ölüm korkusu/kaçınması (Wong ve ark., 1994). Sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin burada tercih ettikleri tutumlar öncelikli olarak araştırılmıştır. Ölüm kararı vermede yetkin ve etkili olan hekimlerin burada tercih ettikleri tutumların

hekimlerin genelde tercih ettikleri tedavi yöntemleri ve tedavinin sürecinin belirlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Hekimler ölen kişinin hastalık durumu ne olursa olsun ölümün doğal bir geçiş olarak algılaması ile ölüme olan bakışının doğal olarak değerlendirmesi psikolojik etkileri açısından duygusal rahatlama sağlayan bir durum olarak sayılabilir. Ölümün acıdan ayrılma olarak algılanması ise hekimlerin bazı tedavi tercihlerinde değişiklik yapmasına veya bazen tedavide ısrarcı olmamasına neden olabilir. Özellikle terminal dönem hastalığı olan kişilerin tedavilerinde kontrollü bir tedavi süreci belirlenmesi veya belirli bir sürede tedavinin kesilmesi durumu buna örnek olarak verilebilir. Sağlık çalışanlarında ve bazen de hekimlerde ölüm nötr kabul olarak sıklıkla kabul edilebilmektedir. Palyatif bakım süreci geçiren hastalarda ölüme giden süreçte hekimlerin tercihleri de sıklıkla değişiklikler gösterebilmektedir. Bu da göstermektedir ki tıp eğitimi sırasında bu konuda hekimlerin tavır ve tercihleri ile alakalı bilgilendirme yapmak gerekmektedir.

2.4.4. Ölümle Sürekli Karşılaşmanın Hekim Üzerindeki Etkisi

Ölümle karşılaşma ihtimali en yüksek mesleklerden biri olan hekimlerin ölüme olan bakış açıları olumlu ya da olumsuz olarak sıklıkla değişmektedir. Bir sağlık profesyoneli olan hekimler için ölüm kaygısı ve ölüm korkusu genel olarak kendilerine yönelik olduğunda etkileyici olmakla beraber hastalarının ölüm durumlarından aynı kaygı durumunun her zaman oluşmadığı söylenebilir. Bir hekimin ölüme veya ölüye olan bakış açısı zamanla etkisini yitirmekte, ölmüş beden bir maketmiş gibi olduğu duygusunun oluşmasına neden olabilmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada, tükenmişlik duygusu yaşayan hekimlerin %45,8 oranında olduğu bildirilmiştir (Shanafelt ve ark., 2012). Bu çalışmada bildirilen hekimlerin ölümden etkilenme ve yas tutma alışkanlıklarının zayıfladığı bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada, ölümle karşılaşan bazı hekimlerin, kendi yaşantılarının anlamlandırılması ile alakalı olumlu süreçlerden geçtiği, kişisel tercihlerinde daha pozitif tercihler yaptığını gösterilmiştir (Boston ve ark., 2001).

2.5. Ötanazi

Çalışmamızda anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin tükenmişliklerinin ötanazi ve ötanazi kavramına olan bakışlarını etkileyip etkilemediğini de araştırmak istedik. İsteyerek karşı kaşıya kalınan ölüm şekli olan ötanazinin tükenmişlikle olan ilişkisini irdelerken ötanazinin ne olduğuna bir bakmak gerekmektedir.

2.5.1. Ötanazi Tanımı ve Çeşitleri

Ötanazi kavramı, köken itibarıyla Yunanca "eu" (iyi, güzel) ve "thanatos" (ölüm) sözcüklerinden türemiş olup "iyi ölüm" veya "kolay ölüm" anlamına gelmektedir. Ötanazi kavramının geçmişle olan ilgisi irdelendiğinde Yunan medeniyetine kadar giden bir olgu olduğu söylenebilir. Fakat esas itibarıyla

tıp biliminde ötanazi, iyileşme imkanı olmayan hastalarda ya da bu hastaların son hallerinin geliştiği durumlarda medikal müdahaleler ile iyileştirilmiş ölüm halinin oluşturulması ya da uygulanan tedavilerin kesilerek ölüm halinin oluşmasının sağlanması olarak tanımlanabilir. Ötanazi her zaman hastanın talebi ya da hasta yakınlarının onay ile gerçekleşmesi gereken bir durumdur. Ötanazi tıp biliminde veya esas olarak tıp etiğinde sıklıkla tartışma konusu olan, esas itibarıyla kültürel ve dini boyutları olan bir durumdur. Tarihine baktığımızda 19.yüzyılın sonlarında özellikle etik açıdan gündeme gelmeye başlayan ötanazi, 20.yüzyıla beraber farklı bir boyuta taşınmış ve modern biyoetik tartışmalarının odak noktası olmuştur. Ötanazinin kavramsal ve uygulama karşılığı olarak toplumların çoğunda tartışmaların olması ve konunun tıbbi, kültürel, dini, felsefi, toplumsal ve hukuki açıdan tartışılan bir olgu olarak kenarda durması, devletler nezdinde halen dünyada az sayıda devlet dışında resmi olarak da onay verilmeyen bir uygulama olması ötanazinin kabul edilebilirliğini sınırlayan durumlar olarak ortada durmaktadır (Özkara, 2001). Ötanazinin bu tartışmaların odağında olmasının ana nedenlerinden biri birçok dinde kabul edilen intihar kavramı ile ötanazinin benzer durumlar oluşturması, bir diğeri ise geri dönüşümsüz bir durum olan ölüm ile sonuçlanan bir durum olmasıdır. Sadece ölüm ile sonuçlanması değil, ölüme götüren bu durumun nasıl veya hangi yolla yapıldığı da ayrı bir tartışma konusudur. Bu kavramsal tartışmaların ve ayrımların dikkatle yapılmasına dair uyarılar da yapılmaktadır (Beauchamp ve ark., 2019).

Ötanazi çeşitlerinin bildirilmesinde ötanazinin uygulanma biçimi açısından bir çeşitlendirme yapılmaktadır. *Aktif ötanazi*, hasta kendi talebi ile uygulanan, geri dönüşümsüz veya tedavi imkanı olmayan, ayrıca ızdırap verici bir hastalığı olan bir kişinin, hekimin aktif tercihi ile bir ilaç veya zehirli bir madde aracılığı ile kişinin ölümünü sağlaması durumu olarak tanımlanabilir. *Pasif ötanazi* ise hayatı tehdit eden ve solunum cihazı veya ilaç tedavisi gibi hayatı devam ettiren ek desteklerle yaşama devam eden hastanın bu ek desteklerinin kesilmesi ile ölüme giden süreçlerinin hızlanması durumu olarak tanımlanabilir. Hatta bu desteklerin gerektiği zamanlarda hiç başlanmaması da pasif ötanazi olarak tanımlanabilir. Pasif ötanazi medikal tedavi ve hayati destekler sırasında aralıklı olarak gereken hastalarda hastaların tedaviyi reddedererek kendi tercihleri ile uygulanabilirken genel olarak hukuki bir sorun oluşturan bir durum olarak sayılabilese de aktif ötanazi henüz aktif bir hayat süren bir kişinin ölümüne karar verilmesi ve ölüme giden yolun kesinleştirilmesi olduğundan dünyadaki birçok devlette, ülkemiz dahil, hukuki açıdan hala sorunlu bir uygulamadır. *Dolaylı ötanazi* ise "çift etki doktrini" kapsamında değerlendirilen ve ağrı hissi fazla olan hastalarda yüksek doz analjezik verilerek bir yandan ağrı hissini ortadan kaldırılması hedeflenirken bir yandan da ölümün hızlandırılması olarak tanımlanabilir.

Hastanın iradesinin esas alındığı sınıflandırmada ise ötanazi; *gönüllü*, *gönülsüz* ve *irade dışı* olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Gönüllü ötanazide, ızdırap verici ve tedavi edilme durumu olmayan bir

hastalığa sahip hasta, kendi isteği ve onayıyla hayatına son vermeye karar vererek ötanazi uygulanmasını isterken, gönülsüz ötanazide hasta bu duruma kesin olarak karşı olmaktadır. İrade dışı ötanazi ise ağır demans ya da bitkisel hayatta olunması nedeniyle hasta kendi talebini iletemezken genelde hasta yakınlarının talebi olarak uygulanabilmektedir. Bu çeşitli ötanazi uygulamalarının aktif olarak uygulanabilmesi ve tercih edilebilmesi için yasal mevzuat uygunluğu ve devletin yasalarla izin vermesi gereklidir. Belçika ve Hollanda gibi ülkelerde buna yönelik yasal düzenlemelerin yapıldığı bilinmektedir (Marijnissen ve ark., 2002; Özen ve ark., 2010).

2.5.2. Ötanaziye İlişkin Etik Tartışmalar ve Yasal Çerçeve

Ötanaziye ilişkin tartışmalar incelendiğinde öncelikli olarak etik tartışmaların ön planda olduğu görülmektedir. Ötanazi tartışmaları, modern biyoetiğin dört temel ilkesi olan *özerklik*, *yararlılık*, *zarar vermeme* ve *adalet* ekseninde yoğunlaşmaktadır. Ötanazi taraftarları olarak görüş bildiren kesimler, özerklik ilkesi kapsamında kişinin dayanılmaz acılara neden olan, hayat konforunu ciddi boyutlarda kısıtlayan ya da geri dönüşümsüz veya tedavi edilemez sonuçlara neden olan hastalığı olan kişilerin bu duruma katlanmak yerine ölümü tercih etmesinin kişinin kendi hakkı olduğunu ve buna yönelik kolaylaştırmaların olması gerektiğini savunmaktadırlar. Ötanaziye karşı duran kesimler ise özerklik ve yararlılık ilkesine dayandırılarak ötanazinin serbest olmasının savunulmasının zarar vermeme ve adalet ilkesine aykırı olduğunu ve bu nedenle ötanazinin insan yaşamına karşı uygun olmayan bir davranış ve uygulama olduğunu savunarak karşı durulmasını savunmaktadırlar. Etiğin tartışmalı konularından biri olan ötanazi, yararlılık ve zarar vermeme ilkelerinin bazı zamanlarda karşı karşıya geldiği kavramlar olması açısından da tartışılmaktadır. Acıyı sonlandırmak veya azaltmak yarar sağlayıcı bir durum olarak tanımlanırken hayatın sona erdirilmesi zarar vermeme ilkesi ile çakıştığı düşünüldüğünde tıp etiğindeki en temel paradokslardan birinin oluşmasına neden olmaktadır (Petra, 2024). Adalet ilkesi bakımından değerlendirildiğinde ise engelliler, yaşlılar veya yoksulların topluma olan yükleri veya topluma verdikleri rahatsızlıklar nedeniyle ötanazi ile ölüme sürüklenmesine neden olabileceği göz önünde bulundurularak kişinin yaşam hakkının ellerinden alınmaması gerektiği ön planda tutulmaktadır. Bu durumun kendi isteği ile ötanazi isteyen bireylerin dışına çıkarılarak genele ve istenmese de toplumun ya da devletin istediği kişilere uygulanabilme ihtimali de önemli bir risk olarak ortada durmaktadır. Yine adalet ilkesi bakımından ötanazi savunucuları, palyatif bakımda yeteri kadar ağrı kontrolü sağlanamayan hastaların onurlu bir yaşam ve ölüm hakkı için hayatlarını sonlandırma hakkına sahip olduklarını iddia etmektedirler. Bu onurlu ölümün ise aktif bir eylemle sağlanması hedeflenmekte ve ötanazi bu açıdan önemli bir seçenek olarak belirtilmektedir. Belçika’da palyatif bakımda kalan hastaya sağlanan ötanazi uygulamasının bir tercih olarak sunulduğu ve palyatif bakım süreçlerinde bir olumsuzluğa neden olmadığı belirtilmiştir (Dierickx ve ark., 2018).

Ötanazi uygulamalarının dünya genelinde nerelerde serbest nerelerde yasak olduğu ile alakalı literatür bilgisine bakıldığında 26 bölgede ötanazinin serbest olduğu bilinmektedir. Bu bölgelerdeki yasal statünün ne şekilde olduğu da bölgeden bölgeye de farklılık gösterebilmektedir. Ötanazinin serbest olduğu ülkelerden Hollanda, Belçika, Kanada, Kolombiya, İspanya, Yeni Zelanda ve bazı Avustralya'da, eyaletlerde serbest olması yanında tercih edilen bir uygulama olduğu ve aktif olarak uygulandığı görülebilmektedir. Bu ülkelerden Belçika (2002 yılında) ve Hollanda (2001 yılında) ötanazinin yasal olarak serbest olduğu ve ilk uygulandığı ülkelerdir. Hollanda'da çıkarılan "Yaşamın Sona Erdirilmesi Talebi ve İntihar Yardımı Yasası" ile ötanazi serbest hale getirilse de bu konuda ağır koşullar belirlenmiş ve hastanın dayanılmaz acı çektiğinin belirlenmesi, talebin gönüllü ve kararlı olması ve bağımsız bir hekimle istişare edilmesine bağlı olarak ancak uygulanabileceği bildirilmiştir. Ötanazi konusunda serbestiyet sağlanması ötanaziye bağlı gelişen ölümlerin de artmasına neden olmaktadır. Belçika'da ötanazinin 2002 yılından serbest kalması ile tüm ölümlerin %0.2'si ötanaziden olmakta iken, şartların hastalar tarafından daha sıklıkla kabul edilmesi ve hekimlerin uygulamaya olan eğilimlerinden dolayı 2021 yılında %2.4 değerlerinde ulaştığı bildirilmektedir. Yaklaşık 20 yıl içinde 10 kattan fazla sayıda ötanazi uygulamasının artması diğer toplumlar açısından kaygı verici bir durumdur. Özellikle bu karar verme sürecinde hastaların onurlu bir ölüm adına ötanaziye tercih etmesi ve mücadeleden vazgeçmesi kendi bedenimiz dahi olsa zarar vermeme ilkesine karşı olduğu düşünülerek uygulanmaması gereken bir durum olarak ortada durmakta ve toplumun genelinin bakışının ötanaziye karşı olduğu düşünülerek ötanaziye aksi bir görüş bildirilmektedir. Türkiye'de ötanaziye ilişkin uygulama izni veren kanuni düzenleme yoktur. Bazı kanun maddeleri ile kişinin intiharına yardım etmek ceza kapsamında (Türk ceza kanunu 84.madde) değerlendirilirken, hasta hakları yönetmeliğine (13.maddesi) göre ise ötanazi yasaklanmaktadır. Ötanazinin yasal olarak yasaklanması yanında kişinin intihar etmesi Müslümanlık dininde de yasak olduğundan toplumsal bir karşı durma da bulunmaktadır. Ötanazi ile kişinin bir nedenle intihar etmesi aynı kapsamda değerlendirilmekte ve buna bağlı olarak ötanazinin serbest kalması kabul edilmemektedir. Sağlık sisteminde hasta hakları yönetmeliğine göre hasta, tedaviyi reddetme gibi bir hakka sahiptir. Buna bağlı olarak hastaların tedavi olmaması veya zorla tedavi edilememesi nedeniyle pasif bir ötanazi uygulandığı düşünülebilir. Fakat sağlık uygulayıcılarının hastanede hastalar istemese bile medikal tedavi uygulaması, hayatı tehdit eden bir durumda hasta onayı olmadan dahi cerrahi yapılabileceği durumunda hastanın bilinci kapalıysa ve onam alınamıyorsa hekimin müdahale etmesi hem yasal hakkı hem de tıbbi yükümlülüğüdür.

2.5.3. Hekimlerin Ötanaziye Bakış Açısını Etkileyen Faktörler

Hekimler ötanazi uygulamasında uygulayıcı olarak ön planda olduklarından ve tedavi sürecini yönetenler hekimler olduğundan her hekimin ötanaziye bakışı farklılık göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin ötanaziye bakış açılarında birçok faktör olabilmektedir. Kültürel arka plan, dini

inanç, mesleki deneyim, uzmanlık alanı ve yasal çerçeve kimi zaman hekimlerin ötanazi konusundaki fikirlerinin netleşmesine neden olurken, yasal düzenleme yapan ülkeler ise genellikle bu faktörler açısından ikna olunan hekimler tarafından uygulanması için kolaylaştırma sağlamaktadırlar. Müslüman hekimlerde, yaşamın sonlandırılmasının islam dininde yasak olması nedeniyle, ötanaziye karşı net bir tavır söz konusudur. Hatta ülkemizde ötanaziye karşı bir tavrın olması genelde bu faktörden kaynaklanmaktadır. Ek olarak Hristiyanlık dininin kabul edildiği Yunanistan gibi ülkelerde de ötanaziye olan bakış genel olarak ülkemizdeki gibidir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan katılımcıların yaklaşık yarısının (%49.9) ötanazi uygulanmasının kişinin hakkı olduğunu savunduğu, %19’unun daha önce ötanazi talebi ile karşılaştığını, %55.9’unun ise ülkede ötanazi yasal olarak yasak olsa da gayri resmi olarak uygulandığını iddia ettiğini bildirmektedir (Özkara ve ark., 2004). Yapılan başka bir kesitsel çalışmada, çalışmaya katılan katılımcıların %33,6’sının ötanazinin uygulanmasına karşı olmadığını bildirirken, %80,7’sinin ise ötanazinin serbest olarak uygulanması için yasal düzenleme yapılması sonrası ötanazinin kötü amaçlarla kullanılabileceğini bildirmişlerdir (Turla ve ark., 2006). Hekimler içerisinde ötanazi uygulaması en çok talep edilecek kesim yoğun bakım hekimleridir. Türkiye’de yoğun bakım tedavi süreçlerinin yönetilmesi aktif rol üstlenen hekimlerin çoğunun anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri olması bu talebin daha çok bu hekim grubuna yöneltilmesine neden olmaktadır. Benzer bir konu beyin ölümü teşhisi konulan ve organ donörü olması beklenen hastalarla yapılacak görüşmeleri yapan hekim grubunun aynı hekim grubu olmasına benzemektedir. Yoğun bakım hekimleri genel olarak ünitelerinde son dönem hastaları veya hayatı kaybetmek üzere olan hastaları takip ettiklerinden bu hastaların yakınları tarafından aktif ötanazi olmasa da pasif ötanazi uygulanması talep edilebilmektedir. Hayatını sonlandıracak bir uygulama yapılamasa da ek tedavilerin uygulanmasının sonlandırılması ya da hiç başlanmaması tercih edilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım hekimlerinin bir çeşit ötanazi talebiyle karşılaşan hekim grubunun başında olduğu bildirilmektedir (Tepehan ve ark., 2009). Birinci basamak hekimlerine göre üçüncü basamak hekimlerinden olan palyatif bakım ve yoğun bakım hekimlerinin ötanazi talepleri ile daha sıklıkla karşı karşıya kalması da doğal bir sonuçtur. Fakat bu ve buna benzer talepler ile karşı karşıya kalmak aynı zamanda mesleki tükenmişliğin önemli nedenlerinden biri olabilir. Yine yasal güvencelerle desteklenmeyen ülkelerde hekimler ötanaziye karşı tedbirli ve mesafeli olurken, yasal düzenleme yapılan ülkelerde ise daha kolay tercihlerde bulunabilmektedir. Ötanazi kavramı ile iç içe geçmiş fakat kanunlar ile sınırları net olarak belirtilmemiş olan tıbbi yardımla öldürme (physician-assisted suicide), tedaviyi reddetme hakkı ve palyatif sedasyon gibi kavramlar da etik olarak tartışılan kavramlardır. Resmi olarak olmasa da bazı durumlarda uygulanabildiği ve örtük uygulamalara neden olduğu düşünülmektedir. Hastanın ağrısının giderilmesi amacıyla öldürmeden bilincini kapatan yüksek doz anajeziklerin kullanıldığı palyatif sedasyon durumları da kimi zaman tercih edilebilse de yasal zemininin olmaması nedeniyle halen ötanaziden net olarak ayrıştırılamamaktadır.

2.6. Kavramlar Arasındaki İlişkiler

2.6.1. Tükenmişlik ve Merhametin Ölüm Algısı Üzerindeki Etkisi

Tükenmişlik ve merhametin ölüm algısı üzerine olan etkisini değerlendirmede yaşam sonu kararlarının etik ve hukuki çerçevesi öncelikli konulardan biridir. Yaşam sonu kararların verilmesinde hekimlerin karşı karşıya kaldığı tartışmaya açık konular etiğin de tartışma alanlarındandır. Tedavinin sınırlandırılması ve geri çekilmesi, yeniden canlandırma kararları (DNR-Do Not Resuscitate), palyatif sedasyon ve ötanazi bu tartışmaları alanlardandır. Tedavinin geri çekilmesinde, bu kararın verilmesinde hastanın psikolojik durumunun buna uygun olup olmadığından veya hasta ve yakınlarının tedaviye bakış açısından kaynaklı birçok tartışma mevcuttur. Veya hastaneye kalbi durmuş veya buna neden olan bir neden dolayı gelmiş olan hastanın DNR olarak kendini tanımlaması nedeniyle müdahale edilmemesi (hasta genç olsa da) etik açıdan tartışılmaktadır. Bazen genel durumu aşırı kötü olan ve düzelme ihtimali olmadığına inanılan hastalar da kalp durması sonrasında müdahale edilmeyecek hasta olarak DNR şeklinde tanımlanabilmektedir. Bu durumların değerlendirilmesinde özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkeleri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan bakıldığında yasal düzenleme olsa bile birçok kişiye uygulanması zor olan durumlar olarak değerlendirilebilir. Ülkemizde bu konular ile alakalı yasal düzenlemeler olmasa da Türk Tabipler Birliği terminal hastalarda yaşam destek tedavilerinin sınırlandırılmasına olanak tanıyan bir etik bildirge yayımlamış, bunu da özerklik ilkesine uygun olarak öne sürdüklerini iletmışlerdir (TTB, 2008). DNR uygulaması ile alakalı ülkemizde yasal bir düzenleme mevcut değildir. Yasal düzenleme olmasa da bazı DNR uygulamalarının yapıldığı bilinmektedir. Fakat bu durum pratik ve hukuki açıdan halen sorunlu bir durumdur. Palyatif sedasyon uygulamaları bile bu açıdan tartışılmakta ve bir pasif ötanazi yöntemi olarak görülebilmektedir. Yasal düzenleme yapılan ülkelerde kişiler vücutlarına DNR yazılı dövmeler yaptırarak ve DNR ifadesinin geçtiği kartlar taşıyarak bu uygulamaya dahil olmak istemektedirler. Bir uygulamanın yasal olması her zaman etik olarak da uygun veya doğru olacağı manasına gelmemektedir. Fakat etik açıdan doğru olarak kabul edilen yasal olarak da uygulanabilir hale getirilebilir. Bu konuda istisnalar olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle bu ve buna benzer durumlar etik ve hukuki açıdan ayrı ayrı mutlaka tartışılmalıdır.

2.6.2. Hekimin Duygusal Durumunun Ötanazi Kararına/Tutumuna Yansıması

Fitrat yapısı olarak diğer insanlardan farkı olmayan hekimlerin duygusal durumlarının ötanazi kararlarına veya ötanaziye karşı tutumlarına bakış açısını etkimeleri etik bakış açısından birçok çalışmanın konusu olmuştur. Bu ilişki tek taraflı olmayan hem hekimin etkilendiği hem de hasta veya hasta yakınlarının etkilendiği bir durumdur. Hekimin dini tercihi, kültürel tercihleri, kişilik yapısı, toplumla olan ilişkisi veya mesleki tercihleri hekimin bu durumla olan ilişkisini belirlemektedir. Hekimin

ötanaziye bakış açısını veya hekimin duygusal durumunun ötanaziye bakış açısını nasıl değiştirdiğini araştıran birçok çalışma yapılmaktadır. Bu ilişkide hastanın talebi için öne sürdüğü gerekçe, hastanın ailesinin talebe verdiği yanıt ve hekimin bizzat ötanaziye yönelik kendi tutumu en önemli etkenler olarak sıralanabilir. Hekimler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda hekimlerden yapılan ötanazi taleplerinde hekimlerin stres altında kaldığı gösterilmiştir (Emanuel ve ark., 2016). Hekimlerin duygu durumunu en fazla potansiyeli olan durum ise tükenmişlik durumudur. Hekim tükenmişlik açısından ciddi riskler altında kalabildiğinden ötanazi kararı noktasında etkilenmemesi mümkün gözükmemektedir. Başka bir açıdan, özellikle klinisyen hekimlerin hastaları ile olan ilişkilerinde duygusal bağlar kurulabildiği, bunun da tükenmişlik ile bir araya geldiğinde tahmin edilmesi zor sonuçlara neden olduğu görülmektedir. Hekimler duygusal bağ kurulması sonrası özellikle intihar riski taşıyan hastalar söz konusu olduğunda ise bunun kritik bir önem kazandığı bilinmektedir. Ötanazi bu bağın olumlu ya da olumsuz olarak değişmesi noktasında daha ciddi riskler barındıran bir durumdur. Hekimler ciddi tükenmişlik durumları ile karşı karşıya kaldıkları bir anda özellikle bahsedilen duygusal bağları da kurmuş ise ya aşırı özdeşleşme yoluyla talebe kolayca onay verebilir ya da savunucu bir mesafe koyarak reddetme eğilimi geliştirebilir duruma geçebilecektir. Bu nedenle tükenmişlik yaşamakta olan bir hekimin hangi tarafta durmayı tercih edeceğini önceden kestirmek zor olabilecektir. Başka bir açıdan da bakılırsa tükenmişlik sendromu nedeniyle duygu durum bozukluğu yaşayan bir hekimin ötanazi açısından her iki tarafa da savrulma ihtimali, kontrolün artık hekimde olmadığı kanısı hasıl olacağından etik bir tartışmanın başlamasına neden olacaktır. Ayrıca hekimin bu savrulmalardan duygusal ve psikolojik açıdan olumsuz etkileneceği ön görülmektedir.

Hekimlerden özellikle yoğun bakım veya palyatif merkezlerde çalışmakta olanlarda ahlaki ikilemlerin daha fazla olduğu iddia edilmektedir. Hatta ahlaki sıkıntı oranının %40'lara kadar yükseldiği de bildirilmiştir. Hekimlerin bu ikilemlerinin aynı zamanda tükenmişlik riskini de arttırdığı bildirildiğinden bu merkezlerde çalışan hekimlerin bu riskler açısından da değerlendirilmesi ve bu risklere yönelik önlemler alınması gerektiği düşünülmektedir. Hekimlerin kendilerinde olan etik duruşları ve prensiplerinin özellikle yoğun bakım ve palyatif merkezlerde çalışan hekimlerde daha fazla olması aslında beklenen bir durumdur. Bu risklere ek olarak Türkiye'de olduğu gibi bazı ülkelerde özellikle son dönem hastalarının bakım durumları, ölüm kararı verilmesi durumu, ötanazi kararı veya uygulanması gibi alanlarda mevcut olan yasal belirsizlik süreçleri de bu riskleri ve tükenmişlik durumlarını arttırmaktadır. Bu merkezlerde çalışan hekimler yoğun çalışma ortamlarına ek olarak bir yandan hastalarının acılarına son vermek ve tedavi süreçlerini en iyi şekilde yönetmek için ellerinden geleni yaparken bir yandan da yasal sınırlar ve sınırlamalar nedeniyle zorluklar ile karşılaşmaktadırlar. Bunun en önemli sonuçlarından biri ise yoğunluk ve yorgunluktan ziyade bunun neden olduğu tükenmişlik durumu ve bunun kronik hale gelmesi ile baş edilemez bir sonuç haline gelmesidir.

2.6.3. Literatürde Benzer Çalışmaların Özeti

Hekimlerin tükenmişlik düzeyi, merhamet algısı, ölüm algısı ve ötanaziye yönelik tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli çalışma mevcut değildir. Genel olarak çalışmalarda hekimlerin ölüm algısı, ölüm kararı ve ötanazi kavramları üzerine olan bakış açıları incelenmiş olsa da bu kavramlar ile tükenmişliğin ilişkisi olup olmadığı konusunda yeterli çalışma yoktur. Çalışmamızın hazırlanması safhasında literatür taraması yapılmış ve özellikle bu alanda akademik bir boşluk olduğu görüldüğünden ve düşünüldüğünden tükenmişlik düzeyi, merhamet algısı, ölüm algısı ve ötanaziye yönelik tutumu arasındaki ilişkinin, yoğun bakım ortamlarında, palyatif merkezlerde veya ölüm durumunun en sık yaşanma ihtimali olan yerlerde çalışan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinden nasıl olduğunun incelenmesine karar verilmiştir.

Hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %61'inin kişinin kendi ölümünü hızlandırma kararı verme hakkına sahip olduğunu kabul ettiği, %54'ünün ötanaziye izin verilmesi gerektiği görüşünü kabul ettiği, %29'unun ise hastanın ölüm isteğini dile getirdiği durumlarda bile hekimin yaşamı koruma yükümlülüğünde olduğunu savunduğu bildirilmiştir. Hatta aynı çalışmada, hekimlerin dindarlık düzeyi ile ötanaziye yönelik tutum arasında ise negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandığı da bildirilmiştir (Dopelt ve ark., 2021). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin duygu durumlarının ötanaziye bakış açılarını doğrudan ve güçlü bir şekilde değiştirebileceğini göstermişlerdir. Hatta aynı çalışmada hemşire tutumunun ve yaşam sonu bakım niyetinin teorik modellerle açıklanabileceğini ortaya koymuşlardır. Buna göre hemşirelerin ölüme ve yaşam sonu bakıma olan olumlu bakışlarının yaşam sonu bakım performansını anlamlı ve güçlü bir şekilde etkilediği gösterilirken ölüm algısı ve bakım performansının arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın planlanmasında bizim çalışmamıza da benzer olarak bir sağlık personeli olan hemşirelerin duygusal durumu, ölüm algısı ve ötanaziye olan tutumlarının incelenmesi öncelikli olarak öne alınmıştır (Park ve ark.,2020). Ek olarak tükenmişliğin bu kavramlarda ne kadar etkilendiği ve merhamet yorgunluğuna neden olup olmadığı da bu açıdan önemlidir. Özellikle kronik tükenmişlik gelişen sağlık çalışanlarında bu algılar bozulmakta ve genel olarak olumsuz olarak etkilemektedir. Zor karar alma süreçlerinde tükenmişliğin derinden etkili olması da araştırılması gereken ve önlem alınması gerektiği düşünülen alanlardır. Bu tükenmişlik durumuna katkıda bulunan en önemli alanlardan biri ise daha öncede belirttiğimiz gibi yasal düzenlemelerdeki değişiklik ya da eksiklikler, yoğun bakım merkezleri sayısı olarak Avrupa ülkeleri ile benzer sayıda merkezlere sahip olsak da Türkiye örneği olarak, sınırlı sayıdaki huzurevi veya palyatif bakım merkezlerinin azlığıdır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tasarımı ve Yöntemi

Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri, sağlık sistemi içerisinde yoğun çalışma ortamlarında faaliyet gösteren bir hekim grubunu oluştururlar. Yoğun çalışma durumu ve insanların en temel içgüdülerinden biri olan merhamet duygusu arasındaki denge, bu hekimlerin sıklıkla karşılaştığı ötanazi, ölüm ve ölüm kararlarının verilmesi gibi etik sorunlarla birleşerek tükenmişlik durumlarına yol açabilmektedir. Bu sebeple, anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin duygusal durumları ile yoğun çalışma ortamlarındaki deneyimleri arasındaki ilişkinin anlaşılması, etik zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilecek yolların bulunmasına önemli bir katkı sağlayabilir.

Bu doktora araştırması, ilişkisel Tarama Modeli Çalışma Araştırma tipi olarak tasarlanmıştır. Eylül 2023-Eylül 2024 yılları arasında Türkiye’de çalışan 530 anestezi ve reanimasyon hekimi ile yüzyüze veya online olarak anket uygulaması yapılarak iletişim kurulmuş ve bilgiler bu şekilde toplanmıştır. Araştırmamız neticesinde farklı ölçme yöntemleri kullanılarak anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin merhamet ve tükenmişlik duygularının ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarına etkileri araştırılmıştır. Bu anket uygulamasında farklı şehirlerdeki hekimlerden bilgi alınırken aynı zamanda deprem bölgesinde hizmet vermekte olan hekimlerin bu tutumlarında herhangi bir farklılık olup olmadığı da araştırılmıştır. Bu çalışma, anestezi ve reanimasyon hekimlerinin merhamet ve tükenmişlik gibi duygu durumlarını belirleyerek, bu duygusal durumların ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarına etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Mevcut literatür taraması sonuçlarına göre, bu çalışma anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri üzerinde yapılan ilk çalışmadır. Bu çalışma ile aşağıdaki hipotezlere cevap aranmaktadır;

1. Tükenmişlik ötanazi, ölüm, ölüme karşı tutum üzerinde etkili midir?
2. Tükenmişlik merhamet üzerinde etkili midir?
3. Merhamet ötanazi, ölüm, ölüme karşı tutum üzerinde etkili midir?
4. Tükenmişlik ve ötanazi arasındaki ilişkide merhametin aracı rolü var mıdır?

3.2. Veri Kaynakları ve Örneklem

Çalışma, ilişkisel tarama modeli çerçevesinde planlanmış olup Türkiye'deki anestezi ve reanimasyon hekimlerini kapsamaktadır. Araştırma verileri Eylül 2023 ile Eylül 2024 tarihleri arasında hem yüz yüze görüşmeler hem de online olarak toplanmıştır. Katılımcılara, sosyal medya platformları üzerinden, hekimlerin yer aldığı grupların yöneticileri tarafından araştırma formunun paylaşımı ile

ulaştırılmıştır. Veri toplama sürecinde, her katılımcının sadece bir kez yanıt verebileceği şekilde sınırlama getirilmiştir. Verilerin doğruluğu IP adresi ve çerez denetimleri ile sağlanmıştır.

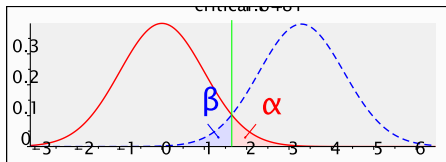
Bu çalışmanın örnekleme power analiz ile belirlenmiştir. G Power 3.1 programı kullanılarak yapılan hesaplama göre; 0,15 etki büyüklüğünde, 0,05 yanılma payında, 0,95 güven düzeyinde, 0,95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü en az 472 olarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2009). Yapısal eşitlik modellemesi çalışmalarında örneklem sayısının 200'ün üzerinde olması yeterlidir (Kline, 2005).

Power Program Çıktısı (Şekil 1)

t tests - Correlation: Point biserial model

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	One
	Effect size $ \rho $	=	0.15
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.95
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.2961265
	Critical t	=	1.6481021
	Df	=	470
	Total sample size	=	472
	Actual power	=	0.9501720



Şekil 1. Power program çıktısı

3.3. Veri Toplama Aracı ve Süreci

Araştırmada hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “**Sosyodemografik Bilgi Formu**”, hekimlerin merhamet düzeylerini belirlemek amacıyla “**Başkalarına Karşı Merhamet Ölçeği**”, hekimlerin tükenmişliklerini belirlemek amacı ile “**Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği**” ve hekimlerin ötanazi, ölüm ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek için “**Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği**” kullanılmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından mevcut çalışma için hazırlanmış olan bu formda hekimlere ait cinsiyet, yaş, meslekte çalışma yılı, ünvanı gibi sosyodemografik sorular yer almaktadır.

Mesleki Yorgunluk, Tükenmişlik, Toparlanma Ölçeği (MYTTÖ): Winwood ve arkadaşları tarafından 2005 yılında mesleki yorgunluğu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Havlioğlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır (Havlioğlu ve ark., 2019). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı kronik yorgunluk için 0.93, akut yorgunluk için 0.82 ve toparlanma için 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçek 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Birinci alt boyut kronik yorgunluk 1-5 arası sorulardan oluşmaktadır. İkinci alt boyut akut yorgunluk 6-10 arası sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü alt boyut toparlanma 11-15 arası sorulardan oluşmaktadır. Olumsuz ifade içeren 9, 10, 11, 13 ve 15. sorular ters kodlanarak puanlama yapılmaktadır. Ölçek yanıtları için 6 puanlı (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1=Katılmıyorum, 2=Biraz Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Biraz katılıyorum, 5=Katılıyorum, 6=Tamamen Katılıyorum) 7’li likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp her alt boyut için ayrı ayrı (madde toplam puanları / 30 x 100) hesaplanmaktadır. Her alt boyut için 0-100 arası bir puan elde edilmektedir. Kronik ve akut yorgunluk alt boyutlarında yüksek puan olması mesleki yorgunluğun arttığını, toparlanma alt boyutunda yüksek puan olması vardiyalar arası toparlanmanın olduğunu ifade etmektedir. Puanlamada 0-25 düşük yorgunluk, 25-50 orta/düşük yorgunluk, 50-75 orta/yüksek yorgunluk ve 75-100 yüksek yorgunluğu göstermektedir.

Başkalarına Karşı Merhamet Ölçeği (MÖ): Orijinali 2011’de Pommier tarafından geliştirilen bu ölçek 2017 yılında Çoskun ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (26). Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yanıtları için (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1=Katılmıyorum, 2=Biraz Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Biraz katılıyorum, 5=Katılıyorum, 6=Tamamen Katılıyorum) 7’li likert tipi bir ölçek kullanılmaktadır (Pommier, 2011; Coşkun ve ark., 2017).

Ölçeğin puan hesaplaması Empati alt ölçeği = ilk 13 maddenin ortalaması (1 – 13), Acıyı hafifletme alt ölçeği (14-26. maddelerin ortalaması). Toplam merhamet puanı = empati alt ölçeği + acıyı hafifletme alt ölçeği şeklinde değerlendirilmektedir.

Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ): 1996 yılında Şenol ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir (Şenol ve ark., 1996). Dört basamaklı likert tipi ölçek, 31 maddeden oluşmakta ve “tümüyle katılıyorum=1, kısmen katılıyorum=2, pek katılmıyorum=3, hiç katılmıyorum=4” şeklinde puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin 3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 24 ve 27 numaralı maddeleri ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekte ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlar değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 2, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 29 numaralı maddeleri ötanazi; 4, 13, 15, 17, 20, 23, 25, 27, 30 numaralı maddeleri ölüm ve 3, 7, 8, 10, 11, 24, 28, 31 numaralı maddeleri ölümcül hastaya ilişkin tutumları sorgulamaktadır. Ölçek toplam puanı, maddelere verilen cevapların karşılığı olan puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Buna göre ölçekten en fazla 124, en az 31 puan alınmaktadır. Ötanaziye ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 56, en az 14 puan; ölüme ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 36, en az 9 puan; ölümcül hastaya ilişkin tutumu ölçen alt boyuttan en fazla 32, en az 8 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumun daha olumsuz olduğu biçiminde değerlendirilmektedir. Toplam puan 31'e yaklaştıkça tutum daha olumlu/kabullenici (ölüm ve başarısızlıkla hastayla başlamada daha rahat, ötanaziye karşı daha esnek bir yaklaşım), toplam puan 124'e yaklaştıkça tutum daha olumsuz/kaçıngan (ölüm ve başarısızlık hasta konusunda daha fazla kaygı, ötanaziye karşı daha katı/kırmızı veren bir durma) olarak değerlendirilmelidir.

3.4. Veri Analizi

Çalışmada SPSS 28.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD, 2021) ve AMOS 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD, 2016) istatistiksel paket programları kullanıldı. Tanımlayıcı değişkenler kategorik verilerde sayı ile yüzde, sayısal verilerde ortalama, standart sapma, medyan olarak hesaplandı. Tek değişkenli normal dağılım için Kolmogorov Smirnov testi, çok değişkenli normal dağılım için Mardia katsayısı hesaplandı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin analizinde pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Bağımsız gruplarda karşılaştırmalar için gruplarda normal dağılım sağlanmaması nedeni ile iki gruplu değişkenlerde Mann Whitney U, çok gruplu değişkenlerde Kruskal Wallis analizi uygulandı. Çok gruplu değişkenlerde fark olması durumunda post-hoc karşılaştırma için bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek puanlarının çok değişkenli normal dağılım kontrolü yapılarak Mardia katsayısının 3.440 olduğu hesaplandı. Modelde çok değişkenli normal dağılım sağlanması sonucunda

yapısal eşitlik modellemesi aracılık analizi uygulandı (İnceoğlu, 2018;Koca ve ark., 2024). Aracılık analizinde bootstrap yöntemi kullanılarak hesaplamalar yapıldı

3.5. Etik İlkeler, Onay ve Çalışma Çıktıları

Araştırma, yüksek etik standartlar gözetilerek yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce ilgili üniversitenin Sağlık bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır (**Etik kurul onay belgesi tarih ve sayı 09.01.2024 ve 2024/5241, EK:2**). Konunun hassasiyeti nedeniyle kişilerin bilgilerini gizliliğine önem verilmiştir. İnceleme yapılan yerde başka kimse olmamasına özen gösterilmiştir. Kullanılan ölçeklerin sahiplerinden kullanım amacıyla onay alınmıştır.

Çalışma tükenmişlik konusunda sıklıkla sorunlarla karşılaşan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri üzerinde yapılmıştır. Çalışma ile anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerindeki tükenmişliğin merhamet, ölüm, ötanazi ve ölüme karşı tutumlarını belirlemede yapılan ilk çalışmadır. Çalışma sonuçlarının anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin duygu durumlarına destek olmak ve yol göstermek açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

4.BULGULAR

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları

Tablo 1. Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları

Değişken	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	240	45.3%
	Erkek	290	54.7%
Medeni Durum	Bekar	100	18.9%
	Evli	430	81.1%
Çalışılan Kurum	Devlet hastanesi	80	15.1%
	Özel hastane	60	11.3%
	Devlet üniversitesi hastanesi	220	41.5%
	Şehir hastanesi	60	11.3%
	Eğitim ve araştırma hastanesi	110	20.8%
Çalışılan Bölge	Marmara Bölgesi	130	24.5%
	Karadeniz Bölgesi	80	15.1%
	Doğu Anadolu Bölgesi	90	17.0%
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	50	9.4%
	Akdeniz Bölgesi	40	7.5%
	Ege Bölgesi	40	7.5%
	İç Anadolu Bölgesi	100	18.9%

Ünvan	Tıpta uzmanlık öğrencisi	100	18.9%
	Uzman doktor	210	39.6%
	Dr. öğretim üyesi	50	9.4%
	Doçent	100	18.9%
	Profesör	70	13.2%
Anesteziye Çalışma Süresi	1-5 yıl	130	24.5%
	6-10 yıl	70	13.2%
	11-20 yıl	170	32.1%
	20 yıl ve üzeri	160	30.2%
Son 5 yılda birinci derece yakın kaybı	Evet	180	34.0%
	Hayır	350	66.0%
Depremi Yaşama	Evet	200	37.7%
	Hayır	330	62.3%
Depremde Yakın Kaybı	Evet	60	16.7%
	Hayır	300	83.3%
Yaşanılan Şehir	Adana	10	1.9%
	Ankara	50	9.4%
	Antalya	20	3.8%
	Balıkesir	10	1.9%
	Bolu	10	1.9%
	Diyarbakır	20	3.8%
	Gaziantep	10	1.9%
	Hatay	10	1.9%
	Kastamonu	10	1.9%

	Kilis	10	1.9%
	Konya	20	3.8%
	Kırşehir	10	1.9%
	Malatya	90	17%
	Rize	10	1.9%
	Sakarya	10	1.9%
	Samsun	30	5.7%
	Sivas	10	1.9%
	Tokat	10	1.9%
	Bursa	10	1.9%
	İzmir	10	1.9%
	Kırıkkale	10	1.9%
	Samsun	10	1.9%
	İstanbul	10	18.9%
	İzmir	30	5.7%
	Şanlıurfa	10	1.9%
Meslek yaşantısında ölümünü isteyen hasta olup olmaması	Evet	280	52.8%
	Hayır	250	47.2%

Araştırmada yer alan değişkenlerin frekans değerleri incelendiğinde; Cinsiyet değişkeni açısından katılımcıların %54.7 erkek (n=290), %45.3 kadın (n=240) dağılımına sahip olduğu bulundu. Medeni Durum değişkeni açısından katılımcıların %81.1 Evli (n=430), %18.9 Bekar (n=100) dağılımına sahip olduğu bulundu. Çalışılan Kurum değişkeni açısından katılımcıların %41.5 devlet üniversitesi hastanesi (n=220), %20.8 eğitim ve araştırma hastanesi (n=110), %15.1 devlet hastanesi (n=80), %11.3 özel hastane (n=60) ve %11.3 şehir hastanesi (n=60) dağılımına sahip olduğu bulundu. Çalışılan Bölge değişkeni açısından katılımcıların %24.5 Marmara Bölgesi (n=130), %18.9 İç Anadolu Bölgesi (n=100),

%17.0 Doğu Anadolu Bölgesi (n=90), %15.1 Karadeniz Bölgesi (n=80), %9.4 Güneydoğu Anadolu Bölgesi (n=50), %7.5 Akdeniz Bölgesi (n=40) ve %7.5 Ege Bölgesi (n=40) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ünvan değişkeni açısından katılımcıların %39.6 uzman doktor (n=210), %18.9 tıpta uzmanlık öğrencisi (n=100), %18.9 doçent (n=100), %13.2 profesör (n=70) ve %9.4 dr. öğretim üyesi (n=50) dağılımına sahip olduğu bulundu. Anesteziye Çalışma Süresi değişkeni açısından katılımcıların %32.1 11-20 yıl (n=170), %30.2 20 yıl ve üzeri (n=160), %24.5 1-5 yıl (n=130) ve %13.2 6-10 yıl (n=70) dağılımına sahip olduğu bulundu. Son 5 yılda birinci derece yakın kaybı değişkeni açısından katılımcıların %66.0 Hayır (n=350), %34.0 Evet (n=180) dağılımına sahip olduğu bulundu. Depremi Yaşama değişkeni açısından katılımcıların %62.3 Hayır (n=330), %37.7 Evet (n=200) dağılımına sahip olduğu bulundu. Depremde Yakın Kaybı değişkeni açısından katılımcıların %83.3 Hayır (n=300), %16.7 Evet (n=60) dağılımına sahip olduğu bulundu (Tablo 1).

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ort $\pm$ ss	Min-Max
Yaş	42,72 $\pm$ 9,96	25 - 61
Mesleki Tecrübe	16,57 $\pm$ 11,15	1 - 134
Çocuk Sayısı	1,38 $\pm$ 1,02	0 - 4

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; minimum, Maks; maksimum

Yaş ortalaması 42.72 $\pm$ 9.96 olup 25 ile 61 arasında dağılım göstermektedir. Mesleki Tecrübe ortalaması 16.57 $\pm$ 11.15 olup 1 ile 134 arasında dağılım göstermektedir. Çocuk Sayısı ortalaması 1.38 $\pm$ 1.02 olup 0 ile 4 arasında dağılım göstermektedir (Tablo 2).

4.3. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 3. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ort $\pm$ ss	Min-Max
Ötanazi	33,283 $\pm$ 9,31	18 - 52

Ölüm	22,887 ± 3,343	13 - 30
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	23,019 ± 2,627	18 - 29
Ötanazi Toplam	79,189 ± 12,068	50 - 105
Empati	4,665 ± 0,691	2,308 - 6
Acıyı Hafifletme	4,829 ± 0,532	3,5 - 5,857
Merhamet	4,75 ± 0,54	3 - 5,852
Kronik Yorgunluk	16,66 ± 7,473	5 - 30
Akut Yorgunluk	18,962 ± 6,668	4 - 30
Toparlanma	13,094 ± 6,703	0 - 26
Tükenmişlik Toplam	48,717 ± 7,837	32 - 64

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Min; minimum, Maks; maksimum

Ötanazi ortalaması 33.283±9.310 olup 18 ile 52 arasında dağılım göstermektedir. Ölüm ortalaması 22.887±3.343 olup 13 ile 30 arasında dağılım göstermektedir. Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ortalaması 23.019±2.627 olup 18 ile 29 arasında dağılım göstermektedir. Ötanazi Toplam ortalaması 79.189±12.068 olup 50 ile 105 arasında dağılım göstermektedir. Empati ortalaması 4.665±0.691 olup 2.308 ile 6 arasında dağılım göstermektedir. Acıyı Hafifletme ortalaması 4.829±0.532 olup 3.500 ile 5.857 arasında dağılım göstermektedir. Merhamet ortalaması 4.750±0.540 olup 3 ile 5.852 arasında dağılım göstermektedir. Kronik Yorgunluk ortalaması 16.660±7.473 olup 5 ile 30 arasında dağılım göstermektedir. Akut Yorgunluk ortalaması 18.962±6.668 olup 4 ile 30 arasında dağılım göstermektedir. Toparlanma ortalaması 13.094±6.703 olup 0 ile 26 arasında dağılım göstermektedir. Tükenmişlik Toplam ortalaması 48.717±7.837 olup 32 ile 64 arasında dağılım göstermektedir (Tablo 3).

4.4. Değişkenlerin cinsiyete göre karşılaştırılması

Tablo 4. Değişkenlerin cinsiyete göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Kadın	34 ± 10,05	32,5(18-52)	32800	0.254

	Erkek	32,69 ± 8,62	31(19-50)		
Ölüm	Kadın	23,54 ± 3,36	23,5(18-30)	29550	0.003*
	Erkek	22,34 ± 3,24	23(13-29)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Kadın	23,17 ± 2,52	23(19-28)	34300	0.774
	Erkek	22,9 ± 2,71	23(18-29)		
Ötanazi Toplam	Kadın	80,71 ± 12,87	80(59-105)	31050	0.032*
	Erkek	77,93 ± 11,23	80(50-100)		
Empati	Kadın	4,83 ± 0,52	4,81(3,85-5,77)	26850	0.001*
	Erkek	4,53 ± 0,78	4,54(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	Kadın	4,92 ± 0,5	4,86(3,79-5,86)	28700	0.001*
	Erkek	4,75 ± 0,54	4,79(3,5-5,71)		
Merhamet Ortalama	Kadın	4,88 ± 0,44	4,81(4,07-5,81)	27700	0.001*
	Erkek	4,64 ± 0,59	4,7(3-5,85)		
Kronik Yorgunluk	Kadın	16,08 ± 6,31	15,5(5-30)	31550	0.064
	Erkek	17,14 ± 8,29	19(5-30)		
Akut Yorgunluk	Kadın	18,33 ± 6,76	18(5-30)	30700	0.019*
	Erkek	19,48 ± 6,55	19(4-30)		
Toparlanma	Kadın	13,33 ± 6,26	15(0-25)	33750	0.549
	Erkek	12,9 ± 7,05	11(1-26)		
Tükenmişlik Toplam	Kadın	47,75 ± 5,96	48(37-59)	29400	0.002*
	Erkek	49,52 ± 9,04	50(32-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama ve Toparlanma değişkenleri kadın grubunda

erkek grubuna göre daha yüksek iken, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri erkek grubunda kadın grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu.

Ötanazi (U=32800.000, p=0.254), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=34300.000, p=0.774), kronik Yorgunluk (U=31550.000, p=0.064), toparlanma (U=33750.000, p=0.549) değişkenlerinin gruplardaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ölüm (U=29550.000, p=0.003*), ötanazi (U=31050.000, p=0.032*), empati (U=26850.000, p<0.001*), acıyı hafifletme (U=28700.000, p<0.001*), merhamet (U=27700.000, p<0.001*), akut yorgunluk (U=30700.000, p=0.019*), tükenmişlik (U=29400.000, p=0.002*) değişkeninin Cinsiyet gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 4).

4.5. Değişkenlerin medeni durumlara göre karşılaştırılma

Tablo 5. Değişkenlerin medeni durumlara göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Bekar	24,6 ± 3,54	24,5(20-29)	6350.000	0.001*
	Evli	35,3 ± 9,07	34(18-52)		
Ölüm	Bekar	22,7 ± 2,91	22,5(18-29)	20000.000	0.274
	Evli	22,93 ± 3,44	23(13-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Bekar	23,5 ± 2,71	22,5(19-28)	20000.000	0.273
	Evli	22,91 ± 2,6	23(18-29)		
Ötanazi Toplam	Bekar	70,8 ± 7,5	68,5(59-86)	9700.000	0.001*
	Evli	81,14 ± 12,1	81(50-105)		
Empati	Bekar	5,04 ± 0,58	5,08(4,08-6)	13500.000	0.001*
	Evli	4,58 ± 0,69	4,54(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	Bekar	4,87 ± 0,58	4,89(3,79-5,71)	20200.000	0.345
	Evli	4,82 ± 0,52	4,86(3,5-5,86)		
Merhamet Ortalama	Bekar	4,95 ± 0,54	5,02(4,07-5,67)	15950.000	0.001*

	Evli	4,7 ± 0,53	4,74(3-5,85)		
Kronik Yorgunluk	Bekar	16,7 ± 7,69	17(5-30)	21450.000	0.971
	Evli	16,65 ± 7,43	17(5-30)		
Akut Yorgunluk	Bekar	19,7 ± 7,52	18(7-30)	20800.000	0.611
	Evli	18,79 ± 6,45	19(4-30)		
Toparlanma	Bekar	12,7 ± 7,79	14(0-25)	21100.000	0.771
	Evli	13,19 ± 6,43	14(1-26)		
Tükenmişlik Toplam	Bekar	49,1 ± 6,32	48,5(37-59)	21250.000	0.856
	Evli	48,63 ± 8,15	49(32-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri Bekar grubunda Evli grubuna göre daha yüksek iken, Ötanazi, Ölüm, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değişkenleri Evli grubunda Bekar grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ölüm (U=20000.000, p=0.274), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=20000.000, p=0.273), acıyı Hafifletme (U=20200.000, p=0.345), kronik Yorgunluk (U=21450.000, p=0.971), akut Yorgunluk (U=20800.000, p=0.611), toparlanma (U=21100.000, p=0.771), tükenmişlik Toplam (U=21250.000, p=0.856) değişkenlerinin gruplardaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ötanazi (U=6350.000, p<0.001*), ötanazi Toplam (U=9700.000, p<0.001*), empati (U=13500.000, p<0.001*), merhamet Ortalama (U=15950.000, p<0.001*) değişkeninin Medeni Durum gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 5).

4.6. Değişkenlerin son beş yılda birinci derece yakını kaybetme durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 6. Değişkenlerin son beş yılda birinci derece yakını kaybetme durumuna göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Evet	30 ± 8,96	28,5(18-52)	21500.000	0.001*

	Hayır	34,97 ± 9,04	34(21-50)		
Ölüm	Evet	22,67 ± 3,28	23,5(13-27)	30050.000	0.382
	Hayır	23 ± 3,38	23(16-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Evet	23,33 ± 2,27	23(18-28)	27100.000	0.008*
	Hayır	22,86 ± 2,78	23(18-29)		
Ötanazi Toplam	Evet	76 ± 12,19	76,5(50-105)	24000.000	0.001*
	Hayır	80,83 ± 11,69	81(58-100)		
Empati	Evet	4,64 ± 0,7	4,54(3,08-6)	28450.000	0.067
	Hayır	4,68 ± 0,69	4,69(2,31-5,77)		
Acıyı Hafifletme	Evet	4,78 ± 0,52	4,71(3,5-5,71)	29000.000	0.134
	Hayır	4,85 ± 0,54	4,86(3,64-5,86)		
Merhamet Ortalama	Evet	4,71 ± 0,54	4,67(3,67-5,85)	27300.000	0.012*
	Hayır	4,77 ± 0,54	4,81(3-5,81)		
Kronik Yorgunluk	Evet	20 ± 5,84	20(5-30)	18900.000	0.001*
	Hayır	14,94 ± 7,65	14(5-30)		
Akut Yorgunluk	Evet	20,78 ± 5,86	21(7-29)	23650.000	0.001*
	Hayır	18,03 ± 6,87	18(4-30)		
Toparlanma	Evet	11,17 ± 7,04	10,5(1-25)	23500.000	0.001*
	Hayır	14,09 ± 6,31	15(0-26)		
Tükenmişlik Toplam	Evet	51,94 ± 5,69	52,5(37-62)	19100.000	0.001*
	Hayır	47,06 ± 8,27	48(32-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri Evet grubunda Hayır grubuna göre daha yüksek iken, Ötanazi, Ölüm, Ötanazi Toplam, Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama ve Toparlanma değişkenleri Hayır grubunda Evet grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ölüm (U=30050.000, p=0.382), empati (U=28450.000, p=0.067), acıyı Hafifletme (U=29000.000, p=0.134) değişkenlerinin gruplardaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ötanazi (U=21500.000, p<0.001*), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=27100.000, p=0.008*), ötanazi Toplam (U=24000.000, p<0.001*), merhamet Ortalama (U=27300.000, p=0.012*), kronik Yorgunluk (U=18900.000, p<0.001*), akut Yorgunluk (U=23650.000, p<0.001*), toparlanma (U=23500.000, p<0.001*), tükenmişlik Toplam (U=19100.000, p<0.001*) değişkeninin Son 5 yılda birinci derece yakın kaybı gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 6).

4.7. Değişkenlerin depremi yaşama durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 7. Değişkenlerin depremi yaşama durumuna göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Evet	36,55 ± 9,15	36(22-52)	22050.000	0.001*
	Hayır	31,3 ± 8,85	29(18-47)		
Ölüm	Evet	23,05 ± 3,19	23(16-27)	29800.000	0.059
	Hayır	22,79 ± 3,43	22(13-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Evet	23,15 ± 2,77	23(18-29)	31350.000	0.330
	Hayır	22,94 ± 2,54	23(18-28)		
Ötanazi Toplam	Evet	82,75 ± 12,36	80,5(58-105)	25150.000	0.001*
	Hayır	77,03 ± 11,38	78(50-97)		
Empati	Evet	4,5 ± 0,62	4,54(3,08-5,54)	26400.000	0.001*
	Hayır	4,76 ± 0,71	4,77(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	Evet	4,72 ± 0,44	4,71(3,93-5,5)	24600.000	0.001*
	Hayır	4,89 ± 0,57	4,93(3,5-5,86)		

Merhamet Ortalama	Evet	4,62 ± 0,42	4,67(3,67-5,44)	23850.000	0.001*
	Hayır	4,83 ± 0,59	4,93(3-5,85)		
Kronik Yorgunluk	Evet	18,9 ± 7,48	19,5(5-30)	23650.000	0.001*
	Hayır	15,3 ± 7,14	15(5-30)		
Akut Yorgunluk	Evet	21,2 ± 5,68	21(8-30)	22600.000	0.001*
	Hayır	17,61 ± 6,86	18(4-30)		
Toparlanma	Evet	9,55 ± 5,29	9(1-19)	16450.000	0.001*
	Hayır	15,24 ± 6,56	16(0-26)		
Tükenmişlik Toplam	Evet	49,65 ± 8,15	51(32-62)	28050.000	0.004*
	Hayır	48,15 ± 7,6	48(34-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri Evet grubunda Hayır grubuna göre daha yüksek iken, Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama ve Toparlanma değişkenleri Hayır grubunda Evet grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ölüm (U=29800.000, p=0.059), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=31350.000, p=0.330) değişkenlerinin gruplardaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ötanazi (U=22050.000, p<0.001*), ötanazi Toplam (U=25150.000, p<0.001*), empati (U=26400.000, p<0.001*), acıyı Hafifletme (U=24600.000, p<0.001*), merhamet Ortalama (U=23850.000, p<0.001*), kronik Yorgunluk (U=23650.000, p<0.001*), akut Yorgunluk (U=22600.000, p<0.001*), toparlanma (U=16450.000, p<0.001*), tükenmişlik Toplam (U=28050.000, p=0.004*) değişkeninin Depremi Yaşama gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 7).

4.8. Değişkenlerin depremde yakın kaybı yaşama durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 8. Değişkenlerin depremde yakın kaybı yaşama durumuna göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Evet	35,17 ± 6,6	33,5(28-48)	7200.000	0.014*

	Hayır	32,9 ± 9,23	30,5(18-52)		
Ölüm	Evet	22,33 ± 3,17	23(17-27)	8050.000	0.192
	Hayır	23,03 ± 2,77	23(16-29)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Evet	24,33 ± 2,77	24(20-29)	6350.000	0.001*
	Hayır	23,03 ± 2,19	23(18-28)		
Ötanazi Toplam	Evet	81,83 ± 9,64	79(70-100)	8050.000	0.196
	Hayır	78,97 ± 11,27	79,5(58-105)		
Empati	Evet	4,53 ± 0,2	4,54(4,15-4,77)	7800.000	0.102
	Hayır	4,63 ± 0,84	4,54(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	Evet	4,85 ± 0,43	4,79(4,29-5,43)	8800.000	0.785
	Hayır	4,81 ± 0,52	4,79(3,64-5,71)		
Merhamet Ortalama	Evet	4,69 ± 0,17	4,7(4,48-4,96)	8400.000	0.414
	Hayır	4,72 ± 0,62	4,7(3-5,85)		
Kronik Yorgunluk	Evet	15,17 ± 8,47	15(5-30)	6600.000	0.001*
	Hayır	18,4 ± 6,87	19,5(5-30)		
Akut Yorgunluk	Evet	18,33 ± 7	17,5(8-28)	7000.000	0.006*
	Hayır	20,33 ± 5,3	20(7-30)		
Toparlanma	Evet	12,67 ± 6,88	13(4-22)	8600.000	0.586
	Hayır	12,17 ± 6,37	11,5(1-23)		
Tükenmişlik Toplam	Evet	46,17 ± 9,23	45(32-62)	5550.000	0.001*
	Hayır	50,9 ± 7,18	51,5(33-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Ötanazi, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Acıyı Hafifletme ve Toparlanma değişkenleri Evet grubunda Hayır grubuna göre daha yüksek iken, Ölüm, Empati, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri Hayır grubunda Evet grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ölüm (U=8050.000, p=0.192), ötanazi Toplam (U=8050.000, p=0.196), empati (U=7800.000, p=0.102), acıyı Hafifletme (U=8800.000, p=0.785), merhamet Ortalama (U=8400.000, p=0.414), toparlanma (U=8600.000, p=0.586) değişkenlerinin gruptaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ötanazi (U=7200.000, p=0.014*), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=6350.000, p<0.001*), kronik Yorgunluk (U=6600.000, p=0.001*), akut Yorgunluk (U=7000.000, p=0.006*), tükenmişlik Toplam (U=5550.000, p<0.001*) değişkeninin Depremde Yakın Kaybı gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 8).

4.9. Değişkenlerin mesleki yaşantıda ölümü isteyen hasta olup olmaması durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 9. Değişkenlerin mesleki yaşantıda ölümü isteyen hasta olup olmaması durumuna göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	U	p
Ötanazi	Evet	31,61 ± 10,03	29(18-48)	26500.000	0.001*
	Hayır	35,16 ± 8,04	34(22-52)		
Ölüm	Evet	22,64 ± 3,43	23(13-29)	32250.000	0.116
	Hayır	23,16 ± 3,23	23(16-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Evet	22,82 ± 2,74	23(18-29)	33000.000	0.252
	Hayır	23,24 ± 2,48	23(20-28)		
Ötanazi Toplam	Evet	77,07 ± 12,46	79(50-100)	28850.000	0.001*
	Hayır	81,56 ± 11,17	80(58-105)		
Empati	Evet	4,65 ± 0,69	4,58(3,08-6)	33500.000	0.393
	Hayır	4,69 ± 0,7	4,69(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	Evet	4,88 ± 0,58	4,93(3,5-5,86)	30100.000	0.005*

	Hayır	4,78 ± 0,46	4,79(3,64-5,71)		
Merhamet Ortalama	Evet	4,76 ± 0,58	4,89(3,67-5,85)	32900.000	0.232
	Hayır	4,73 ± 0,5	4,74(3-5,56)		
Kronik Yorgunluk	Evet	18,71 ± 7,38	19(6-30)	23600.000	0.001*
	Hayır	14,36 ± 6,89	16(5-27)		
Akut Yorgunluk	Evet	19,61 ± 6,39	19(4-29)	31100.000	0.026*
	Hayır	18,24 ± 6,9	18(5-30)		
Toparlanma	Evet	12,04 ± 6,94	11(0-26)	28750.000	0.001*
	Hayır	14,28 ± 6,23	16(3-25)		
Tükenmişlik Toplam	Evet	50,36 ± 7,23	51,5(36-62)	25100.000	0.001*
	Hayır	46,88 ± 8,09	48(32-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, U; Mann Whitney U testi, *p<0.05.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değişkenleri Evet grubunda Hayır grubuna göre daha yüksek iken, Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Empati ve Toparlanma değişkenleri Hayır grubunda Evet grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Ölüm (U=32250.000, p=0.116), ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (U=33000.000, p=0.252), empati (U=33500.000, p=0.393), merhamet Ortalama (U=32900.000, p=0.232) değişkenlerinin gruptaki dağılım değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak ötanazi (U=26500.000, p<0.001*), ötanazi Toplam (U=28850.000, p<0.001*), acıyı Hafifletme (U=30100.000, p=0.005*), kronik Yorgunluk (U=23600.000, p<0.001*), akut Yorgunluk (U=31100.000, p=0.026*), toparlanma (U=28750.000, p<0.001*), tükenmişlik Toplam (U=25100.000, p<0.001*) değişkeninin meslek yaşantısında ölümünü isteyen hasta olup olmaması gruplarındaki değişiminde istatistiksel farklılık bulundu (Tablo 9).

4.10. Değişkenlerin Çalışılan Kurumlar arası Karşılaştırma Bulguları

Tablo 10. Değişkenlerin Çalışılan Kurumlar arası Karşılaştırma Bulguları

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	Devlet hastanesi	30,5 ± 8,76	30(20-47)	34.924	0.001*
	Özel hastane	30,33 ± 9,75	30,5(19-48)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	35,68 ± 9,08	34(22-52)		
	Şehir hastanesi	30 ± 11,41	25(18-47)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	33,91 ± 6,99	34(24-45)		
Ölüm	Devlet hastanesi	22,88 ± 2,16	23(20-27)	28.988	0.001*
	Özel hastane	21,33 ± 3,98	22,5(13-25)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	23 ± 3,58	23(16-29)		
	Şehir hastanesi	21,5 ± 2,08	22(18-24)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	24,27 ± 3,15	24(20-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Devlet hastanesi	21,5 ± 2,93	21(18-28)	72.202	0.001*
	Özel hastane	23,33 ± 3,62	24(18-29)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	23,73 ± 2,27	24(19-28)		
	Şehir hastanesi	21,83 ± 1,22	22(20-23)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	23,18 ± 2,34	23(19-28)		
Ötanazi	Devlet hastanesi	74,88 ± 11,98	71,5(60-97)	47.632	0.001*
Toplam	Özel hastane	75 ± 15,43	75,5(50-100)		

	Devlet üniversitesi hastanesi	82,41 ± 11,41	81(58-105)		
	Şehir hastanesi	73,33 ± 11,13	70(59-89)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	81,36 ± 8,8	78(66-94)		
	Devlet hastanesi	4,51 ± 0,47	4,62(3,77-5,23)		
	Özel hastane	4,46 ± 1,11	4,58(2,31-6)		
Empati	Devlet üniversitesi hastanesi	4,6 ± 0,63	4,54(3,08-5,54)	23.353	0.001*
	Şehir hastanesi	5,03 ± 0,64	5,08(4,23-5,77)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	4,83 ± 0,58	4,77(3,85-6)		
	Devlet hastanesi	4,8 ± 0,39	4,89(3,93-5,36)		
	Özel hastane	4,55 ± 0,82	4,54(3,5-5,71)		
Acıyı Hafifletme	Devlet üniversitesi hastanesi	4,69 ± 0,47	4,61(3,79-5,5)	87.073	0.001*
	Şehir hastanesi	5,23 ± 0,4	5,18(4,64-5,86)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	5,06 ± 0,38	5,14(4,5-5,71)		
	Devlet hastanesi	4,66 ± 0,38	4,8(3,85-5,11)		
	Özel hastane	4,51 ± 0,91	4,56(3-5,85)		
Merhamet Ortalama	Devlet üniversitesi hastanesi	4,65 ± 0,45	4,67(3,67-5,33)	54.358	0.001*
	Şehir hastanesi	5,13 ± 0,49	5,07(4,44-5,81)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	4,95 ± 0,39	4,85(4,33-5,56)		

Kronik Yorgunluk	Devlet hastanesi	17,38 ± 6,38	18,5(5-26)	19.857	0.001*
	Özel hastane	20 ± 8,36	22(5-30)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	16,73 ± 7,33	17,5(5-30)		
	Şehir hastanesi	15 ± 7,15	13,5(9-30)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	15,09 ± 7,58	16(5-27)		
Akut Yorgunluk	Devlet hastanesi	19 ± 4,8	19,5(10-26)	16.502	0.002*
	Özel hastane	21,17 ± 8,1	23,5(7-29)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	19,86 ± 5,49	19(8-30)		
	Şehir hastanesi	18 ± 4,55	18,5(10-25)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	16,45 ± 8,98	17(4-30)		
Toparlanma	Devlet hastanesi	13 ± 5,28	11(5-20)	9.975	0.041*
	Özel hastane	11,83 ± 7,07	12,5(3-22)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	12,86 ± 6,13	13(0-23)		
	Şehir hastanesi	15 ± 7,39	17(1-23)		
	Eğitim ve araştırma hastanesi	13,27 ± 7,92	15(3-26)		
Tükenmişlik Toplam	Devlet hastanesi	49,38 ± 5,89	49(39-57)	60.856	0.001*
	Özel hastane	53 ± 9,73	55(34-62)		
	Devlet üniversitesi hastanesi	49,45 ± 8,17	50,5(32-64)		
	Şehir hastanesi	48 ± 5,49	48(40-56)		

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; devlet üniversitesi hastanesi grubu Ötanazi ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, eğitim ve araştırma hastanesi grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, özel hastane grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, şehir hastanesi grubu Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama, Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, şehir hastanesi grubu Ötanazi, Ölüm, Ötanazi Toplam ve Kronik Yorgunluk değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, devlet hastanesi grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, devlet üniversitesi hastanesi grubu Empati değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, özel hastane grubu Acıyı hafifletme, Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, eğitim ve araştırma hastanesi grubu Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir.

Ötanazi (H=34,924, p<0.001*), Ölüm (H=28,988, p<0.001*), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (H=72,202, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=47,632, p<0.001*), Empati (H=23,353, p<0.001*), Acıyı Hafifletme (H=87,073, p<0.001*), Merhamet Ortalama (H=54,358, p<0.001*), Kronik Yorgunluk (H=19,857, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=16,502, p=0.002*), Toparlanma (H=9,975, p=0.041*), Tükenmişlik Toplam (H=60,856, p<0.001*) değişkenlerinin Çalışılan Kurum gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi (p=0.001*), özel hastane ile devlet üniversitesi hastanesi (p<0.001*), devlet hastanesi ile devlet üniversitesi hastanesi (p<0.001*), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölüm değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi (p=0.005*), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi (p=0.003*), devlet hastanesi ile şehir hastanesi (p=0.003*), özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi (p<0.001*), şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet hastanesi ile özel hastane ($p<0.001^*$), şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile devlet üniversitesi hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ötanazi Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; özel hastane ile devlet üniversitesi hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile devlet üniversitesi hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Empati değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Acıyı Hafifletme değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet hastanesi ile devlet üniversitesi hastanesi ($p=0.004^*$), şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p=0.003^*$), devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), özel hastane ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Merhamet Ortalama değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; özel hastane ile şehir hastanesi ($p=0.002^*$), özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p=0.003^*$), özel hastane ile devlet üniversitesi hastanesi ($p=0.002^*$), devlet hastanesi ile şehir hastanesi ($p=0.002^*$), özel hastane ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Akut Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet üniversitesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p=0.003^*$), özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p=0.002^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Toparlanma değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; devlet üniversitesi hastanesi ile şehir hastanesi ($p=0.002^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; şehir hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), özel hastane ile devlet üniversitesi hastanesi ($p<0.001^*$), özel hastane ile şehir hastanesi ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile özel hastane ($p<0.001^*$), devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), devlet üniversitesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$), özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo 10).

4.11. Değişkenlerin Çalışılan Bölgelere Göre Karşılaştırma Bulguları

Tablo 11. Değişkenlerin Çalışılan Bölgelere Göre Karşılaştırma Bulguları

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	Marmara Bölgesi	29,62 $\pm$ 9,34	28(18-47)	127.752	0.001*
	Karadeniz Bölgesi	31,12 $\pm$ 6,59	31(21-39)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	42,11 $\pm$ 8,28	46(28-52)		
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	36,2 $\pm$ 6,59	34(30-48)		
	Akdeniz Bölgesi	36,75 $\pm$ 5,61	36(30-45)		
	Ege Bölgesi	30 $\pm$ 10,79	26,5(20-47)		
	İç Anadolu Bölgesi	30,3 $\pm$ 7,65	27(22-44)		
Ölüm	Marmara Bölgesi	22,23 $\pm$ 4,09	22(13-29)	15.694	0.015*
	Karadeniz Bölgesi	23,5 $\pm$ 3,14	22,5(20-30)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	23,11 $\pm$ 3,33	24(17-27)		

	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	24,2 ± 2,42	23(21-27)		
	Akdeniz Bölgesi	23,25 ± 2,42	23,5(20-26)		
	Ege Bölgesi	22 ± 2,48	23(18-24)		
	İç Anadolu Bölgesi	22,6 ± 3,18	23(16-29)		
	Marmara Bölgesi	21,85 ± 2,11	22(18-25)		
	Karadeniz Bölgesi	23 ± 3,14	23,5(18-28)		
Ölümcül	Doğu Anadolu Bölgesi	24,22 ± 1,69	24(22-27)		
Hastaya	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	23,6 ± 3,53	23(20-29)	46.627	0.001*
İlişkin Tutum	Akdeniz Bölgesi	23 ± 2,15	23(20-26)		
	Ege Bölgesi	23,5 ± 3,4	23,5(19-28)		
	İç Anadolu Bölgesi	23 ± 2,16	22,5(20-28)		
	Marmara Bölgesi	73,69 ± 11,5	74(50-94)		
	Karadeniz Bölgesi	77,62 ± 10,71	78,5(60-94)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	89,44 ± 10,15	90(76-105)		
Ötanazi	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	84 ± 9,26	81(73-100)	105.676	0.001*
Toplam	Akdeniz Bölgesi	83 ± 8,56	84,5(70-93)		
	Ege Bölgesi	75,5 ± 14,72	73(59-97)		
	İç Anadolu Bölgesi	75,9 ± 9,69	77(58-89)		
	Marmara Bölgesi	4,63 ± 0,8	4,77(2,31-5,77)		
	Karadeniz Bölgesi	4,64 ± 0,61	4,54(3,77-6)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	4,45 ± 0,78	4,54(3,08-5,38)		
Empati	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	4,57 ± 0,16	4,54(4,38-4,85)	22.035	0.001*
	Akdeniz Bölgesi	4,79 ± 0,78	4,54(4,08-6)		
	Ege Bölgesi	4,96 ± 0,32	5(4,54-5,31)		

	İç Anadolu Bölgesi	4,8 ± 0,68	4,81(3,85-5,77)		
	Marmara Bölgesi	4,96 ± 0,66	5,14(3,5-5,71)		
	Karadeniz Bölgesi	4,78 ± 0,49	4,96(3,93-5,43)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	4,7 ± 0,46	4,79(4,14-5,5)		
Acıyı Hafifletme	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	4,83 ± 0,34	4,79(4,43-5,43)	39.391	0.001*
	Akdeniz Bölgesi	5,02 ± 0,54	4,93(4,5-5,71)		
	Ege Bölgesi	4,77 ± 0,17	4,75(4,57-5)		
	İç Anadolu Bölgesi	4,76 ± 0,57	4,68(3,79-5,86)		
	Marmara Bölgesi	4,8 ± 0,68	4,93(3-5,67)		
	Karadeniz Bölgesi	4,71 ± 0,47	4,8(3,85-5,56)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	4,58 ± 0,54	4,67(3,67-5,44)		
Merhamet Ortalama	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	4,7 ± 0,15	4,67(4,52-4,96)	26.160	0.001*
	Akdeniz Bölgesi	4,91 ± 0,58	4,74(4,3-5,85)		
	Ege Bölgesi	4,86 ± 0,19	4,87(4,59-5,11)		
	İç Anadolu Bölgesi	4,78 ± 0,55	4,74(4,07-5,81)		
	Marmara Bölgesi	14,38 ± 8,05	13(5-30)		
	Karadeniz Bölgesi	16,38 ± 7,11	18(5-26)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	16 ± 8,64	18(5-27)		
Kronik Yorgunluk	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	21,4 ± 4,54	20(17-30)	35.750	0.001*
	Akdeniz Bölgesi	17,75 ± 4,72	17(12-25)		
	Ege Bölgesi	17,75 ± 2,42	17,5(15-21)		
	İç Anadolu Bölgesi	17,2 ± 8,09	17,5(5-30)		
Akut	Marmara Bölgesi	17,54 ± 8,19	19(4-30)	49.494	0.001*
Yorgunluk	Karadeniz Bölgesi	16,88 ± 5,68	18,5(5-23)		

	Doğu Anadolu Bölgesi	19,56 ± 6,72	19(8-29)		
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	21,8 ± 3,75	20(18-28)		
	Akdeniz Bölgesi	23,5 ± 3,89	24(18-28)		
	Ege Bölgesi	16,25 ± 4,32	16,5(10-22)		
	İç Anadolu Bölgesi	19,8 ± 6,4	19(7-30)		
	Marmara Bölgesi	15,38 ± 7,41	16(1-26)		
	Karadeniz Bölgesi	14,62 ± 5,32	15,5(5-22)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	10,22 ± 5,88	9(1-19)		
Toparlanma	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	10,2 ± 3,96	10(4-16)	67.690	0.001*
	Akdeniz Bölgesi	9,25 ± 4,77	7,5(5-17)		
	Ege Bölgesi	14 ± 3,58	14(10-18)		
	İç Anadolu Bölgesi	14,1 ± 8,07	15,5(0-25)		
	Marmara Bölgesi	47,31 ± 8,15	48(34-60)		
	Karadeniz Bölgesi	47,88 ± 6,31	47,5(39-57)		
	Doğu Anadolu Bölgesi	45,78 ± 8,75	49(32-58)		
Tükenmişlik	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	53,4 ± 5,37	53(47-62)	37.941	0.001*
Toplam	Akdeniz Bölgesi	50,5 ± 7,53	48,5(43-62)		
	Ege Bölgesi	48 ± 3,28	48,5(43-52)		
	İç Anadolu Bölgesi	51,1 ± 8,41	51(37-64)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; Doğu Anadolu Bölgesi grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, Ege Bölgesi grubu Empati değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, Marmara Bölgesi grubu Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, Güneydoğu Anadolu Bölgesi grubu Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, Akdeniz Bölgesi grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en yüksek değere

sahiptir, Ege Bölgesi grubu Ötanazi, Ötanazi Toplam ve Akut Yorgunluk değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, Marmara Bölgesi grubu Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Kronik Yorgunluk değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, Karadeniz Bölgesi grubu Empati ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, İç Anadolu Bölgesi grubu Acıyı Hafifletme değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, Doğu Anadolu Bölgesi grubu Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, Akdeniz Bölgesi grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ötanazi ($H=127,752$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=15,694$, $p=0.015^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=46,627$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=105,676$, $p<0.001^*$), Empati ($H=22,035$, $p=0.001^*$), Acıyı Hafifletme ($H=39,391$, $p<0.001^*$), Merhamet Ortalama ($H=26,160$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=24,949$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=35,750$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=49,494$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=67,690$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=37,941$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Çalışılan Bölge gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu. Ötanazi değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Doğu Anadolu Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p=0.002^*$), Karadeniz Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölüm değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p=0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Doğu Anadolu Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p=0.002^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ötanazi Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p=0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara

Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Empati değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Doğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Acıyı Hafifletme değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Doğu Anadolu Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Karadeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Merhamet Ortalama değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p=0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Marmara Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Akut Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p=0.002^*$), Ege Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p=0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p=0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Toparlanma değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p=0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi

ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Akdeniz Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Akdeniz Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; Marmara Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p=0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile İç Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Marmara Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Karadeniz Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Doğu Anadolu Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ($p<0.001^*$), Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Ege Bölgesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo 11).

4.12. Değişkenlerin Ünvanlara Göre Karşılaştırma Bulguları

Tablo 12. Değişkenlerin Ünvanlara Göre Karşılaştırma Bulguları

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	Tıpta uzmanlık öğrencisi	31,1 $\pm$ 9,08	28(22-47)	34.679	0.001*
	Uzman doktor	31,9 $\pm$ 9,79	31(18-48)		
	Dr. öğretim üyesi	31,2 $\pm$ 5,17	31(24-39)		
	Doçent	36,4 $\pm$ 7,93	34(26-50)		
	Profesör	37,57 $\pm$ 9,91	38(23-52)		
Ölüm	Tıpta uzmanlık öğrencisi	22,3 $\pm$ 4,45	23,5(16-29)	9.075	0.059
	Uzman doktor	23,1 $\pm$ 3,71	23(13-30)		
	Dr. öğretim üyesi	22,4 $\pm$ 2,44	22(20-27)		
	Doçent	23,1 $\pm$ 1,65	23(21-27)		
	Profesör	23,14 $\pm$ 2,55	22(21-27)		
	Tıpta uzmanlık öğrencisi	23 $\pm$ 2,38	23,5(19-28)	19.916	0.001*

Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum	Uzman doktor	22,62 ± 2,88	23(18-29)		
	Dr. öğretim üyesi	24,2 ± 2,16	23(22-28)		
	Doçent	23,5 ± 2,02	24(21-26)		
	Profesör	22,71 ± 2,93	23(19-27)		
Ötanazi Toplam	Tıpta uzmanlık öğrencisi	76,4 ± 11,33	77(58-93)		
	Uzman doktor	77,62 ± 13,78	80(50-100)		
	Dr. öğretim üyesi	77,8 ± 6,37	81(66-84)		
	Doçent	83 ± 8,16	82,5(71-97)		
Empati	Profesör	83,43 ± 13,16	79(69-105)		
	Tıpta uzmanlık öğrencisi	4,51 ± 0,67	4,5(3,15-5,54)		
	Uzman doktor	4,79 ± 0,55	4,77(3,77-6)		
	Dr. öğretim üyesi	5,06 ± 0,62	4,85(4,38-6)		
Acıyı Hafifletme	Doçent	4,53 ± 0,61	4,62(3,08-5,23)		
	Profesör	4,43 ± 1	4,46(2,31-5,77)		
	Tıpta uzmanlık öğrencisi	4,65 ± 0,44	4,68(3,79-5,36)		
	Uzman doktor	4,93 ± 0,56	4,93(3,5-5,71)		
Merhamet Ortalama	Dr. öğretim üyesi	4,74 ± 0,31	4,64(4,36-5,14)		
	Doçent	4,91 ± 0,45	4,89(4,21-5,5)		
	Profesör	4,72 ± 0,7	4,86(3,64-5,86)		
	Tıpta uzmanlık öğrencisi	4,58 ± 0,43	4,7(3,81-5,19)		
	Uzman doktor	4,86 ± 0,5	4,85(3,85-5,85)		
	Dr. öğretim üyesi	4,9 ± 0,46	4,74(4,37-5,56)		
	Doçent	4,73 ± 0,47	4,76(3,67-5,33)		

	Profesör	4,58 ± 0,78	4,67(3-5,81)		
Kronik Yorgunluk	Tıpta uzmanlık öğrencisi	16,8 ± 8,61	17(5-30)		
	Uzman doktor	18,05 ± 6,61	17(5-30)		
	Dr. öğretim üyesi	15,8 ± 6,56	17(5-24)	24.229	0.001*
	Doçent	16,7 ± 8,3	18(5-30)		
	Profesör	12,86 ± 6,24	12(5-22)		
Akut Yorgunluk	Tıpta uzmanlık öğrencisi	20,3 ± 6,1	19(8-30)		
	Uzman doktor	19,67 ± 7,03	19(5-30)		
	Dr. öğretim üyesi	18 ± 5,61	20(7-22)	16.185	0.003*
	Doçent	18,5 ± 5,85	17(11-29)		
	Profesör	16,29 ± 7,36	18(4-24)		
Toparlanma	Tıpta uzmanlık öğrencisi	11,4 ± 6,95	10,5(0-23)		
	Uzman doktor	12,43 ± 5,79	12(3-21)		
	Dr. öğretim üyesi	16,8 ± 6,68	18(5-25)	25.520	0.001*
	Doçent	13,1 ± 7,67	15,5(1-23)		
	Profesör	14,86 ± 6,22	12(9-26)		
Tükenmişlik Toplam	Tıpta uzmanlık öğrencisi	48,5 ± 8,41	50,5(32-61)		
	Uzman doktor	50,14 ± 6,99	49(37-62)		
	Dr. öğretim üyesi	50,6 ± 8,87	52(37-64)	32.585	0.001*
	Doçent	48,3 ± 7,51	48,5(33-60)		
	Profesör	44 ± 7,28	45(34-56)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; profesör grubu Ötanazi değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, tıpta uzmanlık öğrencisi grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, doçent grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam ve Kronik Yorgunluk

değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, dr. öğretim üyesi grubu Empati, Akut Yorgunluk, Toparlanma ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, uzman doktor grubu Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, tıpta uzmanlık öğrencisi grubu Ötanazi, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, dr. öğretim üyesi grubu Ölüm ve Acıyı Hafifletme değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, uzman doktor grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, profesör grubu Empati, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, doçent grubu AkutYorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ölüm ($H=9,075$, $p=0.059$) değişkeninin Ünvan gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi ($H=34,679$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=19,916$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=19,487$, $p<0.001^*$), Empati ($H=27,492$, $p<0.001^*$), Acıyı Hafifletme ($H=34,561$, $p<0.001^*$), Merhamet Ortalama ($H=23,735$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=24,229$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=16,185$, $p=0.003^*$), Toparlanma ($H=25,520$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=32,585$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ünvan gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; dr. öğretim üyesi ile profesör ($p=0.003^*$), uzman doktor ile doçent ($p<0.001^*$), uzman doktor ile profesör ($p<0.001^*$), dr.öğretim üyesi ile doçent ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile profesör ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile doçent ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı. Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; uzman doktor ile doçent ($p=0.002^*$), uzman doktor ile dr. öğretim üyesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı. Ötanazi Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; uzman doktor ile doçent ($p=0.003^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile doçent ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı. Empati değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; tıpta uzmanlık öğrencisi ile uzman doktor ($p=0.003^*$), dr. öğretim üyesi ile doçent ($p<0.001^*$), dr. öğretim üyesi ile profesör ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile dr. öğretim üyesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı. Acıyı Hafifletme değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; uzman doktor ile dr. öğretim üyesi ($p=0.002^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile doçent ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile uzman doktor ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Merhamet değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; tıpta uzmanlık öğrencisi ile dr. öğretim üyesi ($p=0.001^*$), uzman doktor ile profesör ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile uzman doktor ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; doçent ile profesör ($p=0.004^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile profesör ($p=0.003^*$), uzman doktor ile profesör ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Akut Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; uzman doktor ile profesör ($p=0.002^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile doçent ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı. Toparlanma değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; tıpta uzmanlık öğrencisi ile profesör ($p=0.003^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile dr. öğretim üyesi ($p<0.001^*$), uzman doktor ile dr. öğretim üyesi ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; doçent ile profesör ($p<0.001^*$), tıpta uzmanlık öğrencisi ile profesör ($p<0.001^*$), dr. öğretim üyesi ile profesör ($p<0.001^*$), uzman doktor ile profesör ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo 12).

4.13. Değişkenlerin Anesteziye Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırma Bulguları

Tablo 13. Değişkenlerin Anesteziye Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırma Bulguları

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	1-5 yıl	31,08 $\pm$ 9,85	28(18-47)	92.686	0.001*
	6-10 yıl	25,86 $\pm$ 7,33	23(20-42)		
	11-20 yıl	34,35 $\pm$ 8,62	34(19-50)		
	20 yıl ve üzeri	37,19 $\pm$ 7,91	36(23-52)		
Ölüm	1-5 yıl	21,85 $\pm$ 4,07	22(16-29)	32.718	0.001*
	6-10 yıl	22,14 $\pm$ 1,97	22(20-26)		
	11-20 yıl	23 $\pm$ 3,26	23(13-27)		

	20 yıl ve üzeri	23,94 ± 2,91	23(20-30)		
Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum	1-5 yıl	23,77 ± 2,76	24(19-28)	38.736	0.001*
	6-10 yıl	21,29 ± 2,27	22(18-25)		
	11-20 yıl	23,06 ± 2,49	23(18-29)		
	20 yıl ve üzeri	23,12 ± 2,48	23,5(19-27)		
Ötanazi Toplam	1-5 yıl	76,69 ± 12,44	77(58-97)	83.570	0.001*
	6-10 yıl	69,29 ± 9,26	66(60-90)		
	11-20 yıl	80,41 ± 11,64	82(50-100)		
	20 yıl ve üzeri	84,25 ± 10,1	81(69-105)		
Empati	1-5 yıl	4,67 ± 0,71	4,77(3,15-6)	7.075	0.070
	6-10 yıl	4,84 ± 0,6	4,92(3,77-5,77)		
	11-20 yıl	4,62 ± 0,57	4,62(3,08-5,54)		
	20 yıl ve üzeri	4,63 ± 0,81	4,54(2,31-6)		
Acıyı Hafifletme	1-5 yıl	4,75 ± 0,43	4,79(3,79-5,36)	9.062	0.028*
	6-10 yıl	4,94 ± 0,56	4,93(3,93-5,57)		
	11-20 yıl	4,82 ± 0,51	4,93(3,5-5,5)		
	20 yıl ve üzeri	4,86 ± 0,61	4,86(3,64-5,86)		
Merhamet Ortalama	1-5 yıl	4,71 ± 0,47	4,81(3,81-5,56)	5.619	0.132
	6-10 yıl	4,89 ± 0,57	4,93(3,85-5,67)		

	11-20 yıl	4,72 ± 0,45	4,74(3,67-5,33)		
	20 yıl ve üzeri	4,75 ± 0,65	4,7(3-5,85)		
Kronik Yorgunluk	1-5 yıl	16,62 ± 7,68	16(5-30)	42.142	0.001*
	6-10 yıl	20,29 ± 7,53	23(5-27)		
	11-20 yıl	17,82 ± 7,48	17(5-30)		
	20 yıl ve üzeri	13,88 ± 6,22	13,5(5-25)		
Akut Yorgunluk	1-5 yıl	20,46 ± 5,39	19(8-30)	43.144	0.001*
	6-10 yıl	20,57 ± 6,87	20(7-29)		
	11-20 yıl	19,94 ± 5,47	20(10-29)		
	20 yıl ve üzeri	16 ± 7,7	16,5(4-30)		
Toparlanma	1-5 yıl	11,23 ± 6,47	11(0-23)	32.571	0.001*
	6-10 yıl	11,71 ± 7,85	10(3-25)		
	11-20 yıl	12,71 ± 7,12	16(1-23)		
	20 yıl ve üzeri	15,62 ± 4,95	16(9-26)		
Tükenmişlik Toplam	1-5 yıl	48,31 ± 7,38	48(32-61)	65.495	0.001*
	6-10 yıl	52,57 ± 7,08	56(37-58)		
	11-20 yıl	50,47 ± 7,75	50(33-64)		
	20 yıl ve üzeri	45,5 ± 7,35	44(34-62)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; 20 yıl ve üzeri grubu Ötanazi değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, 11-20 yıl grubu Ölüm, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, 1-5 yıl grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, 6-10 yıl grubu Empati, Acıyı Hafifletme, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, 6-10 yıl grubu Ötanazi, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, 1-5 yıl grubu Ölüm ve Acıyı Hafifletme değerlendirmelerinde en düşük

değerlere sahiptir, 20 yıl ve üzeri grubu Empati, Merhamet Ortalama, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir.

Empati ($H=7,075$, $p=0.070$), Merhamet ($H=5,619$, $p=0.132$) değişkenlerinin Anestezide Çalışma Süresi gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi ($H=92,686$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=32,718$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=38,736$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=83,570$, $p<0.001^*$), Acıyı Hafifletme ($H=9,062$, $p=0.028^*$), Kronik Yorgunluk ($H=42,142$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=43,144$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=32,571$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=65,495$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Anestezide Çalışma Süresi gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 11-20 yıl ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 11-20 yıl ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölüm değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 11-20 yıl ($p=0.002^*$), 6-10 yıl ile 11-20 yıl ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 6-10 yıl ile 11-20 yıl ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Ötanazi Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 11-20 yıl ($p=0.007^*$), 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 11-20 yıl ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Acıyı Hafifletme değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p=0.004^*$), 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$), 11-20 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Akut Yorgunluk değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 11-20 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Toparlanma değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 11-20 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p=0.005^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde yapılan ikili karşılaştırmalarda; 1-5 yıl ile 11-20 yıl ($p=0.005^*$), 6-10 yıl ile 11-20 yıl ($p=0.003^*$), 1-5 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 1-5 yıl ile 6-10 yıl ($p<0.001^*$), 11-20 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$), 6-10 yıl ile 20 yıl ve üzeri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo 13).

4.14 Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları

Tablo 14. Araştırma Değişkenlerinin Frekans Dağılımları

Değişken	Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ölümün Ne İfade Ettiği	son/bitiş	107	20.2%
	Başlangıç/yeni hayat	40	7.5%
	ahiret ebedilik dinsel hayat	171	32.3%
	duygusal yön, özlem, his	30	5.7%
	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	60	11.3%
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	62	11.7%
	kurtuluş, teslimiyet	20	3.8%
	yokluk, yok oluş	20	3.8%
	veda, ayrılık	20	3.8%
	duygusal tepkiler	260	49.1%
	mesleki güçlük	60	11.3%

Ölümçül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler	çağrışımlar, empati	80	15.1%
	iletişim zorlukları	90	17.0%
	etik ikilemler	30	5.7%
	bakım güçlüğü yaşamayan	10	1.9%
Ölümçül Hasta ile Çalışmanın Etkisi	olumsuzluuk, depresiflik	260	49.1%
	ölüm farkındalığı	80	15.1%
	empati, duygusal yaklaşım	40	7.5%
	duyarsızlaşma	100	18.9%
	olumlu, güçlendirici etki	30	5.7%
	korku, kaygı	10	1.9%
	anlam arayışı	10	1.9%
Ötanazi Tanımlama	dini açısından yaklaşım	70	13.2%
	yasal, hak temelli yaklaşım	10	1.9%
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	170	32.1%
	kişisel, etik, zor karar	130	24.5%
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	30	5.7%
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	10	1.9%
	kabul edilemez	40	7.5%
	çekimser	50	9.4%
	korku	20	3.8%
	uygulanamaz, red	160	30.2%
Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar	sınırlı, koşullu uygulama	290	54.7%
	onaylayanlara, isteyen herkese	80	15.1%
	fiziksel ağrı ve acı	220	41.5%

Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni	psikolojik, umutsuzluk, depresif	120	22.6%
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	120	22.6%
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	30	5.7%
	hastalık ve tedavi süreçleri	30	5.7%
	kararsız	10	1.9%
Ölüm talebi için uygulanacak girişimler	Psikiyatrik, psikolojik destek	120	22.6%
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	190	35.8%
	yasal ve etik çekinceler	70	13.2%
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	50	9.4%
	tedavi sonlandırma, palyatif	50	9.4%
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	50	9.4%
Ölüm İsteyen hasta karşısında hissedilenler	çaresizlik, yetersizlik	111	20.9%
	üzüntü, hüznün, keder	120	22.6%
	empati, acıma	60	11.3%
	profesyonellik, etik sınırlar	150	28.3%
	destek, yardım arayışı	40	7.5%
	yaşamayan	19	3.6%
	demoralizasyon	10	1.9%
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	20	3.8%
Ölümü isteyen hasta karşısında hissedilen	tıbbi destek, ağrı kontrolü	90	17.0%
	psikolojik destek, moral verme	180	34.0%
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	120	22.6%
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	30	5.7%
	kabul, saygı, sessizlik	30	5.7%

	destek tedavisine son vermek	10	1.9%
	Bu durum ile karşılaşmayan	70	13.2%
	hayır	330	62.3%
Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma	eğitim alan	170	32.1%
	eğitim döneminde alan	20	3.8%
	istemeyen	10	1.9%
Ölüm ölümcül hasta	hayır	160	30.2%
ötanazi için	evet	360	67.9%
danışmanlık ihtiyaç	kararsız	10	1.9%

Araştırmada yer alan değişkenlerin frekans değerleri incelendiğinde; Ölümün Ne İfade Ettiği değişkeni açısından katılımcıların %32.3 ahiret ebedilik dinsel hayat (n=171), %20.2 son/bitiş (n=107), %11.7 kaçınılmazlık, kader, gerçeklik (n=62), %11.3 bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam (n=60), %7.5 Başlangıç/yeni hayat (n=40), %5.7 duygusal yön, özlem, his (n=30), %3.8 kurtuluş, teslimiyet (n=20), %3.8 yokluk, yok oluş (n=20) ve %3.8 veda, ayrılık (n=20) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler değişkeni açısından katılımcıların %49.1 duygusal tepkiler (n=260), %17.0 iletişim zorlukları (n=90), %15.1 çağrışımlar, empati (n=80), %11.3 mesleki güçlük (n=60), %5.7 etik ikilemler (n=30) ve %1.9 bakım güçlüğü yaşamayan (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölümcül Hasta İle Çalışmanın Etkisi değişkeni açısından katılımcıların %49.1 olumsuzluk, depresiflik (n=260), %18.9 duyarsızlaşma (n=100), %15.1 ölüm farkındalığı (n=80), %7.5 empati, duygusal yaklaşım (n=40), %5.7 olumlu, güçlendirici etki (n=30), %1.9 korku, kaygı (n=10) ve %1.9 anlam arayışı (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ötanazi Tanımlama değişkeni açısından katılımcıların %32.1 tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım (n=170), %24.5 kişisel, etik, zor karar (n=130), %13.2 dini açısından yaklaşım (n=70), %9.4 çekimser (n=50), %7.5 kabul edilemez (n=40), %5.7 toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik (n=30), %3.8 korku (n=20), %1.9 yasal, hak temelli yaklaşım (n=10) ve %1.9 manevi yaklaşım, onurlu ölüm (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar değişkeni açısından katılımcıların %54.7 sınırlı, koşullu uygulama (n=290), %30.2 uygulanamaz, red (n=160) ve %15.1 onaylayanlara, isteyen herkese (n=80) dağılımına sahip olduğu bulundu. Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni değişkeni açısından katılımcıların %41.5 fiziksel ağrı ve acı (n=220), %22.6 psikolojik, umutsuzluk, depresif (n=120), %22.6 yaşam kalitesi ve günlük

işlevsellik (n=120), %5.7 kurtuluş, kaçış, ölüm isteği (n=30), %5.7 hastalık ve tedavi süreçleri (n=30) ve %1.9 kararsız (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölüm talebi için uygulanacak girişimler değişkeni açısından katılımcıların %35.8 ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon (n=190), %22.6 Psikiyatrik, psikolojik destek (n=120), %13.2 yasal ve etik çekinceler (n=70), %9.4 ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir (n=50), %9.4 tedavi sonlandırma, palyatif (n=50) ve %9.4 bilinçsizlik, bilgi eksikliği (n=50) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölüm İsteyen hasta karşısında hissedilenler değişkeni açısından katılımcıların %28.3 profesyonellik, etik sınırlar (n=150), %22.6 üzüntü, hüznün, keder (n=120), %20.9 çaresizlik, yetersizlik (n=111), %11.3 empati, acıma (n=60), %7.5 destek, yardım arayışı (n=40), %3.8 Ötanazi doğru bir uygulama değildir (n=20), %3.6 yaşamayan (n=19) ve %1.9 demoralizasyon (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölümü isteyen hasta karşısında hissedilen değişkeni açısından katılımcıların %34.0 psikolojik destek, moral verme (n=180), %22.6 yasal, etik sınırlar, karışıklık (n=120), %17.0 tıbbi destek, ağrı kontrolü (n=90), %13.2 Bu durum ile karşılaşmayan (n=70), %5.7 fikir değiştirmeye çalışma, ikna (n=30), %5.7 kabul, saygı, sessizlik (n=30) ve %1.9 destek tedavisine son vermek (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma değişkeni açısından katılımcıların %62.3 hayır (n=330), %32.1 eğitim alan (n=170), %3.8 eğitim döneminde alan (n=20) ve %1.9 istemeyen (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu. Ölüm ölümcül hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç değişkeni açısından katılımcıların %67.9 evet (n=360), %30.2 hayır (n=160) ve %1.9 kararsız (n=10) dağılımına sahip olduğu bulundu (Tablo 14).

4.15. Ölüm ifade ettiği kavramlara göre puanların karşılaştırılması

Tablo 15. Ölüm ifade ettiği kavramlara göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	son/bitiş	35,12 ± 7,97	34(23-48)	98.784	<0.001*
	Başlangıç/yeni hayat	38 ± 8,62	38(29-47)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	33,72 ± 8,89	34(19-50)		
	duygusal yön, özlem, his	41,33± 1,93	47(25-52)		
	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	31,5 ± 8,84	29,5(21-44)		

Ölüm	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	32,84 ± 7,98	34(20-45)	100.972	<0.001*
	kurtuluş, teslimiyet	22,5 ± 1,54	22,5(21-24)		
	yokluk, yok oluş	24,5 ± 4,62	24,5(20-29)		
	veda, ayrılık	24,5 ± 6,67	24,5(18-31)		
	son/bitiş	24,32 ± 3,03	23(20-30)		
	Başlangıç/yeni hayat	23,5 ± 2,53	23,5(20-27)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	21,6 ± 3,93	22(13-29)		
	duygusal yön, özlem, his	24,33 ± 2,09	24(22-27)		
	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	23,33 ± 2,07	23,5(21-27)		
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	22,81 ± 2,18	22(21-27)		
	kurtuluş, teslimiyet	20 ± 0	20(20-20)		
	yokluk, yok oluş	26,5 ± 2,56	26,5(24-29)		
	veda, ayrılık	21 ± 3,08	21(18-24)		
	son/bitiş	22,54 ± 3,02	22(18-29)		
	Başlangıç/yeni hayat	23,25 ± 2,62	23(20-27)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	22,65 ± 2,25	23(18-26)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	duygusal yön, özlem, his	26 ± 1,66	26(24-28)	79.828	<0.001*
	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	22,67 ± 0,95	23(21-24)		
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	23,45 ± 3,19	23(19-28)		
	kurtuluş, teslimiyet	20,5 ± 1,54	20,5(19-22)		

	yokluk, yok oluş	25 ± 3,08	25(22-28)		
	veda, ayrılık	24 ± 1,03	24(23-25)		
Ötanazi Toplam	son/bitiş	81,98± 1,06	82(64-100)		
	Başlangıç/yeni hayat	84,75± 2,35	84,5(70-100)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	77,98± 2,41	80(50-97)		
	duygusal yön, özlem, his	91,67± 3,83	97(73-105)		
	bilinmezlik, boyut	77,5 ± 8,55	78,5(65-89)	81.179	<0.001*
	değiştirme, mistik anlam				
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	79,1 ± 7,26	84(67-87)		
	kurtuluş, teslimiyet	63 ± 3,08	63(60-66)		
	yokluk, yok oluş	76 ± 10,26	76(66-86)		
	veda, ayrılık	69,5 ± 10,77	69,5(59-80)		
Empati	son/bitiş	4,46 ± 0,89	4,62(2,31-6)		
	Başlangıç/yeni hayat	4,37 ± 0,86	4,58(3,08-5,23)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	4,63 ± 0,63	4,54(3,15-5,54)		
	duygusal yön, özlem, his	4,36 ± 0,39	4,46(3,85-4,77)		
	bilinmezlik, boyut	5,24 ± 0,4	5,15(4,77-5,77)	74.673	<0.001*
	değiştirme, mistik anlam				
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	4,8 ± 0,56	4,54(4,38-6)		
	kurtuluş, teslimiyet	4,73 ± 0,2	4,73(4,54-4,92)		
	yokluk, yok oluş	4,81 ± 0,43	4,81(4,38-5,23)		
	veda, ayrılık	4,73 ± 0,2	4,73(4,54-4,92)		
Acıyı hafifletme	son/bitiş	4,83 ± 0,62	4,93(3,64-5,71)	63.413	<0.001*

	Başlangıç/yeni hayat	4,77 ± 0,6	4,79(4,14-5,36)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	4,72 ± 0,51	4,57(3,5-5,71)		
	duygusal yön, özlem, his	4,64 ± 0,26	4,79(4,29-4,86)		
	bilinmezlik, boyut				
	değiştirme, mistik anlam	5,2 ± 0,45	5,18(4,64-5,86)		
	kaçınılmazlık, kader,				
	gerçeklik	5,03 ± 0,36	5,14(4,36-5,43)		
	kurtuluş, teslimiyet	4,71 ± 0,22	4,71(4,5-4,93)		
	yokluk, yok oluş	4,39 ± 0,62	4,39(3,79-5)		
	veda, ayrılık	4,93 ± 0,29	4,93(4,64-5,21)		
	son/bitiş	4,65 ± 0,72	4,81(3-5,85)		
	Başlangıç/yeni hayat	4,57 ± 0,57	4,72(3,67-5,19)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	4,68 ± 0,48	4,67(3,81-5,56)		
	duygusal yön, özlem, his	4,51 ± 0,22	4,37(4,33-4,81)		
	bilinmezlik, boyut				
Merhamet Ortalama	değiştirme, mistik anlam	5,22 ± 0,41	5,17(4,74-5,81)	76.297	<0.001*
	kaçınılmazlık, kader,				
	gerçeklik	4,92 ± 0,37	4,85(4,37-5,56)		
	kurtuluş, teslimiyet	4,72 ± 0,21	4,72(4,52-4,93)		
	yokluk, yok oluş	4,59 ± 0,53	4,59(4,07-5,11)		
	veda, ayrılık	4,83 ± 0,25	4,83(4,59-5,07)		
	son/bitiş	18,91 ± 9,15	21(5-30)		
	Başlangıç/yeni hayat	18,25 ± 6,34	18(12-25)		
Kronik Yorgunluk	ahiret ebedilik dinsel hayat	14,13 ± 6,93	16(5-27)	72.547	<0.001*
	duygusal yön, özlem, his	21 ± 4,62	22(15-26)		

	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	14,33 ± 4,1	15,5(9-19)		
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	17,1 ± 6,72	19(5-26)		
	kurtuluş, teslimiyet	14 ± 9,23	14(5-23)		
	yokluk, yok oluş	25,5 ± 4,62	25,5(21-30)		
	veda, ayrılık	16 ± 3,08	16(13-19)		
	son/bitiş	16,79 ± 8,51	14(5-28)		
	Başlangıç/yeni hayat	24,5 ± 3,69	25(19-29)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	19,68 ± 5,92	19(8-30)		
	duygusal yön, özlem, his	21,33 ± 2,54	22(18-24)		
Akut Yorgunluk	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	17,83 ± 1,69	17,5(16-20)	58.408	<0.001*
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	18,68 ± 7,5	19(4-29)		
	kurtuluş, teslimiyet	15 ± 8,21	15(7-23)		
	yokluk, yok oluş	19,5 ± 9,75	19,5(10-29)		
	veda, ayrılık	17,5 ± 1,54	17,5(16-19)		
	son/bitiş	12,93 ± 6,7	16(1-22)		
	Başlangıç/yeni hayat	5,5 ± 3	6(1-9)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	14,54 ± 5,57	16(3-23)		
Toparlanma	duygusal yön, özlem, his	7,67 ± 3,46	9(3-11)	114.719	<0.001*
	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	16,83 ± 4,09	16(11-23)		
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	12,1 ± 7,97	10(3-26)		

	kurtuluş, teslimiyet	17,5 ± 7,69	17,5(10-25)		
	yokluk, yok oluş	9 ± 9,23	9(0-18)		
	veda, ayrılık	16,5 ± 0,51	16,5(16-17)		
	son/bitiş	48,62 ± 10,38	43(34-62)		
	Başlangıç/yeni hayat	48,25 ± 4,49	48(43-54)		
	ahiret ebedilik dinsel hayat	48,36 ± 8,74	48(32-64)		
	duygusal yön, özlem, his	50 ± 2,2	49(48-53)		
Tükenmişlik Toplam	bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam	49 ± 4,47	50(40-53)	13.869	0.085
	kaçınılmazlık, kader, gerçeklik	47,87 ± 6,76	47(36-58)		
	kurtuluş, teslimiyet	46,5 ± 9,75	46,5(37-56)		
	yokluk, yok oluş	54 ± 5,13	54(49-59)		
	veda, ayrılık	50 ± 2,05	50(48-52)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; duygusal yön, özlem, his grubu Ötanazi, Ölümcül Hastaya ilişkin Tutum ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, yokluk, yok oluş grubu Ölüm, Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, Başlangıç/yeni hayat grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, kurtuluş, teslimiyet grubu Toparlanma değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, kurtuluş, teslimiyet grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya ilişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, duygusal yön, özlem, his grubu Empati, Merhamet değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, yokluk, yok oluş grubu Acıyı hafifletme değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, Başlangıç/yeni hayat grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Tükenmişlik Toplam ($H=13,869$, $p=0.085$) değişkeninin Ölümün Ne İfade Ettiği gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi ($H=98,784$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=100,972$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=79,828$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=81,179$, $p<0.001^*$), Empati ($H=74,673$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=63,413$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=76,176$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=72,547$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=58,408$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=114,719$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ölümün Ne İfade Ettiği gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), son/bitiş ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), son/bitiş ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), son/bitiş ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; son/bitiş ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), son/bitiş ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), yokluk, yok oluş ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), son/bitiş ile ahiret ebedilik dinsel hayat ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), kurtuluş, teslimiyet ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), son/bitiş ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), kurtuluş, teslimiyet ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), kurtuluş, teslimiyet ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), son/bitiş ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), son/bitiş ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), son/bitiş ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), kurtuluş, teslimiyet ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), son/bitiş ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), son/bitiş ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı Hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;son/bitiş ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p=0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile yokluk, yok oluş ($p=0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet Ortalama değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), son/bitiş ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), son/bitiş ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), son/bitiş ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), son/bitiş ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p=0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile yokluk, yok oluş ($p=0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile ahiret ebedilik dinsel hayat ($p=0.001^*$), son/bitiş ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), son/bitiş ile ahiret ebedilik dinsel hayat ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), yokluk, yok oluş ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile yokluk, yok oluş ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), son/bitiş ile Başlangıç/yeni hayat ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile ahiret ebedilik dinsel hayat ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;son/bitiş ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kaçınılmazlık, kader, gerçeklik ($p<0.001^*$), son/bitiş ile Başlangıç/yeni hayat ($p<0.001^*$), ahiret ebedilik dinsel hayat ile duygusal yön, özlem, his ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile veda, ayrılık ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile kurtuluş, teslimiyet ($p<0.001^*$), duygusal yön, özlem, his ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile ahiret ebedilik dinsel hayat ($p<0.001^*$), Başlangıç/yeni hayat ile bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 15).

4.16. Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler göre puanların karşılaştırması

Tablo 16.Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler göre puanların karşılaştırması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	duygusal tepkiler	32,85± ,96	30,5(18-52)	41.835	<0.001*
	mesleki güçlük	27,33± ,41	23,5(19-42)		
	çağrışımlar, empati	36,5 ± 9,4	36(21-47)		
	iletişim zorlukları	34,22±11,52	30(20-50)		
	etik ikilemler	36 ± 10,07	38(23-47)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	38 ± 0	38(38-38)		
Ölüm	duygusal tepkiler	23,65 ± 3,2	23(18-30)	84.385	<0.001*
	mesleki güçlük	19,5 ± 3,89	20,5(13-24)		
	çağrışımlar, empati	24 ± 2,46	24(20-27)		
	iletişim zorlukları	22,56 ± 1,72	23(20-26)		
	etik ikilemler	23 ± 3,32	23(19-27)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	17 ± 0	17(17-17)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	duygusal tepkiler	23,73 ± 2,38	24(19-28)	82.939	<0.001*
	mesleki güçlük	20,67 ± 1,81	21(18-23)		
	çağrışımlar, empati	23,25 ± 2,24	23(20-27)		
	iletişim zorlukları	22,33 ± 3,45	22(18-29)		
	etik ikilemler	23 ± 0,83	23(22-24)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	23 ± 0	23(23-23)		
Ötanazi Toplam	duygusal tepkiler	80,23 ± 10,71	80(59-105)	54.628	<0.001*

	mesleki güçlük	67,5 ± 12,86	65(50-85)		
	çağrışımlar, empati	83,75 ± 10,56	87(65-100)		
	iletişim zorlukları	79,11 ± 13,31	73(64-100)		
	etik ikilemler	82 ± 9,43	87(69-90)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	78 ± 0	78(78-78)		
Empati	duygusal tepkiler	4,66 ± 0,77	4,62(2,31-6)		
	mesleki güçlük	4,67 ± 0,56	4,65(4-5,54)		
	çağrışımlar, empati	4,78 ± 0,57	4,85(3,85-5,77)		
	iletişim zorlukları	4,63 ± 0,48	4,54(3,77-5,38)	5.292	0.381
	etik ikilemler	4,54 ± 1,09	4,69(3,15-5,77)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	4,46 ± 0	4,46(4,46-4,46)		
	duygusal tepkiler	4,81 ± 0,53	4,86(3,64-5,71)		
Acıyı hafifletme	mesleki güçlük	4,52 ± 0,6	4,5(3,5-5,43)		
	çağrışımlar, empati	4,91 ± 0,47	4,82(4,14-5,57)	24.852	<0.001*
	iletişim zorlukları	4,92 ± 0,48	5(3,93-5,5)		
	etik ikilemler	5,1 ± 0,6	5(4,43-5,86)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	4,79 ± 0	4,79(4,79-4,79)		
	duygusal tepkiler	4,74 ± 0,58	4,76(3-5,85)	9.195	0.102
Merhamet Ortalama	duygusal tepkiler	4,74 ± 0,58	4,76(3-5,85)	9.195	0.102

	mesleki güçlük	4,59 ± 0,49	4,61(3,93-5,26)		
	çağrışımlar, empati	4,85 ± 0,4	4,76(4,33-5,67)		
	iletişim zorlukları	4,78 ± 0,43	4,78(3,85-5,44)		
	etik ikilemler	4,83 ± 0,83	4,85(3,81-5,81)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	4,63 ± 0	4,63(4,63-4,63)		
Kronik Yorgunluk	duygusal tepkiler	16,88 ± 7,3	17(5-30)	89.701	<0.001*
	mesleki güçlük	17,83 ± 4,37	17,5(11-23)		
	çağrışımlar, empati	17,25 ± 5,46	16(10-26)		
	iletişim zorlukları	19,33 ± 8,89	21(5-30)		
	etik ikilemler	6,67 ± 1,73	6(5-9)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	5 ± 0	5(5-5)		
Akut Yorgunluk	duygusal tepkiler	19 ± 6,77	19(5-30)	24.737	<0.001*
	mesleki güçlük	20,67 ± 4,72	18,5(16-30)		
	çağrışımlar, empati	18,5 ± 4,72	18,5(10-24)		
	iletişim zorlukları	19,44 ± 8,74	20(4-29)		
	etik ikilemler	18,67 ± 3,46	20(14-22)		
	bakım güçlüğü yaşamayan	8 ± 0	8(8-8)		
Toparlanma	duygusal tepkiler	13,81 ± 6,94	16(0-25)	30.291	<0.001*
	mesleki güçlük	14,17 ± 4,13	15(8-20)		

	çağrışımlar, empati	11,62 ± 6,36	9,5(3-21)	
	iletişim zorlukları	10,67 ± 7,69	9(3-26)	
	etik ikilemler	14 ± 4,32	11(11-20)	
	bakım güçlüğü			
	yaşamayan	19 ± 0	19(19-19)	
	duygusal tepkiler	49,69 ± 7,43	49,5(34-64)	
	mesleki güçlük	52,67 ± 5	52(46-61)	
	çağrışımlar, empati	47,38 ± 4,15	46(42-53)	
Tükenmişlik Toplam	iletişim zorlukları	49,44 ± 9,8	49(33-62)	101.476 <0.001*
	etik ikilemler	39,33 ± 0,48	39(39-40)	
	bakım güçlüğü			
	yaşamayan	32 ± 0	32(32-32)	

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; bakım güçlüğü yaşamayan grubu Ötanazi ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, çağrışımlar, empati grubu Ölüm, Ötanazi Toplam, Empati, Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, duygusal tepkiler grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, etik ikilemler grubu Acıyı hafifletme değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, iletişim zorlukları grubu Kronik Yorgunluk değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, mesleki güçlük grubu Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, mesleki güçlük grubu Ötanazi, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Acıyı hafifletme, Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, bakım güçlüğü yaşamayan grubu Ölüm, Empati, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, iletişim zorlukları grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Empati (H=5,292, p=0.381) ve Merhamet (H=8,589, p=0.127) değişkenlerinin Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi (H=41,835, p<0.001*), Ölüm (H=84,385, p<0.001*), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (H=82,939, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=54,628, p<0.001*), Acıyı hafifletme (H=24,852, p<0.001*), Kronik Yorgunluk (H=89,701, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=24,737, p<0.001*), Toparlanma (H=30,291,

$p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=101,476$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ölümcül Hastaya Bakımda Yaşanılan Güçlükler gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; mesleki güçlük ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile mesleki güçlük ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p=0.003^*$), çağrışımlar, empati ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$), etik ikilemler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), iletişim zorlukları ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile mesleki güçlük ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;çağrışımlar, empati ile iletişim zorlukları ($p=0.003^*$), duygusal tepkiler ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile mesleki güçlük ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; mesleki güçlük ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile mesleki güçlük ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duygusal tepkiler ile mesleki güçlük ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile iletişim zorlukları ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;duygusal tepkiler ile iletişim zorlukları ($p=0.003^*$), etik ikilemler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), iletişim zorlukları ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile bakım

güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), iletişim zorlukları ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile etik ikilemler ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; iletişim zorlukları ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), etik ikilemler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duygusal tepkiler ile iletişim zorlukları ($p=0.001^*$), çağrışımlar, empati ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p=0.001^*$), mesleki güçlük ile iletişim zorlukları ($p=0.001^*$), iletişim zorlukları ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), iletişim zorlukları ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duygusal tepkiler ile çağrışımlar, empati ($p=0.001^*$), iletişim zorlukları ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), etik ikilemler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), iletişim zorlukları ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile bakım güçlüğü yaşamayan ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile çağrışımlar, empati ($p<0.001^*$), duygusal tepkiler ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), mesleki güçlük ile etik ikilemler ($p<0.001^*$), çağrışımlar, empati ile etik ikilemler ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 16).

4.17. Ölümcül Hasta İle Çalışmanın Etkisi gruplarına göre puanların karşılaştırması

Tablo 17. Ölümcül Hasta İle Çalışmanın Etkisi gruplarına göre puanların karşılaştırması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	olumsuzluuk, depresiflik	34,08 $\pm$ 9,43	33,5(19-52)	52.741	<0.001*
	ölüm farkındalığı	33,5 $\pm$ 8,79	33,5(20-45)		

Ölüm	empati, duygusal yaklaşım	26,5 ± 5,8	26(20-34)	91.629	<0.001*
	duyarsızlaşma	34,2 ± 8,87	32,5(18-47)		
	olumlu, güçlendirici etki	28,33 ± 9,84	22(21-42)		
	korku, kaygı	47 ± 0	47(47-47)		
	anlam arayışı	30 ± 0	30(30-30)		
	olumsuzluuk, depresiflik	23,23 ± 3,42	23(13-30)		
	ölüm farkındalığı	22,38 ± 2,66	22,5(17-26)		
	empati, duygusal yaklaşım	21,5 ± 2,09	22,5(18-23)		
	duyarsızlaşma	24,4 ± 3,43	25(18-29)		
	olumlu, güçlendirici etki	19,33 ± 2,4	21(16-21)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	korku, kaygı	22 ± 0	22(22-22)	74.454	<0.001*
	anlam arayışı	20 ± 0	20(20-20)		
	olumsuzluuk, depresiflik	23,19 ± 2,9	23,5(18-29)		
	ölüm farkındalığı	23,12 ± 2,59	22,5(19-28)		
	empati, duygusal yaklaşım	21,25 ± 2,31	20,5(19-25)		
	duyarsızlaşma	23,4 ± 1,21	23,5(22-26)		
	olumlu, güçlendirici etki	21,67 ± 1,27	22(20-23)		
	korku, kaygı	28 ± 0	28(28-28)		

	anlam arayışı	20 ± 0	20(20-20)		
Ötanazi Toplam	olumsuzluuk, depresiflik	80,5 ± 13,09	80,5(50-105)		
	ölüm farkındalığı	79 ± 8,42	77,5(66-93)		
	empati, duygusal yaklaşım	69,25 ± 7,17	70(59-78)		
	duyarsızlaşma	82 ± 9,55	84(59-93)	92.517	<0.001*
	olumlu, güçlendirici etki	69,33 ± 11,64	65(58-85)		
	korku, kaygı	97 ± 0	97(97-97)		
	anlam arayışı	70 ± 0	70(70-70)		
Empati	olumsuzluuk, depresiflik	4,57 ± 0,71	4,5(2,31-6)		
	ölüm farkındalığı	4,84 ± 0,64	4,73(4,08-6)		
	empati, duygusal yaklaşım	4,88 ± 0,28	4,85(4,54-5,31)		
	duyarsızlaşma	4,48 ± 0,73	4,73(3,08-5,38)	83.333	<0.001*
	olumlu, güçlendirici etki	5,46 ± 0,29	5,54(5,08-5,77)		
	korku, kaygı	4,77 ± 0	4,77(4,77-4,77)		
	anlam arayışı	4,15 ± 0	4,15(4,15-4,15)		
Acıyı hafifletme	olumsuzluuk, depresiflik	4,68 ± 0,59	4,71(3,5-5,86)		
	ölüm farkındalığı	4,88 ± 0,44	4,89(4,29-5,71)	46.033	<0.001*
	empati, duygusal yaklaşım	4,89 ± 0,29	4,82(4,57-5,36)		

	duyarsızlaşma	4,99 ± 0,43	5,11(4,21-5,5)	
	olumlu, güçlendirici etki	5,14 ± 0,52	5,43(4,43-5,57)	
	korku, kaygı	4,86 ± 0	4,86(4,86-4,86)	
	anlam arayışı	5,36 ± 0	5,36(5,36-5,36)	
Merhamet Ortalama	olumsuzluuk, depresiflik	4,63 ± 0,58	4,61(3-5,85)	
	ölüm farkındalığı	4,86 ± 0,49	4,78(4,19-5,56)	
	empati, duygusal yaklaşım	4,89 ± 0,18	4,87(4,67-5,15)	
	duyarsızlaşma	4,74 ± 0,54	4,89(3,67-5,44)	69.676 <0.001*
	olumlu, güçlendirici etki	5,3 ± 0,29	5,26(4,96-5,67)	
	korku, kaygı	4,81 ± 0	4,81(4,81-4,81)	
	anlam arayışı	4,78 ± 0	4,78(4,78-4,78)	
Kronik Yorgunluk	olumsuzluuk, depresiflik	17,77 ± 8,08	17,5(5-30)	
	ölüm farkındalığı	12,88 ± 6,27	14(5-21)	
	empati, duygusal yaklaşım	18,25 ± 6,01	18,5(10-26)	
	duyarsızlaşma	16,2 ± 7,61	17,5(5-27)	32.624 <0.001*
	olumlu, güçlendirici etki	18,67 ± 3,74	19(14-23)	
	korku, kaygı	15 ± 0	15(15-15)	
	anlam arayışı	12 ± 0	12(12-12)	

Akut Yorgunluk	olumsuzluuk, depresiflik	18,38 ± 6,87	19,5(5-29)	27.879	<0.001*
	ölüm farkındalığı	16,5 ± 8,1	18(4-30)		
	empati, duygusal yaklaşım	19,5 ± 5,97	18(13-29)		
	duyarsızlaşma	20,5 ± 4,48	19(14-29)		
	olumlu, güçlendirici etki	21,33 ± 6,29	18(16-30)		
	korku, kaygı	22 ± 0	22(22-22)		
Toparlanma	anlam arayışı	26 ± 0	26(26-26)	33.134	<0.001*
	olumsuzluuk, depresiflik	13,5 ± 6,83	15,5(0-25)		
	ölüm farkındalığı	15 ± 6,6	17(5-26)		
	empati, duygusal yaklaşım	10,25 ± 5,79	9,5(3-19)		
	duyarsızlaşma	12,3 ± 6,85	13,5(1-23)		
	olumlu, güçlendirici etki	14,33 ± 5,4	14(8-21)		
Tükenmişlik Toplam	korku, kaygı	11 ± 0	11(11-11)	58.310	<0.001*
	anlam arayışı	5 ± 0	5(5-5)		
	olumsuzluuk, depresiflik	49,65 ± 8,89	51(33-64)		
	ölüm farkındalığı	44,38 ± 6,42	46,5(32-52)		
	empati, duygusal yaklaşım	48 ± 6,45	46(42-58)		
	duyarsızlaşma	49 ± 5,83	50,5(39-58)		

olumlu, güçlendirici etki	54,33 ± 5,07	53(49-61)
korku, kaygı	48 ± 0	48(48-48)
anlam arayışı	43 ± 0	43(43-43)

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; korku, kaygı grubu Ötanazi, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, duyarsızlaşma grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, olumlu, güçlendirici etki grubu Empati, Merhamet, Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, anlam arayışı grubu Acıyı hafifletme ve Akut Yorgunluk değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, ölüm farkındalığı grubu Toparlanma değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, empati, duygusal yaklaşım grubu Ötanazi ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, olumlu, güçlendirici etki grubu Ölüm değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, anlam arayışı grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Empati, Kronik Yorgunluk, Toparlanma ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, olumsuzluk, depresiflik grubu Acıyı hafifletme, Merhamet değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, ölüm farkındalığı grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ötanazi (H=52,741, p<0.001*), Ölüm (H=91,629, p<0.001*), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (H=74,454, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=92,517, p<0.001*), Empati (H=83,333, p<0.001*), Acıyı hafifletme (H=46,033, p<0.001*), Merhamet (H=72,361, p<0.001*), Kronik Yorgunluk (H=32,624, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=27,879, p<0.001*), Toparlanma (H=33,134, p<0.001*), Tükenmişlik Toplam (H=58,310, p<0.001*) değişkenlerinin Ölümcül Hasta İle Çalışmanın Etkisi gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki (p=0.002*), olumsuzluk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki (p<0.001*), ölüm farkındalığı ile empati, duygusal yaklaşım (p<0.001*), olumsuzluk, depresiflik ile korku, kaygı (p<0.001*), empati, duygusal yaklaşım ile duyarsızlaşma (p<0.001*), duyarsızlaşma ile korku, kaygı (p<0.001*), korku, kaygı ile anlam arayışı (p<0.001*), olumsuzluk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım (p<0.001*), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı (p<0.001*), empati, duygusal yaklaşım ile korku, kaygı (p<0.001*), ölüm farkındalığı ile korku, kaygı (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p=0.002^*$), duyarsızlaşma ile korku, kaygı ($p=0.002^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p=0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), olumsuzluuk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p=0.002^*$), olumsuzluuk, depresiflik

ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; olumsuzluk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; olumsuzluk, depresiflik ile ölüm farkındalığı ($p=0.002^*$), olumsuzluk, depresiflik ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; ölüm farkındalığı ile duyarsızlaşma ($p=0.002^*$), ölüm farkındalığı ile empati, duygusal yaklaşım ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile ölüm farkındalığı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p=0.002^*$), ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; ölüm farkındalığı ile empati, duygusal yaklaşım ($p=0.002^*$),

duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p=0.002^*$), ölüm farkındalığı ile duyarsızlaşma ($p=0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; duyarsızlaşma ile anlam arayışı ($p=0.002^*$), duyarsızlaşma ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), empati, duygusal yaklaşım ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$), korku, kaygı ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile korku, kaygı ($p<0.001^*$), olumlu, güçlendirici etki ile anlam arayışı ($p<0.001^*$), olumsuzluk, depresiflik ile ölüm farkındalığı ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile duyarsızlaşma ($p<0.001^*$), ölüm farkındalığı ile olumlu, güçlendirici etki ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 17).

4.18. Ötanazi Tanımlama gruplarına göre puanların karşılaştırması

Tablo 18. Ötanazi Tanımlama gruplarına göre puanların karşılaştırması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	dini açısından yaklaşım	26,57 $\pm$ 7,44	23(20-38)	261.2	<0.001*
	yasal, hak temelli yaklaşım	50 $\pm$ 0	50(50-50)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	31 $\pm$ 8,49	30(20-52)		
	kişisel, etik, zor karar	36,46 $\pm$ 6,49	35(28-47)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	20 $\pm$ 2,2	19(18-23)		
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	27 $\pm$ 0	27(27-27)		
	kabul edilemez	46 $\pm$ 1,6	46(44-48)		
	çekimser	33,4 $\pm$ 5,01	34(28-42)		
	korku	44,5 $\pm$ 2,56	44,5(42-47)		
Ölüm	dini açısından yaklaşım	22 $\pm$ 2,95	22(17-27)	121.5	<0.001*
	yasal, hak temelli yaklaşım	21 $\pm$ 0	21(21-21)		

	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	22,47 ± 3,04	23(16-29)		
	kişisel, etik, zor karar	24,31 ± 3,16	24(19-30)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	18 ± 4,15	18(13-23)		
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	23 ± 0	23(23-23)		
	kabul edilemez	22 ± 1,6	22(20-24)		
	çekimser	26 ± 2,02	26(23-29)		
	korku	22,5 ± 1,54	22,5(21-24)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	dini açısından yaklaşım	22,71 ± 1,76	23(19-25)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	26 ± 0	26(26-26)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	22,65 ± 2,75	22(19-28)		
	kişisel, etik, zor karar	24,46 ± 1,83	24(21-28)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	19,67 ± 2,4	18(18-23)	139.8	<0.001*
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	21 ± 0	21(21-21)		
	kabul edilemez	22,25 ± 4,01	20,5(19-29)		
	çekimser	23,8 ± 1,34	24(22-26)		
Ötanazi Toplam	korku	22 ± 0	22(22-22)		
	dini açısından yaklaşım	71,29 ± 8,39	69(60-87)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	97 ± 0	97(97-97)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	76,12 ± 11,94	74(58-105)		
	kişisel, etik, zor karar	85,23 ± 7,95	82(75-100)	251.5	<0.001*
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	57,67 ± 5,89	59(50-64)		
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	71 ± 0	71(71-71)		

	kabul edilemez	90,25 ± 5,88	88(85-100)		
	çekimser	83,2 ± 4,92	82(76-90)		
	korku	89 ± 4,1	89(85-93)		
Empati	dini açısından yaklaşım	4,91 ± 0,64	4,92(3,85-5,77)	45.02	<0.001*
	yasal, hak temelli yaklaşım	4,54 ± 0	4,54(4,54-4,54)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	4,58 ± 0,71	4,54(2,31-5,54)		
	kişisel, etik, zor karar	4,69 ± 0,7	4,77(3,15-6)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	4,36 ± 0,48	4,38(3,77-4,92)		
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	4,23 ± 0	4,23(4,23-4,23)		
	kabul edilemez	4,65 ± 0,37	4,58(4,23-5,23)		
	çekimser	4,69 ± 1	4,54(3,08-6)		
	korku	5,04 ± 0,04	5,04(5-5,08)		
	dini açısından yaklaşım	5,18 ± 0,39	5(4,79-5,86)		
Acıyı hafifletme	yasal, hak temelli yaklaşım	4,79 ± 0	4,79(4,79-4,79)	135.8	<0.001*
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	4,64 ± 0,54	4,57(3,64-5,71)		
	kişisel, etik, zor karar	4,78 ± 0,35	4,79(4,14-5,43)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	4,21 ± 0,74	3,93(3,5-5,21)		

	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	5,14 ± 0	5,14(5,14-5,14)		
	kabul edilemez	4,79 ± 0,28	4,79(4,43-5,14)		
	çekimser	5,23 ± 0,53	5,43(4,21-5,71)		
	korku	5,39 ± 0,04	5,39(5,36-5,43)		
	dini açısından yaklaşım	5,05 ± 0,5	4,93(4,33-5,81)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	4,67 ± 0	4,67(4,67-4,67)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	4,61 ± 0,55	4,63(3-5,56)		
	kişisel, etik, zor karar	4,74 ± 0,42	4,74(3,81-5,56)		
Merhamet Ortalama	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	4,28 ± 0,57	3,93(3,85-5,07)	85.10	<0.001*
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	4,7 ± 0	4,7(4,7-4,7)		
	kabul edilemez	4,72 ± 0,26	4,69(4,44-5,07)		
	çekimser	4,97 ± 0,74	4,96(3,67-5,85)		
	korku	5,22 ± 0,04	5,22(5,19-5,26)		
Kronik Yorgunluk	dini açısından yaklaşım	15,43 ± 8,86	14(5-26)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	5 ± 0	5(5-5)	85.75	<0.001*
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	16,06 ± 7,5	16(5-30)		

	kişisel, etik, zor karar	15,85 ± 4,66	17(6-24)		
	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	18 ± 5,81	15(13-26)		
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	30 ± 0	30(30-30)		
	kabul edilemez	15 ± 9,36	12(6-30)		
	çekimser	20,6 ± 6,9	24(8-27)		
	korku	22 ± 3,08	22(19-25)		
	dini açısından yaklaşım	19,43 ± 6,46	20(8-29)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	11 ± 0	11(11-11)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	19,59 ± 7,27	19(7-30)		
	kişisel, etik, zor karar	17,46 ± 5,32	18(5-24)		
Akut Yorgunluk	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	19,33 ± 0,48	19(19-20)	80.76	<0.001*
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	25 ± 0	25(25-25)		
	kabul edilemez	14,5 ± 8,99	13(4-28)		
	çekimser	24,4 ± 4,89	28(18-29)		
	korku	17,5 ± 1,54	17,5(16-19)		
	dini açısından yaklaşım	12,43 ± 7,22	11(3-21)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	17 ± 0	17(17-17)		
	tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım	13,06 ± 6,57	12(0-25)		
	kişisel, etik, zor karar	14,31 ± 4,83	16(5-20)		
Toparlanma	toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik	14,33 ± 2,4	16(11-16)	72.51	<0.001*
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	1 ± 0	1(1-1)		
	kabul edilemez	17,75 ± 8,54	20,5(4-26)		

	çekimser	9,2 ± 7,78	9(1-23)		
	korku	10,5 ± 3,59	10,5(7-14)		
	dini açısından yaklaşım	47,29 ± 9,41	53(32-58)		
	yasal, hak temelli yaklaşım	33 ± 0	33(33-33)		
	tıbbi, bilimsel, klnik yaklaşım	48,71 ± 7,42	49(34-61)		
	kişisel, etik, zor karar	47,62 ± 7,01	47(37-64)		
Tükenmişlik	toplumsal, kültürel yaklaşım ve	51,67 ± 3,92	50(48-57)	75.79	<0.001*
Toplam	uygulanabilirlik				
	manevi yaklaşım, onurlu ölüm	56 ± 0	56(56-56)		
	kabul edilemez	47,25 ± 9,64	45,5(36-62)		
	çekimser	54,2 ± 5,44	54(47-62)		
	korku	50 ± 1,03	50(49-51)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; yasal, hak temelli yaklaşım grubu Ötanazi, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, çekimser grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, korku grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, manevi yaklaşım, onurlu ölüm grubu Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, kabul edilemez grubu Toparlanma değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Acıyı hafifletme, Merhamet Ortalama değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, manevi yaklaşım, onurlu ölüm grubu Empati ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, yasal, hak temelli yaklaşım grubu Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir.

Ötanazi (H=261,294, p<0.001*), Ölüm (H=121,543, p<0.001*), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (H=139,875, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=251,509, p<0.001*), Empati (H=45,027, p<0.001*), Acıyı hafifletme (H=135,804, p<0.001*), Merhamet (H=85,844, p<0.001*), Kronik Yorgunluk (H=85,759, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=80,764, p<0.001*), Toparlanma (H=72,512, p<0.001*), Tükenmişlik

Toplam ($H=75,793$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ötanazi Tanımlama gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), çekimser ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli

yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), çekimser ile korku ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; kabul edilemez ile korku ($p=0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), çekimser ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; kişisel, etik, zor karar ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), çekimser ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$),

toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; dini açısından yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p=0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p=0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile korku ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p=0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p=0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile korku ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile korku ($p=0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$),

yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), çekimser ile korku ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile çekimser ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile çekimser ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; kişisel, etik, zor karar ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile yasal, hak temelli yaklaşım ($p<0.001^*$), kabul edilemez ile çekimser ($p<0.001^*$), dini açısından yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile manevi yaklaşım, onurlu ölüm ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile korku ($p<0.001^*$), manevi yaklaşım, onurlu ölüm ile korku ($p<0.001^*$), tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile toplumsal, kültürel yaklaşım ve uygulanabilirlik ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kabul edilemez ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile çekimser ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile kişisel, etik, zor karar ($p<0.001^*$), yasal, hak temelli yaklaşım ile tıbbi, bilimsel, klinik yaklaşım ($p<0.001^*$), kişisel, etik, zor karar ile çekimser ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 18).

4.19. Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Tablo 19.Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	uygulanamaz, red	42,94 ± 4,82	44,5(34-50)	261.074	<0.001*
	sınırlı, koşullu uygulama	30,14 ± 7,85	29(18-52)		
	onaylayanlara, isteyen herkese	25,38 ± 4,47	25(19-33)		
Ölüm	uygulanamaz, red	22,69 ± 2,24	22(19-27)	52.565	<0.001*
	sınırlı, koşullu uygulama	23,72 ± 3,4	23(17-30)		
	onaylayanlara, isteyen herkese	20,25 ± 3,58	21(13-24)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	uygulanamaz, red	23,25 ± 2,8	22,5(19-29)	5.534	0.063
	sınırlı, koşullu uygulama	23,07 ± 2,41	23(18-28)		
	onaylayanlara, isteyen herkese	22,38 ± 2,93	22,5(18-28)		
Ötanazi Toplam	uygulanamaz, red	88,88 ± 5,83	88(79-100)	208.169	<0.001*
	sınırlı, koşullu uygulama	76,93± 11,49	76(59-105)		
	onaylayanlara, isteyen herkese	68 ± 9,39	70,5(50-80)		
Empati	uygulanamaz, red	4,63 ± 0,58	4,65(3,15-5,54)	0.568	0.753
	sınırlı, koşullu uygulama	4,71 ± 0,57	4,54(3,08-6)		
	onaylayanlara, isteyen herkese	4,58 ± 1,14	4,54(2,31-6)		
Acıyı hafifletme	uygulanamaz, red	4,88 ± 0,35	4,86(4,43-5,5)	34.626	<0.001*
	sınırlı, koşullu uygulama	4,91 ± 0,54	4,93(3,79-5,86)		

	onaylayanlara, isteyen herkese	4,46 ± 0,66	4,36(3,5-5,57)		
	uygulanamaz, red	4,76 ± 0,42	4,76(3,81-5,44)		
Merhamet Ortalama	sınırlı, koşullu uygulama	4,81 ± 0,48	4,78(3,67-5,85)	11.792	0.003*
	onaylayanlara, isteyen herkese	4,51 ± 0,83	4,41(3-5,67)		
	uygulanamaz, red	16 ± 7,86	16,5(5-30)		
Kronik Yorgunluk	sınırlı, koşullu uygulama	17,45 ± 7,29	18(5-30)	7.925	0.019*
	onaylayanlara, isteyen herkese	15,12 ± 7,03	14,5(5-26)		
	uygulanamaz, red	18,25 ± 6,25	18,5(4-28)		
Akut Yorgunluk	sınırlı, koşullu uygulama	19,38 ± 6,91	19(5-30)	3.569	0.168
	onaylayanlara, isteyen herkese	18,88 ± 6,53	18,5(7-30)		
	uygulanamaz, red	14,31 ± 6,74	15,5(3-26)		
Toparlanma	sınırlı, koşullu uygulama	12,1 ± 6,35	11(0-25)	17.398	<0.001*
	onaylayanlara, isteyen herkese	14,25 ± 7,36	16,5(3-22)		
	uygulanamaz, red	48,56 ± 8,82	48,5(33-64)		
Tükenmişlik Toplam	sınırlı, koşullu uygulama	48,93 ± 7,32	49(32-62)	0.658	0.720
	onaylayanlara, isteyen herkese	48,25 ± 7,63	48,5(34-61)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; uygulanamaz, red grubu Ötanazi, Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, sınırlı, koşullu uygulama grubu Ölüm, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, onaylayanlara, isteyen

herkese grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet, Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, uygulanamaz, red grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, sınırlı, koşullu uygulama grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=5,534$, $p=0.063$), Empati ($H=0,568$, $p=0.753$), Akut Yorgunluk ($H=3,569$, $p=0.168$) ve Tükenmişlik Toplam ($H=0,658$, $p=0.720$) değişkenlerinin Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi ($H=261,074$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=52,565$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=208,169$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=34,626$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=10,873$, $p=0.004^*$), Kronik Yorgunluk ($H=7,925$, $p=0.019^*$), Toparlanma ($H=17,398$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ötanazi Uygulanabilecek Hastalar gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile sınırlı, koşullu uygulama ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; uygulanamaz, red ile sınırlı, koşullu uygulama ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$), sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile sınırlı, koşullu uygulama ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$), uygulanamaz, red ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p=0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p=0.015^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; sınırlı, koşullu uygulama ile onaylayanlara, isteyen herkese ($p=0.013^*$), uygulanamaz, red ile sınırlı, koşullu uygulama ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 19).

4.20. Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Tablo 20. Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	fiziksel ağrı ve acı	33,45 $\pm$ 8,01	33,5(20-52)	82.358	<0.001*
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	37,75 $\pm$ 9,72	40(18-50)		
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	32,58 $\pm$ 8,7	30,5(19-47)		
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	29,33 $\pm$ 12,71	21(20-47)		
	hastalık ve tedavi süreçleri	22 $\pm$ 0,83	22(21-23)		
	kararsız	30 $\pm$ 0	30(30-30)		
Ölüm	fiziksel ağrı ve acı	24,14 $\pm$ 3,1	24(16-30)	80.012	<0.001*
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	22,83 $\pm$ 3,22	22(18-29)		
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	21,42 $\pm$ 3,65	21,5(13-27)		
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	22 $\pm$ 1,66	22(20-24)		
	hastalık ve tedavi süreçleri	20,67 $\pm$ 2,09	21(18-23)		
	kararsız	23 $\pm$ 0	23(23-23)		
	fiziksel ağrı ve acı	23,45 $\pm$ 2,47	23,5(19-29)	35.784	<0.001*

	psikolojik, umutsuzluk, depresif	23,42 ± 2,23	23(20-28)	
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	22,67 ± 3,16	22,5(18-28)	
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	22 ± 2,49	22(19-25)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	21,67 ± 1,92	23(19-23)	
	kararsız	20 ± 0	20(20-20)	
	fiziksel ağrı ve acı	81,05 ± 10,86	81(58-105)	
Ötanazi Toplam	psikolojik, umutsuzluk, depresif	84 ± 10,67	86(59-97)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	76,67 ± 12,56	77,5(50-100)	92.869 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	73,33 ± 14,44	67(60-93)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	64,33 ± 4,18	65(59-69)	
	kararsız	73 ± 0	73(73-73)	
Empati	fiziksel ağrı ve acı	4,69 ± 0,52	4,58(3,85-6)	
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	4,53 ± 0,54	4,62(3,15-5,23)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	4,46 ± 1,01	4,5(2,31-6)	81.586 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	4,95 ± 0,04	4,92(4,92-5)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	5,62 ± 0,22	5,77(5,31-5,77)	
Acıyı hafifletme	kararsız	4,54 ± 0	4,54(4,54-4,54)	
	fiziksel ağrı ve acı	4,89 ± 0,51	4,89(3,79-5,71)	
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	4,85 ± 0,34	4,86(4,29-5,43)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	4,48 ± 0,59	4,57(3,5-5,5)	83.040 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	5,21 ± 0,21	5,36(4,93-5,36)	

	hastalık ve tedavi süreçleri	5,33 ± 0,56	5,57(4,57-5,86)	
	kararsız	4,79 ± 0	4,79(4,79-4,79)	
Merhamet Ortalama	fiziksel ağrı ve acı	4,79 ± 0,41	4,78(4,07-5,85)	
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	4,69 ± 0,4	4,78(3,81-5,26)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	4,47 ± 0,73	4,56(3-5,56)	96.680 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	5,09 ± 0,12	5,15(4,93-5,19)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	5,47 ± 0,4	5,67(4,93-5,81)	
	kararsız	4,67 ± 0	4,67(4,67-4,67)	
Kronik Yorgunluk	fiziksel ağrı ve acı	18,5 ± 7,58	18,5(6-30)	
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	12,08 ± 5,29	12(5-20)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	16,42 ± 7,95	17(5-27)	108.575 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	24,67 ± 1,27	25(23-26)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	13 ± 2,99	14(9-16)	
	kararsız	21 ± 0	21(21-21)	
Akut Yorgunluk	fiziksel ağrı ve acı	19,59 ± 7,86	19,5(4-30)	
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	18,25 ± 3,51	18,5(11-24)	
	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	17,5 ± 7,61	19,5(7-29)	27.714 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	23,67 ± 4,18	23(19-29)	
	hastalık ve tedavi süreçleri	18,33 ± 1,27	18(17-20)	
	kararsız	19 ± 0	19(19-19)	
Toparlanma	fiziksel ağrı ve acı	11,82 ± 7,07	11(0-26)	77.738 <0.001*
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	16,42 ± 3,94	16,5(11-23)	

	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	13,83 ± 7,56	16,5(1-25)
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	6,67 ± 2,92	7(3-10)
	hastalık ve tedavi süreçleri	14 ± 5,05	11(10-21)
	kararsız	9 ± 0	9(9-9)
	fiziksel ağrı ve acı	49,91 ± 7,72	49(36-62)
	psikolojik, umutsuzluk, depresif	46,75 ± 6,37	48(33-56)
Tükenmişlik	yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik	47,75 ± 9,62	48,5(32-64)
Toplam			40.788 <0.001*
	kurtuluş, kaçış, ölüm isteği	55 ± 2,99	56(51-58)
	hastalık ve tedavi süreçleri	45,33 ± 5,65	43(40-53)
	kararsız	49 ± 0	49(49-49)

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; psikolojik, umutsuzluk, depresif grubu Ötanazi, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, fiziksel ağrı ve acı grubu Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, hastalık ve tedavi süreçleri grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, kurtuluş, kaçış, ölüm isteği grubu Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, hastalık ve tedavi süreçleri grubu Ötanazi, Ölüm, Ötanazi Toplam ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, kararsız grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve Akut Yorgunluk değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, psikolojik, umutsuzluk, depresif grubu Kronik Yorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, kurtuluş, kaçış, ölüm isteği grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ötanazi (H=82,358, p<0.001*), Ölüm (H=80,012, p<0.001*), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum (H=35,784, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=92,869, p<0.001*), Empati (H=81,586, p<0.001*), Acıyı hafifletme (H=83,040, p<0.001*), Merhamet (H=98,562, p<0.001*), Kronik Yorgunluk (H=108,575, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=27,714, p<0.001*), Toparlanma (H=77,738, p<0.001*), Tükenmişlik

Toplam ($H=40,788$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Hastanın Ötanazi İsteme Nedeni gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p=0.002^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p=0.002^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kararsız ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kararsız ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p=0.002^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kararsız ($p=0.002^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p=0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kararsız ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve tedavi süreçleri

($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p=0.002^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; psikolojik, umutsuzluk, depresif ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p=0.003^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kararsız ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve

tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; psikolojik, umutsuzluk, depresif ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), hastalık ve tedavi süreçleri ile kararsız ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kararsız ($p<0.001^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; fiziksel ağrı ve acı ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p=0.003^*$), fiziksel ağrı ve acı ile psikolojik, umutsuzluk, depresif ($p=0.002^*$), fiziksel ağrı ve acı ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), yaşam kalitesi ve günlük işlevsellik ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile kararsız ($p<0.001^*$), kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ile hastalık ve tedavi süreçleri ($p<0.001^*$), psikolojik, umutsuzluk, depresif ile kurtuluş, kaçış, ölüm isteği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 20).

4.21. Ölüm talebi için uygulanacak girişimler gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Tablo 21. Ölüm talebi için uygulanacak girişimler gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	Psikiyatrik, psikolojik destek	33,08 $\pm$ 8,19	32(18-46)	95.35	<0.001*
	ağrı yönetimi, analjezi ve sedasyon	31,05 $\pm$ 8,57	29(20-47)		
	yasal ve etik çekinceler	35 $\pm$ 9,99	34(21-50)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	42,6 $\pm$ 3,87	42(38-47)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	26,4 $\pm$ 4,36	29(19-30)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	37,4 $\pm$ 11,7	38(22-52)		
Ölüm	Psikiyatrik, psikolojik destek	23,17 $\pm$ 3,55	23(17-29)	32.89	<0.001*

	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	23,16 ± 2,4	23(18-27)		
	yasal ve etik çekinceler	23,14 ± 2,71	22(21-29)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	21,6 ± 1,37	21(20-24)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	21,2 ± 5,21	21(13-29)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	23,8 ± 4,76	23(16-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	Psikiyatrik, psikolojik destek	23,5 ± 2,48	24(18-27)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	22,95 ± 2,31	23(19-28)		
	yasal ve etik çekinceler	23,57 ± 2,08	24(19-26)	71.56	<0.001*
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	21,4 ± 1,21	22(20-23)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	21,6 ± 3,48	20(18-28)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	24,4 ± 3,42	26(20-29)		
Ötanazi Toplam	Psikiyatrik, psikolojik destek	79,75 ± 11,39	80(59-100)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	77,16 ± 10,14	77(59-97)		
	yasal ve etik çekinceler	81,71 ± 10,55	81(65-97)	63.05	<0.001*
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	85,6 ± 4,59	85(79-93)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	69,2 ± 11,77	71(50-86)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	85,6 ± 18,23	94(58-105)		
Empati	Psikiyatrik, psikolojik destek	4,54 ± 0,45	4,5(3,77-5,38)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	4,79 ± 0,82	4,92(3,08-6)		
	yasal ve etik çekinceler	5,04 ± 0,45	5(4,54-5,77)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	4,62 ± 0,35	4,38(4,23-5,08)	81.97	<0.001*
	tedavi sonlandırma, palyatif	4,03 ± 0,87	4,38(2,31-4,54)		

	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	4,65 ± 0,47	4,46(4,23-5,54)		
Acıyı hafifletme	Psikiyatrik, psikolojik destek	4,85 ± 0,52	4,96(3,93-5,5)	98.56	<0.001*
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	4,91 ± 0,46	4,86(4,21-5,86)		
	yasal ve etik çekinceler	5,11 ± 0,3	5,07(4,79-5,57)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	4,93 ± 0,42	4,86(4,36-5,43)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	4,04 ± 0,51	3,79(3,5-4,79)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	4,74 ± 0,46	4,43(4,29-5,43)		
Merhamet Ortalama	Psikiyatrik, psikolojik destek	4,7 ± 0,39	4,7(3,85-5,44)	107.2	<0.001*
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	4,85 ± 0,59	4,85(3,67-5,85)		
	yasal ve etik çekinceler	5,08 ± 0,34	4,96(4,67-5,67)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	4,78 ± 0,38	4,63(4,37-5,26)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	4,04 ± 0,59	4,07(3-4,67)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	4,7 ± 0,23	4,7(4,37-4,96)		
Kronik Yorgunluk	Psikiyatrik, psikolojik destek	15,08 ± 6,72	14,5(5-27)	76.86	<0.001*
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	15,89 ± 6,97	16(5-26)		
	yasal ve etik çekinceler	15,14 ± 7,85	14(5-27)		
	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	18,4 ± 4,22	19(13-25)		
	tedavi sonlandırma, palyatif	15,2 ± 9,7	15(5-30)		

	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	25,2 ± 4,01	23(21-30)		
	Psikiyatrik, psikolojik destek	18,83 ± 5,25	18,5(8-28)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	20,89 ± 5,49	22(10-30)		
Akut	yasal ve etik çekinceler	15 ± 6,94	17(4-26)		
Yorgunluk	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	18 ± 4,82	19(10-24)	50.45	<0.001*
	tedavi sonlandırma, palyatif	16,2 ± 8,44	19(7-29)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	21,2 ± 9,16	25(5-30)		
	Psikiyatrik, psikolojik destek	13,92 ± 6,11	15,5(3-23)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	11,84 ± 6,35	11(1-23)		
Toparlanm	yasal ve etik çekinceler	17,57 ± 5,46	17(7-26)		
a	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	13,8 ± 4,16	14(7-18)	72.39	<0.001*
	tedavi sonlandırma, palyatif	14,4 ± 9,14	16(0-25)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	7,6 ± 5,13	8(1-16)		
	Psikiyatrik, psikolojik destek	47,83 ± 6,76	48(32-58)		
	ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon	48,63 ± 6,41	48(39-62)		
Tükenmişli	yasal ve etik çekinceler	47,71 ± 11,57	51(33-64)		
k Toplam	ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir	50,2 ± 4,3	51(43-56)	28.51	<0.001*
	tedavi sonlandırma, palyatif	45,8 ± 9,24	49(34-59)		
	bilinçsizlik, bilgi eksikliği	54 ± 7,64	56(42-62)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir grubu Ötanazi ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, bilinçsizlik, bilgi eksikliği grubu Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, yasal ve etik çekinceler grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, tedavi sonlandırma, palyatif grubu Ötanazi, Ölüm, Ötanazi Toplam, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve

Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, Psikiyatrik, psikolojik destek grubu Kronik Yorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, yasal ve etik çekinceler grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, bilinçsizlik, bilgi eksikliği grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ötanazi ($H=95,358$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=32,894$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=71,564$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=63,054$, $p<0.001^*$), Empati ($H=81,977$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=98,560$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=109,329$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=76,868$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=50,454$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=72,395$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=28,513$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin Ölüm talebi için uygulanacak girişimler gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p=0.002^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p=0.003^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p=0.002^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; Psikiyatrik, psikolojik destek ile ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile tedavi sonlandırma, palyatif

($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; Psikiyatrik, psikolojik destek ile ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p=0.003^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile yasal ve etik çekinceler ($p=0.003^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; Psikiyatrik, psikolojik destek ile ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile

tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;Psikiyatrik, psikolojik destek ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p=0.003^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p=0.002^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile tedavi sonlandırma, palyatif ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;Psikiyatrik, psikolojik destek ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ($p<0.001^*$), tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ötanazi uygulanamaz bir yöntemdir ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile yasal ve etik çekinceler ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), yasal ve etik çekinceler ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tedavi sonlandırma, palyatif ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), Psikiyatrik, psikolojik destek ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$), ağrı yönetimi, aneljezi ve sedasyon ile bilinçsizlik, bilgi eksikliği ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 21).

4.22. Ölüm İsteyen hasta karşısında hissedilenler gruplarına göre grupların karşılaştırılması

Tablo 22. Ölüm İsteyen hasta karşısında hissedilenler gruplarına göre grupların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	çaresizlik, yetersizlik	29,99 ± 9,45	31(19-48)	50.097	<0.001*
	üzüntü, hüznün, keder	33,5 ± 11,01	31,5(18-50)		
	empati, acıma	38,5 ± 6,76	38,5(28-47)		
	profesyonellik, etik sınırlar	33,2 ± 9,25	30(22-52)		
	destek, yardım arayışı	36 ± 7,34	34(29-47)		
	yaşamayan	29,53 ± 0,51	30(29-30)		
	demoralizasyon	27 ± 0	27(27-27)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	36,5 ± 1,54	36,5(35-38)		
	çaresizlik, yetersizlik	22,66 ± 3,75	24(13-27)		
Ölüm	üzüntü, hüznün, keder	22,42 ± 2,88	22(18-29)	85.487	<0.001*
	empati, acıma	24,5 ± 1,91	24(22-27)		
	profesyonellik, etik sınırlar	23,33 ± 3,87	23(16-30)		
	destek, yardım arayışı	20 ± 1,89	20,5(17-22)		
	yaşamayan	22,37 ± 2,56	20(20-25)		
	demoralizasyon	23 ± 0	23(23-23)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	25 ± 1,03	25(24-26)		
	çaresizlik, yetersizlik	22,81 ± 3,13	23(18-29)	64.177	<0.001*
	üzüntü, hüznün, keder	24,08 ± 1,71	24(22-28)		

Ölümçül Hastaya İlişkin Tutum	empati, acıma	23,67 ± 1,71	23,5(22-27)		
	profesyonellik, etik sınırlar	22,8 ± 3,22	22(18-28)		
	destek, yardım arayışı	21,75 ± 1,81	21,5(20-24)		
	yaşamayan	20,95 ± 1,03	20(20-22)		
	demoralizasyon	21 ± 0	21(21-21)		
Ötanazi	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	23 ± 0	23(23-23)	53.939	<0.001*
	çaresizlik, yetersizlik	75,46 ± 13,51	80(50-100)		
	üzüntü, hüznün, keder	80 ± 12,79	78,5(59-97)		
	empati, acıma	86,67 ± 8,06	85,5(76-100)		
	profesyonellik, etik sınırlar	79,33 ± 12,93	79(58-105)		
Toplam	destek, yardım arayışı	77,75 ± 5,96	76,5(71-87)		
	yaşamayan	72,84 ± 3,08	70(70-76)		
	demoralizasyon	71 ± 0	71(71-71)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	84,5 ± 2,56	84,5(82-87)		
	çaresizlik, yetersizlik	4,95 ± 0,52	4,85(4,38-6)	86.877	<0.001*
Empati	üzüntü, hüznün, keder	4,48 ± 0,77	4,65(3,08-5,54)		
	empati, acıma	4,79 ± 0,27	4,73(4,38-5,23)		
	profesyonellik, etik sınırlar	4,82 ± 0,62	4,54(3,77-6)		
	destek, yardım arayışı	3,83 ± 0,89	4,27(2,31-4,46)		

Acıyı hafifletme	yaşamayan	4,74 ± 0,63	4,15(4,15-5,38)	77.117	<0.001*
	demoralizasyon	4,23 ± 0	4,23(4,23-4,23)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	4,46 ± 0,47	4,46(4-4,92)		
	çaresizlik, yetersizlik	4,96 ± 0,62	5(3,5-5,71)		
	üzüntü, hüznün, keder	4,83 ± 0,4	4,82(4,21-5,5)		
	empati, acıma	4,65 ± 0,44	4,57(4,14-5,36)		
	profesyonellik, etik sınırlar	4,8 ± 0,56	4,86(3,79-5,86)		
	destek, yardım arayışı	4,55 ± 0,56	4,71(3,64-5,14)		
	yaşamayan	5,53 ± 0,18	5,36(5,36-5,71)		
	demoralizasyon	5,14 ± 0	5,14(5,14-5,14)		
Merhamet Ortalama	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	4,54 ± 0,04	4,54(4,5-4,57)	67.654	<0.001*
	çaresizlik, yetersizlik	4,96 ± 0,52	4,93(3,93-5,85)		
	üzüntü, hüznün, keder	4,66 ± 0,55	4,74(3,67-5,44)		
	empati, acıma	4,72 ± 0,27	4,72(4,37-5,19)		
	profesyonellik, etik sınırlar	4,81 ± 0,51	4,93(3,85-5,81)		

	destek, yardım arayışı	4,2 ± 0,71	4,54(3-4,74)		
	yaşamayan	5,15 ± 0,4	4,78(4,78-5,56)		
	demoralizasyon	4,7 ± 0	4,7(4,7-4,7)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	4,5 ± 0,21	4,5(4,3-4,7)		
Kronik Yorgunluk	çaresizlik, yetersizlik	19,51 ± 6,53	19(6-30)		
	üzüntü, hüznün, keder	16,17 ± 8,41	14(5-27)		
	empati, acıma	13,33 ± 6,76	12,5(5-25)		
	profesyonellik, etik sınırlar	18,07 ± 6,38	20(8-30)		
	destek, yardım arayışı	10,25 ± 5,33	10(5-16)	113.471	<0.001*
	yaşamayan	9,16 ± 3,08	12(6-12)		
	demoralizasyon	30 ± 0	30(30-30)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	16,5 ± 0,51	16,5(16-17)		
Akut Yorgunluk	çaresizlik, yetersizlik	19,19 ± 7,11	19(4-30)		
	üzüntü, hüznün, keder	19,83 ± 7,25	21(7-29)		
	empati, acıma	18 ± 3,86	18(13-24)		
	profesyonellik, etik sınırlar	19,07 ± 5,87	19(5-30)		
	destek, yardım arayışı	10,5 ± 3,95	9(7-17)	116.263	<0.001*
	yaşamayan	27,89 ± 2,05	26(26-30)		
	demoralizasyon	25 ± 0	25(25-25)		
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	20 ± 2,05	20(18-22)		
Toparlanma	çaresizlik, yetersizlik	13,98 ± 6,27	16(4-26)	74.116	<0.001*

	üzüntü, hüznün, keder	11,92 ± 7,56	13,5(1-25)	
	empati, acıma	15,33 ± 5,57	17(7-22)	
	profesyonellik, etik sınırlar	12,47 ± 6,16	11(0-23)	
	destek, yardım arayışı	18,5 ± 2,53	18,5(15-22)	
	yaşamayan	8,32 ± 3,59	5(5-12)	
	demoralizasyon	1 ± 0	1(1-1)	
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	13 ± 7,18	13(6-20)	
Tükenmişlik Toplam	çaresizlik, yetersizlik	52,68 ± 7,21	53(36-62)	
	üzüntü, hüznün, keder	47,92 ± 9,48	48(33-64)	
	empati, acıma	46,67 ± 5,03	48(39-52)	
	profesyonellik, etik sınırlar	49,6 ± 6,25	49(40-61)	
	destek, yardım arayışı	39,25 ± 6,62	38,5(32-48)	103.364 <0.001*
	yaşamayan	45,37 ± 2,56	43(43-48)	
	demoralizasyon	56 ± 0	56(56-56)	
	Ötanazi doğru bir uygulama değildir	49,5 ± 4,62	49,5(45-54)	

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; empati, acıma grubu Ötanazi ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, Ötanazi doğru bir uygulama değildir grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, üzüntü, hüznün, keder grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, çaresizlik, yetersizlik grubu Empati değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, yaşamayan grubu Acıyı hafifletme, Merhamet ve Akut Yorgunluk değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, demoralizasyon grubu Kronik Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, destek, yardım arayışı grubu Toparlanma değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, demoralizasyon grubu Ötanazi, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, destek, yardım arayışı grubu Ölüm, Empati, Merhamet, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde

en düşük değerlere sahiptir, yaşamayan grubu lml Hastaya İlişkin Tutum ve Kronik Yorgunluk değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, ötanazi doğru bir uygulama değildir grubu Acıyı hafifletme değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

tanazi ($H=50,097$, $p<0.001^*$), lm ($H=85,487$, $p<0.001^*$), lml Hastaya İlişkin Tutum ($H=64,177$, $p<0.001^*$), tanazi Toplam ($H=53,939$, $p<0.001^*$), Empati ($H=86,877$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=77,117$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=67,132$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=113,471$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=116,263$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=74,116$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=103,364$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin lm İsteyen hasta karşısında hissedilenler gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

tanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;empati, acıma ile profesyonellik, etik sınırlar ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), yaşamayan ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;profesyonellik, etik sınırlar ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p=0.001^*$), empati, acıma ile profesyonellik, etik sınırlar ($p=0.001^*$), demoralizasyon ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile empati, acıma ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

lml Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüzün, keder ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile profesyonellik, etik sınırlar ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$), yaşamayan ile ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), üzüntü, hüzün, keder ile yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;üzüntü, hüznün, keder ile empati, acıma ($p=0.001^*$), destek, yardım arayışı ile yaşamayan ($p=0.001^*$), empati, acıma ile profesyonellik, etik sınırlar ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), yaşamayan ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüznün, keder ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ,

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;destek, yardım arayışı ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p=0.002^*$), çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüznün, keder ($p=0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p=0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile yaşamayan ($p<0.001^*$), yaşamayan ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile yaşamayan ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;üzüntü, hüznün, keder ile yaşamayan ($p<0.001^*$), empati, acıma ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüznün, keder ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir

($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), yaşamayan ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüznün, keder ($p=0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), empati, acıma ile profesyonellik, etik sınırlar ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile yaşamayan ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), yaşamayan ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile yaşamayan ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; profesyonellik, etik sınırlar ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile yaşamayan ($p<0.001^*$), yaşamayan ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile yaşamayan ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile yaşamayan ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; üzüntü, hüznün, keder ile empati, acıma ($p=0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile yaşamayan ($p<0.001^*$), empati, acıma ile yaşamayan ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile

demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile yaşamayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; çaresizlik, yetersizlik ile üzüntü, hüznün, keder ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile profesyonellik, etik sınırlar ($p<0.001^*$), yaşamayan ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), demoralizasyon ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile Ötanazi doğru bir uygulama değildir ($p<0.001^*$), destek, yardım arayışı ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), empati, acıma ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile yaşamayan ($p<0.001^*$), empati, acıma ile demoralizasyon ($p<0.001^*$), üzüntü, hüznün, keder ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile empati, acıma ($p<0.001^*$), profesyonellik, etik sınırlar ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$), çaresizlik, yetersizlik ile destek, yardım arayışı ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 22).

4.23. Ölümünü İsteyen Hasta Karşısında Davranışlar Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması

Tablo 23. Ölümünü İsteyen Hasta Karşısında Davranışlar Gruplarına Göre Puanların Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	tıbbi destek, ağrı kontrolü	28 $\pm$ 7,79	25(20-42)	87.971	<0.001*
	psikolojik destek, moral verme	34,61 $\pm$ 10,42	32,5(18-52)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	32,25 $\pm$ 8,49	31,5(20-47)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	41,33 $\pm$ 7,44	46(31-47)		
	kabul, saygı, sessizlik	30,33 $\pm$ 2,67	29(28-34)		
	destek tedavisine son vermek	24 $\pm$ 0	24(24-24)		

	Bu durum ile karşılaşmayan	37,57 ± 6,93	38(30-50)		
Ölüm	tıbbi destek, ağrı kontrolü	22,22 ± 2,84	22(16-27)		
	psikolojik destek, moral verme	22,17 ± 3,93	23(13-29)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	23,75 ± 2,96	23,5(20-29)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	24,33 ± 2,09	24(22-27)	37.769	<0.001*
	kabul, saygı, sessizlik	22,67 ± 1,73	22(21-25)		
	destek tedavisine son vermek	20 ± 0	20(20-20)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	24 ± 3,23	23(20-30)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	tıbbi destek, ağrı kontrolü	23,33 ± 1,64	23(20-26)		
	psikolojik destek, moral verme	22,44 ± 2,59	22,5(18-29)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	22,5 ± 2,86	22,5(18-28)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	26,67 ± 1,27	27(25-28)	90.567	<0.001*
	kabul, saygı, sessizlik	25 ± 2,2	24(23-28)		
	destek tedavisine son vermek	22 ± 0	22(22-22)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	22,71 ± 2,45	22(20-26)		
Ötanazi Toplam	tıbbi destek, ağrı kontrolü	73,56 ± 9,48	73(58-87)		
	psikolojik destek, moral verme	79,22 ± 14,36	78(50-105)	83.264	<0.001*
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	78,5 ± 9,83	81(60-93)		

	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	92,33 ± 8,96	97(80-100)		
	kabul, saygı, sessizlik	78 ± 2,99	77(75-82)		
	destek tedavisine son vermek	66 ± 0	66(66-66)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	84,29 ± 9,6	87(70-97)		
Empati	tıbbi destek, ağrı kontrolü	4,99 ± 0,63	5,08(3,85-5,77)		
	psikolojik destek, moral verme	4,41 ± 0,79	4,58(2,31-5,38)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	4,62 ± 0,55	4,46(3,77-5,54)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	4,85 ± 0,29	4,77(4,54-5,23)	55.581	<0.001*
	kabul, saygı, sessizlik	5,44 ± 0,81	6(4,31-6)		
	destek tedavisine son vermek	4,54 ± 0	4,54(4,54-4,54)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	4,6 ± 0,31	4,54(4,15-5,23)		
Acıyı hafifletme	tıbbi destek, ağrı kontrolü	5,19 ± 0,5	5,43(4,36-5,86)		
	psikolojik destek, moral verme	4,65 ± 0,53	4,71(3,5-5,5)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	4,73 ± 0,52	4,75(3,79-5,71)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	4,55 ± 0,3	4,64(4,14-4,86)	108.15	<0.001*
	kabul, saygı, sessizlik	5,33 ± 0,27	5,14(5,14-5,71)		
	destek tedavisine son vermek	4,5 ± 0	4,5(4,5-4,5)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	4,94 ± 0,36	4,93(4,29-5,43)		

Merhamet Ortalama	tıbbi destek, ağrı kontrolü	5,09 ± 0,48	5,15(4,33-5,81)	99.960	<0.001*
	psikolojik destek, moral verme	4,53 ± 0,6	4,72(3-5,44)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	4,68 ± 0,49	4,67(3,85-5,56)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	4,69 ± 0,09	4,67(4,59-4,81)		
	kabul, saygı, sessizlik	5,38 ± 0,48	5,56(4,74-5,85)		
	destek tedavisine son vermek	4,52 ± 0	4,52(4,52-4,52)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	4,78 ± 0,18	4,78(4,48-5,07)		
Kronik Yorgunluk	tıbbi destek, ağrı kontrolü	19,56 ± 6,15	19(9-27)	90.062	<0.001*
	psikolojik destek, moral verme	16,22 ± 8,28	15,5(5-30)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	18,58 ± 6,72	18,5(6-30)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	15,33 ± 2,92	15(12-19)		
	kabul, saygı, sessizlik	20,33 ± 3,74	20(16-25)		
	destek tedavisine son vermek	5 ± 0	5(5-5)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	11,43 ± 6,5	9(5-21)		
Akut Yorgunluk	tıbbi destek, ağrı kontrolü	22,44 ± 4,79	21(16-30)	94.168	<0.001*
	psikolojik destek, moral verme	17,78 ± 7,16	18,5(4-29)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	20,25 ± 5,93	20(10-30)		
	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	20,67 ± 3,46	22(16-24)		

	kabul, saygı, sessizlik	22,33 ± 4,57	22(17-28)		
	destek tedavisine son vermek	7 ± 0	7(7-7)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	14,86 ± 6,12	14(5-26)		
	tıbbi destek, ağrı kontrolü	10,56 ± 5,9	10(3-21)		
	psikolojik destek, moral verme	12,72 ± 7,15	16(1-26)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	13,92 ± 6,4	14,5(0-23)		
Toparlanma	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	12,33 ± 3,46	11(9-17)	71.929	<0.001*
	kabul, saygı, sessizlik	9,67 ± 4,18	9(5-15)		
	destek tedavisine son vermek	25 ± 0	25(25-25)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	16 ± 6,28	17(5-23)		
	tıbbi destek, ağrı kontrolü	52,56 ± 6,34	53(40-61)		
	psikolojik destek, moral verme	46,72 ± 8,45	48,5(32-62)		
	yasal, etik sınırlar, karşıtlık	52,75 ± 5,84	53(43-64)		
Tükenmişlik	fikir değiştirmeye çalışma, ikna	48,33 ± 2,92	48(45-52)	138.28	<0.001*
Toplam	kabul, saygı, sessizlik	52,33 ± 6,96	48(47-62)		
	destek tedavisine son vermek	37 ± 0	37(37-37)		
	Bu durum ile karşılaşmayan	42,29 ± 5,04	42(33-49)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; fikir değiştirmeye çalışma, ikna grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir,

kabul, saygı, sessizlik grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve Kronik Yorgunluk değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, tıbbi destek, ağrı kontrolü grubu Akut Yorgunluk değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, destek tedavisine son vermek grubu Toparlanma değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, yasal, etik sınırlar, karşıtlık grubu Tükenmişlik Toplam değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, destek tedavisine son vermek grubu Ötanazi, Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Acıyı hafifletme, Merhamet, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, psikolojik destek, moral verme grubu Empati değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir, kabul, saygı, sessizlik grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Ötanazi ($H=87,971$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=37,769$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=90,567$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=83,264$, $p<0.001^*$), Empati ($H=55,581$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=108,156$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=98,754$, $p<0.001^*$), Kronik Yorgunluk ($H=90,062$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=94,168$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=71,929$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=138,289$, $p<0.001^*$) değişkenlerinin ölümü isteyen hasta karşısında hissedilen gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi destek, ağrı kontrolü ile kabul, saygı, sessizlik ($p=0.002^*$), psikolojik destek, moral verme ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı,

sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi destek, ağrı kontrolü ile kabul, saygı, sessizlik ($p=0.002^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p=0.002^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p=0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; tıbbi destek, ağrı kontrolü ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı

kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p=0.002^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile kabul, saygı,

sessizlik ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;psikolojik destek, moral verme ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;psikolojik destek, moral verme ile kabul, saygı, sessizlik ($p=0.002^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile kabul, saygı, sessizlik ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada;psikolojik destek, moral verme ile destek tedavisine son vermek ($p=0.001^*$), destek tedavisine son vermek ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile fikir değiştirmeye çalışma, ikna ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile destek

tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile destek tedavisine son vermek ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile psikolojik destek, moral verme ($p<0.001^*$), fikir değiştirmeye çalışma, ikna ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), kabul, saygı, sessizlik ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), psikolojik destek, moral verme ile yasal, etik sınırlar, karşıtlık ($p<0.001^*$), tıbbi destek, ağrı kontrolü ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$), yasal, etik sınırlar, karşıtlık ile Bu durum ile karşılaşmayan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 23).

4.24. Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Tablo 24. Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M(Min-Max)	H	p
Ötanazi	hayır	33,48 $\pm$ 9,4	33(18-52)	25.2	<0.001*
	eğitim alan	31,71 $\pm$ 8,45	30(19-50)		
	eğitim döneminde alan	36,5 $\pm$ 10,77	36,5(26-47)		
	istemeyen	47 $\pm$ 0	47(47-47)		
Ölüm	hayır	22,85 $\pm$ 3,41	23(16-30)	19.981	<0.001*
	eğitim alan	23,12 $\pm$ 3,42	23(13-29)		
	eğitim döneminde alan	23 $\pm$ 1,03	23(22-24)		
	istemeyen	20 $\pm$ 0	20(20-20)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	hayır	22,97 $\pm$ 2,65	23(18-29)	38.636	<0.001*
	eğitim alan	22,94 $\pm$ 2,42	23(18-28)		
	eğitim döneminde alan	26 $\pm$ 2,05	26(24-28)		
	istemeyen	20 $\pm$ 0	20(20-20)		

Ötanazi Toplam	hayır	79,3 ± 12,49	80(58-105)	12.398	0.006*
	eğitim alan	77,76 ± 11,23	78(50-97)		
	eğitim döneminde alan	85,5 ± 11,8	85,5(74-97)		
	istemeyen	87 ± 0	87(87-87)		
Empati	hayır	4,56 ± 0,7	4,62(2,31-5,54)	27.565	<0.001*
	eğitim alan	4,86 ± 0,67	4,54(3,85-6)		
	eğitim döneminde alan	4,96 ± 0,2	4,96(4,77-5,15)		
	istemeyen	4,23 ± 0	4,23(4,23-4,23)		
Acıyı hafifletme	hayır	4,71 ± 0,49	4,79(3,64-5,71)	54.173	<0.001*
	eğitim alan	5,02 ± 0,58	5,14(3,5-5,86)		
	eğitim döneminde alan	5,18 ± 0,33	5,18(4,86-5,5)		
	istemeyen	4,64 ± 0	4,64(4,64-4,64)		
Merhamet Ortalama	hayır	4,64 ± 0,52	4,74(3-5,56)	40.874	<0.001*
	eğitim alan	4,95 ± 0,55	4,81(3,93-5,85)		
	eğitim döneminde alan	5,07 ± 0,27	5,07(4,81-5,33)		
	istemeyen	4,44 ± 0	4,44(4,44-4,44)		

	hayır	16,45 ± 7,97	17(5-30)		
	eğitim alan	16,65 ± 6,67	17(5-27)		
Kronik Yorgunluk	eğitim döneminde alan	21 ± 6,16	21(15-27)	7.804	0.050
	istemeyen	15 ± 0	15(15-15)		
	hayır	18,39 ± 7,47	18(4-30)		
	eğitim alan	20 ± 4,55	19(11-28)		
Akut Yorgunluk	eğitim döneminde alan	24 ± 2,05	24(22-26)	36.240	<0.001*
	istemeyen	10 ± 0	10(10-10)		
	hayır	13,94 ± 6,9	16(0-26)		
	eğitim alan	11,65 ± 6,36	10(3-23)		
Toparlanma	eğitim döneminde alan	9 ± 2,05	9(7-11)	29.290	<0.001*
	istemeyen	18 ± 0	18(18-18)		
	hayır	48,79 ± 8,44	49(32-64)		
	eğitim alan	48,29 ± 6,63	49(33-62)		
Tükenmişlik Toplam	eğitim döneminde alan	54 ± 6,16	54(48-60)	15.381	0.002*
	istemeyen	43 ± 0	43(43-43)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; istemeyen grubu Ötanazi, Ötanazi Toplam ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, eğitim alan grubu Ölüm değerlendirmesinde en yüksek değere sahiptir, eğitim döneminde alan grubu Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, eğitim alan grubu Ötanazi ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, istemeyen grubu Ölüm, Ölümcül Hastaya İlişkin

Tutum, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, eğitim döneminde alan grubu Toparlanma değerlendirmesinde en düşük değere sahiptir.

Kronik Yorgunluk ($H=7,804$, $p=0.050$) değişkeninin Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi ($H=25,246$, $p<0.001^*$), Ölüm ($H=19,981$, $p<0.001^*$), Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum ($H=38,636$, $p<0.001^*$), Ötanazi Toplam ($H=12,398$, $p=0.006^*$), Empati ($H=27,565$, $p<0.001^*$), Acıyı hafifletme ($H=54,173$, $p<0.001^*$), Merhamet ($H=39,700$, $p<0.001^*$), Akut Yorgunluk ($H=36,240$, $p<0.001^*$), Toparlanma ($H=29,290$, $p<0.001^*$), Tükenmişlik Toplam ($H=15,381$, $p=0.002^*$) değişkenlerinin Ölüm ölümcül hasta ve ötanazi için bilgi alma gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p=0.008^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), hayır ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölüm değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$), eğitim alan ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim alan ile eğitim döneminde alan ($p=0.005^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p=0.005^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Empati değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile eğitim döneminde alan ($p=0.004^*$), hayır ile eğitim alan ($p=0.002^*$), hayır ile istemeyen ($p=0.001^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim alan ile istemeyen ($p=0.002^*$), hayır ile eğitim döneminde

alan ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim alan ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim alan ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile istemeyen ($p=0.001^*$), hayır ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$), eğitim alan ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim alan ile istemeyen ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim alan ($p<0.001^*$), hayır ile eğitim döneminde alan ($p<0.001^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; eğitim alan ile eğitim döneminde alan ($p=0.003^*$), eğitim alan ile istemeyen ($p=0.002^*$), eğitim döneminde alan ile istemeyen ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 24).

4.25. Ölüm ölümcül hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Tablo 25. Ölüm ölümcül hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç gruplarına göre puanların karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	M (Min - Max)	H	p
Ötanazi	hayır	37,94 $\pm$ 8,75	38(21-52)	87.269	<0.001*
	evet	30,81 $\pm$ 8,48	29(18-47)		
	kararsız	48 $\pm$ 0	48(48-48)		
Ölüm	hayır	23,31 $\pm$ 2,98	22,5(20-30)	0.313	0.855

	evet	22,69 ± 3,52	23(13-29)		
	kararsız	23 ± 0	23(23-23)		
	hayır	22,5 ± 2,33	22(19-26)		
Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum	evet	23,08 ± 2,58	23(18-28)	38.882	<0.001*
	kararsız	29 ± 0	29(29-29)		
	hayır	83,75 ± 10,8	86(65-105)		
Ötanazi Toplam	evet	76,58 ± 11,61	76,5(50-100)	63.949	<0.001*
	kararsız	100 ± 0	100(100-100)		
	hayır	4,75 ± 0,55	4,54(4,08-6)		
Empati	evet	4,63 ± 0,75	4,73(2,31-6)	0.015	0.992
	kararsız	4,62 ± 0	4,62(4,62-4,62)		
	hayır	4,99 ± 0,45	4,89(4,29-5,71)		
Acıyı hafifletme	evet	4,77 ± 0,56	4,79(3,5-5,86)	23.886	<0.001*
	kararsız	4,43 ± 0	4,43(4,43-4,43)		
	hayır	4,88 ± 0,44	4,8(4,3-5,85)		
Merhamet Ortalama	evet	4,7 ± 0,58	4,76(3-5,81)	8.063	0.018*
	kararsız	4,52 ± 0	4,52(4,52-4,52)		
	hayır	13,06 ± 6,59	13(5-25)		
Kronik Yorgunluk	evet	17,89 ± 7,13	18,5(5-30)	72.110	<0.001*
	kararsız	30 ± 0	30(30-30)		
	hayır	16,5 ± 7,8	17(4-30)		
Akut Yorgunluk	evet	19,81 ± 5,73	19,5(7-30)	42.419	<0.001*
	kararsız	28 ± 0	28(28-28)		
Toparlanma	hayır	15,94 ± 6,33	17(5-26)	53.697	<0.001*

	evet	12,08 ± 6,44	11(0-23)		
	kararsız	4 ± 0	4(4-4)		
	hayır	45,5 ± 7,54	44(33-62)		
Tükenmişlik Toplam	evet	49,78 ± 7,39	50(32-64)	63.200	<0.001*
	kararsız	62 ± 0	62(62-62)		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, M; Medyan, H; Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0.05

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; kararsız grubu Ötanazi, Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum, Ötanazi Toplam, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, hayır grubu Ölüm, Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve Toparlanma değerlendirmelerinde en yüksek değerlere sahiptir, evet grubu Ötanazi, Ölüm ve Ötanazi Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, hayır grubu Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum, Kronik Yorgunluk, Akut Yorgunluk ve Tükenmişlik Toplam değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir, kararsız grubu Empati, Acıyı hafifletme, Merhamet ve Toparlanma değerlendirmelerinde en düşük değerlere sahiptir.

Ölüm (H=0,313, p=0.855) ve Empati (H=0,015, p=0.992) değişkenlerinin Ölüm ölümcul hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç gruplarındaki değişimleri arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak, Ötanazi (H=87,269, p<0.001*), Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum (H=38,882, p<0.001*), Ötanazi Toplam (H=63,949, p<0.001*), Acıyı hafifletme (H=23,886, p<0.001*), Merhamet (H=7,231, p=0.027*), Kronik Yorgunluk (H=72,110, p<0.001*), Akut Yorgunluk (H=42,419, p<0.001*), Toparlanma (H=53,697, p<0.001*), Tükenmişlik Toplam (H=63,200, p<0.001*) değişkenlerinin Ölüm ölümcul hasta ötanazi için danışmanlık ihtiyaç gruplarındaki değişimlerinde istatistiksel farklılık bulundu.

Ötanazi değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile kararsız (p<0.001*), evet ile kararsız (p<0.001*), hayır ile evet (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ölümcul Hastaya İlişkin Tutum değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile evet (p=0.002*), hayır ile kararsız (p<0.001*), evet ile kararsız (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ötanazi Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile kararsız (p<0.001*), evet ile kararsız (p<0.001*), hayır ile evet (p<0.001*) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Acıyı hafifletme değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; evet ile kararsız ($p=0.016^*$), hayır ile evet ($p<0.001^*$), hayır ile kararsız ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Merhamet değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile kararsız ($p=0.008^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Kronik Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; evet ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile evet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Akut Yorgunluk değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; evet ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile evet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Toparlanma değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; evet ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile evet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tükenmişlik Toplam değişkeninde gruplar arası farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (grup içi ikili) karşılaştırmada; hayır ile kararsız ($p<0.001^*$), evet ile kararsız ($p<0.001^*$), hayır ile evet ($p<0.001^*$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

4.26.Ölçekler Arasındaki İlişkide Yapısal Eşitlik Modeli

Merhamet puanları model için bağımsız değişken olarak belirlendi. Tükenmişlik aracı değişkeni ve ötanazi ise bağımlı değişkeni göstermektedir. Modele ait aşağıdaki hipotezler sırasıyla test edilmiştir (Şekil 2).

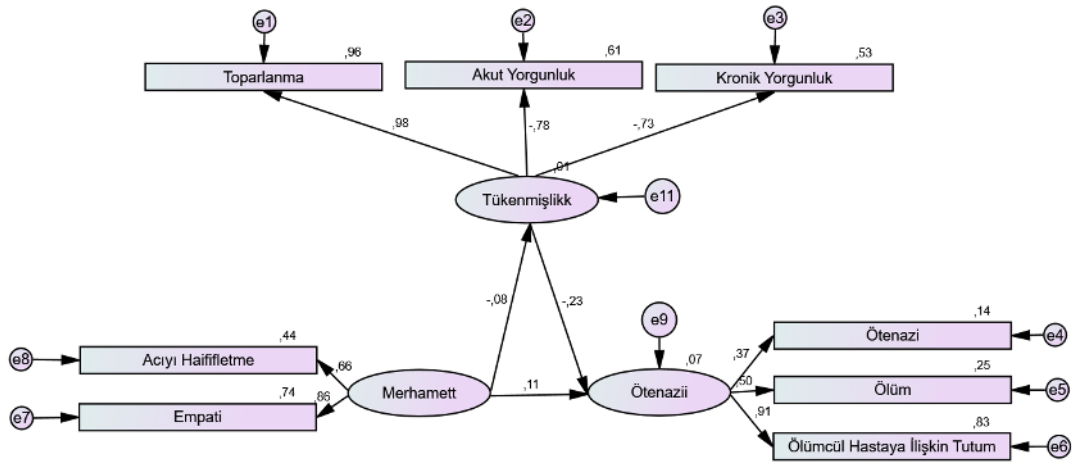
H₁: Merhamet ile Ötanazi arasındaki ilişkide tükenmişlik aracılık etkisine sahiptir.

H₂: Ötanazi merhamet düzeyinden etkilenmektedir.

H₃: Ötanazi tükenmişlik düzeyinden etkilenmektedir.

H₄: Tükenmişlik merhametten etkilenmektedir.

Aracılık modeli öncesi ölçüm modeli analizi yapılarak yorumlandı.



Şekil 2. Merhamet ile Ötenazi arasındaki ilişkide tükenmişlik aracılık etkisi

4.27. Aracılık modeli tanımlayıcı katsayıları

Tablo 26. Aracılık modeli tanımlayıcı katsayıları

Açıklayan Değişken	Açıklanan Değişken	β_1	β_2	p	R ²
Merhamet	Tükenmişlik	-0.083	-0.915	0.185	0.001
Merhamet	Ötenazi	0.110	0.641	0.143	0.007
Tükenmişlik	Ötenazi	-0.232	-0.122	0.001*	

β_1 ; standartlaştırılmış regresyon katsayısı, β_2 ; standartlaştırılmamış regresyon katsayısı, * $p < 0,05$, R²; açıklayıcılık katsayısı

Merhamet puanları ile tükenmişlik ($\beta_1 = -0.083$) arasında negatif yönde, merhamet ile ötenazi ($\beta_1 = 0.110$) arasında pozitif yönlü ilişki vardır. Merhamet puanları arttıkça tükenmişlik azalacak ötenazi puanları artacaktır. Ancak Merhamet puanı tükenmişlik ($p = 0.185$) ve ötenazi ($p = 0.143$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Ötenazi ile tükenmişlik arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p = 0.001$). Tükenmişlik 1 puan artarsa ötenazi 0.122 puan azalacaktır ($\beta_1 = -0.122$). Tükenmişlik puanları Ötenazi puanlarındaki değişimin %7'sini açıklamaktadır ($R^2 = 0.007$).

Aracılık analizi için yeni yaklaşım olan Bootstrap sonuçları değerlendirildiğinde tükenmişlik aracılığı ile merhamet puanlarının ötanazi puanlarında dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu hesaplandı ($\beta=0.674$, GA [(0.001)-(0.053)])(Tablo 26).

4.28. Kısmi Aracılık Modeli Etki ve Anlamlılık Düzeyi

Tablo 27. Kısmi Aracılık Modeli Etki ve Anlamlılık Düzeyi

Modeller	β	CI %95		p
		Lower Bound	Upper Bound	
Aracılık Modeli	0.019	0.001	0.053	0.001*

β ; standartlaştırılmış dolaylı etki katsayısı, CI; güven aralığı, *; Güven aralığı 0'ı içermediği için model istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yüzdelik yöntemi kullanımı ile elde edilmiş olan Bootstrap alt güven aralığı (0.001) ve üst güven aralığının (0.053) sıfır (0) değerini kapsamadığı görüldü (Hayes, 2018; İnceoğlu, 2023). Aracı model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Merhamet puanlarının tükenmişlik puanları aracılığı ile ötanazi puanlarını açıklamadaki dolaylı etkisi 0.019'dur (Tablo 27).

Araştırma sonucunda elde edilen faktörler ile kurulan modelin doğrulanıp doğrulanmadığını birden fazla uyum indeksi ile gösteren yapısal eşitlik modellemesinde tek bir uyum indeksi yerine tüm indeksler bir arada değerlendirmektedir. YEM sonucunda model anlamlılığı için hesaplanan indeks değerleri χ^2/df (Chi-Square Goodness of Fit; χ^2 , df; degree of freedom) 0.438 ve modelde yer alan örneklem sayısının yeterliliği için kullanılan RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değerinin 0.077 bulundu. GFI (Godness of Fit Index) 0.963 CFI (Compretive Fit Indeks) ve IFI (Incremental Fit Index) 0.950 ve NFI (Normed Fit Index) ise 0.945 bulundu (İnceoğlu ve ark., 2023; İnceoğlu ve Zayman, 2023). Çalışma için kurulan hipotezler; H_1 , H_2 ve H_4 istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ancak H_3 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ötanazi ile tükenmişlik arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı ilişki bulundu (İnceoğlu, 2023).

Merhamet puanının artmasına bağlı olarak tükenmişlik puanları azalacaktır. Tükenmişliğin azalmasına bağlı olarak ise ötanazi artış gösterecektir. Ancak merhamet puanlarındaki değişim ötanazi puanlarında değişime neden olmayacaktır. Merhamet ve ötanazi arasındaki ilişkide tükenmişlik dolaylı etkiye sahiptir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin merhamet düzeyleri ve tükenmişlik durumlarının ölüm kararı, ölüme karşı tutumları ve ötanaziye olanak bakış açılarının ayrıntılı olarak incelendiği ilk çalışmadır. Yapılan literatür incelenmesinde her kavram ayrı olarak incelenmiş olsa da tümünün özel bir hekim gurubunda detaylı olarak incelenmesi önemli sonuçların ortaya çıkmasına, sağlık politikalarının ve hekimlerin eğitiminde yol gösterecek bakış açılarının geliştirilmesine ışık tutacaktır. Bu çok boyutlu incelemenin benzer diğer hekim gruplarında yapılmasının önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, ölümlerle sıklıkla karşılaşan hekim gruplarından en önemlilerinden biri olan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin ölüm, ölüm kararı ve ötanaziye olan bireysel bakış açılarına ek olarak, mesleki deneyimlerinin, çalışma koşullarının, yaşadıkları travmatik durumların ve psikososyal faktörlerin tükenmişliğe bağlı olarak bu bakış açılarında değişikliklere neden olabileceğini de göstermektedir.

Çalışmamızda ilk değerlendirilen etkenlerden birinin cinsiyet olduğu görülmektedir. Pratik uygulamalarımıza benzer olarak, çalışmamızda, kadın hekimlerin merhamet, empati ve acıyı hafifletme puanlarının erkek hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerle göre kadınların duygusallıklarının daha fazla olmasının bunda önemli bir etken olduğu söylenebilir. Ölüm kararı verme ve ötanazi gibi duygu yükü fazla olan bir durumda empati yeteneği ve merhamet duygusunun fazla olması koruyucu bir bakış açısı kazandırmakta ve buna yönelik karar alınmasına neden olmaktadır. Bu açıdan kadın hekimlerde merhamet, empati ve acıyı hafifletme duygularının daha yüksek görülmesi tedavi seçenekleri, süreleri ve tedavi prensiplerini de etkileyebilir. Hamile bir kadına veya bir çocuğa yapılan acil ve süreli bir müdahalede, kadın hekimin süreci yönetmesi tedavi seçeneğini veya süresini etkileyebilir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki kadın sağlık çalışanlarının bakım uygulaması süreçlerinde daha yüksek empati duygusuna sahip olduklarını ve buna paralel olarak daha çok hasta merkezli yaklaşımları benimsediklerini göstermektedir. (Hojat ve ark., 2016; Gleichgerrcht ve Decety ,2013). Çalışmamızın sonuçları da bu literatür bilgisini, anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde de benzer olduğunu, desteklemektedir. Bu duygu yüklerinin (merhamet, empati ve acıyı hafifletme) kadın hekimlerde daha fazla olması kadınların duygusal bakış açılarının daha yoğun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalıkla veya hastalar ile yapılacak olan duygu ilişkisi duygusallığın arttığı bir ortamda farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Aynı zamanda bir tercihi ölüm yolu olan ötanaziye kadın hekimlerin bakış açılarının ne olduğunun da belirlenmesi önemlidir. Çalışmamızda, merhamet, empati ve acıyı hafifletme puanlarının yüksek olduğu kadın hekimlerin ötanaziye bakış açılarına bakıldığında ötanazi puanlarının yüksek olduğu ve ötanaziye kadın hekimlerin

daha olumsuz baktığı görülmektedir. Merhamet duygusu yüksek olan kadın hekimlerde ötanazi gibi tercihli ölüm yönteminin de yüksek olduğunun görülmesi acıyı hafifletme duygusunun da merhametle birlikte ön plana olduğunu göstermektedir ve bu durum kadın hekimleri ötanaziye daha olumsuz bakmaya itmiş olabilir. Bu aynı zamanda hayatı devam ettirme duygusu olan merhamet duygusu ile hayatı sonlandırma yolu olan ötanazinin aynı hekim grubunda da görülebileceğini de göstermektedir. Kadın hekimlerin dayanılmaz acısı olan hastalara hayatta kalma güdüsünü ön plana alan merhametli bakış açısının aynı hasta grubunda ötanaziye olumsuz bakılması yani ölümü değil hayatta kalmayı tercih etmelerini indüklemiş olabilir.

Araştırmamızın önemli bulgularından biri erkek hekimlerde düşük olan merhamet, empati ve acıyı hafifletme puanlarının tersine akut yorgunluk ve tükenmişlik puanlarının kadın hekimlere göre daha yüksek olmasıdır. Yapılan bir çalışmada, kadın hekimlerin duygusal destek arayışlarını daha iyi yönetebildiklerinden tükenmişlik ile daha az ve daha geç olarak karşılaştıklarını bildirmişlerdir. (Dyrbye ve ark., 2011). Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin çalışma koşulları ve çalışma ortamlarından kaynaklanan tükenmişlik ve yorgunluk ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri gibi yoğun bakımlarda ve ameliyathanelerde çalışan hekimlerin tükenmişlik ile daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar (Shanafelt ve ark., 2015). Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin çalışma ortamlarının neden olduğu zorluklara ek olarak, sık ve yoğun nöbet saatleri gibi çalışma şartlarının olması, sıklıkla ölüm veya ölüme götüren durumlar ile karşılaşmaları, acil olan, yüksek dikkat gerektiren ve risk barındıran tedavi süreçlerini yönetmeleri nedeniyle tükenmişlik ile daha sıklıkla karşılaşmaları beklenen bir durumdur. Erkek hekimlerde olan düşük merhamet, empati ve acıyı hafifletme duyguları, acil ve stres yönetimi gerektiren durumlarda erkek hekimlerin olaylara karşı daha soğuk kanlı davranabildikleri pratik gerçeğini desteklemektedir. Tükenmişliğin artmasına bağlı olarak duygusal durumların ve bakış açılarının zayıflaması da hastaya ve hastalığa bakış açısını da değiştirebilmektedir. West ve ark yaptığı bir çalışmada tükenmişlik düzeyinin artmasının empatik yaklaşımı azalttığını, buna paralel olarak ise etik sonuçları doğurabilecek sonuçların ortaya çıkabileceğini bildirmişlerdir (West ve ark., 2016). Literatür taramasında benzer bulguların bildirildiği başka çalışmalara da rastlanmaktadır. (Gleichgerricht ve Decety, 2013; Shanafelt ve ark., 2015). Bu açıdan, çalışmamızın da sonuçları değerlendirildiğinde, erkek hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin ölüm, ölüm kararı ve ötanaziye bakış açılarında dolaylı etkileri olabileceğini göstermektedir. Erkek hekimlerde olan düşük merhamet, empati ve acıyı hafifletme duygularına ek olarak tükenmişlik riskinin daha fazla olması ve duygusallık ilişkisinin daha zayıf olması sonuçları erkek hekimlerin neden ötenazi kavramına daha yakın durduklarını da gösteriyor diyebiliriz. Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki bu karmaşık ilişkinin basitleştirilerek anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri başta olmak üzere benzer hekimlerin

psikososyal gelişimleri ve sağlık durumlarının iyileştirilmesi açısından yol gösterici olması ve sağlık politikalarının bu düzlemde düzenlemesi sağlanmalıdır.

Araştırmaya katılan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %54,7'sinin erkek, %45,3'ünün kadın olduğu ve büyük çoğunluğunun (%81,1) evli olduğu görülmektedir. Çalışmamızın medeni durumla olan bulguları incelendiğinde, bekar olan hekimlerin empati ve merhamet puanlarının evli hekimlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür bilgisi çalışmamız sonuçları ile paralel olmakla beraber medeni durumunun empati ve merhamet duyguları ile doğrudan bir ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Hojat, 2016). Bekar hekimlerde empati ve merhamet duygularının neden daha yüksek olduğunu araştırıldığında bekar hekimlerin daha genç yaşta olmaları ve meslekleriyle olan ilişkilerinin mesleki heyecanları ve beklentileri nedeniyle daha güçlü olması olduğu düşünülebilir. Genç hekimlerin daha az kötü durumlarla karşı karşıya kalmış olmaları yanında mesleki olarak da tecrübesiz olması, en önemlisi tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olma ihtimali de buna neden olabilir. Evli hekimlerin daha ileri yaşta olması veya daha soğuk kanlı olabilmeleri de burada bir etken olabilir. Bekar hekimlerin daha genç, evli hekimlerin daha yaşlı olacağı varsayıldığından tükenmişlik ve meslek yorgunluk ile baş edebilme yetisi henüz gelişmeyen genç hekimlerde tükenmişliğin daha fazla oluşabilmesini açıklayabilir. Çalışmamızda, evli hekimlerin ötanaziye bakışlarının bekar hekimlere daha göre olumsuz olması ise mesleki deneyimin fazla olması, aile sorumluluklarının ve aile ortamının neden olduğu kişisel deneyimlerinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Evli hekimler mesleki olarak daha deneyimli olarak varsayılırsa bu durum ötanaziye daha olumsuz bakmaya neden olabilir. Bekar hekimler daha çok acıyı hafifletme tarafında kalırken evli hekimler aynı zamanda yaşatma açısından ötanaziye daha olumsuz bakabilmektedirler. İlginç bir sonuç ise medeni durumun bu kadar değişkeni etkilerken tükenmişlik durumunu anlamlı olarak etkilemiyor olmasıdır. Bu da göstermektedir ki tükenmişlik medeni durumdan ziyade çalışma koşulları ve iş yüküyle daha fazla bağlantılıdır. (Maslach & Leiter, 2016).

Tükenmişlik durumu ile merhamet, ölüm, ölüm kaygısı ve ötanaziye olan etkisi incelendiğinde genelde olumsuz bakış açılarına neden olduğu görülmektedir. Tükenmişliğe neden olan önemli durumlardan biri ise ölümle bizzat karşı karşıya kalmaktır. Özellikle son beş yıl içerisinde birinci derece yakının kaybeden hekimlerin kronik yorgunluk, akut yorgunluk ve toplam tükenmişlik ile daha fazla karşı karşıya kaldıklarının, fakat toparlanma oranlarının belirgin biçimde düşük olduğunun çalışmamızda gösterilmiş olması, son beş yılda birinci derece yakının kaybeden hekimlerde tükenmişliğe bağlı olumsuz durumların meydana gelebileceğini ve merhamet duygusu, ölüm kararı, ölüme bakış açısı ve ötanaziye bakış açısını dolaylı olarak etkileyebileceğini göstermektedir. Özellikle birinci derece yakınının yakın zamanda kaybedilmiş olmasının sağlık çalışanlarında yas, duygusal yük ve mesleki işlevsellikte azalmaya neden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (Meier ve ark., 2001).

Mesleki tükenmişliğin artması ve merhamet duygusunun baskılanması ölümcül hastalara bakış açısını değiştirmekte ve mesleki dayanıklılığı azaltabilmektedir. Çalışmamızda ise katılımcıların %34'ünün son beş yılda birinci derece yakınını kaybettiği görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda görülmektedir ki son beş yıl içerisinde birinci derece yakınını kaybeden hekimlerde ötanaziye olumlu bakışı azalmaktadır. Bu da ölümle yakınları nedeniyle bizzat karşılaşan hekimlerin yaşamın korunması tarafından bir görüş bildirdiklerini göstermektedir. Ek olarak yakınını kaybeden ve bu duyguyu birebir yaşamış olan hekimlerin ölüm sürecine kişisel bir anlam yüklemesi nedeniyle de ötanazi gibi hayatı sonlandırma pratiklerine ihtiyatlı yaklaşıtları söylenebilir. Hekim grubu dışından toplumsal olarak da yakının ölümü deneyimi ile ölüm algısının ters ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (Neimeyer,2001). Bu nedenle yakınları yakın zamanda kaybeden hekimlere psikososyal destek sağlanması ve böyle kişisel tükenmişliğin ve merhamet yorgunluğunun azaltılması sağlanmalıdır ve bu önemli bir öneridir (Kearney ve ark., 2009).

Deprem deneyimi yaşayan hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasının merhamet ve empati duygularının daha düşük düzeyde olmasına neden olduğu çalışmamızın sonuçlarında ortaya çıkmıştır. Çalışmamızın önemli ve güncel durumları değerlendiren sonuçlarından birisi de deprem deneyimini yaşayan hekimlerin bakış açılarının değerlendirilmesidir. Çalışmamızın sonuçları deprem açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %37,7'sinin deprem deneyimi yaşadığı belirlenmiş, deprem yaşayanların %16,7'sinin ise bu süreçte yakınını yitirdiği görülmüştür. Ülkemizde 2023 yılında yaşanan 6 şubat depremlerinden ve son 20 yılda yaşanan depremlerden sonra bölgede yaşayan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde yapılan çalışmamızın depremle ilişkili önemli ve kayda değer sonuçları olmuştur. İlk olarak yakın zamanda yaşanan depremin benzer zor durumlarla karşılaşan hekimlerde bile tükenmişlik oluşturuyor olması politika üreticiler açısından da dikkate değerdir. Bu tükenmişliğin neden olduğu sonuçlar ise ayrı olarak mutlaka değerlendirilmeli ve tedaviye veya çalışma motivasyonuna olan etkileri de mutlaka değerlendirilmelidir. Mesleki yoğunluğu ve mesleki tükenmişliği sıklıkla yaşayan gruplardan başta gelen hekimlerde özellikle de anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde yaşanan travmatik stres ve merhamet yorgunluğuna, yüksek düzeyde travmatik stres yükü oluşturan depremin de ek yük oluşturması tükenmişlik açısından önemli sonuçlar doğurduğu çalışmamızın sonuçlarında görülmektedir. Benzer çalışmalarda da gösterilmiştir ki travmatik olayların sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır (Figley, 1995). Genel travma durumlarına ek olarak özellikle 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında sağlık çalışanlarında travma sonrası stres belirtilerinin, çalışmamıza benzer olarak, arttığını gösterilmiştir. (Onat ve ark., 2025; Çifçi & Kiliç, 2024; Uyar ve ark., 2023). Ayrıca toparlanma puanlarının da deprem yaşayanlarda anlamlı derecede düşük olması, deprem yaşayan hekimleri tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi durumlardan kurtulma ihtimallerinin de zayıfladığını göstermektedir. Sağlık politikası üreten yetkililere, deprem gibi travmatik stres yaşayan

hekimlerin karşı karşıya kaldıkları ek travmatik stresler nedeniyle bölgede yaşayan hekimlerin tükenmişliğini azaltmaya yönelik ek uygulamalar yapmaları gerektiği bu çalışma ile önerilmektedir. Deprem yaşayan hekimlerin veya sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarının olumsuz etkilenebileceğini de unutmamak gerekmektedir. Deprem gibi ciddi travmatik etkiler oluşturan bir afet durumunun ölüm ve ölüme bakış açılarında radikal değişiklere neden olabileceği, ayrıca tükenmişliğe olan etkisi ile doğrudan veya dolaylı olarak hekim sağlığı ve tedavi sağlığı açısından önemli sonuçları olabileceğini göstermektedir. Tedeschi ve Calhoun (2004) yaptıkları bir çalışmada aşırı stres üreten travmatik durumların ciddi duygusal değişiklere zemin hazırladığı göstermişlerdir. Yine de deprem yaşayan veya depremde bir yakını kaybeden hekimler veya bireylerde yapılan çalışmaların daha geniş katılımcı sayısı ile yapılması daha doğru sonuçlara ulaşılması açısından önemlidir.

Çalışmamızda, ötanazi veya ölüm talebinde bulunan hastalar ile karşılaşan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, bu hekimlerde akut yorgunluk, kronik yorgunluk ve tükenmişlik düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu, toparlanma oranlarının ise anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan katılımcıların %52,8'i meslek yaşantısında ölümü isteyen bir hasta ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu oran, anestezi ve yoğun bakım hekimlerinin ölüm süreci ve ötanazi talepleriyle ne denli sık yüzleştığını açıkça ortaya koymaktadır. Ayrıca bu sonuçlar, böyle bir talebin hekimde bile ciddi bir duygusal yük oluşturduğunu açıkça göstermektedir. Ölüm durumu ile karşılaşan hekimlerde ek olarak ötanazi veya ölüm istemi ile karşılaşması ek bir stres yükü oluşturmaktadır. Bu yük sadece klinik bir durum değil etik ve psikolojik bir yük olmaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşam sonlandırma talebi ile karşılaşılmasının sağlık profesyonellerinde stres yükünü arttırdığı gösterilmiştir (Ganzini ve ark., 2008). Bu çalışmanın, benzer taleplerin gelme ihtimali yüksek olan Hollanda merkezli bir merkezde yapılmış olması bu oranın yüksek olmasını nispeten açıklayabilir. Bu oranın ülkemizde bu kadar yüksek olmadığı düşünülebilir ve bununla alakalı çalışmaya ihtiyaç vardır. Tükenmişlik düzeyinin hekimlerin birçok duygusunu ve bakış açısını etkilediğini gösteren çalışmamızda, henüz ülkemizde yasal olarak uygulanabilir olmasa da, ötanazi veya ölüm talebinin hekimler üzerinde ek ne tür stres ortamları oluşturacağını gösterilmesi de kayda değerdir. Buna benzer talepler ile karşılaşma ötanazinin serbest olduğu yerlerde bile hekimler üzerinde baskı oluşturan bir unsur olarak ortada durmaktadır. Ganzini ve arkadaşları (2000), yardımcı ölümün yasallaştırıldığı Oregon eyaletindeki hekimler üzerinde yürüttükleri araştırmada, bu taleplerin hekimlerde ahlaki sıkıntı ve profesyonel kimlik sorgulamasına yol açtığını ortaya koymuştur. Quill ve Cassell (1995), hekimlerin bu tür talepler karşısından ciddi duygusal sorunlar yaşayabildiğini ve hekimin ciddi ikilemlerde kalabildiğini çalışmalarında bildirmişlerdir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar, hekimlerin ötanaziye genel olarak çekimser yaklaştığını, ancak yaşam sonu bakım konusunda etik ikilem yaşadığını ortaya koymuştur (Aksoy, 1998). Ötanazi ile alakalı yasal düzenlemeler olmaması yanında dini ve kültürel nedenler bu çekimser kalmayı açıklayıcı

unsurlardır. Fakat yaşam sonu bakım konusunda özellikle ölümcül hastalar ya da terminal dönem hastaların yaşam sonu bakımlarında hekimler tercihte bulunabilmektedirler. Türkiye’deki hekimlerin ötanaziye olan mesafeli duruşun önemli nedenlerinden biri de, çalışmamızda da görüldüğü gibi, hekimler merhamet düzeylerinin yüksek olması nedeniyle yaşamı sonlandırma kararında çekimser kalmaktadırlar. Ayrıca hekimlerde olan tükenmişliğin yüksek olması yanında akut yorgunluk ve kronik yorgunluk oranlarının yüksek olması da merhamet yorgunluğuna neden olarak ölüm kaygısı ve ölüm kararı vermede daha geniş davranılmasına neden olabilir. Anlık iş yükünün fazla olması, kronik yorgunluğa göre akut yorgunluk oranının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakım hekimlerinin tükenmişlik görülme oranının %46,5 olduğunu bildirilmiş ve akut yorgunluğun erken bir uyarı göstergesi işlevi gördüğü vurgulanmıştır (Embriaco ve ark., 2007). Çalışmamızın bulgularının bu çalışma ve benzer literatür bilgileri ile uyumlu olması, anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin tükenmişlik riski ve mesleki risklerinin yüksek oranda olduğunu ve buna yönelik acil önlemler alınması gerektiğini göstermektedir.

Dünyada olan dinlerin ötanaziye olan bakış açıları incelendiğinde tüm dinlerin ötanaziye ihtiyatlı veya kabul edilemez olarak baktıklarını, fakat acıyı azaltmaya yönelik yapılması önerilen müdahaleleri ise destekleme noktasında durdukları görülmektedir (Bülow ve ark.,2012). Çalışmamızda dini bir bakış açısından bakan hekimlerde merhamet puanlarının yüksek olduğu ve ötanazi oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Buna karşın, çalışmamızda ilginç bir sonuç olarak, ötanaziye kabul edilemez olarak bakan hekimlerde ötanazi yüksek puan almıştır. Fakat ölçeğin yapısı dikkate alındığında ötanaziyi kabul edilemez kabul eden hekimlerde ötanaziye en güçlü şekilde karşı çıktığı görülmektedir. Bunun karşısında etik sınırlama kabul etmeyen ve isteyen herkese ötanazi uygulanabileceği söyleyen hekimler de çalışmaya katılmışlardır. Yapılan bazı çalışmalar koşullu ötanazinin palyatif bakımdaki hastalarda uygulanabilirliğin ve hastaya göre ötanaziye karar vermenin uygun olduğunu bildirmektedirler (Ganzini ve ark., 2002). Hekimlerin acı duyan hastaları ile duygusal bağ kurmaları nedeniyle tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu riskini arttıracığını bildiren çalışmalar da vardır. Bu nedenle ötanazi, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun önemli ilişkiler barındıran kavramlar olduğu görülmektedir (Figley ve ark., 2002).

Çalışmamızda, ölüm, ölümcül hasta ve ötanazi konularında daha önce eğitim aldığını bildiren hekimlerin empati, acıyı hafifletme ve merhamet puanlarının eğitim almayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Bu konularda eğitim alınmasının olumlu manada hastaya yaklaşımı güçlendirdiği görülmektedir. Palyatif bakım ve yaşam sonu eğitiminin hekimlerin hastaya olan merhametli bakış açılarını güçlendirdiği gösterilmiştir (Back ve ark.,2007). Eğitim almamış olan ve almayı istemediğini bildiren hekimlerde ötanazi oranlarının ve tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ek olarak danışmanlık ihtiyacı olmadığını söyleyen hekimlerde ötanazi puanının yüksek

olduğu fakat tükenmişlik oranlarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Bu hekim grubunun psikososyal olarak kendilerini güçlü olarak gördüğü, danışmanlık hizmetlerine mesafeli iken eğitime daha olumlu baktığı bildirilmektedir (Zwack ve Schweitzer, 2013).

Çalışmamızda birçok hastane ve kurumdan hekim değerlendirmeye katılmış ve bu açıdan da hekimlerin bakış açıları değerlendirilmiştir. Çalışmamıza baktığımızda katılımcıların %41,5'i devlet üniversitesi hastanesinde, %20,8'i eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmakta olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının devlet kurumlarında çalıştığı görülmektedir. Anesteziyoloji ve reanimasyon alanında çalışan hekimlerin yüksek hasta yoğunluklu merkezlerde çalışıyor olması yanında büyük kısmının akademik merkezlerde çalışıyor olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (Poncet ve ark., 2007). Çalışılan kurumlar açısından çalışmaya katılan hekimler değerlendirildiğinde, şehir hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerin merhamet puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde en düşük tükenmişlik oranının olduğu görülmüştür. Bununla birlikte özel hastanelerde çalışan hekimlerin tükenmişlik puanlarının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Bu sonuçların değerlendirilmesinde tükenmişlik düzeylerinin belirleyici olduğu söylenebilir. Özel hastanede çalışan hekimlerin, gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu varsayılrsa da yoğun çalışma koşulları nedeniyle daha yüksek tükenmişliğe neden olabileceği ön görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde performansın önemli bir gösterge olması, kurum desteğinin nispeten daha az olması, yoğun iş yüküne ek olarak hasta memnuniyetinin de çok daha fazla ön planda tutulması özel hastanelerde daha fazla stres yükünün oluşmasına neden olmaktadır denebilir (Dyrbye ve ark., 2020; Wallace ve ark., 2009). Devlet hastanelerine göre eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastanelerinde iş yüküne rağmen akademik ortamlar olması ve mesleki tatminin daha fazla oluyor olması koruyucu etkili olabilir. Ortaya çıkan bu sonuçlar çalışma ortamı koşullarının hem tükenmişliği hem de merhamet yorgunluğunu doğrudan etkileyen unsurlar olduğunu göstermektedir. İlginç sonuçlardan biri ise şehir hastaneleri ve devlet üniversitesi hastanelerinde ötanaziye bakışın daha ılımlı olduğu sonucudur. Bu sonucun şehir hastaneleri ve devlet üniversitesi hastanesi rotamlarının ötanazi gibi etik sorunlar içeren durumlarla yüzleşmede daha cesur davranabilme yetisinden kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin çalıştıkları bölgelerin tükenmişlik düzeyleri ve buna bağlı olarak ötanaziye bakış açılarına olan etkisi çalışmamızın önemli çalışma alanlarından biridir. Dini, kültürel veya sosyal etkenlerin ötanaziye bakışı etkileyeceği önemli bir gerçektir. Çalışmamızda bölgesel farklılıkların ölüm ve ötanaziye bakışta önemli etkilere neden olduğu gösterilmiştir. Özellikle Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışan hekimlerin ötanazi puanlarının daha yüksek bulunması dikkat çekmektedir. Ötanazi puanının yüksekliği ile tükenmişliğin yüksek olmasının eş zamanlı olabileceği gösterilmiştir. Doğu bölgelerinde çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olmasının buna

neden olduğu düşünülebilir. Sosyoekonomik sorunlar, sağlık hizmet sunumunda imkan yetersizlikleri veya huzursuz ortamlar tükenmişliği arttırarak ölüm ve ötanaziye olan bakışları şekillendirebilmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde artmış tükenmişlik sonucun olası nedenlerinden biri de yukarıda saydığımız etkenler olabilir. Yapılan çalışmalar da göstermektedir ki kısıtlı imkanlar ile çalışan sağlık çalışanları, tükenmişliğe daha fazla maruz kalmaktadırlar (Garcia-Reyes ve ark., 2020). Ayrıca Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalışan hekimlerin deprem yaşamış olmaları da artmış akut yorgunluk, kronik yorgunluk ve tükenmişliğe neden olabilir. Bunun anlayabilmek için deprem öncesi ve sonrası hekimlerin bakış açılarını değerlendiren çalışma yapılması gerekmektedir. Türkiye’de ölüm ve yaşam sonu kararlarının kültürel değerlerden güçlü bir şekilde etkilendiğin gösteren çalışmalar mevcuttur (Aksoy, 2003). Fakat çalışmamızın sonuçlarında kültürel değerlerden daha çok depremin etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Hekimlikte yıllar geçtikçe mesleki deneyimin de arttığı kabul edilmektedir. Çalışmamızın örneklemin yaş ortalaması $42,72 \pm 9,96$ yıl iken mesleki tecrübe ortalaması ise $16,57 \pm 11,15$ yıl olarak belirlenmiştir. Ünvan dağılımına bakıldığında ise, uzman doktorların en büyük grubu oluşturduğu (%39,6), ardından doçentlerin (%18,9) ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin (%18,9) geldiği görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun uzmanlaşmış hekimlerden olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tükenmişlik düzeyi, ötanazi ve ölüm puanlarının karşılaştırılması yapılmış ve deneyim arttıkça ötanazi ve ölüm kaygısı puanlarının arttığı, bunların aksine tükenmişlik düzeylerinin azaldığı gösterilmektedir. Çalışmaya katılan uzman doktorlardaki tükenmişlik oranının profesörlere ve doçentlere göre anlamlı oranda daha fazla olması, mesleki deneyimi fazla olan hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin daha az olması dikkat çekici bulgulardan biridir. Deneyim sahibi hekimlerin yeni hekimlere göre daha fazla klinik deneyime sahip olmaları ölüm durumuna daha gerçekçi bakmalarına ve daha olumlu değerlendirmelerine neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca deneyim artışı ile paralel olarak mesleki kırılganlığın azaldığı ve dayanıklılığın arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Zwack ve ark., 2013). Çalışmamızda ise deneyimli hekim olarak değerlendirilen 20 yıl ve üzeri hekimlerin, tükenmişlik düzeylerinin en düşük düzeyde olması literatür bilgisi ile uyumludur ve Zwack ve arkadaşlarının çalışmasını da desteklemektedir. Bu sonuçlar göstermektedir ki mesleki deneyimin en yüksek olduğu durumlarda hem tükenmişlik ile baş edebilme (toparlanma) yetisinin gelişmekte hem de mesleki olgunlaşmanın sağlanmasına neden olmaktadır. Bu daha çok 20 yıl ve üzeri deneyimi olan hekimler için geçerlidir denebilir. İlginç olarak çalışmamızda, 6-10 yıl deneyimi olan hekimlerde ise tükenmişlik düzeyinin en yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise bu dönemin mesleki deneyim geçişinin olduğu dönem olması veya sorumluluğun en fazla olduğu dönem olarak düşünülmesi olabilir. Bu açıdan bu dönemlerde olan hekimlere tükenmişlikten korumak amacıyla erken psikolojik destek sağlanması fayda sağlayabilir.

Mesleki ünvan ve ötanazi değerlendirilmesi yapıldığında, çalışmamızın sonuçlarına göre, ötanazi toplam puanları üzerinden yapılan değerlendirmede, profesörlerin ötanaziye daha olumsuz baktıkları söylenebilir. Bu bakış açısının akademik bir ortamda olmak yanında ötanazi gibi etik açıdan tartışmalı konularda daha tartışmacı bir üslup belirlenmesine imkan sağladığını düşündürmektedir. Mesleki tatmin açısından zirvede olduğu düşünülen profesörlerde tükenmişliğin diğer doktoralara göre daha az olması literatür bilgisi ile de uyumludur. Shanafelt ve arkadaşları (2012), çeşitli uzmanlık alanlarındaki ABD'li hekimlerde tükenmişlik oranını incelemişler ve uzman doktorların en yüksek tükenmişlik riski altında olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda nicel verilerin yanında nitel bulgulardan da yararlanılması planlanmış ve hekimlerin kendi tercih ettikleri kelimeler ile kavramları tanımlamaları istenmiştir. Katılımcılara ölüm kavramını tanımlamaları istenmiş, katılımcılar en sık ahiret, ebedilik ve dinsel yaşam kavramları (ahiret, ebedilik, dinsel hayat (%32,3), son/bitiş (%20,2) ve kaçınılmazlık, kader, gerçeklik (%11,7) ile ölümü tanımlamışlardır. Türkiye’de yaşayan toplumlarda gerek kültürel gerekse dinsel olarak yapılan yaklaşımların ölüm kavramı üzerinde güçlü etkisi olduğunu çalışmamız verileri göstermektedir. Türkiye’de çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada dinî inancın ölüm korkusu ile ötanaziye ilişkin tutumlar üzerinde belirleyici bir role sahip olduğunu bildirilmişlerdir (Bolat ve Artan, 2022). Bu çalışmaya katılan katılımcıların %49,1’inin ölümcül hasta bakımında duygusal güçlükler yaşadığını belirtmiş olması ölümcül hasta bakımının duygusal açıdan ciddi zorluklar barındıran bir alan olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü rehberleri incelendiğinde dini ve manevi yaklaşım tarzlarının kişilerin ölüm sürecine olan yaklaşımlarını belirleyen temel etkenlerden biri olduğu görülmektedir (WHO, 2020). Ölümün dini bir açıdan değerlendirilmesi, ötanazi ve yaşam sonlandırma durumlarının da tartışmalı bir konu haline getirmektedir. Dünya geneline bakıldığında, ötanazi veya yaşam sonu kararı verilebilecek durumlar dini veya kültürel açıdan değerlendirildiğinde genel olarak olumsuz bakış açıları olduğu görülmektedir (Emanuel ve ark., 2016). Benzer bir durum ülkemiz için de geçerli diyebiliriz. Çalışmamızda ise ötanazi tanımlamalarına bakıldığında, katılımcıların %32,1’inin tıbbi-bilimsel-klinik bir perspektiften yaklaşırken %24,5’inin kişisel-etik-zor karar çerçevesinde değerlendirdiği, %13,2’sinin ise dinî bir bakış açısını ön plana çıkardığı görülmektedir. Bu sonuçlar ötanaziye olan bakışın çok faktörlü bir bakışla değerlendirilmesini hekimlerin önerdiğini gösterebilir.

Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri, meslek hayatlarından sıklıkla ölümcül hastalığa yakalanmış hastalar ile karşılaşmaktadırlar. Çalışmamızda, hekimler ölümcül hastalıklarla karşı karşıya kalmış olan hastalar ile alacakları kararlarda en sık karşılaştıkları güçlüklerin duygusal tepkiler vermeleri olduklarını belirtmişlerdir. Anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri ve benzer zorluklar ile karşılaşma ihtimali yüksek olan hekimlerde (travma veya stres ortamı yüksek olan hekimlerde) ve sağlık çalışanlarında, duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğunun diğer hekimlere göre daha yüksek

olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Sinclair ve ark., 2017). Araştırmamızda hekimlere ölümcül hastalarla çalışmanın ne tür hisler oluşturduğu sorulmuş ve olumsuzluk ve depresiflik hissinin en sık karşılaşılan hisler olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinin, dolaylı olarak da benzer şartlarda çalışan hekimlerin, psikososyal destek programlarına ihtiyaçları olabileceğini ortaya koymaktadır.

Hekimlerden ölümü duygusal (özlem, his) olarak tanımlayanlarda ötanazi oranlarının yüksek olması ve tükenmişlik oranının yüksek olması yanında, buna karşın ölümü kurtuluş ve teslimiyet olarak gören hekimlerde ise ötanazi oranının belirgin olarak düşük çıktığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ölüm algısı ile bireysel etik tercihler arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmektedir (Neimeyer, 2001). Çalışmamızda, 'Bilinmezlik, boyut değiştirme, mistik anlam' kategorisinde yer alan katılımcıların en yüksek empati puanına ve toparlanma kapasitesine sahip olması tükenmişliğe karşı koruyucu bir işlev görmektedir. Merhamet yorgunluğuna ve tükenmişliğe karşı gerekli önlemlerin alınması gerektiği çalışmalarda önerilmektedir (Figley, 1995). Ölümcül hasta ile karşılaşmanın mesleki uygulamalarda duygusal duyarsızlaşmalara neden olduğunu iddia eden çalışmaya katılan hekimlerde ötanazi ve tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu duyarsızlaşmanın tedavi ve ölüm sonu kararlarında etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Merhamet yorgunluğunun ile merhamet memnuniyetinin aynı anda kişilerde görülmesi ile ölümcül hasta deneyiminin 'olumlu ve güçlendirici etki' yarattığını bildiren hekimlerin en yüksek merhamet ve en yüksek tükenmişlik oranı görülmesi pozitif bir ilişkiyi göstermektedir.

Çalışmamızın önemli sonuçlardan birisi ise katılımcıların büyük çoğunluğunun ölüm, ötanazi ve ölümcül hastaya yaklaşım konusunda danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu belirtmesidir. Katılımcıların %67,9'u ölüm, ölümcül hasta ve ötanazi konularında danışmanlık ihtiyacı duyduğunu belirtmiştir. Tıp eğitim sırasında hekimlerin ölüm yaklaşımının, ölümcül hastayla ve bu hastaların yakınlarıyla iletişim kurmanın ve bu hastalarla ilgili olan etik sorunların çözülmesinin önemi ve yolu öğretilmeli ve gösterilmelidir. Günümüz tıp eğitiminde yaşam sonu bakımı, ötanazi, ölümcül hasta ile iletişim, ölüm kararı verme ve etik sorunlarla alakalı eğitim yetersizliklerinin olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (Billings ve Block, 1997). Çalışmamıza katılan hekimlerin kendilerinin ölüm kararı verilmesi, ölümcül hastaya yaklaşım ve ötanazi konusunda danışmanlık hizmeti verilerek geliştirmek istemesi hekimlerin eğitim programlarının yapılandırılarak geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Hekimlerin bu taleplerine kayıtsız kalmadan hem eğitim programlarında hem de mezuniyet sonrası tıpta uzmanlık eğitiminde bu eğitimler ve danışmanlık hizmetlerine mutlaka yer verilmelidir. Ayrıca hekim dışı personel olup stres ve travmatik ortamlarda sıklıkla bulunan hemşireler gibi personellerin hizmet içi eğitim ve lisans eğitimlerinde de benzer eğitim ve danışmanlıklara mutlaka yer verilmelidir.

Araştırmanın analitik katkısı açısından en özgün bölümü oluşturan yapısal eşitlik modeli bulguları, merhamet ile ötanazi arasındaki ilişkide tükenmişliğin istatistiksel olarak anlamlı bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Merhamet ile ötanazi arasında doğrudan bir ilişki saptanmamış, fakat merhamet ile tükenmişlik arasında istatistiksel anlamlı bir etki olduğu gösterilmiştir. Merhamet düzeyi arttıkça tükenmişlik azalmakta, tükenmişliğin azalması ise ötanazi puanlarını artmasına ve ötanaziye daha olumsuz bakış açılarının gelişmesine neden olmaktadır. Bu etkiler birlikte değerlendirildiğinde, merhameti yüksek hekimlerin tükenmişliğe daha az maruz kaldığı ve bu durumun ötanaziye daha olumsuz bir tutumu beraberinde getirebildiği söylenebilir. Ancak merhamet puanlarındaki değişim ötanazi puanlarında değişime neden olmayacaktır. Merhamet ve ötanazi arasındaki ilişkide tükenmişlik dolaylı etkiye sahiptir. Bu sonuçlar, birden fazla uyum indeksiyle yapılan değerlendirmede kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu ortaya koymaktadır (Güven ve ark., 2023).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmanın tüm bulguları beraberce değerlendirildiğinde, anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde merhamet yorgunluğunun ve tükenmişliğin ölüm ve ötanaziye yönelik tutumları etkileyen temel değişkenler olduğu görülmektedir. Travmatik olaylar, stres unsurları, mesleki deneyim, kurumsal şartlar ve kişisel ölümle alakalı deneyimler bu değişkenleri etkileyen unsurlardır. Bu nedenle başta anesteziyoloji ve reanimasyon hekimleri olmak üzere benzer sorunlarla karşılaşan tüm hekimler ve sağlık çalışanlarının klinik yeterliliklerinin güçlendirilmesi yanında, psikososyal dayanıklılıklarının ve etik karar verme güçlerinin desteklenmesi gerekmektedir. Hekimlerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikten korunmasına yönelik gerek lisans eğitimi sırasında gerekse mezuniyet sonrasında eğitimler ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, ayrıca yaşam sonu bakım kalitesinin arttırılmasına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi bir yandan sağlık çalışanlarının çalışma memnuniyetini arttırırken bir yandan da hasta bakım kalitesinin de artmasına neden olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

Adanır, A., & Özden, D. (2024). Onkoloji palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(2), 185–197. <https://doi.org/10.54189/hbd.1368470>

Afonso, A. M., Cadwell, J. B., Staffa, S. J., Sinskey, J. L., & Vinson, A. E. (2024). U.S. attending anesthesiologist burnout in the postpandemic era. *Anesthesiology*, 140(1), 38–51. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004784>

Aksoy, S. (1998). Attitudes of Turkish physicians and medical students towards euthanasia. *Journal of Medical Ethics*, 24(4), 221–222. <https://doi.org/10.1136/jme.24.4.221>

Aksoy, S. (2003). Ethical considerations on the end of life issues in Turkey. In *Bioethics in Asia in the 21st Century* (pp. 79–83). Eubios Ethics Institute.

Al Nakhal, M., Massouh, A., Dumit, N. Y., & Figley, C. R. (2025). Compassion fatigue among critical care nurses and physicians: A scoping review. *Nursing Open*, 12(12), Article e70410. <https://doi.org/10.1002/nop2.70410>

Alhassan, M. A., Alarabi, M. A., Alhassan, S. A., Albalawi, W. M., & AlRabiah, E. S. (2025). Prevalence of burnout and its risk and protective factors among healthcare workers in the Middle East, North Africa, and Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 16, 1539105. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1539105>

American Society of Anesthesiologists. (2023, November). Anesthesiologist burnout increased significantly in two years since onset of COVID-19 pandemic. <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2023/11/anesthesiologists-burnout-increased-significantly>

Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 131–148.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A., & Tulsky, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.453>

Başar, H., Bektaş, M., & Çakırca, M. (2022). Tıp eğitiminde anesteziyoloji ve reanimasyon eğitimi. V. Hancı (Ed.), *Anesteziyoloji ve ameliyathanede organizasyon, yönetim ve eğitim içinde* (1. Baskı, ss. 119–124). Türkiye Klinikleri.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Berger-Estilita, J., Salvisberg, D., Köseleli, E., Haupt, S., & Meço, B. C. (2024). Impact of burnout on anaesthesiologists. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 52(2), 54–59. <https://doi.org/10.4274/TJAR.2024.241565>

Billings, J. A., & Block, S. (1997). Palliative care in undergraduate medical education: Status report and future directions. *JAMA*, 278(9), 733–738. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550090057032>

Bolat, G. B., & Artan, T. (2022). Evaluation Of University Students' Perspectives On Euthanasia. *Journal Of Mehmet Akif Ersoy University Economics And Administrative Sciences Faculty* , vol.9, no.3, 2058-2080.

Boston, P., Towers, A., & Bernard, L. (2001). Embracing the dying: Palliative care physicians' experiences of life-threatening illness. *Journal of Palliative Care*, 17(2), 92–98. <https://doi.org/10.1177/082585970101700205>

Boussayala, G., Tannoubi, A., Hagan, J. E., Amoadu, M., Srem-Sai, M., Bonsaksen, T., HENCHIRI, H., Chtioui, M. K., Bouguerra, L., & Azaiez, F. (2025). Is it time to address burnout in the military? Initial psychometric validation of the Maslach Burnout Inventory among Tunisian military personnel (A-MBI-MP). *Behavioral Sciences*, 15(3), 385. <https://doi.org/10.3390/bs15030385>

Bülow, H.-H., Sprung, C. L., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., Abroug, F., & Avidan, A. (2012). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 38(4), 548–563. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2473-8>

Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I., & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639–665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>

Chan, N. P. X., Chia, J. L., Ho, C. Y., Ngiam, L. X. L., Kuek, J. T. Y., Ahmad Kamal, N. H. B., Hanifah Marican Abdurrahman, A. B., Ong, Y. T., Chiam, M., Lee, A. S. I., Chin, A. M. C., Mason, S., & Radha Krishna, L. K. (2021). Extending the Ring Theory of Personhood to the care of dying patients in intensive care units. *Asian Bioethics Review*, 14(1), 71–86. <https://doi.org/10.1007/s41649-021-00192-0>

Chen, X., Zhou, R., Zhang, X., Han, J., Ju, F., Zhou, Y., & Xia, L. (2025). Correlation between job burnout, psychological status, and job satisfaction among anesthesiologists in the post-COVID-19 era: A cross-sectional study in China. *Frontiers in Public Health*, 13, 1555141. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1555141>

Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K.-H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005629>

Coşkun, S., Kavaklı, M., Babayiğit, M., & Chang, E. C. (2017). Merhamet Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(Ek 2), 63–71. <https://doi.org/10.5455/apd.254330>

Çifçi, S., & Kiliç, Z. (2024). The disaster of the century: Effects of the 6 February 2023 Kahramanmaraş earthquakes on the sleep and mental health of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(11), 1533. <https://doi.org/10.3390/ijerph21111533>

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2018). Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. *Palliative Medicine*, 32(1), 114–122. <https://doi.org/10.1177/0269216317727158>

Dopelt, K., Cohen, D., Amar-Krispel, E., Davidovitch, N., & Barach, P. (2021). Facing death: Attitudes toward physician-assisted end of life among physicians working at a tertiary-care-hospital in Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6396. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126396>

Drenger, B. (2020). Anesthesiology and critical care, perioperative medicine, pain management, emergency medicine and resuscitation. *Harefuah*, 159(6), 406–409.

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J., & Freischlag, J. (2011). Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: A comparison by sex. *Archives of Surgery*, 146(2), 211–217. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.286>

Dyrbye, L. N., West, C. P., Sinsky, C. A., Goeders, L. E., Satele, D. V., & Shanafelt, T. D. (2020). Medical licensure questions and physician reluctance to seek care for a mental health condition. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(9), 1833–1842. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.01.034>

Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.7389>

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>

Ergin, C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. R. Bayraktar & İ. Dağ (Ed.), VII. Ulusal Psikoloji Kongresi bilimsel çalışmaları içinde (ss. 143–154). VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2009). *G*Power 3.1: Statistical power analysis program for windows, mac, and android*. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>

Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (Ed.). (1995b). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Ganzini, L., Harvath, T. A., Jackson, A., Goy, E. R., Miller, L. L., & Delorit, M. A. (2002). Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *New England Journal of Medicine*, 347(8), 582–588. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa021562>

Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. (2000). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New England Journal of Medicine*, 342(8), 557–563. <https://doi.org/10.1056/NEJM200002243420806>

García-Reyes, A., Ramos-García, R. I., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2020). Burnout and its relationship with structural and resource constraints among healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6625. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186625>

Garnett, A., Hui, L., Oleynikov, C., & Boamah, S. (2023). Compassion fatigue in healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1336. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10356-3>

Gleichgerricht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLOS ONE*, 8(4), e61526. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>

Güven, G. Ö., Inceoğlu, F., Özdemir, F., & Bakır, O. S. (2023). Burnout and professional commitment in medical faculty students in Türkiye: A cross-sectional analysis. *Research and Development in Medical Education*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.34172/rdme.2023.31321>

Halifax, J. (2018). *Standing at the edge: Finding freedom where fear and courage meet*. Flatiron Books.

Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 170(11), 784–790. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>

Havlioglu, S., Ortabağ, T., & Winwood, P. C. (2019). Turkish validity and reliability of the occupational fatigue exhaustion/ recovery scale. *Medicine Science*, 8(4), 916–922. <https://doi.org/10.5455/medscience.2019.08.9112>

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.

Hertz, R. (1960). *Death and the right hand* (R. Needham & C. Needham, Trans.). Cohen & West. (Original work published 1907)

Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>

Inceoğlu, F. (2018). *Doğrulamalı faktör analizinde yarışan modeller ve klinik bir uygulaması* [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

İnceoğlu, F. (2023). Yapısal eşitlik modellemesinde aracı (mediator) etki analizi, örnek uygulaması ve yorumlanması. (3. baskı, ss. 364–381). Platanus Publishing.

İnceoğlu, F., & Porgalı Zayman, E. (2023). Moderator effect of chronic disease on the relationship between marriage adjustment and satisfaction in married couples. *European Journal of Therapeutics*, 29(3), 459–468. <https://doi.org/10.58600/eurjther1722>

İnceoğlu, F., Yoloğlu, S., & Kanık, E. A. (2023). Comparative analysis of models in confirmatory factor analysis: Exploring clinical applications and interpretation. *Medicine Science*, 12(2), 562–568. <https://doi.org/10.5455/medscience.2023.04.053>

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121.

Kabunga, A., Kigongo, E., Tumwesigye, R., Udho, S., Musinguzi, M., Acup, W., Kizito, S., Opiro, K., Akello, A. R., & Auma, A. G. (2024). A systematic review and meta-analysis of compassion fatigue among healthcare professionals before and during COVID-19 in Sub-Saharan Africa. *PLOS Global Public Health*, 4(6), e0003388. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003388>

Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L. S., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key form of self-care". *JAMA*, 301(11), 1155–1164. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>

Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2. baskı). Guilford Publications.

Koca, M., Deniz, S., İnceoğlu, F., & Kılıç, A. (2024). The effects of workload excess on quality of work life in third-level healthcare workers: A structural equation modeling perspective. *Healthcare*, 12(6), 651. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060651>

Lederer, W., Paal, P., von Langen, D., Sanwald, A., Traweger, C., & Kinzl, J. F. (2018). Consolidation of working hours and work-life balance in anaesthesiologists: A cross-sectional national survey. *PLOS ONE*, 13(10), e0206050. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206050>

Lin, K. H., Selvanayagam, N., Patnaik, S., & Kuo, C. Y. (2025). Burnout among physicians and nurses working in intensive care units and emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Emergency Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2025.02.007>

Lu, DW, Dresden, S., McCloskey, C., Branzetti, J., & Gisondi, MA (2015). The effect of burnout on self-reported patient care among emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16 (7), 996–1001. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.9.27945>

Macaron, M. M., Segun-Omosehin, O. A., Matar, R. H., Beran, A., Nakanishi, H., Than, C. A., & Abulseoud, O. A. (2023). A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1071397. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1071397>

Marijnissen, R. M., Chambaere, K., & Oude Voshaar, R. C. (2022). Euthanasia in dementia: A narrative review of legislation and practices in the Netherlands and Belgium. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 857131. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.857131>

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA*, 286(23), 3007–3014. <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.3007>

Morrow, E., Zidaru, T., Ross, F., Mason, C., Patel, K. D., Ream, M., & Stockley, R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13, 971044. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.971044>

Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016a). An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: A call for action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414–1421. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>

Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016b). An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>

Nas, E., & Sak, R. (2021). Merhamet Doyumu Ölçeğinin geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(80), 2019–2036. <https://doi.org/10.17755/esosder.910301>

Nazari, A. M., Shahabi, M., Shad, N., Ghobadi Kooreh Khosravi, A., & Rafiei, M. (2024). The relationship between self-compassion and burnout in healthcare professionals: A narrative review. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 2(4), 255–262. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.2312.1008>

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>

Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-000>

Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250–263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>

NYSORA. (2024). Scope of anesthesia practice. New York School of Regional Anesthesia. <https://www.nysora.com/anesthesia/scope-of-anesthesia-practice/> (Erişim tarihi: Mayıs 2026).

Onat, M., Yiğit, M., Kayademir, N., Avcı, H., Şenses Dinç, G., & Çöp, E. (2025). Kahramanmaraş 2023 depremlerinden sonra sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres, anksiyete, depresyon ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 36(3), 395–403. <https://doi.org/10.5080/u27571>

Ozkara, E., Hanci, H., Civaner, M., Yorulmaz, C., Karagoz, M., Mayda, A. S., Goren, S., & Kok, N. A. (2004). Turkey's physicians' attitudes toward euthanasia: A brief research report. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 49(2), 109–115. <https://doi.org/10.2190/E88C-UXA5-TL9T-RVLK>

Özen, M., & Ekici Şahin, M. (2010). Ötanazi. *Ankara Barosu Dergisi*, 68(4), 15–97. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/abd/article/374153>

Özkara, E. (2001). *Ötanazide temel kavramlar ve güncel tartışmalar*. Seçkin Yayıncılık.

Park, H. J., Lee, Y. M., Won, M. H., Lim, S. J., & Son, Y. J. (2020). Hospital nurses' perception of death and self-reported performance of end-of-life care: Mediating role of attitude towards end-of-life care. *Healthcare*, 8(2), 142. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020142>

Petra, S. A. (2024). Investigation of the ethical and legal issues of euthanasia and assisted suicide. *Open Access Journal of Science*, 7(1), 205–212. <https://doi.org/10.15406/oajs.2024.07.00234>

Pommier, E. (2011). The compassion scale [Doktora tezi, Texas Üniversitesi]. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 72(2-B), 1174.

Poncet, M.-C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., Chevret, S., & Azoulay, E. (2007). Burnout in the intensive care unit: Results from a national survey. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698–704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200602-218OC>

Quill, T. E., & Cassell, C. K. (1995). Nonabandonment: A central obligation for physicians. *Annals of Internal Medicine*, 122(5), 368–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-5-199503010-00009>

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>

Sanfilippo, F., Palumbo, G. J., Noto, A., Pennisi, S., Mineri, M., Vasile, F., Dezio, V., Busalacchi, D., Murabito, P., & Astuto, M. (2020). Prevalence of burnout among intensive care physicians: A systematic review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 458–467. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200076>

Sevin, B., & Günüşen, N. (2021). Hemşirelerin psikolojik dayanıklılığının merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti üzerine yordayıcı rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 379–386. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.851726>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians relative to the general US population. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., Carlasare, L. E., & Dyrbye, L. N. (2025). Changes in burnout and satisfaction with work–life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2023. *Mayo Clinic Proceedings*, 100(4), 596–608. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2024.11.031>

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>

Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Professional Quality of Life Scale. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). Brunner-Routledge.

Stamm, B. H. (2010a). The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction and fatigue version 5. ProQOL.org.

Stamm, B. H. (2010b). The concise ProQOL manual (2nd ed.). ProQOL.org.

Stehman, C. R., Testo, Z., Gershaw, R. S., & Kellogg, A. R. (2019). Burnout, drop out, suicide: Physician loss in emergency medicine, Part I. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 485–494. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.4.40970>

Super, A., Yarker, J., Lewis, R., Keightley, S., Summers, D., & Munir, F. (2024). Developing self-compassion in healthcare professionals utilising a brief online intervention: A randomised waitlist control trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(10), 1346. <https://doi.org/10.3390/ijerph21101346>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tepehan, S., Ozkara, E., & Yavuz, M. F. (2009). Attitudes toward euthanasia in intensive care units and other hospital departments. *Nursing Ethics*, 16(3), 319–327. <https://doi.org/10.1177/0969733009102606>

Turla, A., Ozkara, E., Ozkanli, C., & Alkan, N. (2006). Health professionals' attitude toward euthanasia: A cross-sectional study from Turkey. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 54(2), 135–145. <https://doi.org/10.2190/5492-3833-7541-3160>

Türk Tabipleri Birliği. (2008). Yaşamın sonuna ilişkin etik bildirge. TTB Yayınları. <https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/etik/11.pdf>

Uyar, B., Salman, B. C., Aydar, S., Batıhan, G., Savğa, K., Balıkçı, B., Baran, H., İnan, E. Ç., Güneş, M., Kaya, M. C., & Bulut, M. (2023). Kahramanmaraş depremi sonrası psikososyal destek biriminden danışmanlık alan sağlık çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu verilerinin retrospektif değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 14(4), 753–759. <https://doi.org/10.18663/tjcl.1384085>

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile–Revised (DAP-R). *Death Studies*, 18(5), 467–482. <https://doi.org/10.1080/07481189408252692>

World Health Organization. (2019, May 28). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

World Health Organization. (2020, August 5). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Żołnierz, J., Dobrowolska, B., & Sak, J. (2018). The virtue of compassion in medical professions. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(9), 933–942. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1419509>

Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every day were a rainy day: Professional burnout and resilience in physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382–389. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828169d7>

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi



Ek 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

- 1) Yaşınız (doğum tarihi şeklinde): __/__/____
- 2) Medeni haliniz : ☐Evli ☐Bekar
- 3) Varsa çocuk sayınız:
- 4) Mesleki deneyim süreniz (yıl olarak): ... Çalıştığınız birim:.....
- 5) Yakınlarınızdan birini kaybettiniz mi? ☐Evet ☐Hayır
- 6) Evetse, bu yaşantıda en baskın hissettiğiniz duygu neydi?.....
- 7) Ölüm sizin için ne anlam ifade ediyor, bir cümle ile tanımlayınız.
- 8) Ölümcül hastaya bakım verirken yaşadığınız güçlükler ne/nelerdir?
- 9) Ölümcül hastayla çalışmanın sizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
- 10) Ötenaziyi nasıl tanımlarsınız?
- 11) Sizce hangi hastalara ötenazi uygulanabilir?
- 12) Sizce hastalar neden ötenazi ister?
- 13) Ölüm talebinde bulunan hastaya yardım için hangi girişim/girişimler uygulanmalıdır?
- 14) Meslek yaşantınız boyunca sizden ölümünü isteyen hastanız oldu mu? ☐Evet☐Hayır
- 15) Bu durum karşısında hissettiğiniz/ hissedeceğiniz duygu/duygular nelerdir?
- 16) 14. Soruya cevabınız evetse durum karşısında nasıl davrandınız, hayırsa nasıl davranırdınız?
- 17) Ölüm, ölümcül hasta ve ötenazi konularında daha önce bilgi aldınız mı?
- 18) Bu konuda daha fazla bilgilenme/danışmanlık ihtiyacı hissediyor musunuz?

Ek 3: Ötenazi, Ölüm Ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği

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

Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüme bir rahatlama olarak bakarlar.				
Kararı bir kurul verirse bir hastaya ötenazi uygulayabilirim.				
Hastalara ölmekte olduklarını doğrudan söylemekten kaçınmaya çalışırım.				
Ölümcül hastalığı olan bir hastanın hekimi olmak, mesleğimin en sıkıntılı yönlerinden biridir.				
Bence ölümcül hastalığı olan hastaların ölümü sessiz ve huzurludur.				
Ötenazi kararı ve uygulaması bir kurul tarafından üstlenirse, bu uygulamaya olumlu bakarım.				
Hekimliği bir yana bırakırsak, gündelik yaşamımda, geri dönülmez bir durum nedeniyle ölmekte olan kişilerden olabildiğince kaçınırım.				
Kendimi ölümcül hastalığı olan hastalarla da, öteki hastalarla olduğu kadar rahat hissederim.				
Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığım olsa, bana ötenazi uygulanmasını isterim.				
Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüm hakkında açıkça konuşurlar.				
Bence ölümcül hastalığı olan bir hastaya en iyi desteği ailesi verir ve onların hastanın yanında bulunmaları gerekir				

Ek 4: Merhamet Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Diğer insanların duygularını hissediyorum.							
2	İnsanların duygularını anlıyorum.							
3	Kendimi başkalarına duyarlı buluyorum.							
4	Diğer insanların duyguları beni etkiliyor.							
5	Benden daha kötü durumda olan insanlar için endişelenirim.							
6	Başkalarıyla ilgileniyorum.							
7	Kendimi bir başkasının yaşam pozisyonuna koyabilme yeteneğine sahibim.							
8	Kendimi başka birinin duygularına yansıtabilirim.							
9	Doğal olarak başkalarının hislerinin ve duygularının farkındayım.							
10	Başka biriyle ilişki kurduğumda kendimi bir benzer durumda düşünürüm.							
11	Başkalarının acı çektiğini veya ıstırap çektiğini gördüğümde endişelenirim.							
12	Ağrı hisseden diğer insanlara karşı duygusal olarak sevgi doluyum.							
13	Yalnız bir yabancı görmek beni üzüyor.							
14	Yardıma yolumun açıldığını gördüğümde başkalarına yardım etmekten hoşlanırım.							
15	Birinin nasıl hissettiğini bildiğimde yardım etme olasılığım artar.							
16	Çok acı çektiği görünen birine yardım etmek için kendimi zorunda hissediyorum.							
17	Yakınımdaki birinin zor bir süreçten geçtiğini fark edersem bana faydası olsun olmasın duygusal olarak onlarla bu konuda konuşmak zorunda hissediyorum.							
18	Bana faydası olsun olmasın açıkça ihtiyacı olan herkese yardım etmeye hazırım.							

19	Biri arkadaşımrsa, ona yardım etmek için her zaman yanıdayım.							
20	Çoğu insana yardım etmeye istekliyim çünkü nihayetinde kendimi iyi hissetmemi sağlıyor.							
21	Başkalarına yardım etmem için para almam gerekmiyor.							
22	Şartlar ne olursa olsun sorun kendimi her zaman iyi durumda olan birine yardım etme zorunluluğu hissederim.							
23	Birisi tehlikede olduğunda müdahale etmek ve nasıl yardımcı olabileceği hakkında ilk ben olma eğilimindeyim.							
24	Açlıktan ölmek üzere olan biri için elimde olmadan çok üzülüyorum							
25	Ayağı takılıp düşen bir yabancıya yardım ederdim.							
26	Engelli biri için kapıyı açık tutardım.							

Ek 5: Mesleki Yorgunluk / Tükenmişlik / Toparlanma (OFER) Ölçeği

Bu ifadeler son birkaç aylık süreçteki işte ve evde yaşadığınız YORGUNLUK ve GERGİNLİK ile ilgili deneyimlerinize ilgilidir.

Yanıtınızı en iyi yansıtan “Kesinlikle Katılmıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” şeklindeki 0 ve 6 arasındaki bir sayıyı daire içine alınız.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Çoğu kez, işimde ‘tahammülümün tükendiğini’ hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
2	Çoğu kez, bir diğer iş günüm için uyanmaktan korkuyorum	0	1	2	3	4	5	6
3	Çoğu kez işime gitmeye daha ne kadar devam edebileceğimi merak ediyorum	0	1	2	3	4	5	6
4	Çoğu zaman sadece ‘çalışmak için yaşadığımı’ hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
5	İşimde benden çok fazla şey bekleniyor	0	1	2	3	4	5	6
6	Bir iş vardiyasından sonra çok az enerjim kalıyor	0	1	2	3	4	5	6
7	İşten eve geldiğimde genelde tükenmiş hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
8	İşim her gün enerjimin tamamını tüketiyor	0	1	2	3	4	5	6
9	Genellikle ailem veya arkadaşlarım için çok fazla enerjim olur	0	1	2	3	4	5	6
10	Genellikle işten sonra hobilerim ve diğer aktivitelerim için bol bol enerjim olur	0	1	2	3	4	5	6
11	Vardiyalar arasında enerjimi tamamen toparlamak için yeterli vaktim hiç olmuyor	0	1	2	3	4	5	6
12	Vardiyadan sonra yorgun olsam da, genellikle bir sonraki vardiyanın başlamasıyla tekrar canlanırım	0	1	2	3	4	5	6
13	Vardiyalar arasında gücümü nadiren tamamen toplarım	0	1	2	3	4	5	6
14	Vardiyalar arasında iş yorgunluğundan kurtulmak benim için sorun değildir	0	1	2	3	4	5	6
15	Bir vardiyadan sonra diğerine başlayana kadar çoğu kez tükenmiş hissederim	0	1	2	3	4	5	6