

2016

YÜKSEK LİSANS

RUH SAĞLIĞI VE HASTALARI HEMŞİRELİĞİ

Merve ŞAHİN



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISI, ÖLMEKTE OLAN
HASTAYA BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Merve ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN

0000

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISI, ÖLMEKTE OLAN
HASTAYA BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Merve ŞAHİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO-
15006 proje numarası ile desteklenmiştir

AYDIN-2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde MERVE ŞAHİN tarafından hazırlanan “Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlar ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/07/2016

Üye (Tez Danışmanı): Prof. Dr. Fatma Demirkıran Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Yard. Doç. Dr. Hatice Öner Altıok Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Nezihe Uğurlu Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezi beni erken bırakıp giden dedem Hayrettin ŞAHİN ve babam Nedim ŞAHİN'e adıyorum.

Hep benimlesiniz...

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında desteğini esirgemeyen, tezin bütün aşamalarına sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimlerini sevgisiyle birlikte sunan ve önerileri ile bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Demirkıran' a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen, deneyimleriyle bana yol gösteren sevgili hocalarım Sayın Doç. Dr. Hülya Arslantaş'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Adana' ya ve Psikiyatri Anabilim Dalındaki hocalarım Sayın Prof. Dr. Ferhan Dereboy'a, Sayın Prof. Dr. Çiğdem Dereboy'a,

Çalışmamı ASYO-15006 proje kodu ile destekleyen Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Birimine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma,

Manevi desteği ve yardımlarıyla yanımda olan Dr. Faruk İlker Bergama Devlet Hastanesi acil servis sorumlu hemşirem Sayın Lütfiye Yiğit Tektaş'a ve mesai arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi, sabır ve sevgilerini esirgemeyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim babaannem Sabriye Şahin, kardeşim Sevilay Şahin, halalarım Sevim Şahin ve Hülya Şahin'e,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM

Merve ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ölüm.....	4
2.2. Ölümün Anlamı.....	5
2.2.1. Biyolojik Ölüm.....	5
2.2.2. Psikolojik, Fiziksel ve Sosyal Ölüm.....	6
2.3. Dinlere göre Ölüm Kavramı.....	7
2.3.1. İlkel Dinlerde Ölüm.....	7
2.3.2. Uzakdoğu Dinlerinde Ölüm.....	7
2.3.3. Sami (Semavi) Dinlerde Ölüm.....	8
2.3.3.1. Yahudiliğe Göre Ölüm	8
2.3.3.2. Hristiyanlığa Göre Ölüm	9
2.3.3.3. İslamiyete Göre Ölüm	9
2.4. Ölüm Karşısında Tutumlar	10
2.4.1. Ölümü Kabullenmeme.....	10
2.4.2. Ölüme Meydan Okuma.....	10

2.4.3. Ölümü İsteme.....	11
2.4.4. Ölümü Kabullenme.....	11
2.5. Ölüm Kaygısı.....	12
2.6. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım Ve Kuramlar.....	12
2.6.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	12
2.6.2. Varoluşçu Yaklaşım.....	13
2.6.3. Bilişsel Yaklaşımlar.....	14
2.6.4. Terör Yönetimi Kuramı.....	15
2.6.5. Tıbbi Model.....	16
2.6.5.1. Ölüm Sürecinin Beş Evre Modeli.....	17
2.6.5.2. Ölüm Sürecinin Üç Evre Modeli.....	18
2.7. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları.....	19
2.7.1. Kültürel Savunmalar.....	19
2.7.2. Bireysel Savunmalar (Psikolojik Savunmalar).....	20
2.7.2.1. Özel Olma.....	20
2.7.2.2. Nihai Kurtarıcı.....	20
2.8. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler.....	21
2.8.1. Yaş.....	21
2.8.2. Cinsiyet.....	22
2.8.3. Medeni Durum.....	23
2.8.4. Fiziksel Hastalık.....	23
2.8.5. Ruhsal Hastalık.....	24
2.8.6. Meslek.....	24
2.8.7. Yaşam Olayları.....	25
2.8.8. Kişilik Özellikleri.....	25
2.8.9. Sosyokültürel Özellikler Ve Din.....	26

2.8.10. Gelişimsel Süreç.....	27
2.9. Hemşirelik Mesleği ve Ölüm.....	27
2.10. Hemşirelik Mesleği ve Ölüm Kaygısı.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	32
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.4.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği-TPÖKÖ.....	35
3.4.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği-FATCOD.....	35
3.5. Araştırmanın Verilerin Toplanması.....	36
3.6. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönleri.....	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.9. Araştırmanın Güçlükleri.....	38
3.10. Araştırmanın Hipotezleri.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
4.2. Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulgular	43
4.4. Hemşirelerin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine İlişkin Bulgular.....	44
4.5. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumlarına İlişkin Bulgular.....	46
4.6. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumları	50

4.7. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması	51
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
5.3. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Tartışılması.....	64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR.....	75
EKLER.....	91
ÖZGEÇMİŞ.....	101

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

CPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
FATCOD	: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği
TPÖKÖ	: Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği
F	: Oneway ANOVA Test
p	: Önemlilik Katsayısı
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
SS	: Standart Sapma
t	: Student T Test
$\bar{X}$	: Ortalama
χ^2	: Kruskal-Wallis Test

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Çalışan ve Örneklem Alınan Hemşire Sayılarının Dağılımı.....	32
Tablo 2.	Klinik Birimlere Göre Çalışan ve Örneklem Alınan Hemşire Sayılarının Dağılımı	33
Tablo 3.	Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 4.	Hemşirelerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarının Dağılımı.....	41
Tablo 5.	Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarının Dağılımı.....	42
Tablo 6.	Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Bilgi Alma, Bilgi Kaynakları ve Bilgiyi Yeterli Bulma Durumlarının Dağılımı.....	43
Tablo 7.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı.....	44
Tablo 8.	Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı.....	44
Tablo 9.	Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumlarının Dağılımı.....	45
Tablo 10.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Hissettikleri Duyguların Dağılımı.....	46
Tablo 11.	Hemşirelerin Ölüm Nedeni ile Yaşadıkları Kayıp/Yas Duygusu ile Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı.....	47
Tablo 12.	Hemşirelerin Bakımını Üstlendikleri Bir Hastanın Ölümünden Etkilenme Durumlarının Dağılımı.....	48
Tablo 13.	Hemşirelerin Kendilerinin Ölmekte Olan Hasta Olması Durumunda, Özen Gösterilmesini İstedikleri Konuların Dağılımı.....	49
Tablo 14.	Hemşirelerin Ölüm Olayı ile Sık Karşılaşan Hemşirelere Destek Olmak İçin Yöneticilere Yaptıkları Önerilerinin Dağılımı.....	49

Tablo 15.	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 16.	Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 17.	Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarına Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 18.	Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 19.	Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumlarına Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 20.	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastasına Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Hissettikleri Duygulara Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 21.	Hemşirelerin Ölüm Nedeni ile Yaşadıkları Kayıp/Yas Duygusu ile Baş Etme Yöntemlerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 22.	Hemşirelerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	60

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Kişisel Bilgi Formu.....	91
Ek 2.	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ).....	94
Ek 3.	Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD).....	92
Ek 4.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	97
Ek 5.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı.....	99
Ek 6.	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı.....	100

ÖZET

HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISI, ÖLMEKTE OLAN HASTAYA BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şahin M. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.

Araştırma, hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipte planlanan çalışma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, yoğun bakım üniteleri ve klinik birimlerde çalışan 499 hemşire, örneklemini evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanan 218 kişi; 1.5 desen etkisi ile 327 hemşire oluşturmuştur. Araştırma ile ilgili kurum izinleri, Etik Kurul onayı ve katılımcılardan gerekli onamlar alınmıştır. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ) ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) uygulanarak toplanmıştır. Veriler SPSS istatistik paket programı (Version 21, Chicago IL, USA) ile bilgisayar ortamına girilmiştir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, student-t test, one way anova, kruskal-wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 26.24 ± 6.35 'dir. Hemşirelerin çoğunluğu kadın, bekar ve lisans mezunudur. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları duyguların hastanın yaşına-yatış süresine göre değiştiği %45 ve üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik %34.6 hissettikleri anlaşılmıştır. Hemşirelerin bakım verdikleri hasta öldükten sonra ise keder-üzüntü %54.7, çaresizlik %21.9 ve başarısızlık %7.2 hissettikleri anlaşılmıştır. Hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları 56.60 ± 17.27 bulunmuş olması, yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek ölüm kaygısını göstermektedir. Hemşirelerin Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları 103.14 ± 11.53 bulunmuş olması; yapılan diğer çalışmalara göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha az olumlu tutum sergilediklerini göstermektedir. Hemşirelerin yaşları arttıkça ölüm kaygılarının azaldığı bulunmuştur ($r=-0.12$, $p=0.02$). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları, klinik birimlerde çalışanların puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur ($t=2.09$, $p=0.03$). Kendi ölümünü ara sıra düşünen hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları, sık sık ve nadiren düşünenlerin puan

ortalamlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($F=4.36$, $p=0.01$). Yakın çevresinden birisini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları, yakın çevresinden birisini ölüm nedeniyle kaybedenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur ($t=2.62$, $p=0.009$). Ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissettiğini ifade eden hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları, diğer duyguları hissedenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=16.43$, $p=0.006$). Ölmekte olan hastaya bakım verirken en uzun süre köyde yaşamış ($F=3.40$, $p=0.03$), meslekte daha deneyimsiz olan ($F=2.65$, $p=0.04$), çalıştığı birimde ölümle ara sıra karşılaşan ($F=3.86$, $p=0.02$) hemşirelerin daha az olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur. Ölmekte olan hastaya bakım verirken ölüm kaygısı yüksek olan hemşirelerin, daha fazla olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur ($r=0.13$, $p=0.01$). Hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastaların ölümü nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etmek için %48.3'ü ölümün doğal olduğunu düşünme-rahatlamaya çalışma ve %27.2'si dua etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Bu çalışma, hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermelerinin ölüm kaygılarını artırdığını göstermiştir. Ölüm kaygısı yüksek olan hemşirelerin ise ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini göstermiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin kendi ölüm kaygılarını azaltmaya ve ölmekte olan hastalara bakım verirken sergiledikleri olumlu ya da olumsuz tutumlarına ilişkin farkındalık kazandıran ve ölümle başa çıkmada kullandıkları baş etme yöntemlerini geliştirmeye yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Ölüm, Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım

ABSTRACT

NURSES DEATH ANXIETY, ATTITUDES AND INFLUENCING FACTORS ABOUT THE CARE OF DYING PATIENT

Şahin M. Adnan Menderes University Institute of Medical Sciences Psychiatry Nursing Program Post Graduate Thesis, Aydın, 2016.

The purpose of this study is to determine nurses' death anxiety, the attitudes towards caring for dying patients and influencing factors. Planned as crossed sectional, the study was carried at Aydın Adnan Menderes University Research and Application Hospital. The area of research is composed of 499 nurses who work in intensive care units and clinic units, the sample of it includes 218 people counted by sample strategy and 327 nurses with 1.5 figure effect. The approvals for this research was received from Ethic Committee and the participants. Survey data was collected by utilizing Personal Info Form, Thorson-Powell Death Anxiety Scale (TPÖKÖ) and Frommelt Scale of Attitudes Towards Caring for Dying Person (FATCOD). The data were entered entered to computer environment by SPSS statistics packet program (Version 21, Chicago IL, USA). For the analyse of data, descriptive statistics, student-t test, one way anova, kruskal wallis tests were used. The results were evaluated in %95 confidence interval and sense $p < 0.05$ level. The nurses' average of age is 26.24 ± 6.35 . Most of the nurses are female, single and bachelor. It is understood that the nurses feelings during the care of dying patients change, according to %45 the age and hospitalization duration and %34.6 sadness, despair. It was found out that after the patient the nurses cared died, they feel %54.7 sorrow, %21.9 despair and %7.2 failure. The findings that nurses point average of death anxiety is 56.60 ± 17.27 indirates higher than death anxiety according to the researches held. The average of nurses Frommelt attitude scale for the care of dying patient was found as 103.14 ± 11.53 this indicates that they exhibit less positive attitude to the dying patient than the other works. They carry out it was found that as the nurses grow older, they have less death anxiety ($r = -0.12$, $p = 0.02$). The average point of death anxiety of nurses working at intensive care units is higher than the ones who work at clinic units ($t = 2.09$, $p = 0.03$). The average point of death anxiety of nurses who think about their own death is higher than the ones who think about it often ($F = 4.36$, $p = 0.01$). It was found that the average point of death anxiety of nurses who didn't lose someone so close is higher than the ones who

didn't ($t=2.62$, $p=0.009$). Besides the average point of death anxiety of nurses expressing their anger during the care of dying patient is higher than the ones who have the other feelings ($\chi^2=16.43$, $p=0.006$). It was found that the nurses who lived in the village longest during the care of dying patient ($F=3.40$, $p=0.03$), inexperienced ones ($F=2.65$, $p=0.04$), facing death from time to time at the unit they work ($F=3.86$, $p=0.02$) exhibit less positive attitude. It was found that nurses having higher death anxiety exhibit more positive attitude ($r=0.13$, $p=0.01$). It was determined that in order to deal with the mourning of the patient having death during their own care, %48.3 of the nurses use the way of accepting death as a natural cycle, relaxing while %27.2 are praying. This work showed that nurses care for dying patient increases their death anxiety. Moreover, it indicates that nurses having high death anxiety exhibit more positive attitude during the care of dying patient. According to the results obtained the trainings on raising awareness of decrease the nurses' own death anxiety and positive or negative attitudes which they exhibit during the care of dying patient and improvement of methods used to deal with death.

Keywords: Nursing, Death, Death Anxiety, Caring For Dying Patient

1. GİRİŞ

Ölüm, yaşayan tüm canlıların paylaştığı evrensel bir gerçektir (Yalom, 2013). Tanımlanması zor olan ölüm olgusu karşısında insanoğlu ona bir takım anlamlar yüklemiştir (Kübler-Ross, 1997). Ölüm düşüncesi insanların bir kısmı için stres kaynağı iken, bir kısmı için de stresten kurtulma yoludur (Geçtan, 1990; Kübler-Ross, 1997).

İnsanın ölmek zorunda olduğunun farkında olması, onu derinden etkilemektedir. Çünkü ölüm, varoluşa yönelmiş olan güçlü bir tehdittir (Becker, 1973; Fromm, 1994). Ölmek zorunda olduğu gerçeği, insanda kaygı yaratan bir durumken aynı zamanda da onu hayata bağlayan, varoluşunu anlam katan bir sebep de olabilmektedir. İnsan ölüm gerçeğinin farkına vardığında, hayatını tamamıyla daha anlamlı ve daha nitelikli yaşayabilmekte; kaygılı ve kötümser bir ruh halinden çok, amaçlarını gerçekleştirebileceği bir hayata yönelebilmektedir (Kübler-Ross, 1997; İnam, 1999; Dökmen, 2003; Yalom, 2013).

Yalom (2013)'a göre tüm psikopatolojilerin ana kaynağı ölüm kaygısıdır. Ancak: “Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değildir” (Yalom, 2013). Fromm’a (1994) göre iki türlü ölüm kaygısı vardır. Bunlardan ilki, her bireyin ölmek zorunda olduğuna ilişkin normal olan korku; ikinci kaygı ise, bireyi devamlı huzursuz eden ölüm kaygısıdır. İnsanı devamlı huzursuz eden ölüm kaygısı, yaşamı iyi değerlendirememesi ve yaşama konusundaki başarısızlığa neden olmaktadır (Fromm, 1994).

Günümüzde, bilimsel gelişmeler ve buna paralel olarak sağlık alanındaki önemli gelişmeler nedeniyle ölüm, yaşamın tabii sonu olmaktan çok, mücadele edilmesi gereken bir hastalık olarak algılanmaktadır. Sağlıkla ilgili mesleklerdeki bireyler, özellikle hemşireler ölüm olgusu ve ölmekte olan birey ile sık sık karşılaşmaktadırlar. Oysaki, hemşirelik mesleğinin en zor yönlerinden biri, ölmekte olan hastanın bakımı ve ölüm olayıdır. Ölmekte olan hastayla çalışan hemşireler, ölüm olayını yakından yaşarken hem kendi ölüm gerçeğiyle yüzleşmekte, hem de ölmekte olan hastaya ve ailesine bakım vermek durumunda kalmaktadır (Aries, 1991; Çakırcalı, 2000; Roman ve ark, 2001; Keser Özcan, 2007).

Yapılan bazı araştırmalarda, ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin anksiyete, yetersizlik, çaresizlik (Koç ve Sağlam, 2008; Ay ve Gençtürk, 2013; Bilge ve ark, 2013), öfke, sıkıntı, suçlama (Öz, 2004) gibi duygular yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca, hastanın bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan korktukları için ölmekte olan hastaların

bulunmadığı kliniklerde çalışmayı tercih ettikleri belirtilmiştir (Uçar, 1997; Vural ve ark, 1998; Keser Özcan, 2007; Tarı Selçuk ve Avcı, 2015). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ise ölmekte olan hastanın duygusal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldıkları saptanmıştır (Hurtig ve Stewin, 1990; Özaltın ve Işıl, 1995; Hopkinson ve ark, 2003; Mok ve ark, 2002; Cherlin ve ark, 2004). Hare ve Pratt (1989)'ın yaptıkları bir çalışmada da ölüm kaygısı düşük olan hemşirelerin ölmek üzere olan hastalara bakım verirken daha rahat çalıştıkları bildirilmiştir.

Alanyazında, Taşdemir ve Gök (2012) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin ölmekte olan hastaya bakım verme anında, öğrencilerden birçoğunun üzüntü ve “Bakım verirken ne hissettiğini bilmeden bakım vermeye devam ettiğini” belirtmişlerdir. Cooper ve Barnett (2005)'ın hemşirelik öğrencileri ve çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırma da, ölmekte olan hastaya bakım vermenin kaygı oluşturduğunu, bu kaygının kişisel ölüm korkularından ziyade, hastaya nasıl davranması gerektiğini ve ne söyleyeceğini bilememeye bağlı yetersizlik ve çaresizlik duygularından kaynaklandığını belirlemişlerdir.

Ölüm ile ilgili hissedilen olumsuz duygular, hemşirelerin hastalara etkin ve bütüncül bakım vermesini çoğu zaman etkilemektedir (Cherlin ve ark, 2004). Ross (1997), hemşirelerin daha çok hastaların fiziksel problemlerini çözmeye odaklandıklarını ve bundan dolayı hastaların psikososyal ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldıklarını belirtmektedir. Öte yandan ölüm olayı sonrası oluşan psikolojik problemler ve ölüm karşısında kişilerin gösterdiği tepkiler değişiktir. Hemşireler, çalışma yaşamında sık sık ölmekte olan hastaya bakım verip, sürekli bakım verdikleri hastaların ölümüne tanık olsalar da, hemşireler için bakım verdikleri her hasta ve her ölüm olayı benzersizdir (Cimete, 2002).

Ölmekte olan hastalarla çalışırken ölüm gerçeği ile sürekli olarak karşılaşan hemşireler, ölüm gerçeği ile yüzleşmemek için yansıtma, bastırma, izolasyon gibi savunma mekanizmaları kullanarak kendilerini korumaya çalışmaktadırlar. Bu tutum hemşirelerin, ölmek üzere olan hasta ve ailesinin gereksinimlerini farketmelerini engellemekle birlikte verdikleri yaşam sonu bakımın niteliğini de azaltmaktadır (Özaltın, 1996; Roman ve ark, 2001; Akdemir ve Birol, 2003; Öz, 2004; İnci ve Öz, 2012).

Hemşirelerin mesleki yaşamları, bilgi ve yeteneklerini kullanmaları, hasta ve ailesi ile değerli ilişkiler kurmalarıyla zenginleşebilmektedir. Diğer taraftan sürekli ruhsal, duygusal ve fiziksel olarak acı çeken hasta ve onların aileleri ile uğraşmak duygusal olarak yıpratıcı bir

durumdur. Bu etkilenme, hastalara karşı olumlu duyguların kaybolmasına, tek tip davranmaya, düşünmede katılığa, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine ve mesleki tükenmişliğe neden olarak, hemşirenin verdiği hizmetin niteliğinde, niceliğinde bozulmaya yol açabilmektedir (Gülseren ve ark, 2000).

Hemşireler, ölmekte olan hastanın yanındayken kendi ölüm kaygıları nedeniyle rahatsızlık duyabilirler ancak çoğu zaman bu duygularının kaynağını fark etmeyebilirler (İnci ve Öz, 2012). Hastaya etkin bakım ve psikososyal destek sağlayabilmek için bakım veren hemşirelerin, hastanın ve ailesinin duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir. Bunun için öncelikle hemşirelerin kendi duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin bir içgörü kazanmaları önemlidir (Ross, 1997; Öz, 2004; Işık ve ark, 2009).

Profesyonel meslek üyesi olan hemşirelerin, ölmekte olan hastalar ile iletişim kurmaları, onlara gerekli olan desteği verebilmeleri için öncelikle kendi ölüm kaygıları belirlenmeli ve ölüm kaygılarının hasta bakımını nasıl etkilediği değerlendirilmelidir. Böylece ölüm kaygısının farkında olan hemşirelerin, ölmekte olan hastanın içinde bulunduğu durumu tanınması ve ölmekte olan hastaya sunulan bakımın kalitesinin de arttırabileceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Ölüm insanların yaşamak zorunda oldukları en belirleyici, en son, en kaçınılmaz ve en eşitlikçi gerçektir. Genel anlamıyla ölüm, varolma halinin sona erdikten sonra varlığın, niceliksel ve niteliksel anlamda biçim değiştirmesi şeklinde ifade edilebilir. Canlı organizmalar için ölüm ise, hücrenin, organın veya organizmanın yaşamsal bütün fonksiyonlarını tamamen yitirmesi veya canlı olma halinin son bulması demektir (Badur, 2004). Ancak günlük yaşamın hareketi içinde ölüm unutulur; Antik Yunan filozoflarından Epikür bu durumu “...yaşadığım sürece ölüm yoktur, ölüm geldiğinde de artık ben yokum” kelimeleriyle ifade etmiştir (Arslan, 2001).

Kastenbaum ve Aisenberg (1972) ölümün algısının temel özelliklerini aşağıdaki gibi açıklar:

- 1- Ölüm algısı görecelidir. Ölüm algısının göreceliği gelişim dönemlerinde ele alınmaktadır. Fakat gelişim dönemleri, mutlaka kişinin kronolojik yaşı anlamına gelmez.
- 2- Bir insanın ölümü algılaması gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.
- 3- Ölüm algısının gelişimsel amacı, belirsiz ya da hala oluşum sürecindedir. En ideal ya da uygun ölüm anlayışı için kuşkusuz bir takım tespitler vardır. Ancak bu kanılar yapılan araştırmalardan çıkarılmış sonuç ya da sistemli kuramlar olmaktan çok, değer yargılarıdır.
- 4- Ölüm algısı durumsal bağlamda, yani ölümü özel bir anda nasıl algıladığımız içinde bulunduğumuz birçok durumdan etkilenir. Odada bulunduğumuz esnada ölmekte olan biri var mıdır? Hayatımız için bir tehdit mi? gibi içinde bulunduğumuz durumlar hafızamızda bulunan birçok ölüm çeşidinden birini seçer.
- 5- Ölüm algısı davranışlarımızı da etkiler. Örn, ölümü mutlu bir yaşama geçiş olarak gören bir birey için, intihar etme davranışı tutarlı olarak kabul edilebilir. Bu şekilde düşünmeyen başka biri ise, intihar sonrası ölümü, travmatik bir durum olarak görebilir. Ancak aradaki bağ her zaman bu kadar basit olmayabilir. Çoğu zaman

benzer davranışlar farklı ölüm anlayışlarından sonra da gelebilir veya benzer ölüm anlayışları, farklı davranışlara yol açabilir. Diğer bir deyişle, bireyin ölüm algısı onun davranışlarını karmaşık ve dolaylı yollardan etkilemektedir (Kastenbaum ve Aisenberg 1972).

Canlı veya cansız bir varlığın ölümü, anlık bir olgu olmayıp çok daha uzun veya kısa bir zaman diliminde gerçekleşebilir. Ölümün gerçekleşmesi, konuya bakış açısı yönünden biyolojik ölüm, psikolojik ölüm, sosyal ölüm, fiziksel ölüm gibi farklılıklar gösterir (Aiken, 1991).

2.2. Ölümün Anlamı

2.2.1. Biyolojik Ölüm

Bilimsel anlamda ölüm, biyolojik bir sistemin çökmesidir. Bu çöküş beyin ölümü, klinik ölüm ve yaşlanma gibi bir dizi olayın gerçekleşmesiyle oluşmaktadır (Freud, 1997). Biyolojik ölüm, yaşamsal fonksiyonların (solunum ve kalp atımı gibi) sona ermesi olarak tanımlanmaktadır.

Biyolojik ölüm 1950'lerin sonuna kadar solunum ve kalp işlevleri ile belirlenmekte, akciğer ve kalp fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak kaybolması ölüm olarak kabul edilmekteydi. Fakat 1950'li yılların sonundan itibaren tıp alanında kullanılmaya başlanan, yapay solunum; bu konudaki kavramların değişmesine yol açmıştır. Yapay solunum uygulamasından sonra, ölümün belli bir süre sonra meydana geldiği bilgisi oluşmuştur. Geri dönüşsüz olarak solunum durduğu zaman eğer yapay solunuma başlanmazsa, oksijen yetersizliğinden, saniyeler içinde ölüm meydana gelecektir. Böylece yapay solunum sayesinde, kaçınılmaz olan ölüm, değişken bir süre sonrasına ertelenmektedir. Bu durumda bütün aygıtlar, yaşatılan biri için yaşamın göstergesi olur, bu aşamada tıptaki ilerlemeler ile birlikte önemi daha iyi anlaşılan, “beyin ölümü” kavramı gündeme gelmektedir (Dekkers, 1996; Badur, 2004).

Günümüzde, ölümün belirlenmesinde daha çok kabul görmeye başlayan beyin ölümü ölçütüdür. Buna bağlı olarak beyin ölümü üç biçimde tanımlanmıştır. Bunlar; neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümüdür. Neokortikal beyin ölümünde, serebral korteks işlevini geri dönüşsüz olarak tamamen yitirmiştir. Böylece insanı “canlı” yapan her

şey ortadan kalkmıştır. Bireyin solunumu spontan, kan basıncı ve beden ısısı normal olabilir. Ancak, bu beyin ölümünü savunan araştırmacılar, kişinin bireysel işlevlerini yürütemediğinden, bireylerin ölü sayılabileceğini öne sürmektedir (Dekkers, 1996; Jones, 2004).

Beyin sapının görevi vücudumuzda kan basıncı, beden ısısı, solunum ve dolaşım gibi özdevinimli işlevleri ve bilinci düzenlemektir. Beyin sapı ölümü gerçekleşen birey ölü olarak kabul edilmektedir. Çünkü beyin sapı ölümü ile kalp durur ve dolaşım yetmezliğine bağlı tüm beyin ölümü gerçekleşmiş olur (Dekkers, 1996; Jones, 2004). Tüm beyin ölümünde ise, solunum ve kalp fonksiyonlarının durmasıyla birey fiziksel ve zihinsel tüm işlevlerini geri dönüşsüz olarak tamamen yitirmiştir. Bu nedenle insanın ölümünün gerçek ölçütü, tüm beyin ölümüdür (Dekkers, 1996; Jones, 2004).

2.2.2. Psikolojik, Fiziksel ve Sosyal Ölüm

Psikolojik ve sosyal ölüm olgusu tanımı, biyolojik yaşam ve ölüm arasındaki sınır kadar net değildir. Psikolojik ölüm, bireyin zihinsel işlevlerini yerine getirememesidir. Sosyal ölüm ise kişinin bilinci olmadığı halde, teknolojinin yardımıyla fiziksel işlevlerini yerine getirmesidir (Lederberg ve Joshi, 2007).

Sosyal ve fiziksel ölüm arasında da farklılıklar vardır. Hayatını kaybeden kişi, fiziksel ölümü yaşarken, çevresindeki kişiler ise sosyal ölümü yaşamaktadırlar. Örn, trafik kazasında fiziksel ölümü gerçekleşen birinin arkasında bıraktığı boşlukla başa çıkmaya çalışan ailesinin de yas sürecinde sosyal ölümü gerçekleşir. Diğer yandan, nörodejeneratif hastalığı olan bireyler, fiziksel ölümü yaşamadan önce sosyal olarak, kendi rollerini her gün biraz daha fazla kaybederler. Bu nedenle, ölüm hem fiziksel hem de psikolojik ve sosyal olarak yaşanmaktadır (Lederberg ve Joshi, 2007).

2.3. Dinlere Göre Ölüm Kavramı

Din olgusu, insanları bir araya getirmekte önemli bir rol oynamaktadır. Bütün dinler, insanların daha huzurlu ve güvenli yaşamaları için çeşitli amaçlar ve görevler belirlemişler ve toplumsal kuralların oluşmasında etkili olmuşlardır (Pazarlı, 1982). Diğer taraftan dinler, ölümden sonra yaşam vaat ederek, insanların ölüm kaygısını azaltma amacına da hizmet etmektedirler (Köknel, 1990).

Freud (1997)'a göre dinler; insanlara evrenin nasıl başladığını anlattığından, ölümden sonraki dünyada mutluluğu ve Tanrı'nın koruyuculuğunu sağladığından, insanların düşünce biçimlerini ve davranışlarını düzenlediğinden insanoğlunun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte Freud (1997)'a göre dinlerin oluşması çocuk güçsüzlüğünden kaynaklanmaktadır. Çocukluk çağında insanlar kendilerini birçok tehlikeden koruyan anne babaya bağlanırken, yetişkinlik çağında evren karşısındaki güçsüzlüğünden dolayı dine bağlanmaktadır (Freud, 1997).

2.3.1. İlkel Dinlerde Ölüm

İlkel dinlerde ve günümüzde ilkel dinlere inanan topluluklarda, insanlar ölümün tanrıya karşı işlenmiş bir suçun cezası olduğu görüşünü korumuşlardır. Eski Mısır dinlerinde yaşam, ölüme ve ölümden sonraki dünyaya dönük olarak düzenlenmiş; ölümden sonra yaşama düşüncesi ve dizaynı, ölümden sonraki dünyanın tasavvuru, bol ve geniş düşler, fanteziler, incelemeler, tasarımlarla geliştirilmiştir. Ölüm, yaşanan dünyaya oldukça benzer bir yer olan öteki dünyadaki doğumun bir işareti olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ölümler en kıymetli, en sevdiği eşyaları ile birlikte gömülmekte, ölümden sonra bedenlerinin bozulmadan kalması için cesetler mumyalanmaktadır. Böylece, ruhlar da sonsuza kadar tapınmaya devam etmektedir (Champdor, 1984).

2.3.2. Uzakdoğu Dinlerinde Ölüm

Uzakdoğu dinlerinden Budizm'e göre ölüm dünyaya yeniden gelme eyleminin başlangıcıdır. Budizm'de canlıların ruhlarının, devamlı olarak ölüp dünyaya yeniden geldiğine (reenkarnasyon) inanılır. Dünyaya her gelişte ruh, bazen insan bazen de havyan

bedeninde hayatını devam ettirir. Sürekli tekrar eden bu gelip gitmelerin sonunda ruh gelişip olgunlaşarak Nirvana'ya, yani güzel, doğru, eksiksiz ve iyi duruma ulaşır. Böylece ruhun acı çekerek gerçekleştirdiği bedenden bedene yaptığı göç son bulur. Ruh aydınlanır ve sonsuz mutluluğa erişir. Budizm ölümü, yaşamın gücünü kesen, zihinsel ve fiziksel olarak tam bir dengesizlik hali olarak tanımlar. Budistlerin çoğunluğu yeniden doğmanın, ölümden hemen sonra meydana geldiğine inanırken, bazı Budistler bu sürecin 49 gün sonra başladığını kabul ederler. Budistler, varlıklar arasında bir takım farklar olduğu gibi, ölümün niteliklerinde de bir takım farklar olduğuna inanırlar. Ölümdeki bu farklılıklar, hayattayken temiz, disiplinli veya saf bir düşünceye sahip olup olmamaya bağlıdır (Pazarlı, 1982; Karaca, 2000).

Diğer bir Uzakdoğu inancı olan Hinduizm'de Budizm'de olduğu gibi gelişip olgunlaşmak için tek bir hayat yeterli olmamaktadır. Hinduizm'e göre, birçok kez gidip gelme şeklinde yaşanan hayatlar, insan kişiliğinin özünü oluşturmakta ve insanların bazıları hayvan veya insan olarak bazıları da ağaç gibi nesneler şeklinde dünyaya tekrar gelmektedir. En alt basamağını cansız nesnelerin en üst basamağını ise insanların oluşturduğu yaratılış piramidinin hangi basamağında yeniden dünyaya gelineceği, önceki hayatta yapılan eylemlere göre değişir. Eğer kişinin günahları iyiliklerinden daha fazla ise, onlar yaratılış piramidinin en altına inerler. Eğer iyilikler fazla olursa, yaratılış piramidinde yukarılara doğru tırmanırlar. Hindu inancına göre, doğum da ölüm de kaçınılmazdır ve ölüm bir son olmadığı için kaygı ya da korku yaratmamaktadır (Pazarlı, 1982; Karaca, 2000).

2.3.3. Sami (Semavi) Dinlerde Ölüm

2.3.3.1. Yahudiliğe Göre Ölüm

Yahudiliğe göre ölümün ve yaşamın kaynağı, Tanrı'nın insana üflediği nefestir. Ölüm, Yahudi inancına göre gerçek bir olgudur. Ancak korkunç bir gerçek olarak karşılanmaktadır. Yahudi inancına göre ölüm, hayatın sonu değildir. Bu inanca göre, bireyin dünyadayken yaptıklarının etkileri öldükten sonra da devam etmektedir. İnsan, çocukluğu sayesinde beden olarak, erdeminin sayesinde fikir olarak, hafızası sayesinde düşünce olarak ölümsüz kabul edilir (Karaca, 2000).

Yahudi inancına göre, her gelişim döneminin başlangıcı, diğerinin sonu yani ölümü demektir. Buna göre, çocukluk ölünce gençlik başlamakta, gençlik ölünce yetişkinlik başlamaktadır. Dolayısıyla ölüm gerçek ve kaçınılmazdır (Karaca, 2000).

2.3.3.2.Hristiyanlığa Göre Ölüm

Hristiyanlığa göre insanlar günahkar olarak doğarlar. Bu nedenle bundan kurtulmak için Tanrı'ya ve İsa'ya iman ederek yaşamalıdır. Hristiyanlıkta beden tutkularına uymanın ve utanılacak şeyler yapmanın sonu ölümdür. İnsanların geçmişten günümüze benimsediği tüm dinlerde olduğu gibi Hristiyanlıkta da sonsuz yaşamı arayış temasına sıkça rastlanmaktadır. İsa'nın yeniden dirileceği inancı, insanlara sonsuz yaşam konusunda güvence vermektedir (İncil, 1998). Bu noktada Freud'un dinlerin, insanlara din kurallarına bağlı kalma karşılığında sonsuz yaşamı vaat ederek ölüm kaygılarını gidermek amacıyla oluştuğu fikri önem kazanmaktadır (Freud,1997).

2.3.3.3. İslamiyete Göre Ölüm

İslamiyette ölüm ve ölümden sonraki yaşamdan sıklıkla bahsedilmektedir. Kuran'a göre ölüm, insanları her an her yerde yakalayabilir ve tüm insanların “ne zaman” ölecekleri önceden Allah tarafından belirlenmiştir. Kuran-ı Kerim'in birçok ayetinde dünyada yapılan her şeyin ahirette bir karşılığı olacağı belirtilmiştir. Buna göre dünyadaki hayat geçicidir, asıl hayat ölümden sonraki dünyadadır. Yalnızca bu hayata inanan bireyler ise mutsuz olmaktadır. Oysaki ölümden sonra yaşam daha mutlu ve kalıcıdır. Bu nedenle insanların ulaşmayı hedefledikleri yaşam da ahiret olmalıdır. İslam dininde de Hristiyanlıkta olduğu gibi ahiretteki mutluluğu yakalamak için dini kurallara uymak gerekliliktir. İslam dini, ölüm düşüncesini sürekli canlı tutarak, insanları dosdoğru yaşamaya motive eden bir faktör olarak kullanmıştır. Bunun için Allah'ın Kuran'da bahsedilen emirlerine uymak ve ahireti, dünyadaki yaşamdan üstün tutmak gerekmektedir (Öztürk, 1999).

2.4. Ölüm Karşısında Tutumlar

Ölüme karşı tutumlar topluma, kültüre, dine, kişisel özelliklere göre farklılık göstermekte ve bu farklılık, bireyin kendi ölümüne veya kendisi dışındaki insanların ölümüne karşı da oluşabilmektedir (Hökelekli, 2008). Bireyin ölüm karşısındaki tutumları; ölümü kabullenmeme, ölüme meydan okuma, ölümü isteme ve ölümü kabullenme şeklinde dört ana başlık altında toplanmıştır.

2.4.1. Ölümü Kabullenmeme

Günümüzde, refah, mutluluk ve cinsellik düşünceleri hâkim olmakla birlikte, ölümü hatırlatan her şeyden uzak durmak çağdaş davranış biçimi olarak kabul görmektedir (Yalom, 2013). Utanç verici bir durum olarak algılanan ölüm, sosyal hayatta bahsedilmesi adeta yasak bir tabuya dönüşmüştür (Hökelekli, 2008).

Günümüz toplumunda ölüm, mücadele edilmesi gereken bir hastalık, rahatsız edici bir durum olarak algılanmakta ve hastane odalarına, gözden uzak mezarlıklara, filmlere hapsedilmektedir. Böylece, insan yaşamının sınırlarının dışına itilen ölümün duygusal yükünden kurtulmaya çalışılmıştır. Ayrıca yas tutmak da rahatsız edici bir durum haline gelmiştir (Aries, 1991; Roman ve ark, 2001).

Ölümü inkar etmenin, ‘bastırma’ ve ‘maskeleye’ şekinden söz edilebilir. Bastırma, kişinin ölüm algısını bilincinden çıkararak etkisiz hale getirmesidir. Maskeleye ise; kişinin ölümü düşünmemek, hatırlamamak için kendisini günlük işlerine vererek hayatı yoğun yaşamasıdır (Hökelekli, 2008).

2.4.2. Ölüme Meydan Okuma

Her insanda var olan ‘ölümsüz olma arzusu’ ile kişi, bir yandan ölümsüz olmayı isterken, bir yandan da ölümle uzlaşmaya çalışır (Hökelekli, 2008).

Godin (1971), ölüm karşısında bireylerin, ölümü dışlama ihtiyacının ve köklü bir yaşama isteğinin ifadesi olan ‘narsistik korunma ve kaçınma’ davranışı ile daha iyi ve farklı yaşama arzusuyla kendini gösteren ‘tamamlanma arzusu’ davranışlarını gösterdiğini ileri

sürmektedir (Godin, 1971). İnsan her iki durumda da, ölümsüzlüğe duyulan özlem ifade edilmektedir. (Hökelekli, 2008).

Fromm'a (1995) göre, ölüme karşı duyulan kaygıyı azaltmak için, çeşitli inançlarda ve cenaze törenlerinde sergilenen ölüyü gömmeden önce süsleme işlemi, aslında ölümsüzlük arzusunun en belirgin dışa vurumudur. Bu durum, bedensel ölümsüzlüğe duyulan özleme bir örnek olarak gösterilebilir. Bazı insanlar ise, başkalarına faydalı olabilecek çalışma ve eserler bırakarak sosyal ölümsüzlüğü yakalamaya çalışır (Fromm, 2003).

2.4.3. Ölümü İsteme

Modern toplumda ölüm isteği, sanılanın aksine daha yaygındır. Hristiyanlarda daha çok görülen intihar vakaları, çağdaş insanın, ölümü istediğinin göstergesi olarak kabul edilebilir. Freud'un 'ölüm içgüdüleri' dediği şey, aslında ölüme duyulan eğilimi ve isteği ifade eder. Jung (1953) ise, bilinçaltında varlığını hissettiren ölüm özlem ve isteğini, ana rahmindeki huzurlu ve rahat hayata dönme isteğinin bir ifadesi olarak kabul eder. Jung (1953)'a göre bu durum, bireyin psikolojik hayatının ilerlemesini engelleyen bir gerilemeyi (regresyon) temsil eder (Jung, 1953). İnsanlarda ölüm isteğini oluşturan farklı psikolojik şartlar olabilmektedir. Kimi insanlar ölümü, nevrotik açıdan itibar kazanmanın yolu olarak algılamak; mistik düşünceye sahip bir kişi ise, Tanrı'ya kavuşmanın en samimi ifadesi olarak görebilir (Hökelekli, 2008).

2.4.4. Ölümü Kabullenme

Varoluş felsefelerine göre birey, ölümü ve ölümlü olduğunu cesaretle kabullendiğinde, daha sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olabilir. Çünkü ölümlü olduğunun farkında olan birey, aslında ölümsüzlük yanılsaması yaşar. Dolayısıyla, ölümsüzlük yanılsaması, bireyde psikolojik açıdan iyi hissetmemeye ve bunalıma neden olacaktır (Hökelekli, 2008).

2.5. Ölüm Kaygısı

Bilim adamları kaygı konusunda ortak bir tanım oluşturmamaktadırlar. Bu durum, ölüm kaygısının tanımlanmasında güçlük yaratmakta ve ölüm kaygısı ile ölüm korkusunun da birbirine karıştırıldığı görülmektedir (Geçtan, 1995). Buna karşılık, kaygı ile korku arasındaki en belirgin fark, kaygının kaynağının belirsiz, korkunun kaynağının belli olmasıdır (Yalom, 2013). Kaygı ve korku kavramlarına, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu açısından bakıldığında ise, benzer görüşler ortaya çıkmakta ve ölüm korkusunun diğer bütün korkuların temelinde yattığı görüşü göze çarpmaktadır (Yalom, 2013).

Jung (1997)'a göre ölüm kaygısının temelinde “yaşama korkusu” vardır. Yani ölümden en fazla korkan insan aynı zamanda yaşamaktan en çok korkandır. Bu durumdaki bireyin, yaşlılık gibi bir gerçek karşısında ölmeyi düşünmesi korku yaratabilir. Oysaki ölümü hayatın anlamını tamamlayıcı olarak görmek, anlamdan yoksun ve basit bir duruş olarak görmekten daha uygundur (Jung, 1997).

Ölüm kaygısı, ölüme karşı hissedilen bilinmezlik, kişisel kimliği kaybetme, yalnızlık, gerileme, ölüm anında ızdırıp çekme, denetimi kaybetme, ölüm sonrası cezalandırılma, yok olma ve değer verilen insanları kaybetme korkusudur (Karaca, 2000).

2.6. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Yaklaşım ve Kuramlar

Ölüm kaygısı ve korkusu arasındaki fark, genel olarak kaygı ve korku arasındaki fark kadar belirgin değildir. Ölüm kaygısının da, korkusunun da kaynağı bilinir. Ölüm kaygısı, bireyi daha uzun bir süreçte etkileyip farklı alanlarda da kendisini gösterirken, ölüm korkusu ölümü hatırlatan belirli anlarda ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada ölüm kaygısı ele alınmış, farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür.

2.6.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşımın öncüsü Freud (1997)'a göre, ölüm hayatın temel parçalarından biridir. İd ile süperegonun sürekli çatışma halinde olmasına benzer bir şekilde, ölüm ve yaşam içgüdüleri de daima çatışma halindedir. Bu durum, ölüm içgüdüleri ego vasıtasıyla agresif eylemler yaratmaktadır. Ölüm ve yaşam içgüdüleri kaynaştırılarak ölüm arzusu

engellenmektedir. Doğumla başlayan hayat serüveni, ölüme doğru ilerlediği için ölüm arzusu insan hayatının normal bir parçası kabul edilir (Freud, 1997).

Psikanalitik yaklaşıma göre, ölüme dair düşünce ve hislerimizin temelinde bilinçli şekilde yüzleşemediğimiz ruhsal bir depo mevcuttur. Düşüncelerimizin büyük çoğunluğu, bastırdığımız endişelerimizden ve çözülmemiş ruhsal sorunlarımızdan oluşmaktadır. Bu durum, hastalık ve ölüm ile ilgili olguları psikanalitik yaklaşımla kabul edenler tarafından ele alınmaz. Psikolojik incelemede aslanan, hastanın mimiklerinde, ifadelerinde ya da hareketlerinde gizlenmiş olan anlamlardır (Freud, 1997).

Psikanalitik yaklaşımda kabul gören düşünce, ölümlerimizle yüzleşemeyeceğimiz yönündedir. Bu bağlamda psikanalitik yaklaşımı, ölümün inkarı tezinin kaynağı olarak görmek mümkündür. Bu yaklaşıma göre kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesi neredeyse imkansızdır, çünkü insanlar kendilerini ölü olarak düşünememektedir (Bauman, 2000). Freud (1997)'a göre kimse kendi ölümlülüğüne inanmaz ve bilinci de ölümsüzmüş gibi davranır. Freud (1997), kişi ölümünü deneyimleyemeyeceğinden dolayı bilinçaltında asla bir ölüm temsili olamayacağını savunur. Psikanalitik yaklaşıma göre, ölüm korkusu tecrübelerden kaynaklanan ruhsal çatışmalara dayanır. Ölüm korkusu, çözümlenememiş erken deneyimlerden kaynaklanabilmektedir. Bilinçaltında temsili olmayan ölümün korkusu, ebeveyn korumasının kaybolmasını tecrübe eden çocuğun güçsüz kalışının korkularını sembolize eder. İlk ayrılmadan doğan kimsesizlik, terk edilme korkusu gibi duygusal durumların ölüm korkusunu doğurduğu söylenebilir (Freud, 1997).

2.6.2. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşım, bireyin kendi ölümü ile yüzleşmek zorunda olduğunu iddia eder. Bu yüzleşmenin kişinin yaşamının yönünü önemli ölçüde belirleyeceğini savunur. Ancak çoğu kez ölümle yüzleşmenin zorluğu karşısında kişi ölümlülüğünü inkar ederek bu yüzleşmeden kaçınır. Pek çok insan, ölümü doğrudan ve öznel olarak karşılamak yerine, onu yasaklayarak veya inkar ederek kendilerini korumaya çalışır (Yalom, 2013).

21. yüzyıl filozofu Martin Heidegger, ölümü çağdaş felsefenin temel sorunlarından biri haline getirir. Bu konuda Heidegger (2004)'in ünlü parolası “yalnızca insanlar ölür, diğerleri can verir” insan yaşamında ölüm olgusunun önemini açıkça belirtmektedir. Ölümlü

olduğunun farkında olan insan, yaklaşan ölümünü hayatını anlamlı kılacak eylemler için bir motivasyon olarak görür (Heidegger, 2004).

Varoluşçu yaklaşıma göre, bireyin kendi ölüm düşüncesi davranışlarını biçimlendirdiğinde, basmakalıp yaşam tarzları önemini yitirmekte ve böylece kişi kendi yolunu çizmektedir. Heidegger'e (2004) göre ölüm insana özgürlüğünün olanağını sunar ancak paradoksal bir biçimde de ölüm kaçınılmaz olduğu için insan özgürlüğünü sınırlandırır. Heidegger için ölümle yüzleşmek endişe, korku ve iğrenme gibi duygusal yanıtlarla belirmemektedir. Heidegger (2004) ölümü bir olanak olarak değil, her bir bireyin sonunda yüzleşmesi zorunlu olan bir durum olarak görür (Heidegger, 2004).

Koestenbaum (1998) insanın kendi ölümü ile diğerlerinin ölümü arasındaki farkı vurgulamaktadır. Koestenbaum (1998)'a göre ölüm gerçeği ile yüzleşmek, küçük yarışları, günlük sorunları önemsiz hale getirmektedir. Öleceklerinin farkında olan kişilerin ise, günlük işlerini yaparken aceleci davranacaklarından bahsetmektedir. Bu acelecilik hissi, kişilerin hayatlarına anlam ve yön veren çalışmalara odaklanmalarını sağlayacağından özgürleştiricidir. Özetle, bir kişinin ölümü inkar etmesi, bireyin kendisini kandırmasıdır ve aslında ölüm korkusunun bastırılmasıdır (Koestenbaum, 1998).

2.6.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel yaklaşıma göre kaygının, genellemeler ve koşullanmalar sonucu ortaya çıktığı savunulur. Kişinin bir durumu, kontrol dışı, baş edilmez olarak gördüğü ve korkutucu bir tehdit olarak algıladığı oranda kaygılanır. Bu yaklaşıma göre kişinin oluşturduğu yorum üç basamaktır: Birinci ve ikinci basamakta kişi çevresinde potansiyel olarak bir tehdit algılar, sonrasında bu tehlikenin kendisine karşı oluşturabileceği potansiyel zararı ve kendisinin bu tehditle nasıl baş edeceğini değerlendirir. Üçüncü basamakta, kişi tehdit durumunu yeniden değerlendirir ve en iyi baş etme yöntemini belirler. Kuram, kişinin ölüme ilişkin olumsuz düşünceleri sonucu ölüm kaygısının geliştiğini savunmaktadır (Beck ve Emery, 2006).

2.6.4. Terör Yönetimi Kuramı

Solomon ve ark (1980) tarafından geliştirilen Terör Yönetimi Kuramı, Freud'un ölümü hatırlatan her şeyin insanda mistik inançları canlandırdığı düşüncesinden ve Becker'in Ölümün İnkarı (1973) eserinden esinlenilmiştir.

Ölüm korkusunun ve kaygısının nedenlerini açıklamaya çalışan kuram, bu hislerin yarattığı psikolojik savunma mekanizmalarıyla ilgilenir. Terör Yönetimi Kuramı'na göre temel kaygı kaynağı ölümdür, insanlar ölümün yarattığı korkuyu yenmek amacıyla kültürler yaratır ve bu kültürler aracılığıyla hayatını düzenler, anlamlandırır ve sürekliliğini korumaya çalışır. Kurama göre ölümlü olduğunu bilmek, tüm insanlar için varoluşsal bir kaygı kaynağıdır. Kültür, kişilerin hayatlarına katkı sağlayarak bu kaygıyı azaltmaktadır. Kültürel düzenlere bağlanan insan, güvende hisseder, yaşamını anlamlı bulmaya başlar. Diğer insanlarla ortak normları benimsemek kişinin yaşamının anlamlı olduğuna güvenmesini sağlarken, farklı normlara sahip insanlarda ise güven düzeyi düşmektedir. Kişiler bu olumsuz duyguyu yenebilmek için iki seçeneğe sahiptir: başkalarının inanç ya da normlarını reddederek, bu normları küçümseyebilir ya da onları kendi inançlarına yöneltmeye çalışabilirler (Solomon ve ark, 1991).

Kurama göre, ölüm kaygısıyla başa çıkabilmek için kullanılan sistemler özsaygı ve kültürel dünya görüşüdür. Özsaygısı yüksek bireyler, ölümün yarattığı dehşeti yönetme konusunda daha başarılı eğilimlere sahiptir. Kültürel dünya görüşleri ise kişinin hayatını sistematik ve anlamlı hale getirerek ölüm kaygısıyla baş etmelerine yardımcı olur (Kökdemir ve Yeniçeri, 2007).

Kuram, ölümlü olduğu gerçeğini sıkça hatırlayan bireylerin kültürel dünya görüşüne büyük bağlılıkla tutunduklarını iddia etmektedir. Büyük travmalar atlatan kişi ve toplumlar, gelenekçi, düzeni ve otoriteyi savunan liderlerden daha kolay etkilenmekte, dış tehditlere karşı daha duyalı ve düşmanca bir tepki vermektedirler (Solomon ve ark, 1991; Kökdemir ve Yeniçeri, 2007).

2.6.5. Tıbbi Model

Günümüzde insan yaşamı, her evresi ile tıbbi kontrol altındadır. Tıp insanların sağlık problemlerine müdahale edip tedavi sunmanın yanı sıra, ölümü tanımlar, ölüm anını belirler ve ölümün gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine karar verir. Ölüm, özünde tıbbi bir olay olarak tanımlanabilir (Aiken, 1991).

İnsan ölümlülüğünü bildiği halde ölümü anlamlandıramamaktadır. Tıbbi bakış açısı, ölüme direnmek üzerinedir. Bu anlayışla oluşan tıbbi yaklaşımda vurgulanan, yaşam kurtarmadır. Doktor ve hemşireler, bedeni daha iyi hale getirmek üzerine yetiştirilmektedir. Bu inancın gelişmesi ile kronik hastalar, engelliler ve ölmekte olan hastalar gibi daha iyi hale getirilemeyenler, tıbbi başarısızlık olarak görülmektedir (Aiken, 1991).

Tıp alanındaki ilerlemeler, insan hayatının sınırlarını genişletmiştir. İleri teknoloji, hastaların solunum veya diyaliz makineleriyle yapay olarak hayatta kalmasını sağlamış, ölümü doğal bir süreç olmaktan çıkarmıştır. Hekim ve hemşireler, çeşitli yaşam destek sistemleri sayesinde hastayı beyin ölümü gerçekleştikten sonra bile hayatta tutmaya çalışmaktadırlar (Cimete, 2002; Lederberg ve Joshi, 2007).

İlerleyen teknoloji sayesinde tıp birçok hayatı kurtarmaktadır. Ancak bu durum, yaşamın hangi durumlarda yapay yöntemlerle uzatılacağı ya da hangi durumlarda doğanın gereklerinin sağlanmasının uygun olacağı gibi çeşitli sorunlar yaratmıştır. Günümüzde kurumsal alanlardaki ölümlerin oranı git gide artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümlerin dörtte üçünden fazlası, hastane ve bakım evi gibi kurumlarda gerçekleşmektedir (Aiken, 1991; Kawagoe ve Kawagoe, 2000; Hopkinson ve ark; 2003).

Ölüm sürecinin müdahale gerektiren bir tıbbi durum olarak karşılanması ve ölüm olayının sağlık çalışanlarının hatası olarak algılanması, doğal ölüm gerçeğiyle çelişmektedir. Ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda, süreci huzurlu hale getirmek sağlık bakım sisteminin sorumluluklarından biridir. Kübler-Ross'un Ölümün Evre Teorisi, tıp alanında en tanınan teoridir ve alternatiflerine rağmen popülerliğini korumaktadır (Copp, 1998).

2.6.5.1. Ölüm sürecinin beş evre modeli

Elizabeth Kübler-Ross (1969)'un **Ölümün Evre Teorisi** sağlık alanında ölüm ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda en çok bilinen teoridir. Mevcut eleştirilere ve alternatifi olan çağdaş teorilere rağmen Kübler-Ross'un teorisi popüler olmaya devam etmektedir (Copp, 1998).

Kübler-Ross (1969)'un Beş Evre Teorisi, ölümle baş etme alanında temel model olarak görülmektedir. Bu paradigmayı benimseyen birçok kişi, ölmekte olan her bireyin bu aşamalardan geçeceğini ancak cinsiyet, ırk ve kültür gibi özelliklere göre aşamaların sürekliliğinin değişebileceğini kabul etmiştir. Kübler-Ross, 200 ölmekte olan hasta ile görüşerek yaptığı araştırmalar sonucunda ölüm sürecinin beş evreden oluştuğunu ileri sürmüştür (Kübler-Ross, 1997). Bu aşamalar şu şekilde sıralanmaktadır.

1-İnkâr: Bu dönemde hasta öleceğine inanmaz ve yanlışlık olduğunu ümit eder. ‘Hayır, bir yanlışlık olmalı, ben değilim’ şeklindeki konuşma bu dönemde sıkça duyulur (Kübler-Ross, 1995).

2-Öfke: Hasta, tedirgin şekilde “neden ben” sorusunu sorar ve yapacak daha çok şey varken ölmesini haksızlık olarak görür. Birey, bazen bir ceza olarak hastalığın kendine verildiği düşüncesi ile öfkeyi kendine yöneltir (Kübler-Ross, 1995).

3-Pazarlık: Bu evrede hasta, ölmek için arayış içindedir. Kişi, çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşı çocukça bir güçlülük duygusu ile gerçeği değiştirebileceği duygusunu yaşayabilir (Kübler-Ross, 1995). Hasta, çevresindekiler ve Tanrı ile pazarlığa girer (Birol, 2005; Keser Özcan, 2007).

4-Depresyon: Kişinin fiziksel durumu kötüleştikçe, derin kayıp duygusu ile depresyon görülür (Kübler-Ross, 1995). Bu dönemde depresyonun iki farklı yönü vardır. Biri, ölüme karşı hazırlığın oluşturduğu depresyon, diğeri ise hastalığın bireye ve aileye getirdiği fonksiyonelliğin kaybına ve maddi zorlukların yaşattığı suçluluk duygusuna bağlı reaktif depresyondur (Keser Özcan, 2007).

5-Kabullenme: Durumunu kabullenen hasta, yarım kalan işlerini düzene sokmaya, yakınlarına ölümünden sonra yapacaklarını anlatmaya ve daha gerçekçi davranmaya başlar (Kübler-Ross, 1995).

Özetle, geniş bir biçimde kabul gören Kübler-Ross'un Evre Teorisi (1969), sağlık bakım alanında büyük bir boşluğu doldurmuştur (Copp, 1998). Kübler-Ross'un da ifade ettiği gibi, bazı hastalar bazı evrelerde kalabilir ve her hasta bu aşamaları tamamlamayabilir. Ayrıca ölüme ilişkin bu aşamalar, sağlık profesyonelleri tarafından da yaşanabilir. Ancak ölmekte olan hastalarla çalışan sağlık personellerinin hissettikleri duygular, bu beş evrenin yanı sıra, umut, korku, öfke, keder, geri çekilme, sakinlik ve depresyon evreleri arasında da geçişler gösterebilmektedir (Copp, 1998; Akdemir ve Birol, 2003; Çavuşoğlu, 2004).

2.6.5.2. Ölüm sürecinin üç evre modeli

Buckman (1993), Kübler-Ross (1969)'un ölüm ve ölmenin beş evre modelinde algılanan eksikleri düzeltme girişimi içinde üç evre modelini ileri sürmüştür. Buckman (1993)'a göre bireyler yakında olacak olan ölüm tehlikesi ile karşılaştıklarında, karakterlerine ve geçmişte kullandıkları baş etme biçimlerine uygun olarak tepkide bulunurlar. Bunun için hastanın tepkileri, süreçteki evrenin veya konulan teşhisin sonucu değildir (Buckman, 1993).

Üç Evre Modeli'ne göre söz konusu duygular, Kübler-Ross'un modelinde olduğu gibi ard arda değil, mozaik biçiminde olup daha çok eş zamanlı olarak görülürler. Buckman ayrıca, genellikle klinik uygulamalarda olduğu halde Kübler-Ross'un modelinde olmayan çeşitli duygular ve yanıtları belirtmiştir. Bunlar; ölüm korkusu, suçluluk, umut, ümitsizlik ve mizah gibi değişik duygulardır (Buckman, 1993).

Buckman (1993)'ın üç evre modelinde temel iki prensip yer almaktadır. İlki, ölümle yüzleşen kişi tarafından sergilenen duygu ve tepkilerin ölüm sürecinin evresi veya hastalık türüyle değil, kişinin kişilik özelliği ile ilişkili olduğudur. İkincisi, kişinin bu süreçte ilerlemesi duyguların değişimiyle değil, hissedilen duyguların çözülebilir olanlarının çözülmesiyle belirlenir (Buckman, 1993).

Buckman'ın üç evre modeli; başlangıç evresi, kronik evre ve nihayi evreyi kapsar.

1-Başlangıç evresinde: Buckman bu evrede; korku, öfke, umut, inkar, suçluluk, ümitsizlik, ölüm korkusu ve mizah gibi duygular sıralar ve bir kişinin kronik evreye geçebilmesi için başlangıçtaki bu duyguların çözülmesi gerektiğini söyler (Buckman, 1993).

2-Kronik evrede: İkinci aşama olan kronik evrenin meydana gelip gelememesi, bireyin duygularının çözülebilmesine bağlıdır. Eğer duygular çözümlenemezse bu kişi için

kronik evre oluşamaz. Buckman bu tip bir hasta ile çalışan profesyonellere, birey için profesyonel psikiyatrik yardım aramalarını önerir (Buckman, 1993).

3-Nihayi evrede: Hastanın duygusal yoğunluğu azalır ve kabul mutlak zorunluluk olarak algılanmasa da, bu evre yaklaşan ölümün kabulüyle tanımlanır (Buckman, 1993).

2.7. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları

İnsanoğlu ölüm karşısında yaşayabileceği en büyük çaresizliği yaşar. Geçmişten günümüze kadar gelen destanlar, insanoğlunun ölümsüzlük isteğine karşı ölümle mücadelesini sergilemektedir (Lynn, 2000). İnsan, kendi ölümü ile yaşamın onsuz devam etmesini olanaksız olarak düşünür. Birey ölüm üzerine her düşünmeye başladığında, bu düşünceyle devamlı yüzleşir. Kişi kendi ölümünün kabul edilemez, algılanamaz bulduğu anlarda da ölüm kaygısını bastırmaktadır. Diğer bir deyişle, yaşanan kaygıya kanıt aramak veya gerçekte korkulan şeyin ölüm olmadığını gösterilme çabası esnasında yaşanan şey aslında ölüm kaygısıdır (Levi, 1998).

Ölümü hatırlatan reddedilme, hastalık gibi olumsuz bir olay ile bastırılan ölüm kaygısının açığa çıkması, savunmacı davranışların artmasına neden olmaktadır (Firestone, 1993). Ölüme karşı oluşan savunmalardan ilki kültürel yani sosyolojik savunmalar, diğeri ise psikolojik savunmalardır.

2.7.1. Kültürel Savunmalar

Kültürel yapının ölümsüzlük arayışı için 3 tarzdan söz edilmiştir. Bunlar; yaratıcı, dinsel ve biyolojik tarzdır. Yaratıcı tarz bireyin yaptığı işleriyle, başkaları üzerindeki etkisi veya kişisel buluşların kalıcı etkisiyle yaşaması; dinsel tarz bireyin farklı, daha üst varoluş düzleminde yaşaması; biyolojik tarz ise bireyin sonsuz biyolojik bağlantı zinciri içinde, soyu boyunca yaşamaya devam etmesidir (Beckstrand ve ark, 2006).

İnsanoğlu, hayata anlam katan kültürel değerlere bağlanma zorunluluğu hisseder ve kültürel verilere o kadar bağlanmıştır ki, bu verilerin geçerliliğinden kuşku duymadan kabul etmiştir. Bunun da ötesinde hayatın değeri kültürel ya da dini geleneklerle bağlanmıştır (Eucken, 2000). Toplumlar ölümü, bir dizi ayin ve törenlerle sosyal olarak kültürlere mal

ederler. Mezarlık ve ölenlerin ruhlarıyla ilgili bir dizi dua, tabu vb. ölümü uzaklaştırmak için verilen çabalar (Kılıçbay, 1999). Diğer bir deyişle tabutlar, mezar törenleri ve cenaze törenleri, ölüm hakkında bir şey anlatmaktan çok, geride kalanlara ilişkindir (Munn, 2006).

2.7.2. Bireysel Savunmalar (Psikolojik savunmalar)

İnsan ölümcül bir hastalığı olduğunu öğrendiğinde, sıklıkla ilk gösterdiği tepki yadsımadır. Bütün insanlar ölüm kaygısıyla karşılaşır; birçoğunda bu duruma uyum sağlamaya yönelik kullanılan savunma mekanizmaları bastırma ve yer değiştirmedir (Koestanbaum, 1998). Fakat bu savunma mekanizmalarında aşırılık, kaygının artmasına, uyumun bozulmasına ve psikopatoloji gelişimine neden olabilir (Yalom, 2013).

Yalom (2013)'a göre bireysel savunmalar ikiye ayrılır. Birincisi, kişinin özel olduğuna yönelik inanç; ikincisi ise nihai kurtarıcının varlığına yönelik geliştirdiği inançtır (Yalom, 2013).

2.7.2.1. Özel Olma

Bireyin yok olma tehdidinin etkisi altında kalmaksızın tehlikeyle karşılaşma cesareti artar ve ulaştığı güce göre ölüm kaygısı hafifler, buna bağlı olarak kişinin özel oluşuna dair inancı da güçlenir. Özel olmaya yönelik geliştirilen inanç abartıldığı zaman, zoraki kahramanlık, işkoliklik, narsisizm ve saldırgan olma gibi patolojik davranışlar ortaya çıkabilir (Yalom, 2013).

2.7.2.2. Nihai Kurtarıcı

Nihai kurtarıcıya inanmanın temeli, anne-babanın bebeğin ihtiyaçları ile sonsuza kadar ilgilenecek gibi göründükleri erken yaşam dönemlerine dayanmaktadır. İnsanlar, Tanrı inancına sıkı sıkıya sarılarak ya da maddi çevrelerinden bir lider, daha üst konumdaki kişiler arasından kendi bireysel kurtarıcılarını seçerler. İnsanoğlu bilinçaltı süreçlerde gerçekleşen bu çaba ile ölüm kaygısını yenmeye çalışır (Yalom, 2013).

Nihai kurtarıcı savunması, sınırlayıcı yapısı gereği bireysel özel olmaya duyulan inançtan daha az etkilidir ve gözle görülmez bir şekilde işlev görür. Ancak, nihai kurtarıcıya

yönelik yaşamın inanç büyük çoğunluğunda önemli bir rahatlama sağlar (Yalom, 2013). Nihayi kurtarıcıya yönelik geliştirilen inanç abartıldığında kendini çekme, pasiflik, bağımlılık, kendini kurban etme, regresyon, depresyon gibi klinik sendrom olarak ortaya çıkabilir (Yalom, 2013).

2.8. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Ölüm kaygısı, son yıllardaki çalışmalara sık sık konu olmasına rağmen, en az açıklığa kavuşmuş alanlardan birisidir (Yalom, 2013). İlgili alanyazın incelendiğinde, ölüm kaygısı ile medeni durum, yaş, yaşam olayları, cinsiyet, kişilik özellikleri, meslek, ruhsal hastalık, gelişimsel süreç, sosyokültürel etkenler ve din arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmaktadır (Middleton, 1936; Kalish, 1963; Pollak, 1980; Richardson ve ark, 1983; Aday 1985; Kraff ve ark, 1986; Tatar, 1988; Thorson ve Powell, 1988; Şenol, 1989; Thorson ve Powell, 1990; Hökelekli, 1992; Knight ve Elfenbein, 1993; Rasmussen ve Johnson, 1994; Yazıcı, 1994; Yıldız, 1994; Alvarado ve ark, 1995; Akın, 1996; Rasmussen ve Brems, 1996; Karaca, 1997; Ross 1997; Tanrıdağ, 1997; Cicirelli, 1998; Yıldız, 1998; Fortner ve Neimeyer, 1999; Ertufan, 2000; Lewis ve ark, 2000; Abdel-Khalek, 2002; Kara, 2002; Roff ve ark, 2002; Suhail ve Arkam, 2002; Eke, 2003; Turgay, 2003; Chen ve ark, 2006; Lester ve ark, 2006; Ray ve Raju, 2006; Tanhan ve Arı, 2006; Erdoğan ve Özkan, 2007; Madnawat ve Kachhawa, 2007; Russac ve ark, 2007; Akça ve Köse, 2008; Ertufan, 2008; Halliday ve Boughton, 2008; İnci, 2008; Özen, 2008; Ayten, 2009; Eyüboğlu, 2009; İnci ve Öz, 2009; Dağlı, 2010; Öztürk, 2010; Taka, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Gashi, 2011; Kaçan Softa ve ark, 2011; Karaderelioğlu, 2011; Öztürk ve ark, 2011; Avcı, 2012; Kumcağız ve Yılmaz, 2012; Öz ve ark, 2012; Şen ve ark, 2012; Acehan ve Eker, 2013; Mutlu, 2013; Özdemir 2014; Çetin, 2015; Çınar, 2015; Orak ve ark, 2015; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016; Sayın Kasar ve ark, 2016).

2.8.1. Yaş

Gençlerin ölüme henüz uzak olmaları nedeniyle ölümü düşünmedikleri ve bu konuda konuşmadıkları kabul edilirken; yaşlıların ise ölüme daha yakın oldukları ve ilerleyen yaşla birlikte bireylerin ölümü daha çok düşünmeye başladıkları kabul edilir. Gençler, ölümü sağlıklı bedeni yitirme ve geleceğe ilişkin planları gerçekleştirememeleri olarak görür ve bu durumdan dolayı kaygı hissederken, orta ve ileri yaş dönemlerindeki bireyler ise işlerine ve

yakın çevrelerindekiilere karşı olan sorumlulukları tamamlayamama sıkıntısı nedeniyle kaygı yaşarlar (Kastenbaum, 1959).

Yaş ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında; Templer (1970) yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını söylerken (Templer, 1970); ilişkisinin var olduğunu söyleyen başka bir araştırmada, bu ilişkinin inişli çıkışlı eğrisel veya doğrusal bir ilişki olabileceğini vurgulanmaktadır (Gesser ve ark, 1987). Yapılan diğer çalışmalarda, yaşlılarda ölüm kaygısının genç erişkinlere ve adölesanlara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (Thorson ve Powell, 1988; Şenol, 1989; Thorson ve Powell, 1990; Rasmussen ve Johnson, 1994; Rasmussen ve Brems, 1996; Ross, 1997; Russac ve ark, 2007; Dağlı, 2010). Bu durum, yaşlıların fiziksel sorunlar, sosyal yalıtım gibi nedenlerle yaşam korkularının ölüm korkularından daha yüksek olması, ilerleyen yaşla birlikte ölümü kabullenmenin yavaş yavaş gerçekleşmesi nedeniyle ölüm kaygısının azaldığı şeklinde yorumlanabilir (Singh ve ark, 2003). Alanyazındaki çalışmaların bir kısmında ise, yaşlılarda ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Galt ve Hayslip, 1998; Suhail ve Arkam, 2002).

2.8.2. Cinsiyet

Cinsiyet değişkeni ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda, cinsiyet ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamışken (Middleton, 1936; Kalish, 1963; Keller ve ark, 1984; Fortner ve Neimeyer, 1999; Lewis ve ark, 2000; Erdoğan ve Özkan, 2007; Öztürk, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Öztürk ve ark, 2011; Avcı, 2012; Mutlu, 2013; Özdemir 2014), bazılarında kadınların ölüm kaygısı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Conte ve ark, 1982; Thorson ve Powell, 1988; Şenol, 1989; Yazıcı, 1994; Yıldız, 1994; Karaca, 1997; Yıldız, 1998; Ertufan, 2000; Abdel-Khalek, 2002; Kara, 2002; Suhail ve Arkam, 2002; Eke, 2003; Lester ve ark, 2006; Kıraç, 2007; Akça ve Köse, 2008; Ertufan, 2008; Özen, 2008; Acehan ve Eker, 2013). Bu durum, kadınların duygularını erkeklerden daha fazla ifade etmesine izin veren geleneksel cinsiyet rolleriyle açıklanabileceği öne sürülmüştür (Abdel-Khalek, 2005).

2.8.3. Medeni Durum

Bireyin zorlu yaşam olayları ile baş etme, toplumsal ilişkiler kurma konusunda ailenin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (Kirchhoff ve ark, 2000; Ertufan, 2008). Türkiye’de yapılan çalışmalarda, evli olan bireylerin ölüm kaygısı bekar olan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup, bu durumun evli olan bireylerin çocuk ve eşlerine karşı olan sorumluluklarından kaynaklandığı düşünülmüştür (Turgay, 2003; Erdoğan ve Özkan, 2007; Özdemir 2014). Ayrıca psikososyal destek açısından bireyin çocuğunun olması, kişi öldükten sonra soyunun devam etmesi şeklinde düşünülerek ölüm kaygısını olumlu yönde etkilediği savunulmaktadır (Kirchhoff ve ark, 2000; Ertufan, 2008). Yapılan diğer çalışmalarda ise, medeni durum ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Yıldız, 1998; Özen, 2008; Eyüboğlu, 2009; Öztürk, 2010; Taka, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Öztürk ve ark, 2011).

2.8.4. Fiziksel Hastalık

Fiziksel hastalıklarda, ölüm kaygısının çok yüksek olduğu düşünülen iki durum vardır. Bunlardan ilki, bireyin hastalığının terminal dönemde olduğunu öğrenmesi; ikincisi ise, fiziksel hastalık nedeni ile kişinin işlevselliğinin azalması, yorgunluk ve sakat kalma durumlarının görülmesidir. Ayrıca, hayatını tehdit eden bir hastalığı olduğunu öğrenen bireyin, hastalığının tanı ve prognozunun belirsiz olması, tedaviye rağmen belirtilerde yeterli düzelme olmaması, yaşamın sonu ile ilgili kişisel düşünceleri, ölüm sürecinin son döneminde hissedeceği çaresizlik ve ağrı deneyimlerine ilişkin kaygı gibi nedenler ölüm kaygısının şiddetini belirlemektedir (Kastenbaum, 2007).

Hintze ve ark (1993) HIV virüsü bulaşmış erkeklerle yaptığı bir çalışmada, HIV virüsü bulaşan erkeklerden sağlık durumu kötüleşmiş olanların, diğerlerine göre ölüm kaygıları daha yüksek bulunmuştur. Terminal dönem kanser hastaları ile ölümcül hastalığı olmayanların karşılaştırıldığı çalışmalarda, kanser hastalarının ölüm kaygısının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gibbs ve Lawlis, 1978; Dougherty ve ark, 1986). Yapılan diğer bir çalışmada, diyalize giren hastalar ile sağlıklı bireyler karşılaştırılmış ve ölüm kaygıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Lucas, 1974). Kalp ve diyaliz hastalarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da, ölüm kaygıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yılmaz, 2011).

2.8.5. Ruhsal Hastalık

Bireyin kontrolünü kaybettiği hissini yaratan panik atak, ilaç yan etkisi gibi kaygının arttığı durumlar, ölüm kaygısının en sık ifade edildiği durumlar olarak düşünülebilir. Çünkü dünyası yok olacaktı gibi hisseden kişiler ölüm ile ilgili kaygılarını yoğun şekilde yaşarlar (Kastenbaum, 2007).

Yapılan bir çalışmada, genel kaygı düzeyi ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Neimeyer ve ark, 2004). Yapılan başka bir çalışmada, ölüm kaygısı ile paranoid düşünce ve obsesyon semptomları arasında negatif yönlü; somatizasyon ve fobik kaçınma semptomları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Planasky ve Johnstao (1977) şizofren olan erkeklerle yaptığı bir araştırmada, şizofrenlerde ölüm kaygısını yüksek bulmuşlardır. Alkol ile kontrolünü kaybeden ve kontrolünü kaybetmeyen bireylerde ölüm kaygısını değerlendirilen çalışmalarda, alkol ile kendini kaybeden bireylerin ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuştur (Kumar ve ark, 1982; Zerzan ve ark, 2000).

2.8.6. Meslek

Hastanelerdeki acil servis, yoğun bakım üniteleri, onkoloji servislerinde görev yapan hemşire ve hekim, cenaze görevlisi, polis, itfaiyeci gibi meslek gruplarında çalışanlar ölüm ve ölüm anı ile daha sık karşılaşmakta, birkaç dakikalığına da olsa ölümle daha sık yüzleşmektedirler (Ertufan, 2008).

Ölüm olayının sık yaşandığı (Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Nöroloji, Ameliyathane ve Yoğun Bakım, Radyoterapi) ve ölüm olayının sık yaşanmadığı kliniklerde (Psikiyatri, Göz, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Cildiye, Ortopedi) çalışan hemşirelerin ölüm kaygılarının değerlendirildiği bir araştırmada, ölüm olayının sık yaşandığı klinikler ile ölüm olayının sık yaşanmadığı kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tanrıdağ, 1997). Diğer bir çalışmada, itfaiyeci, pilot, polis, sınıf öğretmeni psikolog ve muhasebeciden oluşan farklı meslek gruplarındaki bireyler karşılaştırılmış; ölüm riski yüksek olan polis, itfaiyeci ve pilotların ölüm kaygısı, diğer mesleklerde çalışanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Eke, 2003).

Alanyazında, 60 cenaze görevlisi ile 136 diğer meslek grubundan erkeklerin ölüm kaygısının karşılaştırıldığı bir çalışmada, cenaze ve defin hizmetlerinden sorumlu kişilerin ölüm kaygıları diğer mesleklerden daha yüksek bulunmuştur (Thorson ve Powell, 1996). Bu durum araştırmacılar tarafından, cenaze ve defin hizmetlerinden sorumlu kişilerin meslekleri gereği ölüm gerçeğine sürekli maruz kalmalarının bir sonucu olarak yorumlanmıştır (Thorson ve Powell, 1996). Bu çalışmanın tersi yönünde sonuç veren başka bir çalışmada, 130 psikiyatrist, 57 psikolog, 31 intihar uzmanı, 28 cenaze işleri görevlisinin ölüm kaygısı karşılaştırıldığında, en düşük ölüm kaygısı cenaze görevlilerinde, en yüksek kaygılı grup ise psikologlar olarak saptanmıştır (Pepitone, 1981). Bu durum, bu kişilerin zaten ölüm kaygısı düşük olduğu için bu meslekleri seçebildikleri şeklinde yorumlanmıştır (Pepitone, 1981).

2.8.7. Yaşam Olayları

Çalışma koşulları, ekonomik sorunlar, iş kaybının yaşanması, boşanma gibi durumlar ölüm kaygısını etkileyebilir. Aileden birinin kaybı da bireyin yalnızlık duymasına, ölümle yüzleşmesine ve ölüm kaygısı yaşamasına sebep olabilir (Cimete, 2002).

Yapılan bir çalışmada, olumsuz yaşam koşulları ve problemlerle başa çıkma tepkilerinin ölüm kaygısı ile ilişkisine bakıldığında, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Mikulincer ve Florian, 1995).

2.8.8. Kişilik Özellikleri

Yapılan bir çalışmada, duygulardan daha kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni daha az olan, topluma daha az uyumlu ve daha gergin olan bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Neufeldt ve Holmes, 1979). Kişilik özellikleri ve ölüm kaygısının değerlendirildiği bir çalışmada, duygusallık ve saldırganlık davranışları gösteren bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu; dışa dönüklülük-içe dönüklülük, beklenen yaşam stresi değişkenleri ile ölüm kaygısı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Frazier ve Foss-Goodman, 1989).

2.8.9. Sosyokültürel Özellikler Ve Din

Her kültürün, bireyi ölüm kaygısına karşı koruduğu savunulan inanç, tutum ve davranışları vardır. Ayrıca yapılan araştırmalar, her kültürün ölümü dile getirme ve anlam yükleme konusunda farklılık gösterdiğini, bazı kültürlerin ölüm kaygısını hafifletmede daha etkin olduklarını belirtmiştir (Schumaker ve ark, 1988).

Schumaker ve ark (1991) Japon-Avustralya örneklem grupları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, Japonların ölüm kaygısının, Avustralyalılara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Abdel-Khalek (2004) Mısır, Suriye ve Kuveytli üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Kuveytli öğrencilerin ölüm kaygısının, Suriyeli ve Mısırlılara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Her üç grupta da “kabir azabıyla” ilgili korku çok yüksek çıkmıştır (Abdel-Khalek, 2004).

Din doğası gereği değişmez bir kavram olmasına rağmen, tarihsel ve toplumsal süreç içerisinde, din ve ölüm arasındaki ilişki de değişmiştir. Genel olarak dinlere bakıldığında her dinin kendi bireyini ölüm karşısında yaşanan kaygıya karşı koruduğu söylenebilir (Köknal, 1990).

Mezar ziyaretlerinin ölümü hatırlatan bir değişken olduğu düşünülür (Aries, 1991; Kılıçbay 1999; Roman ve ark, 2001). Hökelekli (2008)’ye göre birey ölüm düşüncesini sürekli bastırmaktadır. Dolayısıyla sürekli mezar ziyareti yapmanın ölüm düşüncesinin bastırılmasını engelleyerek ölüm kaygısının artmasına neden olduğu söylenebilir. Karaca (1997)’nin yapmış olduğu bir çalışmada ise mezar ziyaretleri yapmanın ölüm kaygısını azalttığı belirtilmiş ve bu durumun, çalışmanın yapıldığı bölgede dindarlığın yaygın olmasından kaynaklandığı savunulmuştur.

Dini yönelim ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, ölümden sonra cezalandırılma inancı ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Richardson ve ark, 1983; Knight ve Elfenbein, 1993; Cicirelli, 1998; Swanson ve Byrd, 1998; Eke, 2003; İnci, 2008; İnci ve Öz, 2009; Taka, 2010; Gashi, 2011; Özdemir, 2014).

2.8.10. Gelişimsel süreç

Bireylerin gelişim dönemlerinde ölüm kaygısı şiddetinde değişiklikler olduğunu gösteren veriler vardır. Çocukların aslında çok küçük yaşlarda bile ölümü fark ettikleri; ancak soyut düşünme yetisinin henüz gelişmemesi, dil yetisindeki eksiklikler, araştırmaları yapan kişilerin ölüm olgusu konusunda çocukları derinlemesine sorgulamamaları gibi nedenlerle ölüm kavramını bilmediklerinin düşünüldüğü savunulmuştur (Yalom, 2013). 5 yaş altındaki çocuklarda henüz soyut düşünme yetisi gelişmediğinden ölümü anlamlandıramazlar. 6-9 yaşlardaki çocuklar ölü insanın artık olmayan bir insan olduğunu öğrenmeye başlar. 9 yaşından sonra çocuk kendi ölümlülüğünün farkına varır ve bu yaşta ölüm kaygısının artık yaşanmaya başladığı düşünülür (Karakuş ve ark, 2012). Ölüm kaygısının açıkça yaşanmaya başladığı ilk gelişim dönemi ise ergenlik dönemidir (Karaca, 2000). Ergenler ölümü anlamsız olarak nitelendirip, çevreleriyle bu konuyu konuşmasalar da; onlar için zamanın ilerlemesi ve ölümlü olma gibi düşüncelerin eşliğinde ölüm kaygısı aslında baş edilmesi gereken bir durum olmaya başlar (Koestenbaum, 1998). Yetişkinler ve yaşlılar da, ölümü kendilerine karşı bir tehdit olarak algılar; sağlıklı bedenini kaybetme, yakınlarına ve işlerine olan sorumlulukları yeterince yerine getirememe, geleceğe ilişkin planlarını gerçekleştirememe gibi nedenlerle kaygı yaşarlar (Karakuş ve ark, 2012).

Ölüm kaygısının orta yaştaki bireylerde daha yüksek olup, bunun daha sonraki yetişkinlikte düştüğünü, yaşlılıkta ise durgunlaştığını gösteren çalışmalar vardır (Swanson ve Byrd, 1998; Fortner ve Neimeyer, 1999).

Tüm bu yorumlara karşın; yaş, cinsiyet, medeni durum, ruhsal hastalık, meslek, yaşam olayları, sosyokültürel özellikler-din, kişilik özellikleri, gelişimsel süreç ve fiziksel hastalık ile ölüm kaygısı arasında nasıl bir ilişki olduğu konusunda kesin bir fikir birliği yoktur.

2.9. Hemşirelik Mesleği ve Ölüm

Hemşirenin mesleki rolünün gereği, hastalık, yaşlılık, ölüm gibi konular karşısındaki yaklaşımlarının farkında olarak bireyi hastalıklardan koruması, hastalandığında en iyi bakımı sağlaması, bireyin ölümlükten fiziksel, psikososyal çevreyi oluşturması ve yaşam kalitesini yükseltmesi beklenmektedir (Brosche, 2007). Hemşire, bireyin doğumundan ölümüne kadar her andaki gereksinimlerini belirlerken teorik bilgi ve becerinin yanında, bireyin değişebilen

duygusal ve spritüel gereksinimlerini de belirleyerek uygun girişimlerde bulunabilmelidir (Koç, 2002). Henderson'a göre de hemşirelik, hastanın iyileştirilmesi ve sağlam bireyin sağlığının korunup geliştirilmesi ya da huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardımcı olma şeklinde tanımlanmıştır (Velioğlu, 1999).

Hemşireler, uygulama alanı olarak klinik birimler dışında, yoğun stres ve ölümün sık yaşandığı yoğun bakım ünitelerinde, acil ve onkoloji kliniklerinde de bireye bakım vermektedirler. Bu nedenle, bireyin ölüme karşı tepkilerinin neler olabileceğini bilmek önemlidir. Çünkü iki insan ölüme ve ölmeye tam olarak aynı biçimde tepki veremez. Ölüme karşı bireylerin algılarını bilmek, ölmekte olan bireye ve ailesine uygun bakım verme konusunda hemşireye yardımcı olacaktır. (Peykerli, 2003). Ölüme ilişkin doğru bir algı ise, yaşama ilişkin doğru ve etkili bir tutum geliştirmeyi sağlayacaktır (Sezer ve Saya, 2009).

2.10. Hemşirelik Mesleği ve Ölüm Kaygısı

Hemşireler, mesleki rolünün gereği olarak, ölmekte olan bir hastaya bakım veren kişilerdir. Ancak hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan birey ile karşı karşıya gelmekten korktukları, ölmekte olan bireylerin olmadığı servislerde çalışmayı istedikleri, ölmekte olan bireylere bakım verdiklerinde ise kendilerini sıklıkla savundukları görülmektedir. Hemşireler tarafından sıkça kullanılan savunmalar şunlardır (Çakırcalı, 2000; Keser Özcan, 2007);

- Hastayı bir eşya gibi tedavi etmek,
- Hastadan kaçmak,
- Hastayla konuşmayı kontrol altında tutmak için hastanın bazı söylediklerini duymamazlıktan gelmek,
- Hastayla konuşmaktan kaçınmak,
- Gelecekle ilgili konuşmalardan kaçınmak,
- Hastanın durumuna yönelik çok az bilgi vermek,
- Hastaya bakım verirken donuk bir yüz ifadesi takınmak,
- Hastanın öleceğini belirtmekten kaçınmak,

- Hasta ve ailesiyle duygusal ilişkiden kaçınmak,
- Enerjisini iyileşecek hastaya ayırmak, gibi.

Ayrıca, hemşirenin tepkisi, ölmekte olan hastanın hastanede kalış süresi, başvuruların sıklığı, ailesinin rolüne göre de değişiklik göstermektedir (Çakırcalı, 2000).

Kübler Ross (1997), insanların ölüme yaklaşımını şöyle açıklamaktadır: İnsan ölümle yüzleşmekten kaçınır ve bunun da en önemli nedeni günümüzde ölümün pek çok açıdan insanlıktan uzak, yalnız ve itici hale getirilmiş olmasıdır. Bu fikirden yola çıkarak, hemşirelerin ölmekte olan hastalarla çalışmasına rağmen ölümle yüzleşmekten kaçındıklarını, ölmekte olan hasta ve ailelerine bakım vermeye hazır hissetmediklerini söyleyebiliriz (Hurtig ve Stewin, 1990).

Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler de, hasta ve yakınlarının yaşadığı gibi kaygı, korku, çaresizlik, suçluluk, öfke, inkar ve depresyon yaşarlar. Bunların yanı sıra, hemşirenin bakım verdiği hastanın ölümü de, kendilerini başarısız ve yetersiz olarak görmelerine, suçluluk yaşamalarına yol açabilir (Keser Özcan, 2007). Yapılan çalışmalarla, bu kaygının gereksiz olmadığı ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım verirken üzüntü, çaresizlik(Tatar, 1988; Iranmanesh ve ark, 2008; Koç ve Sağlam, 2008; Ünsal, 2008; Taka, 2010; Taşdemir ve Gök, 2012; Önsöz, 2013; Menekli ve Fadiloğlu, 2014), kaygı(Koç ve Sağlam, 2008; Cooper ve Barnett, 2005), korku(Costello, 2001), öfke(Öz, 2004), yıpranma(Başer ve Yiğit, 1996; Ay, 2013) hissettiklerini, ölmekte olan hasta ve ailesinin duygusal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını göstermiştir (Hurtig ve Stewin, 1990; Mok ve ark, 2002; Hopkinson ve ark, 2003; Cherlin ve ark, 2004; Mok ve Chiu, 2004).

Hemşireler, hastanın ölümcül hastalık tanısı kesinleştiğinde bir inkar sürecine girebilirler (Öz, 2004). İnkâr, bir süre için rahatlama sağlar. Ancak, hemşire ölmekte olan hastanın yalnızca hastalığını tedavi etmeye odaklandığı için, bakımın diğer boyutları eksik kalır. Ayrıca, hastanın yakında ölebileceğini inkar eden bir hemşire, hastalık tedavi edilemeyecek durumda da olsa ısrarla tedaviyi devam ettirmek isteyebilir. Bütün bunlar, hastanın daha fazla acı çekmesine yol açabilir. Hemşireler de hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için kendilerine öfke duyabilirler (Cimete, 2002; Çavuşoğlu, 2004; İnci ve Öz, 2012).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, çok değişik ve güçlü stresörleri beraberinde getirir. Bu nedenle sağlık elemanlarının destek kaynaklarından yararlanmaları ve etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri gerekir. Aksi halde, bakım verdiği hastaların ölümü ile kayıp yaşayan sağlık profesyonellerinin bir süre sonra tükenmiş hissetmeleri kaçınılmaz hale gelir (Cimete, 2002; Ebrinç ve ark, 2002; Cherlin ve ark, 2004).

Iranmanesh ve ark (2008)'nın yaptıkları çalışmaya göre, hemşirenin başarısı, ölmekte olan hastaya bakım verme isteğine dayanmaktadır. Bu kişisel motivasyon ölmekte olan bireylere bakım veren hemşirelerin tutumunun bir yansımasıdır, fakat bu tutum hemşirelerin ölüm ve ölümle ilgili sadece inanç ve uygulamalarından değil, mesleki ve kişisel deneyimlerinden de etkilenmektedir.

Özaltın (1996)'a göre; bireyselleştirilmiş, bütüncül bir bakım her hasta için gereklidir. Ancak, ölmekte olan bir hastaya bakım vermek, hasta için başka bir şans olmadığından çok daha özel bir deneyimdir. Bu durum, hemşirenin fiziksel ve duygusal enerjisini çok fazla tüketiyor gibi gözükse de, aynı zamanda hemşirelerin bakım bilgisini ve yeteneğini geliştirmek için bir fırsat sağlar (Özaltın, 1996).

Ölmekte olan bireye nitelikli bakım vermenin temelinde, hemşirelerin öncelikle ölüm olgusunu kabullenmeleri, hastaların fiziksel, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin neler olduğunu bilmeleri, bu konuda gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları, kendi duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin farkındalık kazanmaları yatar (Cimete, 2002) Böylece, ölmekte olan hasta ve ailesine yaşamın sonuna dek değerli olduğu bilinciyle kaliteli bakım veren hemşire, sürecin sonunda beklenen ölümün gerçekleşmesini bir başarısızlık olarak görmeyip, ölmekte olan hasta ve ailesine hak ettiği bakımı sunabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma kesitsel/tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aydın il sınırları içerisinde yer alan Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakım üniteleri ve klinik birimlerde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Bu yoğun bakım üniteleri; Yenidoğan, Çocuk, Genel, Genel Cerrahi, Anestezi ve Reaminasyon, Koroner, Kalp Damar, Nöroloji, Nöroşirurji, Dahiliye, Acil Yoğun Bakım Üniteleri ile Ameliyathane'den oluşmaktadır. Klinik birimler; Onkoloji, Acil, Ortopedi-Travmatoloji, Kalp Damar Cerrahisi-Kardiyoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Üroloji, Nöroloji-Nöroşirurji, Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Sağlığı, Çocuk Acil, KBB-Göz, Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahisi, Dahiliye, Nefroloji-Endokrinoloji, Kemik İliği Transplantasyonu-Hematoloji, Psikiyatri, Deri ve Zührevi Hastalıkları Servisleri ile Yanık, Diyaliz, Kemoterapi Üniteleri'nden oluşmaktadır.

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 485 servis yatağı, 102 yoğun bakım yatağı olmak üzere 587 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde toplamda 547 hemşire çalışmakta; 325 hemşire kadrolu, 222 hemşire sözleşmeli olarak görev yapmaktadır. Araştırma kapsamına alınan yoğun bakım üniteleri ve klinik birimlerde ise 499 hemşire görev yapmaktadır. Bu birimlerde, hemşireler 2 vardiya şeklinde çalışmaktadırlar (08:00-16:00/16:00-08.00).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakım üniteleri ve klinik birimlerde, Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında çalışan 499 hemşire oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü, G power (güç) programı ile belirlenmiştir. Etki büyüklüğü 0.25; güven aralığı 0.95; anlamlılık düzeyi (α) 0.05; güç (1- β) %80 kabul edildiğinde 218 kişi olarak hesaplanmış, 1.5 desen etkisi de göz önüne alındığında 327 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem sayısı belirlendikten sonra, basit rastgele örneklem yöntemi ile araştırmaya alınan hemşireler seçilmiştir.

Tablo 1. Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Çalışan ve Örneklem Alınan Hemşire Sayılarının Dağılımı

	ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN HEMŞİRE SAYISI
YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ		
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	21	17
Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi	14	8
Genel Yoğun Bakım Ünitesi	26	25
Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	22	18
Anestezi ve Reaminasyon Yoğun Bakım Ünitesi	20	12
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	15	11
Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	21	15
Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi	15	8
Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesi	13	11
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	21	17
Acil Yoğun Bakım Ünitesi	11	10
Ameliyathane	29	4
TOPLAM	228	156

Tablo 1’de yoğun bakım ünitelerine göre çalışan ve örneklem alınan hemşire sayılarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 2. Klinik Birimlere Göre Çalışan ve Örnekleme Alınan Hemşire Sayılarının Dağılımı

	ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN HEMŞİRE SAYISI
KLİNİK BİRİMLER		
Onkoloji Servisi	13	10
Acil Servis	22	12
Ortopedi-Travmatoloji Servisi	12	7
Kalp Damar Cerrahisi-Kardiyoloji Servisi	12	11
Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	12	8
Genel Cerrahi Servisi	13	11
Üroloji Servisi	12	11
Nöroloji-Nöroşirurji Servisi	10	9
Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Sağlığı Servisi	22	11
Çocuk Acil Servis	10	6
KBB-Göz Servisi	11	8
Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahisi Servisi	15	8
Dahiliye Servisi	26	12
Nefroloji-Endokrinoloji Servisi	10	10
Kemik İliği Transplantasyonu-Hematoloji Servisi	19	9
Psikiyatri Servisi	8	5
Deri ve Zührevi Hastalıkları Servisi	11	9
Yanık Ünitesi	10	1
Kemoterapi Ünitesi	8	4
Diyaliz Ünitesi	15	9
TOPLAM	271	171

Tablo 2’de klinik birimlere göre çalışan ve örnekleme alınan hemşire sayılarının dağılımı görülmektedir.

Araştırmaya katılma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- Aralık 2014-Ocak 2015 tarihlerinde hastanede çalışıyor olmak,
- Yoğun bakım ünitelerinde çalışıyor olmak,
- Klinikler birimlerde çalışıyor olmak.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Yönetim ve poliklinik birimlerinde çalışıyor olmak,
- İzinli veya raporlu olmak.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde Kişisel Bilgi Formu, ikinci bölümde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, üçüncü bölümde Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından alanyazın taranarak (Cooper ve Barnett, 2005; Dunn ve ark, 2005; Karahisar, 2006; Özdemir, 2007; Ünsal, 2008; İnci ve Öz, 2009; Shih ve ark, 2006; Çevik, 2010; Köse ve ark, 2011; Önsöz, 2013) oluşturulan 36 sorunun bulunduğu formda; **demografik özellikleri** içeren 8 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, kadrolu çalışma durumu, kronik hastalık durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, dini inancını değerlendirme durumu), **mesleki özellikleri** içeren 7 soru (eğitim durumu, çalıştığı bölüm, meslekte çalışma yılı, birimde çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme durumu, çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu, yaptığı işten memnun olma durumu), **ölüm ve ölmekte olan bireyin bakımı hakkındaki bilgi ve düşüncelerini** içeren 21 soru (ölümün anlamı, kendi ölümünü düşünme sıklığı, yakın çevrede ölüm olgusu ile karşılaşma durumu, yakın çevrede ölüm olgusu ile karşılaşıldığında hissedilen en güçlü duygu durumu, son 6 ay içerisinde derinden etkileyen ölüm olayı, ölüm sebebi, çalıştığı birimde ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm ile karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkileme durumu, ölüm eğitimi alma durumu, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin bilgi alma, bilgi kaynakları ve alınan bilgiyi yeterli bulma durumu, kurumda ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının varlığı, ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan hastaya bakım verirken hissedilen en yoğun duygu durumu, bakım verilen hasta öldükten sonra hissedilen en güçlü duygu durumu, ölüm nedeni ile yaşanan kayıp/yas duygusu ile baş etmek için yapılanlar, klinikte yaşanan bir hastanın ölümünün sosyal hayatı etkileme durumu, bakımı üstlenilen hastanın ölümünden

etkilenme durumu, ölmekte olan hasta kendisi olması durumunda özen gösterilmesini istedikleri konular, ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için yöneticilere yapılan öneriler) bulunmaktadır.

3.4.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği-TPÖKÖ (Ek 2)

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği (TPÖKÖ), ilk defa Nehrke (1973) tarafından kullanılan ölçek, Boyar (1964) ve Templer (1970)'in ölçeklerinin birleştirilmesi ve Nehrke'nin bu ölçeğe bir madde daha eklemesiyle oluşmuştur (Boyar, 1964; Templer, 1970; Nehrke, 1973). Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen, Yıldız ve Karaca (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, 25 maddeden oluşan "Ölüm Kaygısı Ölçeği"nin 17 maddesi, "acı çekerek ölmekten korkarım" maddesinde olduğu gibi olumlu cümle yapısında (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24) diğer 8 madde ise, "öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil" maddesinde olduğu gibi olumsuz cümle yapısındadır (4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25). Ölçekte 5 dereceli Likert formatı kullanılarak (fikrime çok uygun; fikrime uygun; kararsızım; fikrime aykırı; fikrime çok aykırı), 0'dan 4'e kadar, zayıftan kuvvetliye doğru puanlama yapılmıştır. Ölçeğe olumsuz cümle yapısında yerleştirilen maddeler puanlanırken, 4 ağırlık değerinde olanlar 0 olarak puanlanırken, 0 ağırlık değerinde olanlar 4 olarak puanlanmıştır. Böylece Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinden en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmekte, puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Thorson ve Powell, 1992; Karaca ve Yıldız, 2001).

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin korelasyon katsayısı 0.73; Cronbach's alpha katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (Karaca ve Yıldız, 2001). Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği-FATCOD (Ek 3)

Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği, 1988 yılında Frommelt tarafından oluşturulmuş, dil geçerlilik ve güvenirliği Çevik (2010) tarafından yapılan 30 maddeli likert tipi bir ölçektir (Frommelt, 2003; Çevik, 2010). Ölçek olumlu ve olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler bulunmaktadır. Ölçekte, 1-kesinlikle katılmıyorum ve 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında,

toplam puan olumsuz tutumları içeren maddeler tersine çevrilip olumlu cevaplarla birlikte toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.83; alfa değeri ise 0.69 olarak elde edilmiştir (Frommelt, 2003).

Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeğinin kapsam geçerlilik değeri 0.83; homojenlik ölçütü olan Cronbach alpha katsayısı 0.73 olarak belirlenmiştir (Çevik, 2010). Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Verilerin Toplanması

Araştırma grubuna, Kişisel Bilgi Formu, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğini içeren anket formu uygulanmıştır. Anket formu uygulaması Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılan, yoğun bakım üniteleri ve klinik birimlerde çalışan hemşirelerden öncelikle sorumlu hemşirelere, daha sonra örneklem grubuna alınan hemşirelere araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve uygulama süresi açıklanmıştır. Hemşirelere anket formu uygulama saati, hastane ortamında, hemşirelerin çalışma saatlerine göre düzenlenmiş ve formları verdikten sonra hemşirelerin anket sorularını cevaplamaları sürelerince yanlarında beklenilmiştir. Anket formunun doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüş ve veriler 1 aylık sürede toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formunun anlaşılabilirliğini test etmek için Dr. Faruk İlker Bergama Devlet Hastanesi'nde çalışan 20 hemşire üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Formda anlaşılmayan bir ifade tespit edilmediğinden mevcut haliyle hemşirelere uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada, veriler SPSS istatistik paket programı (Version 21, Chicago IL, USA) ile bilgisayar ortamına girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, student-t test, one way anova, kruskal-wallis testleri ile değerlendirme yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye ise Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında,

istatistiksel anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kabul edilmiş olup $p < 0.05$ alması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ alması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları; bağımsız değişkenleri, Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan değişkenlerdir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 5), Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek 6) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden çalışmanın amacı ile ilgili bilgiyi içeren bilgilendirilmiş onam formu ile sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Anket formunda alınan bilgilerin tamamen gizli kalacağı belirtilmiştir. Böylece hemşirelerin samimi ve gerçeğe uygun cevaplar vermelerinin sağlanması amaçlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır.
2. Araştırma konusunun niteliği itibari ile klinik birimler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır.
3. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki hemşirelerin öz-bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.
4. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.
5. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

1. Araştırmanın hemşirelerin mesai saatleri içerisinde uygulanması, iş yoğunlukları nedeniyle araştırmanın zorluğu olarak düşünülebilir.
2. Hemşirelerin ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım konularını “iç karartıcı, moral bozucu” olarak tanımlayarak, anket formunu doldururken isteksiz davranmaları araştırmayı güçleştirmiştir.

3.10. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hemşirelerin ölüm kaygısı ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.
2. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki vardır.
3. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları arasında anlamlı ilişki vardır.

4. BULGULAR

Hemşirelerde ölüm kaygısı ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular yedi ana başlık altında incelenmiştir.

1. Hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Hemşirelerin mesleki ve çalışma durumlarına ilişkin bulgular
3. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulgular
4. Hemşirelerin ölüm hakkındaki düşüncelerine ilişkin bulgular
5. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarına ilişkin bulgular
6. Hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları
7. Hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerin karşılaştırılması

4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları 18 ile 44 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 26.24 ± 6.35 'tir.

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	292	89,3
Erkek	35	10,7
Medeni Durum		
Evli	100	30,6
Bekar	227	69,4
En Uzun Süre Yaşadığı Yer		
Köy	38	11,6
İlçe Merkezi	95	29,1
İl Merkezi	194	59,3
Kadrolu Çalışma Durumu		
Kadrolu	164	50,2
Sözleşmeli	163	49,8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	161	49,2
Gelir gidere denk ve daha fazla	166	50,8
Dini İnancı		
Zayıf	11	3,4
Orta	151	46,2
Güçlü	165	50,5
Toplam	327	100

Tablo 3’te araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik özellikleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin %89.3(292)’ü kadın, %10.7(35)’si erkek, %69.4(227)’ü bekar, %30.6(100)’sı evlidir.

Örneklemi oluşturan hemşirelerin %59.3(194)’ü en uzun süre ilde, %29.1(95)’i ilçede, %11.6(38)’sı köyde yaşamışlardır.

Hemşirelerin %50.2(164)’si kadrolu, %49.6(163)’sı sözleşmeli olarak çalışmakta; gelir durumlarına bakıldığında ise, %50.8(166)’i gelirlerinin giderlerine denk ve giderlerinden daha fazla, %49.2(161)’si gelirlerinin giderlerinden daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %50.5(165)’i dini inançlarını güçlü, %46.2(151)’si orta, %3.4(11)’ü zayıf olarak açıklamışlardır.

Tablo 4. Hemşirelerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık	n	%
Hayır, yok	292	87,4
Alerji	11	3,3
Diyabet	9	2,7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	7	2,1
Kalp Yetmezliği	3	0,9
Migren	3	0,9
Troid yetmezliği	3	0,9
Cilt Hastalıkları	2	0,6
Romatizma	1	0,3
Ruhsal Hastalık	1	0,3
Herni	1	0,3
İrritabl Barsak Sendromu (İBS)	1	0,3
Toplam	334*	100

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Tablo 4'te hemşirelerin kronik hastalığa sahip olma durumları sunulmaktadır.

Hemşirelerin %87.4(292)'ü kronik bir hastalığı olmadığını, %3.3(11)'ü alerji, %2.7(9)'si diyabet, %2.1(7)'i Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), %0.9(3)'ü kalp yetmezliği, %0.9(3)'ü migren, %0.9(3)'ü troid yetmezliği, %0.6(2)'si cilt hastalıkları, %0.3(1)'ü romatizma, %0.3(1)'ü ruhsal hastalık, %0.3(1)'ü herni, %0.3(1)'ü İrritabl Barsak Sendromu (İBS) olduğunu ifade etmişlerdir.

4.2. Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 5. Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarının Dağılımı

Mesleki Özellikler	n	%
Eğitim Durumu		
Lise	146	44,6
Lisans	181	55,4
Meslekte Çalışma Yılı		
0-1 yıl	109	33,3
2-5 yıl	112	34,3
6-10 yıl	61	18,6
11 yıl ve üzeri	45	13,8
Birimde Çalışma Yılı		
0-1 yıl	174	53,2
2-5 yıl	124	37,9
6-10 yıl	13	4,0
11 yıl ve üzeri	16	4,9
Mesleği İsteyerek Seçme		
Hayır	109	33,3
Evet	218	66,7
Çalıştığı Bölüm		
Yoğun Bakım Üniteleri	156	47,7
Klinik Birimler	171	52,3
Çalıştığı Birimi İsteyerek Seçme		
Hayır	198	60,6
Evet	129	39,4
Yaptığı İşten Memnun Olma		
Memnun değil	57	17,4
Kararsız	67	20,5
Memnun	203	62,1
Toplam	327	100

Tablo 5’te hemşirelerin mesleki ve çalışma durumları sunulmaktadır.

Tabloda da görüldüğü gibi, hemşirelerin %55.4(181)’ü lisans (yüksek lisans mezunu 2 hemşire dahil edilmiştir), %44.6(146)’sı lise mezunu olduğunu; %34.3(112)’ü 2-5 yıl, %33.3(109)’ü 0-1 yıl, %18.6(61)’sı 6-10 yıl ve %13.8(45)’i 11 yıl ve üzeri süredir hemşirelik mesleğini yaptığını; %53.2(174)’si 0-1 yıl, %37.9(124)’u 2-5 yıl, %4.9(16)’u 11 yıl ve üzeri, %4(13)’ü 6-10 yıl süredir şu andaki birimde çalıştığını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin %66.7(218)'si hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini, %33.3(109)'ü isteyerek seçmediğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %47.7(156)'si yoğun bakım ünitelerinde, %52.3(171)'ü klinik birimlerde çalışmakta olduğunu; %60.6(198)'sı çalıştığı birimi isteyerek seçmediğini, %39.4(129)'ü isteyerek seçtiğini ifade etmişlerdir.

Ayrıca, hemşirelerin %62.1(203)'ünün yaptığı işten memnun olduğu, %20.5(67)'inin kararsız olduğu, %17.4(57)'ünün memnun olmadığı bulunmuştur.

4.3. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Bilgi Alma, Bilgi Kaynakları ve Bilgiyi Yeterli Bulma Durumlarının Dağılımı

Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Bilgiler	n	%
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Bilgi Alma		
Hayır	101	30,9
Evet	226	69,1
Toplam	327	100
Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Aldıkları Bilginin Kaynağı		
Lisans/Lise Eğitim Sırasında	124	54,9
Hizmet İçi Eğitimler	55	24,3
Kitap ve Dergiler	21	9,3
Kongre ve Seminerler	10	4,4
İnternet	10	4,4
Mesleki Deneyim	6	2,7
Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma		
Yeterli değil	37	16,4
Kısmen, yeterli	145	64,2
Yeterli	44	19,5
Toplam	226**	100

**Bu soruya cevap veren hemşire sayısıdır.

Tablo 6'da hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi alma, bilgi kaynakları ve aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları görülmektedir. Hemşirelerin %30.9 (101)'u yaşam sonu bakım hakkında bilgi almadıklarını ifade ederken, %69.1 (226)'i yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını ve bu bilgileri %54.9 (124)'ü eğitim sırasında, %24.3(55)'ü hizmet

İçerik eğitimlerinden, %9.3(21)'ü kitap ve dergilerden, %4.4(10)'ü kongre ve seminerlerden, %4.4(10)'ü internetten, %2.7(6)'si mesleki deneyimlerden edindiklerini belirtmişlerdir. Yaşam sonu bakım bilgisi olan hemşirelerden %64.2(145)'si kısmen yeterli, %19.5(44)'i yeterli bulurken, %16.4(37)'ü yeterli bulmamışlardır.

Tablo 7. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı

Eğitim Alma Durumu	n	%
Ölümle İlgili Profesyonel Eğitim Alma		
Hayır	286	87,5
Evet	41	12,5
Hizmet İçi Eğitim Programlarının Varlığı		
Hayır	259	79,2
Evet	68	20,8
Toplam	327	100

Tablo 7’de hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına yönelik eğitim durumuna ilişkin özellikler sunulmaktadır. Hemşirelerin %87.5(286)’inin ölümle ilgili profesyonel bir eğitim almadıkları, %12.5(41)’inin profesyonel bir eğitim aldıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin %79.2(259)’si çalıştıkları kurumda yaşam sonu bakım konusunda hizmet içi eğitim programlarının olmadığını, %20.8(68)’i hizmet içi eğitim programlarının olduğunu ifade etmişlerdir.

4.4. Hemşirelerin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı

Ölüm Hakkındaki Düşünceler	n	%
Ölümün Anlamı		
Olumlu	281	85,9
Olumsuz	46	14,1
Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı		
Nadiren	100	30,6
Ara sıra	171	52,3
Sık sık	56	17,1
Toplam	327	100

Tablo 8’de hemşirelerin ölüm hakkındaki düşünceleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin %85.9(281)'u ölümü olumlu (yeni bir başlangıç, Takdiri ilahi ve yaşanması gereken süreç), %14.1(46)'i olumsuz (Tanrının insanı cezalandırması, yok oluş, kurtuluş, bilinmezlik) olarak tanımlamışlardır.

Hemşirelerin %52.3(171)'ü kendi ölümünü ara sıra düşündüğünü, %30.6(100)'sı nadiren düşündüğünü, %17.1(56)'i sık sık düşündüğünü ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumlarının Dağılımı

Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumu	N	%
Yakın Çevrelerinden Birisini Ölüm Nedeniyle Kaybetme		
Hayır	108	33,0
Evet	219	67,0
Toplam	327	100
Yakın Çevrelerinden Birisinin Ölümü Sonrasında Hissettikleri Duygular		
Keder-Üzüntü	227	59,4
Çaresizlik	90	23,6
Anksiyete	32	8,4
Korku	10	2,6
Öfke	7	1,8
Suçluluk	6	1,6
Başarısızlık	3	0,8
Hiçbir şey	7	1,8
Toplam	382*	100
Son 6 Ay İçerisinde Derinden Etkileyen Ölüm Olayı Yaşama		
Hayır	263	80,4
Evet	64	19,6
Çalıştığı Birimde Ölümle Karşılaşma Sıklığı		
Nadiren	109	33,3
Ara sıra	109	33,3
Sık sık	109	33,3
Toplam	327	100

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Tablo 9’da hemşirelerin ölüm olgusu ile karşılaşma durumları görülmektedir.

Hemşirelerin %67(219)’si yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybettiklerini ve kaybettiklerinde hissettikleri en güçlü duygular keder-üzüntü %59.4(227), çaresizlik

%23.6(90), anksiyete %8.4(32), korku %2.6(10), öfke %1.8(7), hiçbir şey %1.8(7), suçluluk %1.6(6) ve başarısızlık %0.8(3) olduğunu açıklamışlardır.

Hemşirelere %80.4(263)'ü son 6 ay içerisinde bir ölüm olayı yaşamamanın derinden etkilemediğini, %19.6(64)'sı derinden etkilediğini belirtirken; ölüm sebebinin ise; kanser %6.1(20), kaza %4.3(14), arrest %3.4(11), kalp krizi %2.4(8), boğulma %0.6(2), kanama %0.6(2), düşme %0.3(1), suicid %0.3(1) ve kurşunlanma %0.3(1) olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %33.3(109)'ü çalıştığı birimde ölüm ile sık sık, %33.3(109)'ü ara sıra, %33.3(109)'ü nadiren karşılaştıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

4.5. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 10. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Hissettikleri Duyguların Dağılımı

Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu	N	%
Hayır	69	21,1
Evet	258	78,9
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Hissettikleri En Yoğun Duygular		
Hastanın yaşına-yatış tanısına göre değişen	147	45,0
Üzüntü, Umutsuzluk, Çaresizlik	113	34,6
Ölmekten Korkma, Kaygı	40	12,2
Suçluluk, Başarısızlık	15	4,6
Öfke	8	2,4
Hiçbir şey	4	1,2
Toplam	327	100
Bakım Verdikleri Hasta Öldükten Sonra Hissettikleri En Güçlü Duygular		
Keder-Üzüntü	197	54,7
Çaresizlik	79	21,9
Başarısızlık	26	7,2
Suçluluk	11	3,1
Öfke	11	3,1
Korku	11	3,1
Anksiyete	5	1,4
Hiçbir şey	20	5,5
Toplam	360*	100

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Tablo 10’da hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumu ve bakım verirken hissettikleri duyguların dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin %78.9(258)’u ölmekte olan hastaya bakım verdiklerini ve %45(147)’i bakım verirken yaşadıkları en yoğun duyguların hastanın yaşına-yatış süresine göre değiştiğini, %34.6(113)’sı üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik, %12.2(40)’si ölmekten korkma, kaygı, %4.6(15)’sı suçluluk, başarısızlık, %2.4(8)’ü öfke hissettiğini, %1.2(4)’si ise hiçbir şey hissetmediğini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta öldükten sonra ise hissettikleri en güçlü duygular keder-üzüntü %54.7(197), çaresizlik %21.9(79), başarısızlık %7.2(26), hiçbir şey %5.5(20), suçluluk %3.1(11), öfke %3.1(11), korku %3.1(11) ve anksiyete %1.4(5)’dir.

Tablo 11. Hemşirelerin Ölüm Nedeni ile Yaşadıkları Kayıp/Yas Duygusu ile Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı

Kayıp/Yas Duygusu İle Baş Etme Yöntemleri	n	%
Ölümün doğal olduğunu düşünme ve rahatlamaya çalışma	158	48,3
Dua etme	89	27,2
Ağlama	35	10,7
Aile ve arkadaşlar ile bu durumu konuşma	34	10,4
Hiçbir şey yapmama	11	3,4
Toplam	327	100

Tablo 11’de hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etme yöntemleri sunulmuştur.

Hemşirelerin, ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etmek için ölümün doğal olduğunu düşünme-rahatlamaya çalışma %48.3(158), dua etme %27.2(89), ağlama %10.7(35), aile-arkadaşlar ile bu durumu konuşma %10.4(34) yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 12. Hemşirelerin Bakımını Üstlendikleri Bir Hastanın Ölümünden Etkilenme Durumlarının Dağılımı

Hastanın Ölümünden Etkilenme Durumları	n	%
Hastanın yaşı genç ise	207	63,3
Hastanın servise geldiğinde durumunun stabil olması, iyileşebileceğinin düşünülmesi ve durumunun aniden kötüleşmesi	75	22,9
Hastaya uzun süre bakım verme	39	11,9
Hastanın ailesiyle fazla iletişime girme	6	1,8
Hastanın Ölümünün Sosyal Hayatı Etkileme Durumu		
Hayır	272	83,2
Evet	55	16,8
Mesleğe Bakış Açısını Etkileme Durumu		
Hayır, etkilemedi	279	85,3
Evet, etkiledi	48	14,7
Toplam	327	100

Tablo 12’de hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastanın ölümünden etkilenme durumları sunulmuştur.

Hemşireler bakımını üstlendikleri hastanın ölümünde, hastanın yaşı genç ise %63.3(207), hastanın servise geldiğinde durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa ve durumu aniden kötüleşti ise %22.9(117), hastaya uzun süre bakım verdiyse %11.9(39) ve hastanın ailesiyle fazla iletişime girdiyse %1.8(6) daha fazla etkileneceklerini açıklamışlardır.

Hemşirelerin %83.2(272)’si klinikte yaşadığı bir hastanın ölümünün sosyal hayatını etkilemediğini, %16.8(55)’i sosyal hayatını etkilediğini belirtirken; sosyal hayatlarını etkileme biçiminin ise; psikolojik sorunlar yaşama %3(10) ve manevi bağlılıkların artması %0.9(3) şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %85.3(279)’ü ölüm ile karşılaşmanın mesleğe bakış açısını etkilemediğini, %14.7(48)’si mesleğe bakış açısını etkilediğini belirtmişlerdir. Ölüm ile karşılaşmasının mesleğe bakış açısını etkilediğini belirten hemşireler, mesleğe bakış açılarını etkileme biçimini; psikolojik sorunlar yaşama %3.3(11), palyatif bakımın önemini anlama %1.8(6), ölümü hatırlama %1.2(4) ve maneviyatlarının artması %1.2(4) olarak açıklamışlardır.

Tablo 13. Hemşirelerin Kendilerinin Ölmekte Olan Hasta Olması Durumunda, Özen Gösterilmesini İstedikleri Konuların Dağılımı

Hemşirelerin Özen Göstermesini İstedikleri Konular	n	%
Ziyaretçilere izin verme	156	22,9
Hijyenik bakıma özen gösterme	143	20,9
Hastalık ile ilgili gerçekçi bilgi verme	134	19,6
Zaman ayırıp, dinleme	110	16,1
İlaçları düzenli verme	91	13,3
Hastalığı gizleme	45	6,6
CPR yapmama	4	0,6
Toplam	683*	100

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Tablo 13'te hemşirelerin kendilerinin ölmekte olan hasta olması durumunda, hemşirelerin özen göstermesini istedikleri konular sunulmuştur.

Hemşireler kendisi ölmekte olan hasta olduğunda, hemşirelerden ziyaretçilerine izin vermelerini %22,9 (156), hijyenik bakımlarına özen göstermelerini %20,9 (143), hastalıkları ile ilgili gerçekçi bilgi vermelerini %19,6 (134), zaman ayırıp, dinlemelerini %16,1 (110), ilaçlarını düzenli vermelerini %13,3 (91), hastalıklarını gizlemelerini %6,6 (45) ve CPR yapmamalarını %0,6 (4) istedikleri saptanmıştır.

Tablo 14. Hemşirelerin Ölüm Olayı ile Sık Karşılaşan Hemşirelere Destek Olmak İçin Yöneticilere Yaptıkları Önerilerinin Dağılımı

Hemşirelerin Yöneticilere Önerileri	n	%
Hemşirelerin dinlenmelerinin sağlanması, İzinlerinin zamanında verilmesi	151	31,7
Psikolojik destek sağlanması	140	29,4
Eğitim verilmesi	116	24,4
Rotasyon uygulanması	68	14,3
Hiçbir şey yapılmaması	1	0,2
Toplam	476*	100

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Tablo 14'te hemşirelerin ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için yöneticilere yaptıkları önerileri görülmektedir.

Hemşireler yöneticilere, ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için, hemşirelerin dinlenmelerinin sağlanması-izinlerinin zamanında verilmesi %31.7(151), psikolojik destek sağlanması %29.4(140), eğitim verilmesi %24.4(116) ve rotasyon uygulanmasını %14.3(68) önermişlerdir.

4.6. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumları

Tablo 15. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	56,60 $\pm$ 17,27
Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	103, 14 $\pm$ 11,53

Tablo 15'te hemşirelerin Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği ile Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeğinin puan ortalamaları görülmektedir.

Hemşirelerin TPÖKÖ puan ortalaması 56.60 $\pm$ 17.27 olup, puanların 6 ile 99 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin FATCOD puan ortalaması 103.14 $\pm$ 11.53 olup, puanların 62 ile 150 arasında dağılım gösterdiği saptanmıştır.

4.7. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

Tablo 16. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		TPÖKÖ		FATCOD	
		$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Yaş		–	$r = -0,12$ $p = 0,02^*$	–	$r = 0,06$ $p = 0,27$
Cinsiyet					
Kadın	(n=292)	57,18 ± 17,10	$t = 1,76$	103,56 ± 11,60	$t = 1,88$
Erkek	(n=35)	51,74 ± 18,15	$p = 0,07$	99,68 ± 10,48	$p = 0,06$
Medeni Durum					
Evli	(n=100)	56,07 ± 16,06	$t = -0,37$	104,26 ± 11,70	$t = 1,15$
Bekar	(n=227)	56,84 ± 17,81	$p = 0,71$	102,65 ± 11,45	$p = 0,24$
En Uzun Süre Yaşadığı Yer					
Köy	(n=38)	53,71 ± 12,12	$F = 3,41$	98,60 ± 13,52	$F = 3,40$
İlçe Merkezi	(n=95)	60,40 ± 16,85	$p = 0,03^*$	103,94 ± 12,09	$p = 0,03^*$
İl Merkezi	(n=194)	55,31 ± 18,08		103,64 ± 10,67	
Kadrolu Çalışma Durumu					
Kadrolu	(n=164)	53,55 ± 15,81	$t = -3,24$	103,42 ± 10,58	$t = 0,44$
Sözleşmeli	(n=163)	59,67 ± 18,16	$p = 0,01^*$	102,86 ± 12,44	$p = 0,66$
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	(n=161)	58,92 ± 18,00	$t = 2,40$	103,01 ± 12,01	$t = -0,19$
Gelir gidere denk ve daha fazla	(n=166)	54,35 ± 16,27	$p = 0,01^*$	103,27 ± 11,09	$p = 0,84$
Dini İnanç					
Zayıf	(n=11)	48,27 ± 17,23	$\chi^2 = 1,82$	95,27 ± 14,04	$\chi^2 = 3,33$
Orta	(n=151)	57,15 ± 16,07	$p = 0,40$	103,71 ± 10,57	$p = 0,18$
Güçlü	(n=165)	56,66 ± 18,26		103,15 ± 12,07	

r = Pearson korelasyon katsayısı t : Student t test F : Oneway ANOVA test

χ^2 = Kruskal-Wallis Test

Tablo 16’da hemşirelerin demografik özelliklerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin yaşları ile TPÖKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile TPÖKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hemşirelerin yaşı ile FATCOD toplam puan ortalamaları incelendiğinde ise; yaş ile ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların puan ortalaması (57.18 ± 17.10) erkeklerin puan ortalamasından (51.74 ± 18.15) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; kadınların puan ortalaması (103.56 ± 11.60), erkeklerin puan ortalamasından (99.68 ± 10.48) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre, TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; bekar olan hemşirelerin puan ortalaması 56.84 ± 17.81 , evli olanların puan ortalaması 56.07 ± 16.06 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin medeni durumlarına göre, FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; evli olan hemşirelerin puan ortalaması (104.26 ± 11.70) bekar olan hemşirelerin puan ortalamasından (102.65 ± 11.45) yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin en uzun süre yaşadığı yere göre, TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; ilçede yaşamış olanların puan ortalamaları (60.40 ± 16.85), ilde (55.31 ± 18.08) ve köyde yaşamış olan hemşirelerin puan ortalamalarından (53.71 ± 12.12) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin en uzun süre yaşadıkları yere göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; ilçede (103.94 ± 12.09) ve ilde yaşamış olan hemşirelerin puan ortalamaları (103.64 ± 10.67), köyde yaşamış olanların puan ortalamalarından (98.60 ± 13.52) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; sözleşmeli çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (59.67 ± 18.16), kadrolu çalışanların puan ortalamalarından (53.55 ± 15.81) yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin çalışma durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde; kadrolu çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (103.42 ± 10.58), sözleşmeli çalışanların puan ortalamalarından (102.86 ± 12.44) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hemşirelerin gelir durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gelir durumunu giderinden az olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalamaları (58.92 ± 18.00), gelir durumunu giderine denk ve giderlerinden daha fazla olarak değerlendirenlerden (54.35 ± 16.27) daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin gelir durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hemşirelerin dini inançlarına göre TPÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; dini inancını orta olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalaması (57.15 ± 16.07), güçlü (56.66 ± 18.26) ve zayıf olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından (48.27 ± 17.23) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin dini inançlarına göre FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında; dini inancını orta (103.71 ± 10.57) ve güçlü olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalaması (103.15 ± 12.07), zayıf olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından (95.27 ± 14.04) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 17. Hemşirelerin Mesleki ve Çalışma Durumlarına Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	TPÖKÖ		FATCOD	
	$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Eğitim Durumu				
Lise (n=146)	$56,85 \pm 16,89$	t = 0,23	$104,04 \pm 12,36$	t = 1,27
Lisans (n=181)	$56,40 \pm 17,62$	p = 0,81	$102,41 \pm 10,80$	p = 0,20
Meslekte Çalışma Yılı				
1-23 ay (n=109)	$58,56 \pm 16,61$	F = 2,17	$101,44 \pm 12,01$	F = 3,87
24-71 ay (n=112)	$57,31 \pm 18,04$	p = 0,11	$102,47 \pm 10,92$	p = 0,02*
72 ay ve üzeri (n=106)	$53,83 \pm 16,91$		$105,61 \pm 11,34$	
Birimde Çalışma Yılı				
1-23 ay (n=174)	$57,41 \pm 17,29$	$\chi^2 = 1,76$	$102,40 \pm 11,75$	$\chi^2 = 2,26$
24-71 ay (n=124)	$55,10 \pm 17,17$	p = 0,41	$103,74 \pm 11,43$	p = 0,32
72 ay ve üzeri (n=29)	$58,17 \pm 17,66$		$105,06 \pm 10,65$	
Mesleği İsteyerek Seçme				
Hayır (n=109)	$54,81 \pm 17,50$	t = - 1,32	$102,77 \pm 13,12$	t = - 0,40
Evet (n=218)	$57,50 \pm 17,12$	p = 0,18	$103,33 \pm 10,68$	p = 0,68
Çalıştığı Bölüm				
Yoğun Bakım Üniteleri (n=156)	$58,69 \pm 17,61$	t = 2,09	$103,50 \pm 12,13$	t = 0,52
Klinik Birimler (n=171)	$54,70 \pm 16,77$	p = 0,03*	$102,82 \pm 10,99$	p = 0,59
Çalıştığı Birimi İsteyerek Seçme				
Hayır (n=198)	$56,41 \pm 17,61$	t = - 0,24	$103,90 \pm 11,83$	t = 1,48
Evet (n=129)	$56,89 \pm 16,79$	p = 0,80	$101,97 \pm 11,00$	p = 0,13
Yaptığı İşten Memnun Olma				
Memnun değil (n=57)	$55,54 \pm 15,79$	F = 0,17	$104,71 \pm 12,31$	F = 0,87
Kararsız (n=67)	$56,26 \pm 18,53$	p = 0,83	$101,98 \pm 13,54$	p = 0,41
Memnun (n=203)	$57,01 \pm 17,30$		$103,08 \pm 10,56$	

Tablo 17’de hemşirelerin mesleki ve çalışma durumlarına göre ölüm kaygısı leği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum leği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre TPK puan ortalamaları incelendiğinde; lise mezunu hemşirelerin puan ortalaması 56.85 ± 16.89 , lisans mezunu (yüksek lisans mezunu 2 hemşire dahil edilmiştir) hemşirelerin puan ortalamaları 56.40 ± 17.62 olarak belirlenmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde; lise mezunu hemşirelerin puan ortalaması (104.04 ± 12.36) lisans mezunu (yüksek lisans mezunu 2 hemşire dahil edilmiştir) hemşirelerin puan ortalamalarından (102.41 ± 10.80) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre TPK puan ortalamalarına bakıldığında; meslekte 0-1 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (58.56 ± 16.61), 2-5 yıl (57.31 ± 18.04), 6-10 yıl (54.09 ± 16.75), 11 yıl ve üzeri çalışanların puan ortalamalarından (53.48 ± 17.30) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; meslekte 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (106.06 ± 12.36), 11 yıl ve üzeri (105.00 ± 9.90), 2-5 yıl (102.47 ± 10.92) ve 0-1 yıl çalışanların puan ortalamalarından (101.44 ± 12.01) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin birimde çalışma yılına göre TPK puan ortalamaları incelendiğinde; birimde 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (59.61 ± 17.38), 0-1 yıl (57.41 ± 17.29), 11 yıl ve üzeri (57.00 ± 18.37), 2-5 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından (55.10 ± 17.17) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin birimde çalışma yılına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; birimde 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (106.07 ± 11.95), 11 yıl ve üzeri (104.25 ± 9.79), 2-5 yıl (103.74 ± 11.43) ve 0-1 yıl çalışanların puan ortalamalarından (102.40 ± 11.75) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre, TPÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin puan ortalamaları (57.50 ± 17.12) mesleği isteyerek seçmeyenlerin puan ortalamalarından (54.81 ± 17.50) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre, FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında; hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin puan ortalamaları (103.33 ± 10.68) mesleği isteyerek seçmeyenlerin puan ortalamalarından (102.77 ± 13.12) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı bölümlere göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (58.69 ± 17.61), Klinik birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından (54.70 ± 16.77) yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları (103.50 ± 12.13), Klinik birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından (102.82 ± 10.99) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı birimi isteyerek seçme durumlarına göre, TPÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin puan ortalamaları 56.89 ± 16.79 , çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlerin puan ortalamaları 56.41 ± 17.61 olarak belirlenmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları birimi isteyerek seçme durumlarına göre, FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında ise; çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlerin puan ortalamaları (103.90 ± 11.83) çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin puan ortalamalarından (101.97 ± 11.00) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; yaptıkları işten memnun olan hemşirelerin puan ortalamaları (57.01 ± 17.30), kararsız olan (56.26 ± 18.53) ve memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından (55.54 ± 15.79) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin yaptıkları işten memnun olma durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; yaptıkları işten memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamaları (104.71 ± 12.31), memnun (103.08 ± 10.56) ve kararsız olan hemşirelerin puan

ortalamlarından (101.98±13.54) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 18. Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölüm Hakkındaki Düşünceler		TPÖKÖ		FATCOD	
		$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Ölümün Anlamı					
Olumlu	(n=281)	56,51 ± 16,57	t = - 0,22	103,03 ± 11,42	t = - 0,43
Olumsuz	(n=46)	57,13 ± 21,26	p = 0,82	103,82 ± 12,32	p = 0,66
Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı					
Nadiren	(n=100)	52,56 ± 18,54	F = 4,36	103,14 ± 10,66	F = 0,29
Ara sıra	(n=171)	58,91 ± 15,96	p = 0,01*	102,81 ± 12,31	p = 0,74
Sık sık	(n=56)	56,76 ± 17,75		104,17 ± 10,67	

Tablo 18’de hemşirelerin ölüm hakkındaki düşüncelerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin ölümün anlamına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ölümü olumsuz (Tanrının insanı cezalandırması, yok oluş, kurtuluş, bilinmezlik) olarak anlamlandıranların puan ortalaması (57.13±21.26), olumlu (yeni bir başlangıç, Takdiri ilahi ve yaşanması gereken süreç) olarak anlamlandıran hemşirelerin puan ortalamasından (56.51±16.57) yüksek bulunmuştur. Aralarında farklılık görülsede, bu farklılığın istatistiksel olarak anlam taşımadığı görülmüştür (p>0.05). Hemşirelerin ölümün anlamına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde; ölümü olumsuz olarak anlamlandıranların puan ortalaması 103.82±12.32, olumlu olarak anlamlandıran hemşirelerin puan ortalaması 103.03±11.42 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Hemşirelerin kendi ölümünü düşünme sıklığına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; kendi ölümünü ara sıra düşünen hemşirelerin puan ortalamaları (58.91±15.96), sık sık (56.76±17.75) ve nadiren düşünen hemşirelerin puan ortalamalarından (52.56±18.54) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kendi ölümünü düşünme sıklığına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; kendi ölümünü sık sık düşünen hemşirelerin

puan ortalamaları (104.17 ± 10.67), nadiren (103.14 ± 10.66) ve ara sıra düşünen hemşirelerin puan ortalamalarından (102.81 ± 12.31) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 19. Hemşirelerin Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumlarına Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölüm Olgusu ile Karşılaşma Durumu		TPÖKÖ		FATCOD	
		$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Yakın Çevrelerinden Birisini Ölüm Nedeniyle Kaybetme					
Hayır	(n=108)	60,33 ± 18,94	t = 2,62	102,50 ± 10,45	t = - 0,71
Evet	(n=219)	54,76 ± 16,11	p = 0,009*	103,46 ± 12,04	p = 0,47
Son 6 Ay İçerisinde Derinden Etkileyen Ölüm Olayı Yaşama					
Hayır	(n=263)	56,38 ± 17,49	t = - 0,46	103,09 ± 11,29	t = - 0,15
Evet	(n=64)	57,51 ± 16,42	p = 0,63	103,34 ± 12,56	p = 0,87
Çalıştığı Birimde Ölümle Karşılaşma Sıklığı					
Nadiren	(n=109)	54,84 ± 16,45	F = 2,55	104,56 ± 10,03	F = 3,86
Ara sıra	(n=109)	59,63 ± 18,32	p = 0,07	100,66 ± 11,60	p = 0,02*
Sık sık	(n=109)	55,33 ± 16,73		104,20 ± 12,52	

Tablo 19’da hemşirelerin ölüm olgusu ile karşılaşma durumlarına göre ölüm kaygısı ölçeği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybetme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin puan ortalamaları (60.33 ± 18.94) yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybeden hemşirelerin puan ortalamalarından (54.76 ± 16.42) yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Hemşirelerin yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybetme durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde ise; yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybeden hemşirelerin puan ortalamaları (103.46 ± 12.04) yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin puan ortalamalarından (102.50 ± 10.45) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin son 6 ay içerisinde derinden etkileyen ölüm olayı yaşama durumlarına göre, TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; derinden etkileyen ölüm olayı yaşayan

hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları (57.51 ± 16.42), derinden etkileyen ölüm olayı yaşamayanların puan ortalamalarından (56.38 ± 17.49) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin son 6 ay içerisinde derinden etkileyen ölüm olayı yaşama durumlarına göre, FATCOD puan ortalamaları incelendiğinde de; derinden etkileyen ölüm olayı yaşayan hemşirelerin puan ortalamaları 103.34 ± 12.56 , derinden etkileyen ölüm olayı yaşamayanların puan ortalamaları 103.09 ± 11.29 olarak belirlenmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı birimde ölüm ile karşılaşma sıklığına göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çalıştığı birimde ölüm ile ara sıra karşılaşan hemşirelerin puan ortalaması (59.63 ± 18.32), sık sık (55.33 ± 16.73) ve nadiren karşılaşanların puan ortalamalarından (54.84 ± 16.45) daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hemşirelerin çalıştığı birimde ölüm ile karşılaşma sıklığına göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; çalıştığı birimde ölüm ile nadiren (104.56 ± 10.03) ve sık sık karşılaşan hemşirelerin puan ortalamaları (104.20 ± 12.52), ara sıra karşılaşan hemşirelerin puan ortalamalarından (100.66 ± 11.60) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu ve Bakım Verirken Hissettikleri Duygulara Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu		TPÖKÖ		FATCOD	
		$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Hayır	(n=69)	$59,07 \pm 16,24$	t = 1,33	$101,66 \pm 9,34$	t = - 1,20
Evet	(n=258)	$55,94 \pm 17,51$	p = 0,18	$103,54 \pm 12,04$	p = 0,23
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Hissettikleri En Yoğun Duygular					
Hastanın yaşına-yatış tanısına göre değişen	(n=147)	$54,43 \pm 15,81$	$\chi^2 = 16,43$ $p = 0,006^*$	$102,59 \pm 9,77$	$\chi^2 = 5,22$ $p = 0,38$
Üzüntü, Umutsuzluk,		$57,46 \pm 19,17$		$102,83 \pm 12,58$	
Çaresizlik	(n=113)				
Ölmekten Korkma,		$56,70 \pm 15,86$		$103,07 \pm 13,29$	
Kaygı	(n=40)				
Suçluluk, Başarısızlık	(n=15)	$62,13 \pm 15,38$		$107,80 \pm 11,56$	
Öfke	(n=8)	$77,37 \pm 14,72$		$109,12 \pm 17,75$	
Hiçbir şey	(n=4)	$49,00 \pm 2,44$		$103,75 \pm 4,34$	

Tablo 20’de hemşirelerin ölmekte olan hastasına bakım verme durumu ve bakım verirken hissettikleri duygulara göre ölüm kaygısı ölçeği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; ölmekte olan hastaya bakım vermeyen hemşirelerin puan ortalamaları (59.07±16.24), ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin puan ortalamalarından (55.94±17.51) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarına göre FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında ise; ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin puan ortalamaları (103.54±12.04), ölmekte olan hastaya bakım vermeyen hemşirelerin puan ortalamalarından (101.66±9.34) yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken hissettikleri en yoğun duygulara göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tamhane T2 testi sonucunda; ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissettiğini ifade eden hemşirelerin puan ortalamaları (77.37±14.72), diğer duyguları hisseden hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken hissettikleri en yoğun duygulara göre FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında ise; ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissettiğini ifade eden hemşirelerin puan ortalamaları (109.12±17.75), diğer duyguları hisseden hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 21. Hemşirelerin Ölüm Nedeni ile Yaşadıkları Kayıp/Yas Duygusu ile Baş Etme Yöntemlerine Göre TPÖKÖ ve FATCOD Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kayıp/Yas Duygusu İle Baş Etme Yöntemleri	TPÖKÖ		FATCOD	
	$\bar{X} \pm SS$	Testler	$\bar{X} \pm SS$	Testler
Ölümün doğal olduğunu düşünme ve rahatlamaya çalışma (n=158)	54,86 ± 17,19	$\chi^2 = 15,13$ $p = 0,004^*$	104,04 ± 11,91	$\chi^2 = 2,20$ $p = 0,69$
Dua etme (n=89)	54,04 ± 15,80		101,52 ± 10,60	
Ağlama (n=35)	65,68 ± 17,78		102,42 ± 11,47	
Aile ve arkadaşlar ile bu durumu konuşma (n=34)	62,26 ± 17,81		104,29 ± 9,99	
Hiçbir şey yapmama (n=11)	56,00 ± 16,24		102,09 ± 17,27	

Tablo 21’de hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etme yöntemlerine göre ölüm kaygısı ölçeği ve Frommelt ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etme yöntemlerine göre TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; ağlama yöntemini kullanan hemşirelerin puan ortalamaları (65.68 ± 17.78) diğer baş etme yöntemlerini kullananların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etme yöntemlerine göre FATCOD puan ortalamalarına bakıldığında ise; aile ve arkadaş ile bu durumu konuşma yöntemini kullanan hemşirelerin puan ortalamaları (104.29 ± 9.99) diğer baş etme yöntemlerini kullanan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22. Hemşirelerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	
Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	$r = 0,13$ $p = 0,01^*$

Tablo 22’de hemşirelerin ölüm kaygısı ölçeği ile Frommelt ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir.

Hemşirelerin TPÖKÖ ve FATCOD toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; TPÖKÖ ile FATCOD toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında ele alınarak, mevcut alanyazın ışığında tartışılmıştır.

1. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
2. Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
3. Hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerin tartışılması

5.1. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada, hemşirelerin yarısından fazlasının yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıkları ve bu bilgiyi eğitim sırasında, hizmet içi eğitimlerden, kitap ve dergilerden, kongre ve seminerlerden, internetten ve mesleki deneyimlerden edindikleri saptanmıştır. Yaşam sonu bakım bilgisi olan hemşirelerden yarısından fazlası ise, aldıkları bilgiyi kısmen yeterli bulmuşlardır. Çevik (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını, bilgi kaynaklarına bakıldığında lisans eğitimi, hizmet içi eğitim programları, kitap ve dergiler, internet, kongre ve seminerler şeklinde sıralandığını, hemşirelerin yarısından fazlasının ise ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirtmiştir. Hemşirelerle yapılan diğer araştırmalarda, hemşirelerin ölüm, yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıkları, ancak hemşirelerin çoğunluğunun aldıkları eğitimin ölmekte olan hastaya bakım vermek için kendilerini hazır hissetmelerinde yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (Tatar, 1988; Akın, 1996; Robinson, 2004; Dunn ve ark, 2005; Karahisar, 2006; Shih ve ark, 2006; Önsöz, 2013; Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Wass (2004), sağlık eğitiminin her düzeyinde ölüm eğitiminin yetersiz olduğunu, hem şirelik eğitiminde de, yaşam sonu bakım ve  l me ilişkin eğitimin yetersiz olduğunu belirtmektedir.

5.2. Hem şirelerin  lmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada, hem şireler, ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları duyguların hastanın ya ına-yatış tanısına göre değiştiğini (Genç ve  ocuk hastalar ise üzüntü, ya lı ise kaygı-korku), üzüntü-umutsuzluk-çaresizlik, ölmekten korkma-kaygı, suçluluk-başarısızlık, öfke hissettiklerini ifade etmişlerdir. Alanyazında, hem şirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken, yaşadıkları duyguların hastanın ya ına ve hastalığına göre değiştiği ( ns z, 2013), üzüntü (Başer ve Yiğit, 1996;  evik, 2010; Köse ve ark, 2011), çaresizlik ( evik, 2010; Köse ve ark, 2011; Ay, 2013), korku (Costello, 2001), olumsuz duygusal y k ( nci ve öz, 2009), hayal kırıklığı (Tatar, 1988;  ztun , 2003), yıpranma (Başer ve Yiğit, 1996; Ay, 2013) ve depresyon (Tatar, 1988;  ztun , 2003) yaşadıkları bildirilmektedir. Hem şirelerin, hastalarla 24 saat birlikte, hastaların her an ulaşabileceği, hastalarla yakın ilişkilerde olan sağlık profesyonelleri olması ve birebir hastaya bakım vermesi, bu olumsuz duyguları yaşamalarına yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir (Ay, 2013).

Bu araştırmada, hem şireler, bakım verdikleri hasta öldükten sonra hissettikleri en güçlü duyguların, keder-üzüntü, çaresizlik, başarısızlık, hiçbir şey, suçluluk, öfke, korku ve anksiyete olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen bulgular alanyazınla uyumludur. Alanyazında, hem şireler ve hem şirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, hem şirelerin çoğunluğunun meslek hayatı boyunca ölümle kar ıla tığında, en fazla üzüntü ve çaresizlik hissettikleri belirtilmiştir (Tatar, 1988; Akın, 1996; Iranmanesh ve ark, 2008; Koç ve Sağlam, 2008;  nsal, 2008; Taka, 2010; Taşdemir ve Gök, 2012; Ay ve Gençtürk, 2013; Bilge ve ark, 2013;  ns z, 2013; Menekli ve Fadıloğlu, 2014; Tarı Selçuk ve Avcı, 2015). Ölüm nedeniyle kayıp, kaybettikleri kişinin tamamen yok olması sonucu kişiyle ilgili yaşantıların da son bulması anlamına geldiğinden kaybın üzüntüye yol a ması kaçınılmaz bir sonuç olarak düşünülebilir (Ay, 2013). Ayrıca, Akın (1996) hem şirelerle yaptığı çalışmasında, hem şirelerin ölüm karşısında korku, yalnızlık ve boşluk hissettiklerini ifade etmiştir. Yılmaz ve Vermi li (2015) yoğun bakım hem şireleriyle yaptığı çalışmada ise,

hemşirelerin ölümü doğal karşıladığı, ölüm ile hastalarının acılarının sonlandığını düşündüğünü ifade etmişlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çoğunlukla ölmekte olan hastalara bakım vermeleri ve bu duruma alışkın olmaları zamanla hastaların kaybına karşı duyarsızlaşma yaşayabilmelerine neden olduğu, serviste çalışan hemşirelerin ise ölüm olayı karşısında daha fazla üzüntü, çaresizlik ve başarısızlık hissettiği söylenebilir (Başer ve Yiğit, 1996; Özdemir, 2007). Gerçekleşen her ölüm deneyimi ile tekrarlayan bu olumsuz duyguların zamanla hemşirelerin duyarsızlık yaşamalarına ve tükenmelerine neden olduğu söylenebilir (Başer ve Yiğit, 1996; İnci, 2008; Dönmez ve Yılmaz 2012).

Araştırmada, hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etmek için ölümün doğal olduğunu düşünme-rahatlamaya çalışma, dua etme, ağlama, aile-arkadaşlar ile bu durumu konuşma ve hiçbir şey yapmama yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Bulguları destekleyen çalışmalarda, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ölüm olgusu karşısında duygularıyla baş etmek için ağlama, dua etme ve ölümün doğal olduğunu düşünme yöntemlerini kullandıkları belirtilmiştir (Koç ve Sağlam, 2008; Çevik, 2010; Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Ölüm nedeniyle kayıp duygusu karşısında ağlamanın, kontrolsüz ve zarar verici olmadığı takdirde kontrol edilmesi gereken bir davranış olmadığı, sessizce ağlamanın profesyonelliğe ters düşmediği düşünülmektedir (Akbayrak ve ark, 2002). Yiğit (1998) ise, hemşirelerin hastanın ölümünden sonra yaşadığı duygulara yoğunlaşmaması için, hasta ile ilgili duygularını ekibin diğer üyeleri ile paylaşması gerektiğini savunmuştur. Ayrıca, yapılan çalışmalar, ölüm deneyiminin uygun şekilde baş edildiğinde olumlu bir yaşantıya dönüştüğünü ve yaşamı anlamlandırdığını göstermektedir (Roman ve ark, 2001; Mallory, 2003).

Araştırmada, hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastanın ölümünden, hastanın yaşı genç ise, servise geldiğinde durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa-durumu aniden kötüleşti ise, hastaya uzun süre bakım verdiyse ve hastanın ailesiyle fazla iletişime girdiyse daha fazla etkileneceklerini açıkladıkları belirlenmiştir. Ölüm nedeniyle kayıp deneyiminde kaybettikleri kişi, kaybetme şekli, zaman gibi özelliklere göre de değişkenlik gösterebileceğinden bu sonuç elde edilmiş olabilir (Köse ve ark, 2011). Ünsal (2008) hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin hastanın yaşı genç ise, durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa, hastaya uzun süre baktıysa daha fazla etkilendiğini belirtmiştir. Benzer bulgular çalışmada da elde edilmiştir.

Araştırmada, hemşirelerin %14.7'si ölüm ile karşılaşmasının mesleğe bakış açısını etkilediğini; nasıl etkilediği sorulduğunda hemşireler, psikolojik sorunlar yaşadıklarını, palyatif bakımın önemini anladıklarını ve ölümü hatırladıklarını ifade etmişlerdir. Köse ve ark (2011) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %20.5'i mesleğe bakış açısının değiştiğini; nasıl değiştiği sorulduğunda hemşireler, yaptıkları işin önem ve hassasiyetinin farkına vardıklarını, zor ve yıpratıcı bir meslek olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmada, hemşireler ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için, yöneticilere dinlenmelerinin sağlanması-izinlerinin zamanında verilmesi, psikolojik destek verilmesi, eğitim verilmesi ve rotasyon uygulanmasını önermişlerdir. Ünsal (2008) ile Acehan ve Eker (2013) yaptıkları çalışmalarda, yapılan önerilere göre, hemşirelerin psikolojik destek alması gerektiğini bildirmektedirler.

5.3. Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Bu araştırmada, hemşirelerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları, alanyazında benzer çalışmaların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Bilge ve ark, 2013; Özdemir, 2014; Çınar, 2015). Bu sonuç, çalışmaya katılan hemşirelerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, hemşirelerin FATCOD puan ortalamaları, yapılan diğer çalışmaların FATCOD puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Rooda ve ark, 1999; Dunn ve ark, 2005; Lange ve ark, 2008; Miyashita ve ark, 2009). Bu sonuç, çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken daha az olumlu tutum sergilediklerini göstermektedir. Hemşirelerin kendi ölüm kaygıları ile etkin baş edememeleri, ölmekte olan hastaya bakım verirken daha az olumlu tutum sergilemelerini etkiliyor olabilir (İnci ve Öz, 2009).

Araştırmada, hemşirelerin yaşları ile TPÖKÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelerin yaşı arttıkça ölüm kaygısının azaldığını göstermektedir. Yaşın genç olması, muhtemel ölümün uzak algılanması nedeniyle ölümün düşünülmemesine neden olabilir. Bunun sonucu olarak da, ölmekte olan hastaya bakım vermek, ölüm olgusu ile yüzleşmek, genç hemşirelerde daha

fazla ölüm kaygısı yaratabilir (İnci, 2008). İlgili alanyazın incelendiğinde, çalışma bulgularını destekleyen nitelikte, yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığını belirten çalışmalar yer alırken (Tatar, 1988; Thorson ve Powell, 1988; Şenol, 1989; Thorson ve Powell, 1990; Rasmussen ve Johnson, 1994; Akın, 1996; Rasmussen ve Brems, 1996; Ross 1997; Russac ve ark, 2007; Dağlı, 2010; Çetin, 2015), yaş ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığına dair bulgular da bulunmaktadır (Hökelekli, 1992; Tanrıdağ, 1997; Yıldız, 1998; Fortner ve Neimeyer, 1999; Ray ve Raju, 2006; Özen, 2008; Öztürk, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Kaçan Softa ve ark, 2011; Çınar, 2015; Orak ve ark, 2015).

Yapılan araştırmada, hemşirelerin yaşları ile FATCOD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Alanyazında hemşirelerle yapılan çalışmalarda, bulguları destekler nitelikte, yaş ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı çalışmalar yer alırken (Ali ve Ayoub, 2010; Çevik, 2010), yaş arttıkça ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Lange ve ark, 2008; Abu Hasheesh ve ark, 2013).

Araştırmada, hemşirelerin cinsiyetlerine göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, cinsiyetin ölüm kaygısına etkisinin olmadığı araştırmalar olsa da (Middleton, 1936; Kalish, 1963; Keller ve ark, 1984; Fortner ve Neimeyer, 1999; Lewis ve ark, 2000; Erdoğan ve Özkan, 2007; Öztürk, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Öztürk ve ark, 2011; Avcı, 2012; Mutlu, 2013; Özdemir 2014; Orak ve ark, 2015; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016; Sayın Kasar ve ark, 2016) kadınların ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Conte ve ark, 1982; Thorson ve Powell, 1988; Şenol, 1989; Yazıcı, 1994; Yıldız, 1994; Karaca, 1997; Yıldız, 1998; Ertufan, 2000; Abdel-Khalek, 2002; Kara, 2002; Suhail ve Arkam, 2002; Eke, 2003; Lester ve ark, 2006; Kırar, 2007; Madnawat ve Kachhawa, 2007; Akça ve Köse, 2008; Ertufan, 2008; Halliday ve Boughton, 2008; Özen, 2008; Ayten, 2009; Dağlı, 2010; Kumcağız ve Yılmaz, 2012; Şen ve ark, 2012; Acehan ve Eker, 2013; Çınar, 2015).

Araştırmada, hemşirelerin cinsiyetlerine göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alanyazında, çalışma bulgularını destekler nitelikte, hemşirelerle yapılan çalışmalarda, cinsiyet ile ölmekte olan

hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çevik, 2010; Abu Hasheesh ve ark, 2013).

Yapılan araştırmada, hemşirelerin medeni durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Alanyazında, yapılan çalışmaların çoğunda, medeni durum ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilmemişken (Yıldız, 1998; Özen, 2008; Eyüboğlu, 2009; Dağlı, 2010; Öztürk, 2010; Taka, 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Öztürk ve ark, 2011; Çınar, 2015); çalışmaların bir kısmında evli olanların ölüm kaygıları, bekar olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Turgay, 2003; Erdoğan ve Özkan, 2007; Özdemir 2014; Orak ve ark, 2015; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016).

Araştırmada, en uzun süre ilçede yaşamış olan hemşirelerin ölüm kaygısı, il ve köyde yaşamış olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, ilçede yaşamış olanların günlük yaşamdaki ilişkilerinde ve aktivitelerinde il ve köyde yaşamış olanlara göre daha çok ikilemde ve stres faktörüne maruz kalmalarının, ölüm kaygısını da artırdığı düşünülebilir. Çalışma bulgularının aksine, Gashi (2011) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, şehirde yaşayan öğrencilerin ölüm kaygısının, ilçede ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Orak ve ark (2015) yaşlılarla yaptığı bir çalışmada, köyde yaşayanların ölüm kaygısının, ilçe ve ilde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Avcı (2012) üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmasında ise, öğrencilerin yaşadığı yere (köy, ilçe, il, büyükşehirde) göre ölüm kaygısının değişmediğini belirtmektedir.

Bu araştırmada, en uzun süre ilçede ve ilde yaşamış olan hemşirelerin, köyde yaşamış olanlara göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir.

Araştırmada, sözleşmeli çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, kadrolu çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, sözleşmeli hemşirelerin kadro problemleri, nöbetler, aşırı iş yükü ve çoklu otorite gibi olumsuz koşullar nedeniyle daha fazla stres yaşamaları, bu durumun da ölüm kaygılarını artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada, gelir durumunu giderinden az olarak değerlendiren hemşirelerin ölüm kaygısı, gelir durumunu giderine denk ve giderinden daha fazla değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularını destekler nitelikte, Lonetto ve ark

(1979) yaptığı çalışmada, yüksek gelir düzeyinin ölüm kaygısı ölçeğinden düşük puan alınmasıyla ilişkili olduğunu bildirmektedirler. Dağlı (2010)'nın yaşlılarla yaptığı ve Çınar (2015)'in yetişkin ile yaşlılarla yaptığı çalışmalarda ise, ekonomik durum ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir.

Yapılan araştırmada, hemşirelerin dini inançlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Kraff ve ark (1986) ile Roff ve ark (2002) yaptıkları çalışmalarda, dini inancı olan kişilerde ölüm kaygısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Alvarado ve ark (1995) güçlü dini inancın daha az ölüm anksiyetesi ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Yıldız (1998) ve Dağlı (2010) yaptıkları araştırmalarda, benzer çalışmaların tersine, dindarlık ve ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Araştırmada, hemşirelerin eğitim durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alanyazında, eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirten çalışmalar yer alırken (Şenol, 1989; Yıldız, 1998; Özen, 2008; Eyüboğlu, 2009; Taka 2010; Üstüner Top ve ark, 2010; Kaçan Softa ve ark, 2011; Karaderelioğlu, 2011; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016; Sayın Kasar ve ark, 2016), aynı zamanda, öğrenim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığını belirten çalışmalar da yer almaktadır (Wessel ve Rutledge, 2005; Mallory ve Allen, 2006; Erdoğan ve Özkan, 2007; Dağlı, 2010; Çınar, 2015). Dunn ve ark (2005) hemşirelerle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin, ölüm konusunda bilgisinin ve ölüm deneyiminin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelikte verilen lisans eğitiminin, öğrencilerin hem çok erken yaşlarda zorlu çalışma hayatına başlamamalarına, hem de mesleki olarak olumlu yönde gelişmelerine sebep olduğu düşünülebilir. Böylece, belirli bir yaşa ulaşmış hemşireler, mesleki eğitimleri ile ölüm, ölüm kaygısı ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye yönelik tutumlar gibi zor deneyimlerle daha uygun şekilde baş edebilirler.

Araştırmada, hemşirelerin eğitim durumlarına göre FATCOD puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ali ve Ayoub (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada, üniversite mezunu olan hemşirelerin diğer mezunlara göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini belirtmişlerdir. Çevik (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada ise, lise mezunu olan

hemşirelerin önlisans ve lisans mezunlarına göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir.

Araştırmada, hemşirelerin meslekte çalışma yıllarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Araştırma bulgularının tersine, Howze (2001) psikolojik danışmanlar ile yaptığı çalışmada, deneyimli danışmanlarda orta düzeyde ölüm kaygısı olduğunu ifade etmiştir. Ertufan (2008) hekimlerle yaptığı çalışmada, meslekte daha deneyimli olmanın ölüm kaygısını azalttığını belirtmiştir. Chen ve ark (2006) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, deneyimi daha fazla olan öğrencilerin daha az deneyimli olan öğrencilere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu farklılık, deneyimli olan öğrencilerin ölmekte olan hastaya daha çok bakım vermeleri, ölüm nedeniyle kayıp yaşamaları ve hissettikleri duyguların farkında olmamaları ve etkin baş edememeleri, ölüm kaygısını artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada, meslekte daha deneyimli olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır. Hemşirelerin meslekte uzun yıllar çalışması, ölmekte olan hastaya sık sık bakım vermesi ve ölüm olayını görmesi gibi deneyimler doğru değerlendirildiğinde iyi bir öğrenme biçimi olabilir (Özdemir, 2014). Alanyazında, araştırma bulgularını destekleyen nitelikte, hemşirelerle yapılan çalışmalarda, meslekte daha deneyimli olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Lange ve ark, 2008; Abu Hasheesh ve ark, 2013). Alanyazında farklı olarak, Çevik (2010)'in hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalışma yılı 0-1 yıl ile 6-10 yıl olan grup ortalamalarının, 2-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri olanlara göre ölmekte olan bireye bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri belirtilirken; Ali ve Ayoub (2010)'un hemşirelerle yapılan çalışmada ise, hemşirelerin çalışma yılları ile ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, klinik birimlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımlar, ölüm, ölmekte olan hasta kavramlarıyla daha sık karşılaşılan birimlerdir. Dolayısıyla hemşirelerin ölüme yönelik deneyimleri daha fazla olduğundan, ölüme ilişkin algının daha olumlu ve ölüm kaygısının daha düşük olması beklenirken; hemşirelerin iş merkezli çalışmalarının

getirdiği bir sonuç olarak bu yaşantılardan farkındalık geliştiremedikleri söylenebilir (Mallet ve ark, 2007; Önsöz, 2013). Payne ve ark (1998) hospis ve acil servislerde çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada, hospis hemşirelerinin ölüm kaygılarının acil serviste çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Taka (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada, acil birimlerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, çocuk servislerinde ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin ölüm kaygısından; cerrahi ünitelerinde çalışanların ölüm kaygısı ise yoğun bakımlarda, dahiliye ve psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygılarından yüksek olduğunu ifade etmiştir. İnci ve Öz (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin çalıştıkları kliniklere (onkoloji, pediatri) göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmada, hemşirelerin ölümün anlamına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Alanyazında, araştırma bulgularını destekler nitelikteki çalışmalarda, ölüme verdikleri anlam ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark bulunmamışken (Tanhan ve Arı, 2006; Taka, 2010; Öz ve ark, 2012); alanyazında farklı olarak, ölüm kaygısıyla ölüme verilen anlam arasında bir ilişkinin varlığı saptanmış olup, ölümden sonraki dünyanın varlığına inanma ölüm kaygısını azaltan etken olabilirken, inancı gereği ölümden sonraki dünyanın varlığına inanmama veya cezalandırılacağını düşünmenin ölüm kaygısını artırabileceği belirtilmiştir (Richardson ve ark, 1983; Knight ve Elfenbein, 1993; Cicirelli, 1998; Swanson ve Byrd, 1998; Eke, 2003; İnci, 2008; İnci ve Öz, 2009; Taka, 2010; Gashi, 2011; Özdemir, 2014).

Araştırmada, kendi ölümünü ara sıra düşünen hemşirelerin ölüm kaygısı, sık sık ve nadiren düşünenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, hemşirelerin ölüm empatisi yaptığını düşündürebilir (Önsöz, 2013). Alanyazında çalışma bulgularından farklı olarak, ölüm düşüncesi sıklığı arttıkça ölüm kaygısının da arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Erdoğan ve Özkan, 2007; Ak, 2009; Öztürk, 2010; Öztürk ve ark, 2011).

Araştırmada, yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin ölüm kaygısı, yakın çevrelerinden birisini ölüm nedeniyle kaybedenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ölümle hiç karşılaşmamış bireyin olası bir kayıptan korkması şeklinde yorumlanabilir (Ay, 2013). Çalışma bulgularının aksine, hemşire ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, yakınlarından birisini kaybedenlerin, kaybetmeyenlere göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu

belirtilmektedir (Kara, 2002; Chen ve ark, 2006; Ertufan 2008; Öz ve ark, 2012; Özdemir, 2014; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016). Yapılan diğer çalışmalarda ise, yakınıni kaybetme durumuna göre, ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Denton ve Wisenbaker, 1977; Eke, 2003; Ens ve Bond, 2005).

Araştırmada, hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaşma sıklığına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular alanyazınla uyumludur. Alanyazında yapılan çalışmalar, ölümle karşılaşma sıklığına göre ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir (Eke, 2003; Ertufan, 2008; Taka, 2010). Alanyazında farklı olarak, Denton ve Wisenbaker (1977) hemşireler ve hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları bir araştırmaya göre, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ölüm ile karşılaşma dozunun sıklığında artış olduğunda, ölüm anksiyetelerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Araştırmada, çalıştığı birimde ölümle nadiren ve sık sık karşılaşan hemşirelerin, ara sıra karşılaşanlara göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır. Dunn ve ark (2005) hemşireler ile yaptığı çalışmada da, ölmekte olan hastalarla sık karşılaşan hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin daha olumlu tutum sergilediklerini ifade etmişlerdir. Ali ve Ayoub (2010) hemşirelerle yaptığı çalışmada ise, 30 ve daha üzeri ölümle karşılaşan hemşirelerin, 60 ve üzeri ile 1 ve üzeri ölümle karşılaşan hemşirelere göre ölmekte olan hastaya bakım verirken daha fazla olumlu tutum sergilediklerini belirtmişlerdir.

Araştırmada, ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissettiğini ifade eden hemşirelerin ölüm kaygısı, diğer duyguları hissedenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, ölüm nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etmek için ağlama yöntemini kullanan hemşirelerin ölüm kaygısı, diğer baş etme yöntemlerini kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Acehan ve Eker (2013) acil tıp personelleriyle yaptıkları çalışmada ise, ölümün yarattığı duygularla baş etmek için, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışma ve dua etme yöntemlerini kullananların ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmada, TPÖKÖ ile FATCOD toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ölmekte olan hastaya bakım verirken ölüm kaygısı

yüksek olan hemşirelerin olumlu tutumlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum, hemşirelerin ölüm sempatisi yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Meslek ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik alanyazın incelendiğinde; Sharma ve ark (1997) yaptıkları araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre, ölümden ve ölümden sonra bedenlerinin zarar görmesinden daha az korktukları belirtilmiştir. Eke (2003), farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılmasına yönelik yaptığı çalışmasında, ölüm karşısında en az kaygı duyanlar sırasıyla pilotlar, polisler ve itfaiyeciler olduğunu; en yüksek ölüm kaygısı taşıyanların da sınıf öğretmenleri olduğunu ifade etmiştir. Eke (2003), en düşük ölüm kaygısı taşıyan mesleklerin ölüm riskinin yüksek olmasına ve ölümlere aşina olmalarına; en yüksek ölüm kaygısı taşıyanların sınıf öğretmenleri olmasının nedenini ise sınıf öğretmenlerinin çoğunun kadın olmasına ve kadınların duygusal yapısı gereği erkeklerden daha çok ölüm kaygısı taşıdıklarına bağlamıştır. Hemşirelik, pilotluk ya da polislik gibi ölüm riski fazla olan bir meslek grubu değildir. Ancak hemşirelerin ölüm kaygısının ortalamanın altında olmasının sebebinin ölmekte olan hastalara ve ölümlere daha fazla tanık olmasından dolayı, bu meslek grupları gibi kendisi için ölüm olayını bastırması olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik ilerlemeler nedeniyle insanların yaşam sürelerinin uzamasına bağlı olarak hemşirelikte yaşam sonu bakım daha da önem kazanmıştır. Nitekim, Sherman ve ark (2005) hemşirelerin ölmekte olan hastaya kaliteli bakımı sağlamaları için yalnızca bilgi ve beceriye sahip olmalarının yeterli olmadığını, tutum ve davranış da geliştirmeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası, yaşam sonu bakım hakkında bilgi aldıklarını, bu bilgiyi eğitim sırasında edindiklerini ancak aldıkları bilgiyi kısmen yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin, ölmekte olan hastaya bakım verirken hissettikleri duygular hastanın yaşına-yatış süresine göre değişmektedir.

Hemşirelerin, bakım verdikleri hasta öldükten sonra hissettikleri duygular keder-üzüntü, çaresizlik ve başarısızlıktır.

Hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastanın yaşı genç ise ölümünden daha fazla etkilenmektedirler.

Hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastaların ölümü nedeni ile yaşadıkları kayıp/yas duygusu ile baş etme yöntemleri; ölümün doğal olduğunu düşünme-rahatlamaya çalışma, dua etme ve ağlamadır.

Hemşireler yöneticilere, ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için, dinlenmelerinin sağlanması-izinlerinin zamanında verilmesi, psikolojik destek verilmesi, eğitim verilmesi ve rotasyon uygulanmasını önermişlerdir.

Hemşirelerin TPÖKÖ puan ortalamaları 56.60 ± 17.27 ; FATCOD puan ortalamaları 103.14 ± 11.53 'tür.

Hemşirelerin yaşı arttıkça, ölüm kaygısı azalmaktadır.

En uzun süre ilçede yaşamış olan hemşirelerin ölüm kaygısı, il ve köyde yaşamış olanlara göre daha yüksektir.

Sözleşmeli çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, kadrolu çalışanlara göre daha yüksektir.

Gelir durumunu giderinden az olarak değerlendiren hemşirelerin ölüm kaygısı, gelir durumunu giderine denk ve giderinden daha fazla olarak değerlendirenlere göre daha yüksektir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, klinik birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir.

Kendi ölümünü ara sıra düşünen hemşirelerin ölüm kaygısı, sık sık ve nadiren düşünenlere göre daha yüksektir.

Yakın çevresinden birisini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin ölüm kaygısı, yakın çevresinden birisini ölüm nedeniyle kaybedenlere göre daha yüksektir.

Ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissettiğini ifade eden hemşirelerin ölüm kaygısı, suçluluk-başarısızlık, üzüntü-umutsuzluk-çaresizlik, korku-kaygı hissettiğini, duygularının hastanın yaşına-yatış süresine göre değiştiğini ve hiçbir şey hissetmediğini ifade edenlere göre daha yüksektir.

Kayıp/yas duygusu ile baş etmek için ağlama yöntemini kullanan hemşirelerin ölüm kaygısı, aile-arkadaşlarla bu durumu konuşma, hiçbir şey yapmama, ölümün doğal olduğunu düşünme-rahatlamaya çalışma ve dua etme yöntemlerini kullananlara göre daha yüksektir.

Ölmekte olan hastaya bakım verirken en uzun süre ilçede ve ilde yaşamış olan hemşirelerin olumlu tutumları, köyde yaşamış olanlara göre daha fazladır.

Ölmekte olan hastaya bakım verirken meslekte daha deneyimli olan hemşirelerin olumlu tutumları daha fazladır.

Ölmekte olan hastaya bakım verirken çalıştığı birimde ölümle nadiren ve sık sık karşılaşan hemşirelerin olumlu tutumları, ara sıra karşılaşanlara göre daha fazladır.

Ölmekte olan hastaya bakım verirken ölüm kaygısı yüksek olan hemşirelerin, olumlu tutumları daha fazladır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimlerini sağlayacak ölüm eğitim programlarının oluşturulması,

Hemşirelerin kendi ölüm kaygılarını azaltmaya ve ölmekte olan hastalara bakım verirken sergiledikleri olumlu veya olumsuz tutumlarına ilişkin farkındalık kazandıran, ölümle başa çıkmada kullandıkları baş etme yöntemlerini geliştirmeye yönelik ve yeni davranışların değerlendirilmesine olanak sağlayan klinik uygulamaların yer aldığı programların oluşturulması,

Ölmekte olan hastaların yattığı yoğun bakım üniteleri, acil ve onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerle düzenli olarak yaşadıkları duyguların konuşulması ve destek kaynaklarının oluşturulması,

Konuya ilişkin hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve gncelliliğini sağlayarak, düzenli aralıklarla tekrarlanması,

Ölmekte olan hastaya bakım verirken hemşirelerin yaşadıkları zorluklara ilişkin yöneticilerin farkında olması,

Daha sonra yapılacak araştırmalarda, farklı örneklem gruplarıyla, ölüm olgusu ile ilgili daha detaylı bilgilerin ortaya çıkarılmasını sağlayacak nitel yöntemlerin kullanılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek AM.** Why dowe fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies* 2002, 26(8), 669-680.
- Abdel-Khalek AM.** The Arabic scale of death anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies* 2004, 28(5), 435-457.
- Abdel-Khalek AM.** Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies* 2005, 29(3), 251-259.
- Abu Hasheesh MO, AboZeid SA, El-Said SG, Alhujaili AD.** Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal* 2013, 7(4), 384-394.
- Acehan G, Eker F.** Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013, 4(1), 27-35.
- Aday RH.** Belief in afterlife and death anxiety; correlates and comparisons. *Omega Journal of Death and Dying* 1985, 15(1), 67-75.
- Aiken LR.** Dying, Death, and Bereavement. Massachussets, Pepperdine University, 1991.
- Ak B.** Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009, 204.
- Akbayrak N, Sekmen K, Yıldız D.** Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelinin kapsayan holistik yaklaşımı. *Sendrom* 2002, 14(7), 128-132.
- Akça F, Köse İA.** Ölüm kaygı ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008, 11(1), 7-16.
- Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İstanbul, Vehbi Koç Yayınları, 2003.
- Akın B.** Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 1996, 66.
- Ali WGM, Ayoub NS.** Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences* 2010, 16-23.

- Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S.** The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology* 1995, 51(2), 202-204.
- Aries P.** Batılının Ölüm Karşısındaki Tavrı. Kılıçbay MA. (Edt), Ankara, Gece Yayınları, 1991.
- Arslan M.** Hellenistik Dönem'e damgasını vuran yaratıcı felsefe sistemleri: epikürosçuluk ve stoacılık. *Arkeoloji ve Sanat* 2001, 100, 19-23.
- Avcı N.** Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının, Psikolojik Belirtiler ve Ölüm Kaygısı ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya 2012, 108.
- Ay F, Gençtürk N.** Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013, 21(3), 164-171.
- Ay MA.** Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 100.
- Ayten A.** Üniversite öğrencilerinde görülen ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerinde karşılaştırmalı bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2009, 4, 85-108.
- Badur S.** Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler. İstanbul, Yapı Kredi Yayınları, 2004, 93-105.
- Başer G, Yiğit R.** Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadıkları duygular. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 1996, 13(3), 209-215.
- Bauman Z.** Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri. Demirdöven N. (Edt), İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2000.
- Beck TA, Emery G.** Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler. Öztürk V. (Edt), İstanbul, Litera Yayıncılık, 2006.
- Becker E.** The Denial of Death. New York, Free Press, 1973.
- Beckstrand R, Callister CL, Kirchhoff KD.** Providing a “Good Death”: Critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care* 2006, 15(1), 38-47.

- Bilge A, Embel N, Kaya FG.** Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013, 4(3), 119-124.
- Birol L.** Terminal evredeki hasta bakımı, In: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Akdemir N, Birol L (Edt), 2.baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2005, s 207-211.
- Boyar JO.** The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts* 1964, 25, s 20-21.
- Brosche TA.** A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2007, 26(1), 21-28.
- Buckman R.** Communication in palliative care: a practical guide, In: Oxford Textbook of Palliative Medicine, Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. (Edt), Oxford, Oxford Medical Publications, 1993, s 51.
- Champdor A.** Eski Mısır'ın Ölüler Kitabı. Tansuğ S. (Edt), İstanbul, Ruh ve Madde Yayınları, 1984.
- Chen Y, Del Ben K, Fortson BL, Lewis J.** Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies* 2006, 30(10), 919-929.
- Cherlin E, Schulman-Green D, Mccorkle R, Johnson-Hurzel R, Bradley E.** Family perceptions of clinicians' outstanding practises in end-of-life. *Journal of Palliative Care* 2004, 20(2), 113-116.
- Cicirelli VG.** Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies* 1998, 22(8), 714-721.
- Cimete G.** Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002.
- Conte HR, Weiner MB, Plutchik R.** Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982, 43(4), 775-785.
- Cooper J, Barnett M.** Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing* 2005, 11(8), 423-430.
- Copp G.** A review of current theories of death and dying. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28(2), 382-390.

Costello J. Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 35(1), 59-68.

Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir, Güven-Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2004.

Çetin N. Annelerdeki Ölüm Kaygısının Çocukları ile Kurdukları Ölüm İletişimine Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul 2015, 67.

Çevik B. Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2010, 123.

Çınar M. Yetişkin ve Yaşlılarda Tanrı'ya Bağlama Tarzı ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Erzurum, 2015, 122.

Dağlı EN. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2010, 182.

Dekkers W. Neye “Ölüm” deriz? Batı kültüründe yaşam sonu hakkında bazı düşünceler. *3P Dergisi* 1996, 4(3), 9-16.

Denton JA, Wisenbaker VB. Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. *Nursing Research* 1977, 26(4), 61-64.

Dougherty K, Templer DI, Brown R. Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology* 1986, 33(3), 357-359.

Dökmen U. Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Var Olmak, Gelişmek, Uzlaşmak. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2003.

Dönmez ÇF, Yılmaz M. Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümle baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3(3), 141-147.

Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum* 2005, 32(1), 97-104.

- Ebrinç S, Açikel C, Başoğlu C, Çetin M, Çeliköz B.** Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumunu, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002, 3(3), 162-168.
- Eke S.** Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2003, 81.
- Ens C, Bond JB.** Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies* 2005, 29(2), 171-178.
- Erdoğan MY, Özkan M.** Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 14(3), 171-179.
- Ertufan H.** Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2000, 101.
- Ertufan H.** Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2008, 164.
- Eucken R.** Yaşamın Anlamı ve Değeri. Karauslu A. (Edt), İz Düşüm, 2000.
- Eyüboğlu SÖ.** Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2009, 100.
- Firestone WR.** Individual defenses against death anxiety. *Death Studies* 1993, 17(6), 497-515.
- Fortner B, Neimeyer RA.** Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies* 1999, 22(5), 387-411.
- Frazier PH, Foss-Goodman D.** Death anxiety and personality: are they truly related?. *Omega Journal of Death and Dying* 1989, 19(3), 265-274.
- Freud S.** Psikanaliz Üzerine. Öneş A. (Edt), İstanbul, Say Yayınları, 1997.
- Fromm E.** Kendini Savunan İnsan. Arat N. (Edt), İstanbul, Say Yayıncılık, 1994.
- Fromm E.** Sahip Olmak ya da Olmamak. Arıtan A. (Edt), İstanbul, Arıtan Kitabevi, 2003.
- Frommelt K.** Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 2003, 20(1), 13-22.

- Galt CP, Hayslip B.** Age differences in levels of overt and covert death anxiety. *Omega Journal of Death and Dying* 1998, 37(3), 187-202.
- Gashi F.** Türk ve Kosovalı öğrencilerin ölüm kaygısı üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Balkan Araştırmaları Dergisi* 2011.
- Geçtan E.** Varoluş ve Psikiyatri. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1990.
- Geçtan E.** Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1995.
- Gesser G, Wong PTP, Reker GT.** Death attitudes across the life Span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega Journal of Death and Dying* 1987, 18(2), 109-124.
- Gibbs HW, Lawlis AJ.** Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology* 1978, 25(6), 563-569.
- Godin A.** La Mort a-t-elle Change. Bruxelles, Mort et Presence, 1971.
- Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S.** Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi* 2000, 8(1), 27-38.
- Halliday LE, Boughton MA.** The moderating effect of death experience on death anxiety: Implications for nursing education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2008, 10(2), 76-82.
- Hare J, Pratt CC.** Nurses' fear of death and comfort level with dying patients. *Death Studies* 1989, 13(4), 349-360.
- Heidegger M.** Varlık ve Zaman. Yardımlı A. (Edt), İstanbul, İdea Yayınları, 2004.
- Hintze J, Templer DI, Cappelletty GG, Frederick W.** Death depression and death anxiety in HIV infected males. *Death Studies* 1993, 17(4), 333-341.
- Hopkinson JB, Hallet CE, Luker KA.** Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2003, 44(5), 525-533.
- Howze AR.** Death Anxiety and Psychotherapy: An Examination of Counselor Trainees' Reactions to Death-Related Issues. Texas A&M University, 2001.
- Hökelekli H.** Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma (II), *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 1992, 4(4), 57-98.

- Hökelekli H.** Ölüm, Ölüm Ötesi Psikoloji ve Din. İstanbul, Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları, 2008.
- Hurtig WA, Stewin L.** The effect of death education and experience on nursing students' attitude toward death. *Journal of Advanced Nursing* 1990, 15(1), 29-34.
- Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A.** Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative and Supportive Care* 2008, 6(4), 363-369.
- Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y.** Ölümüne karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009, 2, 28-43.
- İnam A.** Olabileceğini olmada ölümün yeri. *Düşünen Siyaset* 1999, 4, 17-23.
- İnci F.** Hemşirelere Uygulanan Ölümüne İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008, 122.
- İnci F, Öz F.** Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölümüne ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009, 10(4), 253-260.
- İnci F, Öz F.** Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4(2), 178-187. İncil, (edt. belli değil), İstanbul: Ohan Matbaacılık, 1998
- Jones C.** Huzur İçinde Yatsın: Ölümüne Dair Her Şey. İstanbul, Dharma Yayınları, 2004.
- Jung GC.** Metamorphose De L'ame et ses symboles. Geneve, 1953.
- Jung GC.** Ruh ve Ölüm. Gürol E. (Edt), İstanbul, Payel Yayınevi, 1997.
- Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karaahmetoğlu G, Esen D.** Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı sorunları araştırma dergisi* 2011, 1-2, 67-79.
- Kalish RA.** Some variables in death attitudes. *The Journal of Social Psychology* 1963, 59(1), 137-145.
- Kara N.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2002, 64.
- Karaca F.** Psikolojik Açıdan Ölüm ve Dini İnanç İlişkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum 1997, 268.

Karaca F. Ölüm Psikolojisi. İstanbul, Beyan Yayınları, 2000.

Karaca F, Yıldız M. Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Tabula-Rasa* 2001, 1(1), 43-55.

Karaderelioğlu P. Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Ölüm Kaygı Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2011, 126.

Karahisar F. Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2006, 49.

Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012, 21(1), 42-79.

Kastenbaum R. Time and Death in Adolescence, in *The Meaning of Death*. Feifel H. (Edt), New York, Mc Graw-Hill, 1959, s 259-270.

Kastenbaum R. Death Anxiety. USA Tempe AZ, Arizona State University, 2007.

Kastenbaum R, Aisenberg R. The Psychology Of Death. New York, Springer Publishing Company, 1972.

Kawagoe H, Kawagoe K. Death education in home hospice care in Japan. *Journal of Palliative Care* 2000, 16(3), 37-45.

Kayaoğlu K, Ekinci M. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler. *Uluslararası hakemli psikiyatri ve psikoloji araştırmaları dergisi* 2016, 5, 21-36.

Keller JW, Sherry D, Piotrowski C. Perspectives on death: a developmental study. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied* 1984, 116, 137-142.

Keser Özcan N. Ölüm ve ölümü yaklaşan bireyin bakımı, In: Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Akça Ay F. (Edt), İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2007.

Kılıçbay MA. Yaşamın amacı olarak ölüm. *Düşünen Siyaset Dergisi* 1999, 57-62.

Kıraç F. Üniversite öğrencilerinde dindarlık eğilimi ve anlam duygusu. *Mukaddime Dergisi* 2007, 7, 165-177.

Kirchhoff KT, Spulicr VW, Walker L, Hutton A, Cole BV, Clemmer T. Intensive care nurses' experiences with end of life care. *American Journal of Critical Care* 2000, 9(1), 36-42.

Knight KH, Elfenbein MH Relationship of death education to anxiety, fear, and meaning associated with death. *Death Studies* 1993, 17(5), 411-425.

Kraff WA, Litwin WJ, Barber SE. Religious orientation and assertiveness: relationship to death anxiety. *The Journal of Social Psychology* 1986, 127(1), 93-94.

Koç M. Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2002, 12(5), 287-304.

Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(1).

Koestenbaum P. Ölüme Yanıt Var mı?. Akgünlü Y. (Edt), İstanbul, Mavi Okyanus Yayıncılık, 1998.

Kökdemir D, Yeniçeri Z. (2007) Sosyal Bir Aykırılık Olarak Kahramanlık Kavramı: Örümcük Adamlar Nerede? http://www.psikon06.hacettepe.edu.tr/index_files/page2031.htm (19.10.2015).

Köknel O. Korkular, Takıntılar, Saplantılar. İstanbul, Altın Kitapları, 1990.

Köse G, Durmaz O, Özet FG. Yoğun bakım ünitelerinde ve yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin ölüme karşı düşünce ve tutumlarının karşılaştırılması. *Acıbadem Hemşirelik Bilimsel Çalışmalar* 2011.

Kumar A, Vaidya AK, Dwivedi CB. Death anxiety as a personality dimension of alcoholics and non-alcoholics. *Psychological Reports* 1982, 51(2), 634.

Kumcağız H, Yılmaz M. Psikolojik danışma ve rehberlik lisans programı öğrencilerinin cinsiyet ve sınıf değişkenine göre ölüm kaygı düzeyleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010, 31(2), 215-231.

Kübler-Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. Terakye G. (Edt), Ankara, Hürbilek Matbaacılık, 1995.

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Büyükal B. (Edt), İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.

Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum* 2008, 35(6), 955-959.

Lederberg MS, Joshi N. Yaşam sonu ve palyatif bakım. In: Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. Oflaz F. (Edt), Aydın H. ve Bozkurt A. (Edt), İstanbul, Güneş Kitabevi, 2007, s. 2336-2365.

Lester D, Templer DI, Abdel-Khalek A. A cross-cultural comparison of death anxiety: a brief note. *OMEGA Journal of Death and Dying* 2006, 54(3), 255-260.

Levi DS. Is death a bad thing?. *Mortality* 1998, 3(3), 229-240.

Lewis JG, Espe-Pfeifer P, Blair G. A comparison of death anxiety and denial in death-risk and death-exposure occupations. *OMEGA Journal of Death and Dying* 2000, 40(3), 421-434.

Lonetto R, Fleming S, Mercer GW. The structure of death anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment* 1979, 43(4), 388–392.

Lucas RA. A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *OMEGA Journal of Death and Dying* 1974, 5(3), 233-243.

Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *JAMA* 2000, 284(19), 2508- 2511.

Madnawat AVS, Kachhawa PS. Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies* 2007, 31(8), 763-769.

Mallet K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports* 2007, 68, 1347-1359.

Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2003, 19(5), 305- 312.

Mallory JL, Allen CL. Care of the dying: a positive nursing student experience. *Medsurg Nursing* 2006, 15(4), 217-222.

Menekli T, Fadıloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 17(4), 222-229.

Middleton WC. Some reactions toward death among college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1936, 31(2), 165-173.

Mikulincer M, Florian V. Stres, coping and fear of death: the case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies* 1995, 19(5), 413-431.

- Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Tsukamoto N, Kawa M.** Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes towards caring for dying patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007, 24(3), 202-210.
- Mok E, Chiu PC.** Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 48(5), 475-483.
- Mok E, Lee WM, Wong FK.** The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today* 2002, 22(4), 319-329.
- Munn CJ.** Defining a Good Death for Residents in Long- Term Care, PhD Thesis, North Carolina Üniversitesi, Wilmington 2006, 134.
- Mutlu E.** İç Güdümlü Ve Dış Güdümlü Dindarlık İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki: Üniversite Öğrencileriyle Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2013, 77.
- Nehrke M.** Perceived generational differences in attitudes toward death. In: Paper Presented at the 26th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society, Miami Beach, 1973.
- Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP.** Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies* 2004, 28(4), 309-340.
- Neufeldt DE, Holmes CB.** Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports* 1979, 45(3), 907-910.
- Orak OS, Gök Uğur H, Başköy F, Özcan M, Seyis N.** Yaşlı hastalarda tanrı algısı ölüm kaygısını etkiler mi?. *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi* 2015, 8(38), 618-624.
- Önsöz SB.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013, 179.
- Öz F.** Kayıp, ölüm ve yas süreci. In: Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret, 2004, s 276-317.
- Öz F, İnci F, Yılmaz E.** Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlık düzeyleri ve aralarındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal* 2012, 50(4), 229-236.
- Özaltın G.** Ölümçül Hastaya Yaklaşım. *3P Dergisi* 1996, 4, 40-42.
- Özaltın G, Işıl Ö.** Hemşirelerin ölümüne ilişkin kavramlarının gruplar arası karşılaştırılması. *IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, s 104-105, 15-17 Kasım 1995, Ankara.

Özdemir K. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 69.

Özdemir Z. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2007, 120.

Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008, 83.

Öztunç G. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastanın bakımına ilişkin duygu ve görüşlerinin incelenmesi. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, s 254-257, Eylül 2003, Antalya.

Öztürk YN. Kuran-ı Kerim Meali. İstanbul, Yeni Boyut Yayınevi, 1999.

Öztürk ZK. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana 2010, 83.

Öztürk N, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011, 12, 37-43.

Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28(4), 700-706.

Pazarlı O. Din Psikolojisi. Ankara, Remzi Kitabevi, 1982.

Pepitone-Arreola-Rockwell F. Death anxiety: comparison of psychiatrists, psychologists, suicidologists, and funeral directors. *Psychological Reports* 1981, 49 (3), 979-982.

Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 25(4), 62-65.

Plananasky K, Johnston R. Preoccupation with death in schizophrenic men. *Diseases of the Nervous System* 1977, 38(3), 194-197.

Pollak JM. Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *OMEGA Journal of Death and Dying* 1980, 10(2), 97-121.

Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *Journal of Psychology* 1996, 130(2), 141-144

Rasmussen CH, Johnson ME. Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *OMEGA Journal of Death and Dying* 1994, 29(4), 313-318.

- Ray R, Raju M.** Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in india. *Psychological Reports* 2006, 99, 20-26.
- Richardson V, Berman S, Piwowski M.** Projective assesment of the relationship between the salience of death, religion and age among adults in America. *The Journal of General Psychology* 1983, 109, 149-156.
- Robinson R.** End-of-life education in undergraduate nursing curricula. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2004, 23(2), 89-92.
- Roff LL, Butkeviciene R, Klemmack DL.** Death anxiety and religiosity among lithuanian health and social service professionals. *Death Studies* 2002, 26(9), 731-742.
- Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O.** Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 34(3), 338-345.
- Rooda LA, Clements R, Jordan ML.** Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum* 1999, 26(10), 1683-1687.
- Ross L.** The nurses role in assessing and responding to patient's spiritual needs. *International Journal of Palliative Care* 1997, 3(1), 37-41.
- Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D.** Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies* 2007, 31(6), 549-561.
- Sayın Kasar K, Karaman E, Say Şahin D, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F.** Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 5(2), 48-55.
- Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM.** Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology* 1988, 128(1), 41-47.
- Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G.** Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology* 1991, 131 (4), 511-518.
- Sezer S, Saya P.** Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009, 13, 151-165.
- Sharma S, Monsen, RB, Gary BG.** Comparison of attitudes toward death and dying among nursing majors and other college students. *OMEGA Journal of Death and Dying* 1997, 34(3), 219-232.

Sherman DW, Matzo ML, Pitorak E, Ferrell BR, Malloy P. Preparation and care at the time of death: content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *Journal for Nurses in Staff Development* 2005, 21(3), 93-100.

Shih FJ, Gau ML, Lin YS, Pong SJ, Lin HR. Death and help expected from nurses when dying. *Nurse Ethics* 2006, 13(4), 360-375.

Singh A, Singh D, Nizamie SH. (2003) Death and Dying. Mental Health Reviews. <http://www.psyplexus.com/excl/death.html> (20.01.2016).

Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Terror management theory of self-esteem. In: Handbook for Social and Clinical Psychology: The Health Perspective. Synder C. ve Forsyth D. (Edt), New York, Pergamon Press, 1991, s 21-40.

Suhail K, Arkam S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies* 2002, 26(1), 39-50.

Swanson JL, Byrd KR. Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and separation-individuation conflict. *Death Studies* 1998, 22(3), 257-268.

Şen AÖ, Engin E, Öztürk E, Dülgerler Ş. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ölüm kaygıları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin ve etkili faktörlerin incelenmesi. *II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşirelik Kongresi*, s 392-393, 4-7 Ekim 2012, Erzurum.

Şenol C. Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1989, 110.

Taka F. Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2010, 96.

Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüm verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006, 3(2), 44-55.

Tanrıdağ RS. Hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 1997, 2(8), 37-40.

Taşdemir G, Gök F. Bir sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2012, 9(2), 303-317.

Tarı Selçuk K, Avcı D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ölüm karşı tutumları ve ilişkili etmenler. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi Literatür Sempozyum* 2015, 8, 26-32.

Tatar Ü. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1988.

Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology* 1970, 82(2), 165-177.

Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology* 1988, 44(5), 691-701.

Thorson JA, Powell FC. Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology* 1990, 46(4), 379-391.

Thorson JA ve Powell FC. A revised death anxiety scale. *Death Studies* 1992, 16(6), 507-521.

Thorson JA, Powell FC. Undertakers' death anxiety. *Psychological Reports* 1996, 78, 1228-1230

Turgay M. Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2003, 169.

Uçar H. Ölüm Kavramı ve Ölümcül Hastada Hemşirelik Bakımı. In: Hemşirelik Esasları El Kitabı. Atalay M. (Edt), İstanbul 1997, s 195-201.

Ünsal S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşünceleri Ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008, 64.

Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010, 13(1), 14-22.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Ofset, 1999.

Vural H, Doğan S, Salk S, Aslan O, et al. Ölümcül Hasta ve Hemşirelik Bakımı. In: Hemşirelik Esasları. Ankara, Gata Basımevi, 1998.

Wass H. A perspective on the current state of education. *Death Studies* 2004, 28(4), 289-308.

Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses attitudes toward death and caring for the dying. *Journal of Hospice And Palliative Nursing* 2005, 7(4), 212-218.

Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. İyidoğan Babayiğit Z. (Edt), İstanbul, Kabalcı Yayınevi, 2013.

Yazıcı R. Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1994, 99.

Yıldız M. İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1994, 84.

Yıldız M. Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1998, 166.

Yılmaz ZE. Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2011, 149.

Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 2(2), 41-46.

Yiğit R. Hasta ve ailesine ölümle bas etmelerinde yardım etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998, 2(2), 9-15.

Zerzan J, Steans S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA* 2000, 284(19), 2489-2494.

EKLER

Ek 1-Kişisel Bilgi Formu

Sevgili Meslektaşım,

Bu anket ile **hemşirelerde ölüm kaygısı ve ölmekte olan bireye vermeye ilişkin tutumları** incelenecektir. Anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel amaçlar için kullanılacak, bunun dışında kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Lütfen soruları cevaplamadan önce her birini dikkatlice okuyunuz. Hiç bir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermenizdir ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır.

Araştırmaya katılmak serbesttir. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli

kalacaktır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplardan kim olduğunuzu kimse bilemeyecektir. Bu yüzden ad, adres veya telefon numarası vermeniz gerekmemektedir. Yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Merve Şahin

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız: ...

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni haliniz: 1. Evli 2. Bekâr

4. Çalıştığınız bölüm:

5. Kadrolu olarak mı çalışıyorsunuz?

1. Evet 2. Hayır, sözleşmeli olarak çalışıyorum.

6. En son bitirdiğiniz okul aşağıdakilerden hangisidir?

.....

7. En uzun süre yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

1. Köy 2. İlçe merkezi
3. İl merkezi 4. Büyük şehir (İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana gibi)

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır, yok 2. Hipertansiyon 3. Diyabet 4. Alerji
5. Kalp yetmezliği 6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 7. Kronik böbrek yetmezliği
8. Ruhsal hastalık 9. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden az
2. Gelir giderden fazla
3. Gelir gidere denk

10. Dini inancınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Hiç yok 2. Zayıf 3. Orta 4. Güçlü 5. Çok güçlü

11. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

12. Mesleğinizi kaç yıldır sürdürüyorsunuz:

13. Şu an çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz:

14. Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

15. Şuan da yaptığınız işten memnuniyet durumunuz?

1. Hiç memnun değilim. 2. Memnun değilim.
3. Kararsızım. 4. Memnunum. 5. Çok memnunum

16. Sizce ölüm nedir?

1. Ölüm Tanrının insanı cezalandırmasıdır.
2. Ölüm bir yok oluşturm.
3. Ölüm yeni bir başlangıçtır.
4. Diğer (Lütfen belirtiniz)

17. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkta düşünürsünüz?

1. Hiç düşünmem. 2. Nadiren düşünürüm.
3. Ara sıra düşünürüm. 4. Sık düşünürüm.
5. Çok sık düşünürüm.

18. Daha önce yakın çevrenizde ölüm olgusuyla karşılaştınız mı?

1. Hayır 2. Evet ise yakınlık derecesini (lütfen) belirtiniz.....

19. Yakın çevrenizde ölüm olgusu ile karşılaştığınızda hissettiğiniz en güçlü duygu ne oldu?

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

20. Son 6 ay içerisinde sizi derinden etkileyen bir ölüm olayı yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

21. Cevabınız evet ise ölüm şekli (sebebi) ne idi?

22. Çalıştığınız birimde ne sıklıkta ölüm ile karşılaşıyorsunuz?

1. Hiç karşılaşmadım 2. Nadiren karşılaşırım.
3. Ara sıra karşılaşıyorum 4. Sık karşılaşıyorum.
5. Çok sık karşılaşıyorum

23. Ölüm ile karşılaşmak mesleğe bakış açınızı etkiledi mi?

1. Hayır, etkilemedi.
2. Evet, etkiledi. Açıklayınız

24. Ölümle ilgili profesyonel bir eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

25. Ölmekte olan hastanın bakımı (yaşam sonu bakım) hakkında bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

26. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz.)

1. Lisans/Lise eğitim sırasında 2. Hizmet içi eğitimlerden
3. Kitap ve dergilerden 4. Kongre ve seminerlerden
5. İnternet 6. Diğer.....

27. Ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

28. Çalıştığınız kurumda ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programları var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

29. Ölmekte olan hastanıza bakım verirken hissettiğiniz en yoğun duygu aşağıdakilerden hangisidir?

1. Suçluluk hissediyorum.
2. Kendi ölümümü düşünüyorum ve bu şekilde ölmekten korkuyorum
3. Duygularım hastanın yaşına ve yatış tanısına göre değişiyor
4. Başarısızlık hissediyorum.
5. Umutsuzluk- çaresizlik hissediyorum
6. Öfkeleniyorum.
7. Üzülüyorum
8. Kaygılanıyorum
9. Diğer.....

30. Ölmekte olan bir hastaya bakım verdiniz mi?

1. Evet
2. Hayır

31. Bakım verdiğiniz hasta öldükten sonra hissettiğiniz en güçlü duygu ne oldu?

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

32. Ölüm nedeni ile yaşanan kayıp/yas duygusu ile baş etmek için neler yaparsınız?

1. Ağlarım.
2. Dua ederim.
3. Arkadaşlarımla bu durumu konuşurum.
4. Ailemle bu durumu konuşurum.
5. Ölümün doğal olduğunu düşünürüm ve rahatlamaya çalışırım.
6. Hiçbir şey yapmam.
7. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

33. Kliniğinizde yaşadığınız bir hastanın ölümü sosyal hayatınızı etkiler mi?

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

34. Bakımını üstlendiğiniz hastanın ölümü hangi durumlarda sizi en fazla etkiler?

1. Hastaya uzun süre baktıysam
2. Hastanın yaşı genç ise
3. Hastanın servismize geldiğinde durumu stabil ve iyileşebileceği düşünülüyorsa
4. Hastanın durumu aniden kötüleşti ise
5. Hastanın ailesiyle daha fazla iletişime girdiysem
6. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

35. Sizce ölüm olayı ile sık karşılaşan hemşirelere destek olmak için yöneticiler neler yapabilir?

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

36. Ölmekte olan hasta siz olsaydınız, hemşirelerin özen göstermesini istediğiniz konular neler olurdu?

1. Benim hastalığımı gizlemeleri.
2. İlaçlarımı düzenli yapmaları.
3. Hijyenik bakıma özen göstermeleri.
4. Hastalığım ile ilgili gerçekçi bilgi vermeleri.
5. Bana zaman ayırıp, dinlemeleri.
6. Ziyaretçilerime izin vermeleri.
7. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

Ek 2-Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ)

Elinizdeki testte, kişilerin kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmek amacıyla bir takım cümleler bulunmaktadır. Sizden test maddelerini okuyarak, her bir madde de belirtilen duygu ve düşüncenin sizin için geçerli olup olmadığını parantezlerin içine “ X “ ifadesini yazarak işaret koyunuz.

NO	İFADELER	FİKRİME ÇOK AYKIRI	FİKRİME AYKIRI	KARARSIZIM	FİKRİME UYGUN	FİKRİME ÇOK UYGUN
1	Acı çekerek ölmekten korkarım.					
2	Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin eder.					
3	Öldükten sonra bir daha asla düşünememek fikri beni dehşete düşürür.					
4	Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı konusu beni hiç kaygılandırmıyor.					
5	Tabutlar beni huzursuz eder.					
6	Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim.					
7	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır.					
8	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.					
9	Ölümünden sonraki hayat konusu beni oldukça kaygılandırıyor.					
10	Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) hiç korkmuyorum.					
11	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.					
12	Öldükten sonra tamamen âciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.					
13	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum.					
14	Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.					
15	Ölürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor.					
16	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum.					
17	Ebediyen âciz olmaktan endişe duymuyorum.					
18	Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.					
19	Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder.					
20	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.					
21	Dünyevî şeyleri elde etmek (ve onları kontrol altında tutmak) benim için önemli değildir.					
22	Ölümün insanın her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor.					
23	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.					
24	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili olarak teferruatlı bir vasiyet bırakacağım.					
25	Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurunda değil.					

Ek 3-Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)

Aşağıdaki ifadelerde hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bazı durumlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amaçlanmaktadır. Tüm ifadeler ölmekte olan birey ve ya da ailesinin bakımına ilişkin konuları içermektedir. Burada “Ölmekte olan birey” terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır.

Aşağıda verilen tutum ya da duruma ilişkin kendi düşüncelerinize uygun seçeneği “ X “ işaretleyiniz. Lütfen 30 maddenin tümünü cevapladığınızdan emin olunuz.

NO	İFADELER	TAMAMEN KATILIYORUM	KATILI-YORUM	KARARSIZIM	KATILMI-YORUM	TAMAMEN KATILMI-YORUM
1	Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.					
2	Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.					
3	Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım					
4	Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.					
5	Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.					
6	Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.					
7	Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.					
8	Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.					
9	Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.					
10	Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					
11	Bir hasta “ölüyor muyum?” diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.					
12	Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.					
13	Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.					
14	Ölmekte olan bir kişi ile arkadaş olmaktan korkarım.					
15	Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.					
16	Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal duygusal desteğe gereksinim duyarlar.					
17	Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.					

NO	İFADELER	TAMAMEN KATILI- YORUM	KATILI YORUM	KARAR- SIZIM	KATILMI- YORUM	TAMAMEN KATILMI- YORUM
18	Aileler, ölmek üzere olan bireylerinin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.					
19	Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.					
20	Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.					
21	Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır.					
22	Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.					
23	Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.					
24	Asıl karar- vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.					
25	Ölmekte olan bir birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır.					
26	Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğinde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.					
27	Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.					
28	Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.					
29	Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar.					
30	Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler.					

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

Ek 4-Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma; hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için araştırmaya katılmaya istekli olmanız, Aralık 2014-Ocak 2015 tarihlerinde çalışıyor olmanız, hastaya bakım veren birimlerde çalışıyor olmanız, yoğun bakım ünitelerinde ve kliniklerde çalışıyor olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma öncesinde kurumlardan izin alınacak, etik kuruldan izin alınacak, hemşirelerin kendilerinden sözlü ve yazılı onam alınacaktır. Araştırma sırasında tüm hemşirelere anket formu (36 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu; Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)) uygulanacaktır. Anketlerin doldurulması 15 dakikalık süreyi alacaktır. Anket uygulaması sadece araştırmacı tarafından yapılacaktır ve katılan hemşirelerin mahremiyeti korunacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size verilen anket formunu eksiksiz doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Evreni 499 hemşire olan çalışmada evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenen 218; 1.5 eksen etkisi ile 327 hemşire (yoğun bakım ünitelerinde ve kliniklerde görev alan) çalışmaya alınacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 15 dakikadır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 15 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Hemşirelerin ölmekte olan bir hastayla karşılaştığı bir gerçektir. Ölüm olayından etkilenen hemşirelerin ölüm kaygılarının artması ve yaşadıkları ölüm kaygısının farkında olmamaları, onların vereceği bakımı etkileyecektir. Bu çalışmada hemşirelerin ölüm kaygıları yanı sıra, ölüm kaygısının ölmekte olan hastaya verilecek olan bakımı etkileyebileceği düşünülerek, hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları da incelenecektir.

Bu çalışmadan elde edilecek olan sonuçların hemşirelerin ölüm kaygıları ve ölmekte olan bireye bakım verme ile ilgili tutumları ve bunlarla ilişkili faktörler konusunda veri tabanı oluşturması beklenmektedir. Ayrıca bu çalışmanın, hemşireler ve sağlık yöneticilerine kaynak oluşturması da beklenmektedir. Elde edilecek veriler ışığında hemşirelik uygulamaları ve eğitime önerilerde bulunulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

YOK

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Yönetim ve poliklinik birimlerinde çalışıyor olmanız, izinli veya raporlu olmanız durumunda çalışma dışı bırakabilir.

Kendi isteğinizle çalışmadan çıkmanız, verilen anket formunu eksik doldurmanız durumunda araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için 0 554 831 4602 nolu telefondan Merve ŞAHİN' e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür araştırma masrafları size veya çalışmış olduğunuz kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi' dir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu çalışmadan hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmadan ayrılmanız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz ve anketinizin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmanız yeterlidir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Bu çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Ek 5-Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Sayı : 56989545/050.04- **329**
Konu : Çalışmanız hk.

12.12.2014
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.12.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KAYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR : 6

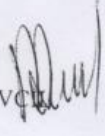
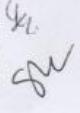
Protokol No : 2014/498
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Bölümü-Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN'ın "Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesi ile ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 6-Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

	T.C. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ									
SAYI : 63364346/622.01-10757 KONU : Merve ŞAHİN		AYDIN 26.11.2014								
T.C. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne										
İLGİ: 13.11.2014 tarihli yazınız. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Merve ŞAHİN'in 01 Aralık 2014-30 Ocak 2015 tarihleri arasında "Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumlar ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmayı Hastanemizde yapması İdaremizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim. Yrd.Doç.Dr.Mücahit AVCILAR Başhekim V. 										
<table border="1" style="margin: auto;"><thead><tr><th colspan="2">Gelen Evrak</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tarih</td><td>03.12.2014</td></tr><tr><td>Sayı</td><td>1039</td></tr><tr><td>Dosya No.</td><td>300</td></tr></tbody></table>  			Gelen Evrak		Tarih	03.12.2014	Sayı	1039	Dosya No.	300
Gelen Evrak										
Tarih	03.12.2014									
Sayı	1039									
Dosya No.	300									
 <table border="1" style="margin: auto;"><thead><tr><th colspan="2">BÖLÜM GELEN EVRAK</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tarihi</td><td>03.12.2014</td></tr><tr><td>Dosya No</td><td></td></tr><tr><td>Kayıt No</td><td></td></tr></tbody></table>			BÖLÜM GELEN EVRAK		Tarihi	03.12.2014	Dosya No		Kayıt No	
BÖLÜM GELEN EVRAK										
Tarihi	03.12.2014									
Dosya No										
Kayıt No										
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Adres : Merkez Kampus Girişi Aytepe Mevkii / AYDIN 09010 Tel: 0 (256) 214 77 51 Web: http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/ Faks : 0 (256) 213 60 64 E-mail: hastane@adu.edu.tr										

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ŞAHİN MERVE
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : KIRŞEHİR-05.05.1988
Telefon : 05548314602
E-mail : mervesahin40@hotmail.com.tr
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2011-2013	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2013-devam ediyor	Dr.Faruk İlker Bergama Devlet Hastanesi	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

-

2. PROJELER

-

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 1-3 Eylül 2014/Ankara (Sözel Bildiri).

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Şahin M, Demirkıran F. Mobbing Mağduru: Hemşire. 21. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi 10-13 Eylül 2015/Çanakkale (Poster Bildiri).