



**T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE
HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şuhule TEPE MEDİN

KASIM 2018

TRABZON

**T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERDE
ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ**

Şuhule TEPE MEDİN

**Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“YÜKSEK LİSANS”**

Ünvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 12/12/2018

Tezin Savunma Tarihi: 16/11/2018

Tez Danışmanı:

I. Danışman: Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

II. Danışman: Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

Trabzon 2018

**DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERDE
ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ**

Şuhule TEPE MEDİN

**Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

Danışman(1):Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

Danışman(2): Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

Kasım 2018

TRABZON

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN ve Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Şuhule TEPE MEDİN tarafından hazırlanan “Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulu’nun 30.10.2018 gün ve 25 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN
Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi Belkız KIZILTAN
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Gönülden AKTOZ BOZ
Üye

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN
Enstitü Müdür V.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince akademik birikimiyle ve tecrübesiyle her zaman yanımda olan kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN'a,
Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tamamında hoşgörülü, idealist çalışma yaklaşımıyla, bilgisi ve tecrübesi ile bana rehberlik eden değerli hocam ve danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,
Yüksek lisans eğitimim süresince akademik gelişimime katkı sağlayan tüm hocalarıma,
Verilerin istatistiksel değerlendirmesini yapan Ordu Üniversitesi Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeliz KAŞKO ARICI'ya,
Araştırmanın uygulama aşamasında gerekli izinleri aldığım Ordu Devlet Hastanesi Başhekimliği'ne ve araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelere,
Maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Şuhule TEPE MEDİN

Trabzon 2018

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanlarım Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN ve Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

16/11/2018

Şuhule TEPE MEDİN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ.....	IV
TEZ BEYANNAMESİ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR.....	X
ÖZET	XI
ABSTRACT	XII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ölüm Tanımı ve Ölüm Kavramı.....	3
2.2. Kesin Ölüm Belirtileri	4
2.3. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler	4
2.4. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar.....	5
2.4.1. Ölümü İnkâr Etme, Kabullenmeme.....	5
2.4.2. Ölüme Meydan Okuma	6
2.4.3. Ölümü İsteme	6
2.4.4. Ölümü Kabullenme.....	6
2.4.5. Yas Tutma	7
2.5. Kaygı	7
2.5.1. Kaygı Türleri	7
2.5.1.1. Durumluk Kaygı.....	8
2.5.1.2. Sürekli Kaygı.....	8
2.6. Ölüm Kaygısı.....	9
2.6.1. Ölüm Kaygısı Bileşenleri	10
2.6.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar	11
2.6.2.1. Psikodinamik Kuram	11
2.6.2.2. Varoluşçu Kuram.....	11

2.6.2.3.	Bilişsel Kuram	12
2.6.2.4.	Terör (Dehşet) Yönetimi Kuramı	12
2.6.3.	Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları	12
2.6.3.1.	Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar	12
2.6.3.2.	Bireysel (Psikolojik) Savunmalar	12
2.7.	Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler	13
2.7.1.	Yaş	13
2.7.2.	Cinsiyet	14
2.7.3.	Din	14
2.7.4.	Meslek	15
2.7.5.	Kültür	15
2.7.6.	Medeni Durum	16
2.7.7.	Çocuk Sahibi Olma	16
2.7.8.	Kronik ve Fiziksel Hastalıklar	16
2.7.9.	Kişilik Özellikleri	17
2.7.10.	Yaşam Olayları	18
2.7.11.	Yatan Hasta Olma	18
2.8.	Ölüm Eğitimi	19
2.9.	Sağlık Profesyonellerinde Ölüm Kaygısı	20
2.9.1.	Hekimlerde Ölüm Kaygısı	21
2.9.2.	Hemşirelerde Ölüm Kaygısı	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1.	Araştırmanın Tipi	25
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.4.	Veri Toplama Araçları	25
3.4.1.	Kişisel Bilgi Formu	25
3.4.2.	Ölüm Kaygısı Ölçeği	26
3.5.	Veri Toplama Yöntemi	26
3.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.7.	Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	27
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	27

4.	BULGULAR	28
5.	TARTIŞMA.....	38
6.	SONUÇLAR.....	49
7.	ÖNERİLER	52
8.	KAYNAKÇA	53

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

Ek 1.Kişisel Bilgi Formu

Ek 2. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 4. Kurum İzin Formu

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri.....	28
Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	30
Tablo 3. Hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları	32
Tablo 4. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları	33
Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları	35



SİMGELER VE KISALTMALAR

F	: Tek Yönlü Varyans Analizi
Max	: Maksimum
Med	: Medyan
Min	: Minimum
n	: Toplam Kişi Sayısı
p	: Test Değeri
SPSS	: Statistical Pack age for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
t	: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
\bar{X}	: Aritmetik Ortalama
%	: Yüzde

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ

Şuhule TEPE MEDİN

Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışmanlar: Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN, Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN
2018, 59 (Tez Sayfa), 9 (Ek Sayfalar)

Araştırma, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırma, Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde çalışan 47 hekim ve 139 hemşire olmak üzere toplam 186 kişi ile gerçekleştirildi. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ölüm Kaygısı Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, minimum, maksimum değerler, t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanıldı.

Araştırma sonucunda, hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygılarının olduğu ancak hemşirelerin ölüm kaygısının hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hekimlerin ölüm kaygısını çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler ve dindarlık düzeyi; hemşirelerin ölüm kaygısını kurumda çalışma pozisyonu, ölümü düşünme sıklığı, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma ve ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkiledi ($p<0.05$). Sonuçlar literatür çerçevesinde tartışıldı ve gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutması açısından önerilerde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Kaygı, Hekim, Hemşire, Ölüm Kaygısı.

Master Thesis

ABSTRACT

DETERMINATION OF DEATH ANXIETY IN PHYSICIANS AND NURSES

WORKING IN INTERNAL CLINICS

Şuhule TEPE MEDİN

**Avrasya University
Institute of Medical Sciences
Nursing Department**

**Supervisors: Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN, Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN
2018, 59 (Thesis Pages), 9 (Additional Pages)**

The study was made in descriptive type to determine of death anxiety in physicians and nurses working in internal clinics. The study was conducted with a total of 186 person including 47 physicians and 139 nurses working in internal clinics at Ordu State Hospital. The data were collected by using the “Personal Information Form” and “Death Anxiety Scale”. Percentage, mean, minimum, maximum values, t test and one way ANOVA were used in the evaluation of the data.

As a result of the research, it was found that physicians and nurses had moderate level of death anxiety but the death anxiety of nurses was significantly higher than physicians ($p<0.05$). Where as the number of children, people living together at home and religiosity of level were affecting the death anxiety of physicians, working position in the institution, the frequency of thinking about death, sharing the thoughts about death and receiving in-service training related to the death were affecting the death anxiety of nurses as statistically significant ($p<0.05$). The results were discussed in the literature and suggestions were made in terms of shedding light for research that will be made in future.

KeyWords:Death, Anxiety, Physician, Nurse, Death Anxiety.

1. GİRİŞ

Ölüm, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde, "bir canlının beyin, solunum ve dolaşım faaliyetlerinin dönüşümsüz olarak durması, tüm organ ve dokularındaki hücrelerin fiziksel ve kimyasal etkinliğini kaybetmesi nedeniyle yaşamın sona ermesi" olarak tanımlanmaktadır [1]. Kaygı ise sözlük anlamı olarak, "genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusudur". Kaygı, aynı zamanda algılanan bir tehdide karşı vücudun yanıtı, tanımlanamayan bir tehdit karşısında ortaya çıkan gerilim, sinirlilik, rahatsızlık verici bir duygu durumudur [2]. Kişi, belli bir tehlike algıladığında otonom sinir sistemi uyarılarak kan basıncı, kalp atış hızı ve solunum sayısı artmakta, mide bağırsak hareketleri hızlanmakta, tükürük salgısı azalmakta, kan şekeri yükselmekte, pupiller genişlemekte ve çizgili kas gerginliği artmaktadır. İnsan bedeninde oluşan bu değişiklikler kişide tedirginliği artırarak kaygı oluşmasına neden olmaktadır [3].

Birçok psikolojik kaygının temelinde yatan ölüm kaygısı, farklı düzeylerde de olsa hemen her insanda vardır [4]. Literatürde ölüm kaygısı "bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri" ve "birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu" olarak tanımlanmaktadır [5]. Belirsizlik, bedeni kaybetme, acı duyma, yalnız kalma, yakınlarından ve sevdiklerinden ayrılma, zamanın ilerlemesi, kendi ölümünü düşünme, kansere yakalanma, ceset görme ve gelecek hakkında düşünme ile ilgili kaygılar ölüm kaygısına yol açmaktadır [4].

Dahili klinikler olan kardiyoloji, nefroloji, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve onkoloji gibi klinikler kronik ve uzun süreli hasta yatışlarının olduğu kliniklerdir [6]. Özellikle terminal dönemdeki hastalar, teknoloji ve sağlık sisteminin gelişmesi ile birlikte daha iyi ve kaliteli bir bakım almak için son dönemlerini hastanede geçirmeyi tercih etmektedirler. Ölümle yüzleşmenin korkunç bir deneyim olduğu belirtilmektedir. Yaş, fiziksel problemler, psikiyatrik sorunlar, dindarlık düzeyi, meslek stresi, ölüm deneyimleri ve kültür gibi etkenler sağlık hizmeti veren profesyonellerin ölümle ilgili tutumlarını ve ölüm kaygılarını etkilemektedir. Ölmek üzere olan hastanın bakımını sağlayan, ailesi ile iletişim kuran ve hasta bakımında söz sahibi olan hemşireler ölüm karşısında kendilerini yorgun, endişeli ve hazırlıksız hissedebilirler. Ayrıca, sağlıkta başarısız olma korkusu sağlık profesyonellerinde genel kaygı düzeyini arttırmaktadır [7]. Hekimlerin diğer meslek

elemanlarından daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları ve hatta bu korkularını yenmek için hekim oldukları ileri sürülmektedir. Ayrıca ölüm, hastalık gibi konulara aşına olunmasına rağmen, uzun süre hastalık ve ölüm olaylarına maruz kalmanın da ölüm kaygısını ortaya çıkardığı bildirilmektedir [8]. Ölüm olayına sıkça tanık olma, hastayla en çok vakit geçiren hemşirelerin kendi ölüm kaygılarının artmasına neden olabilmektedir [9]. Yine hemşirelerde ölüm korkusunun artması, ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin olumsuz tutum sergilemesine, ölümlle ilgili konuları hasta ve ailesiyle tartışma konusunda isteksiz olmalarına yol açabilmektedir [10]. Hemşireler; ölüm ve ölümlle ilişkili stres faktörleri nedeniyle anksiyete, çaresizlik, öfke ve sıkıntı gibi duygular yaşayabilmekte, hasta ve aile üyeleriyle iletişimde kendilerini hazırlıksız hissedebilmektedirler [7].

Hemşirelerin yaşam, ölüm, kayıp ve yas süreçlerinde kendi bireysel duygularının, davranış ve tutumlarının farkında olması ve ölümlü yaklaşan hasta ve ailesi ile etkin iletişim tekniklerini kullanarak gereken desteği sağlayabilmesi, kaliteli bir hemşirelik bakımının sunulmasında etkilidir. Bu nedenle hemşirelerin ölüme ilişkin duygularını anlatabilmesi, ölüm süreci ile ilgili bilgisinin olması, ölmekte olan hastanın fiziksel ve psikososyal özelliklerine ve hasta/ailesinin gereksinimlerine farkındalık oluşturması ve kendisini bu şekilde desteklemesi gereklidir. Bireylerin yaşam ve ölüme karşı tutumu birbiriyle önemli ölçüde ilişkilidir. Yaşamın birey için anlamının olması yaşamdan zevk almasını ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca, bireylerin ölüm olgusuna karşı kaygılı olması ve ölüme olumsuz anlamlar yüklemesi de engellenebilmektedir [9]. Sağlık profesyonellerinin yaşam ve ölümlle ilgili sorunlarla yüzleşmeye, ölüme karşı kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüm karşısında aile tepkilerini anlamaya, ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde ailelere yardım etmeye hazır olmaları önemlidir [11]. Araştırma, bu bilgilerden yola çıkılarak, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Tanımı ve Ölüm Kavramı

Ölüm; hücrenin, organın veya organizmanın yaşamsal işlevlerini kaybetmesi veya canlı olma durumunun sonlanması”, “varlığın, varoluş durumunun sonlanarak niteliksel ve niceliksel anlamda şekil değiştirmesi” ya da “yaşamın sonlanması, ömrün sonlanması, dünyadan göç etmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek ya da bu dünyadan taşınmak” şeklinde tanımlanabilmektedir [12]. Tanımlardaki ortak nokta, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini kaybetmesi, yaşam organlarından bir ya da bir kaçının tamamen işlevini kaybetmesi ve yaşamın sona ermesidir [13].

Ölüm kavramı ile ilgili ilk tanımı 19. yüzyılda Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere yapmıştır. Fodere “somatik ölüm” kavramını ortaya atarak, somatik ölümü “temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak kaybı” şeklinde tanımlamıştır. Solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi fonksiyonlarından birinin kaybı, otomatik olarak kısa bir süre sonra diğerlerinin de kaybına neden olacaktır. Hukuken de geçerli olan ölüm tanımı, somatik ölümdür; bireyin hukuki varlığı canlı olarak doğması ile başlamakta, sonlanması da somatik ölümle olmaktadır. Hücresel (biyolojik) ölüm ise somatik ölümü izleyen ikinci bir ölüm şeklidir. Hücresel ve somatik ölüm özellikle beyin sapında yer alan solunum ve dolaşım merkezinin devre dışı kalmasıyla kaçınılmaz olarak tüm organ ve dokuların canlılığını kaybetmesidir [14]. Ayrıca, psikolojik ölüm zihnin bilinçli işlevlerini yapamaması olarak tanımlanmakta; sosyal ölüm ise bireyin bilinçliliğinin olmaması ama buna rağmen tıbbi teknoloji yardımıyla fiziksel fonksiyonlarını yaptığı, ancak sosyal fonksiyonlarını yapamadığı durumlar olarak tanımlanmaktadır [12].

Doğumun doğallığı kadar ölümün de doğal olduğu belirtilmektedir. Ancak doğumdaki doğallık anlayışı, ölümün doğallığında algılanmamaktadır. Öyleki, insanın en büyük arzusunun “ölümsüzlük” olduğu söylenebilir [5]. Ölüme ilişkin düşünceler çok eski çağlara dayanır. Örneğin eski Mısır’da insanlar, yaşamlarının önemli bir dönemini gelecek yenedünyayı garantilemek için harcamış, ölümden sonraki yaşamları için mezarlar inşa etmişlerdir. Piramitler bugün dünyanın yedi harikasından biridir [15]. Ölüm ve yaşam iç içedir. Ölümün sosyal ve kültürel yönü vardır, ölüm bir değişimdir ve yaşamın sonudur [16]. Farklı din ve inançlarda ölümün değerlendirilmesi de farklı olmaktadır. Ölüm,

Yahudilikte, “korkunç bir gerçektir ve cezaların en ağıridır.” Hıristiyanlıkta, insanın ruh ve bedenden oluştuğu ve ölenin yalnızca beden olduğu, ölümle yaşamın sonlanmadığı, aksine daha güzel ve daha farklı bir şekle dönüştüğü belirtilmektedir.” Müslümanlıkta ise “insan ruhu bedenden ayrılmakta ve Allah katına yükseltilmektedir” [17].

2.2. Kesin Ölüm Belirtileri

Günümüzde beyin ölümü kavramı somatik ölümle ilişkili olarak kullanılmaktadır. Beyin ölümü; beyin, beyin sapı ve serebellumun tamamının tüm aktivitelerinin kalıcı, geri dönüşümsüz olarak yitilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Nörolog Mollart ve Goulan, beyin ölümü tanımını ilk kez 1959 yılında yapmış ve irreversibl olarak komaya giren hastalara “komanın ötesinde” anlamına gelen “comadepassé” deyimini kullanmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1968 yılında Harward Tıp Fakültesi’nde değişik alanlardan uzmanların yer aldığı bir komite (din adamları, hukukçular, anestezi, nöroloji, nöroşirürji ve kardiyoloji) tarafından beyin ölümü kriterleri kabul edilmiş ve dünyaya duyurulmuştur. Daha sonraki yıllarda Dünya Tıp Birliği ve birçok ülkede benzer kararlar alınmış ve hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Harvard Üniversitesi’nde kurulan bir komitenin verdiği rapora göre ölüm, beynin ölümü olarak benimsenmiş ve bu konuda bir dizi temel unsurlar yayımlanmıştır. Bunlar; bilinç kaybının tam ve sürekli olması, solunumun sürekli olarak durması, dıştan gelen tüm uyarılara karşı bütün tepkilerin ve reflekslerin yok olması, tüm kaslarda gevşeme görülmesi, beden ısısının kaybolması ve beynin elektriksel faaliyetlerinin yok olmasıdır [14,18].

2.3. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler

Ölüm evrensel bir olgudur. Dinler, kültürler, toplumsal değer yargıları, inançlar, adetler ve gelenekler ölümün algılanışında önemli rol oynar. Bu nedenle ölüme karşı tutum ve tepkiler değişiklikler gösterir. Kübler-Ross’a göre ölümün evreleri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Bu evrelere bakıldığında [19]:

İnkâr: Kişi, kaybı kabul etmez. “Sonuçlarda bir hata olmalı, bu benim başıma gelmiş olamaz” diye düşünür. Bu ilk aşama, şok edici duruma alışabilmek için organizmanın verdiği koruyucu bir tepki olarak bireye zaman kazandırır.

Öfke: Kişi, kaybın gerçekliği ile yüzleşerek bu durumun nedenini merak eder, sorgulamaya başlar. “Bu neden benim başıma geldi” diye düşünerek öfke duygusu yaşar.

Pazarlık: Kişi çaresizlik, yalnızlık ve ümitsizlik içindedir. Daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer, mucizevi bir şekilde iyileşmeyi ümit eder.

Depresyon: Kişi gerçeği tamamen idrak eder, çaresizliği kabullenir ve geleceği için yas tutar.

Kabullenme: Kişi gerçeği kabul etmiş, ölüm kavramına alışmıştır. Bundan sonra ne yapılabilir diye düşünmeye başlar, yeni duruma uyum sağlamaya çalışır.

2.4. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçsüz ve patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insan psikolojisini olumsuz etkilemektedir. İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleri karşısında yaşadıkları ile ilgili ölüme ilişkin bazı tutumlar geliştirmektedir. İnsanın ölüme karşı geliştirdiği bu tutumlar kişisel özelliklere, topluma, dine ve kültüre göre değişiklikler göstermektedir. Bu değişiklikler, başka insanların ölümüne ya da kendi ölüm ihtimaline karşı da olabilmektedir [17].

2.4.1. Ölümü İnkâr Etme, Kabullenmeme

Genellikle dindar olmayan bireylerin sergilediği bir tutumdur. Bireyler bu tutumu iki şekilde yaparlar.

Birincisi maskeleyme yöntemidir. Bu yöntemde birey, ölümü aklına getirmemek, onu düşünmemek için kendini dünya işlerine verir, ölümü düşünecek fırsat bulamaz. Batıda bu tarz bireylere daha sık rastlanır. Bireyler ölüm düşüncesinden uzaklaşmak için uyuşturucu ve alkol gibi keyif verici maddeler alır ve sohbetlerinde ölümden bahsetmez. Eğer ölümden bahsedilecekse “artık bizimle değil”, “aramızdan ayrıldı” gibi ifadeler kullanırlar. Askeri bültenlerde de ölüm yerine “kayıp” kelimesi kullanılır.

İkincisi bastırma yöntemidir. Birey bu yöntemde ölüm düşüncesini belleğinden uzaklaştırmak için genellikle akıl dışı yollara hatta büyüye yönelebilir. Hastanelerde “ölüm” kelimesinin kullanılması istenmez. Ancak bilinmelidir ki bastırılmış ölüm korkusunun bireyin psikolojisine verdiği zarar, bastırılmamış ölüm korkusunun verdiği zarardan daha fazladır [20].

2.4.2. Ölüme Meydan Okuma

Ölümsüzlük arzusu psikolojik bir gerçek olarak bütün insanlarda vardır. Godin'e göre insan, ölüm karşısında iki farklı tutum sergilemektedir. Birinci tutum "kaçınma ve narsistik korunmadır". Bu tutum, yaşama isteğinin ve ölümü dışlamamanın bir ifadesidir ve sonsuza kadar yaşama isteği mevcuttur. İkinci tutum "tamamlanma arzudur". Bu tutumda da daha iyi ve farklı yaşama arzusu vardır. Her iki tutumda da yaşamını sonsuza dek sürdürme isteği söz konusudur [21]. Fromm, ölümle ilgili bazı adetlerin, gelenek ve uygulamaların, bu arzunun dışı vurumu olduğunu belirtmektedir. Fromm'a göre ölüme ilişkin düzenlenen çeşitli törenler, insan bedeninin muhafaza edilerek saklanması ve ölüyü gömmeden önce süsleme ölüm düşüncesini bastırmak, ölüm korkusunu azaltmak ve ölümsüzlüğe duyulan özlemi anlatmak için yapılan uygulamalardır [22].

2.4.3. Ölümlü İsteme

Bilinçli ya da bilinç dışı olarak ölümlü isteme çağdaş kültürlerde daha yaygındır. Freud, yaşama olduğu kadar ölümlü, yani hayatın temeli olan cansız maddeye dönüşü "ölüm içgüdüleri" olarak yorumlarken Jung, ölümlü isteğinin daha basit bir içgüdüden kaynaklandığından bahseder. Jung bireyin ölümlü isteme tutumunu, ana rahmindeki rahatlığa tekrar kavuşma özlemi olarak değerlendirir. Bu tutumu, bireyin psikolojik yaşamının ileri düzeydeki gelişimine ket vuran bir gerileme olarak görür [23]. Bireylerin ölümlü isteği farklı nedenlere bağlı olabilir. Ölümlü nevroitik kişiler için itibar kazanma yolu iken, özellikle dindar kişiler için Tanrı'ya kavuşmanın samimi bir ifadesi olabilmektedir [24].

2.4.4. Ölümlü Kabullenme

Ölümlü kabullenme, farklı varoluş felsefelerinde yer almaktadır. Bu felsefelerin bazılarında ölümlü, yaşamın devam ettirilmesindeki ana temel nedendir. Bazılarında ise ölümlü yaklaşmak fiziksel bir sonlanma değil, var olmaya bir tehdit olarak algılanır. Ölümlüden korkulmaması ve cesurca kabul edilmesi, sağlıklı (ruhsal olarak) yaşamın bir önkoşulu olarak değerlendirilir. Eğer kişi ölümlü ve hiç olması ile ilgili bastırılmış gerçeklerle cesurca yüzleşebilirse ruhsal yapısı daha sağlıklı olabilir. Çünkü kişi ölümlü yanılması içinde ne kadar çok bulunursa bulunsun, gerçekte kendisinin

ölümlü olduğunu bilir. Bundan dolayı ölümsüzlük yanılsaması bunalım gibi farklı ruhsal sorunlara yol açabilir [17].

2.4.5. Yas Tutma

Herhangi bir kayıp ve ayrılık, herhangi bir yaşamsal değişiklik yaşayan kişinin verdiği fiziksel, duygusal ve bilişsel tepkilere yas adı verilir. Yas, kayba karşı normal bir tepkidir. Yas bireysel ve kendine özgü bir süreçtir. Yasa karşı tepkiler kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bazıları bu süreci sakin atlatırken, bazıları ciddi kriz tepkisi gösterebilir. Yas süreci bazılarında uzun bazılarında kısa sürebilir. Yas süreci, yastaki kişinin kişilik özellikleri, ölen kişi ile ilişkisi, baş etme yöntemleri, kültürel ve dini inancı, ruhsal hastalık öyküsü, destek alma durumu ve ölümü algılama biçimi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Yastaki kişide midede boşluk hissi, nefes alamama, boğulacakmış gibi olma, çabuk yorulma, seslere aşırı duyarlılık, inanamama, bir şeye odaklanamama, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, ölen kişinin yaşadığı hissine kapılma, uyku bozuklukları, dalgınlık, ağlama, ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma, üzüntü, öfke, anksiyete, kendini ve başkalarını suçlama gibi belirtiler görülebilir [25].

2.5. Kaygı

Kaygı kelimesinin kökü eski Yunancada "anxietas" olan "anksiyete" ya da "bunaltı", "merak", "korku" ve "tedirginlik" anlamlarına gelir. Geniş bir kullanım alanı olan kaygı fiziksel, anatomik ve psikolojik özellikleri olan bir kavramdır. Kaygı; "olumsuz bir sonuç bekleme, iç çelişki, desteğin çekilmesi ve belirsizlik durumlarında ortaya çıkan üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi durumlardan birini ya da bir kaçını içeren heyecansal süreç" olarak tanımlanabilir [26]. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) kaygıyı; gerilim hissi, endişeli düşünceler ve artmış kan basıncı gibi fiziksel değişikliklerle karakterize bir duygu olarak ifade etmektedir [27].

2.5.1. Kaygı Türleri

Kaygı, bireyin tehlikelerle mücadele etmesine yardımcı olan uyum sağlayıcı bir mekanizmadır. Bilimsel öğeleri, öznel duyguları, fiziksel belirtileri ve davranışları içeren insani ve çok yönlü bir duygu durumudur [28]. Kaygının duygusal, somatik, davranışsal ve bilişsel belirtileri vardır. Bu belirtilere bakıldığında; mide bulantısı, ishal, baş ağrısı, kalp

çarpıntısı, el, kol ve bacaklarda uyuşma, terleme, huzursuzluk, yorgunluk, sinirlilik, sık idrara çıkma ve uykuya dalamama somatik belirtileri; geçmişte anksiyete yaratmış olan durumlardan uzaklaşma, uyku davranışlarında değişiklikler, sinirlilik, ayak vurma gibi motor hareketlerde artış davranışsal belirtileri; endişe ve korku hissetme, sinirlilik, huzursuzluk, kafası boş gibi hissetme gibi duygusal belirtileri ve normale göre daha çok ortaya çıkan korkutucu ve tekrarlayan düşünceler bilişsel belirtileri göstermektedir [2].

Spielbelger, kaygıyı durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere ikiye ayırmıştır [29].

2.5.1.1. Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, çevre şartlarına bağlı stres kaynaklı ortaya çıkan, çoğunlukla mantıksal nedenlere bağlı, diğer kişilerce de nedeni anlaşılabilen ve çoğunlukla her kişinin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı türü olarak ifade edilir [30]. Durumluk kaygının süresi ve şiddeti, tehdidin miktarının algılanması ve kişinin tehlikeli durumu yorumlaması ve bu durumun kalıcı olup olmaması ile ilişkilidir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde yükselme, stres azaldığı ya da ortadan kalktığında ise azalma olur. Kişide terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel belirtiler görülebilir. Bu belirtiler kişinin gerildiğinin ve huzursuzluk, endişe gibi duyguları yaşadığının göstergesidir. Durumluk kaygı, bireyin belirli bir anda bir uyarıcı veya durumu kendisi için zararlı ve tehlikeli olarak algıladığında ortaya çıkar [31].

2.5.1.2. Sürekli Kaygı

Ortada kaygılanmak için nesnel bir süreç ya da neden yokken ya da böyle bir neden var olduğunda bu durumla orantısız bir biçimde uzun süreli ve şiddetli kaygı yaşama sürecidir [32]. Sürekli kaygı, çevreden gelen tehlikeli durumdan değil, daha çok kişilik özelliğinden kaynaklanır. Bu kişilerin kaygı seviyeleri normalden daha yüksektir. Genellikle içinde buldukları durumu tehlikeli ve stresli olarak hissederler. Bu kişilik yapısındaki insanlar kolayca karamsarlığa kapılabilirler, huzursuz, endişeli, alıngan ve gergindirler. Durumluk kaygıyı da diğer kişilerden daha yoğun yaşarlar [31].

2.6. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, yaşam boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur. Literatürde ölüm kaygısı “var olmamanın yaygın korkusu ya da olmamayı yaşama korkusu”, “bilinçsizlikte yerleşen bir ölüm korkusu”, “kesin kavramsal form gelişmeden önce yaşamın erken bir zamanında biçimlenen bir korku”, “berbat ve tamamlanmamış olan ve dilin ve hayalin dışında kalan bir korku” olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır [33]. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği, ölüm kaygısını “kişinin varlığına gerçek ya da hayali bir tehdit algısı ile ortaya çıkan rahatsız edici huzursuzluk ya da korku” olarak tanımlamaktadır [34].

Önemli psikolojik güdülerin temelinde yatan ölüm kaygısını göz ardı etmek, insan davranışlarının önemli bir yönünü ihmal etmek anlamına gelmektedir [4]. İnsan, ölümün kaçınılmazlığının farkındadır ve sürekli kendini koruma çabası içerisinde. Bunun için kültürel unsurlardaki ölümsüzlük sembollerini kullanarak kendisini ölüm kaygısına karşı korumaya çalışmaktadır [35]. Ölüm kaygısının kaynağı her bireyde farklıdır. Bazı insanlarda sevdiklerinden, eşi ve çocuklarından ayrılacağı düşüncesi ölüme ilişkin kaygıya neden olurken, bazılarında da bedeninin toprakta, böceklerle, haşaratlara yem olacağı, mezarda yalnız kalacağı ya da bu dünyada sahip olduğu mevki ve zenginlikten ayrılacağı düşüncesi ölüme ilişkin kaygıya neden olabilmektedir [36]. Ölüm kaygısının üzerinde en çok durulan boyutları; belirsizlik, yalnızlık, yakınlarını kaybetme, kimlik duygusunu kaybetme, ölüm sonrası cezalandırılma, denetimi kaybetme, acı duyma, bedenini kaybetme, yok olma ve gerileme korkusudur [17].

Belirsizlik korkusu: İnsanoğlu için ölüm ve ölüm sonrası belirsizliği bu korku ve kaygının kaynağıdır.

Yalnızlık korkusu: Özellikle kronik hastalığa sahip ya da hastanede yatmayı gerektiren hastalığa sahip kişiler ailelerinden sık sık ayrılırlar. Hastanede yatma kişi ölüm olayına genellikle daha fazla şahit olur ve kendi ölüm duygusu ile yüzleşir. Terk edilme ve yalnız kalma korku ve duygusunu daha yoğun yaşar.

Yakınlarını kaybetme korkusu: Sevdiği, birlikte yaşadığı, önem verdiği insanları kaybetmek, onlar olmadan yaşamak kişide üzüntü ve kaygıya sebep olur.

Kimlik duygusunu kaybetme korkusu: Hastalık ve ölüm düşüncesi kişide yakınlarını kaybetme, onlardan ayrı kalma korkusunu geliştirerek kişinin kimlik duygusunu kaybetme korkusu yaşamasına sebep olabilir. Birey özgüvenini kaybederek kendini değersiz hissedebilir.

Ölüm sonrası cezalandırılma korkusu: Bazı dini inanışlarda kişinin öldükten sonra acı çekeceği ve kendisine çeşitli işkenceler yapılacağı düşüncesi vardır.

Denetimi kaybetme korkusu: Hastalığın ilerlemesi ile birlikte kişi bedenine ait denetimi kaybedeceği korkusu ve kaygısı yaşar.

Acı duyma korkusu: Kanser, edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu ve bazı kronik hastalıkların ölümle sonuçlanması insana hastalık ve ölüm arasında sıkı bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Hastalıkların seyri sırasında acı duyulması, bireye ölümün acı verici olduğunu hissettirmektedir. Dinle ilgili görüş ve açıklamalarda ölüm olayının son derece acı verici olduğunun ve ölüm sonrası çekilecek çok büyük acılar olduğunun anlatılması kişinin ölümle ilgili kaygılarının artmasına yol açar.

Bedeni kaybetme ve yok olma korkusu: İnsan bedeninin bütünlüğünün bozulması düşüncesi kişide olumsuz duyguların gelişmesine, utanç ve yetersizlik duygusunun oluşmasına, benlik saygısının azalmasına sebep olur. Ölümle birlikte bütün bir bedenin yok olacağı düşüncesi ölüm korkusu ve kaygısı uyandırabilecek bir durumdur.

Gerileme korkusu: Ölümün yaklaştığını düşünen birey bir gerileme dönemine girdiğini düşünerek korku yaşayabilir [17].

2.6.1. Ölüm Kaygısı Bileşenleri

Lehto ve Stein'e göre ölüm kaygısının bileşenleri [37]:

Duygusal Bileşen: Bireyin varoluşuna yönelik bir tehdidin beyindeki duygusal bellek alanlarını aktifleştirmesiyle oluşan duyguları kapsamaktadır.

Bilişsel Bileşen: Bu bileşen ölüm sürecini, inanç ya da düşünceleri, ölü olma durumu ile ilgili düşünceleri, ölüm sonrası beden düşüncesini, ölüm kaygısının bilişsel boyutlarını, bilinmezlik hakkındaki düşünceleri, ölüm hakkında bilinçli düşünceleri ve erken ölüm düşüncelerini içerebilir.

Deneyimsel Bileşen: Ölüm kaygısı tipik olarak bilinçli deneyimin bir parçası değildir. Ölüm bilinci ölüm kaygısının artmasına neden olur.

Gelişimsel Bileşen: Ölüm kaygısının ifade edilişi zihinsel gelişime göre farklılık gösterir.

Sosyokültürel Bileşen: Kültürü oluşturan dini inançlar, dogma ve ritüeller, ölümün anlamı ve ölüm kaygısının şekillenmesi üzerinde etkilidir.

Motivasyonel Bileşen: Ölüm kaygısı ve buna karşı gelişen savunma mekanizmalarının bireyin davranışlarını etkilediği ve yaşam için bir motivasyon oluşturduğu düşünülmektedir.

Bireyin deneyimleri sonucu gelişen bilişsel yapının ölüm kavramı ile birleşmesi sonucunda ölümün birey için daha az kaygı unsuru oluşturacağı düşünülmektedir [37].

2.6.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar

2.6.2.1. Psikodinamik Kuram

Psikanalitik kuramın kurucusu olan Sigmund Freud (1856-1939) insanın davranış ve duygularının doğuştan gelen içgüdülerinden kaynaklandığını savunur. Ruhsal bozukluklar bilinçaltı çatışmalardan kaynaklanır. Anksiyete yaratan durumlarla başa çıkmak için bilinçaltımız devreye girer. Savunma mekanizmaları bilinçaltı düzeyde gerçekleşir. İd ve süper ego arasındaki dengeyi sağlamak için ego devreye girer. Freud' a göre ölüm kaygısı her insanda vardır. Freud'un aksine Becker ise tüm insan davranışlarının ölüm kaygısından kaynaklandığını düşünür [38].

2.6.2.2. Varoluşçu Kuram

Yaşama en büyük tehdit ölümdür. Ölüm korkusu sürekli ve bilinçsiz bir şekilde bireyin içinde bulunur. Genel olarak anksiyete bozukluklarının kaynağında da ölüm kaygısı yatar. Kişinin kendi ölümlülüğünün farkında olması onu savunmasız yapar. Ölüm kaygısı genel olarak toplumda yaygındır. Birey ölümü inkar ederek, ölüm ile ilgili düşüncelerini bastırarak ölüm kaygısı ile başa çıkmaya çalışır. Ölüm kaygısı bireylerde farklı düzeydedir ve kaygıyı tamamen bastırmak mümkün değildir. Ölüm kaygısı kişinin ölüme karşı tutumu, sosyal ve kültürel çevresi ve felsefi inançlarından etkilenir. Ölüme karşı tutum insanın davranışlarını da etkiler [39].

2.6.2.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre, ölüm kaygısı kişinin kendi inançlarından, ölümle ilgili düşüncelerinden kaynaklanmaktadır. Kaygı geniş bir yelpazedir ve ölüm kaygısı genel olarak kaygının bir parçasıdır. Bilişsel kuram ölüm ve ölüme dair duygularla etkili başa çıkma ve korkuları yönetmeye odaklanmıştır. Birey ölüm kaygısı ile başa çıkmak için hastane, cenaze gibi ölümü çağrıştıran faaliyetlerden uzak durarak ölümle ilgili durumlardan kaçınır. Yaşama odaklanır. Bilişsel kuram bireyin kendi ölüm kaygısının farkında olmayı ve etkin baş etmeyi savunur [40].

2.6.2.4. Terör (Dehşet) Yönetim Kuramı

Bu teori kökenini varoluşsal ve psikodinamik bakış açısından almıştır. İki temele dayanmaktadır. İlk olarak diğer canlılar gibi insanlarda da kendini koruma içgüdüğü vardır. İkinci olarak, insanların bilişsel olarak hayatta olduklarını ve sonunda öleceklerini anlama kapasitelerini içerir [41]. Birey bir yandan ölümü düşünürken aynı zamanda bu düşüncenin getirdiği kaygıyı yaşar. Bu kaygı ile baş etmek için ebedi ya da dini semboller aracılığı ile insanlara ve gruplara katkıda bulunan dünya görüşünü savunarak ölümsüzlüğe ulaştığını düşünür [42].

2.6.3. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları

2.6.3.1. Kültürel (Sosyolojik) Savunmalar

İnsan ölümlü olduğunun farkındadır. Ancak diğer yandan ölümsüzlüğü istemektedir. Bunu gerçekleştirmek için yapıtlar, sosyal kuruluşlar, siyasi sistemler aracılığı ile kültürünü kalıcı hale getirmeye çalışmıştır. Biyolojik ölümden sonraki varoluş da insanın ölümsüzlüğü için bir yoldur. Dolayısıyla din, toplumlarda ölümsüzlüğü destekleyen bir inanç sistemidir [43].

2.6.3.2. Bireysel (Psikolojik) Savunmalar

Birey ciddi veya ölümcül bir hastalığı olduğunu öğrendiğinde ilk gösterdiği tepki sıklıkla inkar şeklindedir. Bütün bireyler ölüm kaygısıyla karşılaşılır; çoğunda uyuma yönelik başa çıkma yöntemleri bastırma, yer değiştirme, kişisel güce inanma şeklindedir. Bireyin ölüm kaygısı ile baş etmede kullandığı savunma mekanizmaları bireyin bu duruma

uyum sağlmasına yöneliktir. Ancak bu savunma mekanizmalarında aşırılık uyumun bozulmasına, kaygının artmasına, bireyin kendini korumak için aşırı tedbirlere sığınmasına ve psikopatoloji gelişimine neden olabilmektedir [44].

Özel olma: Kişi, bir tehlikeyle karşılaştığında cesareti artar ve cesaretinin arttığı ölçüde de ölüm kaygısı hafifler. Bu durum, kişide kendisine bir şey olmayacağı çünkü özel olduğu inancının gelişmesine yol açar. Özel olmaya ilişkin geliştirilen inanç abartıldığında, bazı patolojik davranışlar ortaya çıkabilir. Zoraki kahramanlık, işkoliklik, narsisizm, saldırgan ve kontrol odaklı olma gibi davranışlar, bireyin özel olmaya ilişkin geliştirmiş olduğu inançlardan doğan patolojik davranışlara örnek verilebilir [17].

Nihai kurtarıcı: İnsanoğlu çok eski çağlardan itibaren doğaüstü güçleri ve Tanrı inancını kabul etmiş, bazen de bir lideri kurtarıcı olarak görmüştür. Seçtiği bu kurtarıcı ile insanoğlu ölüm kaygısını yenmeye çalışmıştır. Bu bilinçaltında gerçekleşen ve ölüm kaygısını azaltmada etkili olan bir yöntemdir [45].

2.7. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

2.7.1. Yaş

Kişinin ölüme verdiği anlam her zaman aynı şekilde anlamlandırılmamış, yaşa göre yaşamın her döneminde farklı şekilde algılanmıştır. Okul öncesi dönemdeki bir çocuk için tehdit oluşturacak tek şey anne ve babasından ayrılmaktır. İlkokul döneminde ve erken ergenlik döneminde ölüm kişi içi kimlik gelişimini ve ilişkilerini olumsuz etkileyen bir durumdur. Yetişkinlik döneminde ise ölüm, bireyi dünyanın zevklerinden mahrum bırakan yaşamak istediklerini yaşamasına engel olan bir durumdur [46]. Bir çalışmada, ölüm kaygısı ile yaş arasında negatif bir ilişki belirlenmiş, gençlik döneminde ve orta yetişkinlik döneminde artan, yaşlılıkta azalan eğrisel bir eğilim bulunmuş ve ölüm kaygısı fiziksel ve zihinsel uyumla ilişkilendirilmiştir [47]. Genç yaşta gelen ölüm trajik ve kabul edilemez olmasına karşın yaşlılarda ölüm, kuralına uygun ve beklenen bir durumdur. Yaşlı bireyin gelişimi tamamlanmış ve artık ölümünü erteleyebileceği bir gelişim dönemi kalmamıştır [48]. Uzun ve mutlu bir yaşam geçiren yaşlılar ölümü yaşamın doğal bir sonu olarak görür ve daha kolay kabullenir. Ancak mutsuz bir yaşam sürmüşse, geçmiş günlerin pişmanlığını yaşar, yeniden yaşama özlem duyar. Zamanın artık çok az oluşuyla beraber umutsuzluk ve korku yaşar, ölümü kabullenmez, olabildiğince geç gelmesini ister [49]. Suhail ve Akram,

yaşlılarda ölüm kaygısının yüksek olduğunu bulduğu çalışmasında, bunun nedenini yaşlıların ölüme daha yakın olmaları, ölümü daha sık düşünmeleri ve yakın arkadaş/eş kayıplarının korku ve endişeyi artırarak ölüm kaygısını tetiklediği şeklinde açıklamışlardır [50].

2.7.2. Cinsiyet

Cinsiyet, sadece genlerle belirlenmiş biyolojik bir durum değil, aynı zamanda toplumsallaşmanın da bir ürünüdür. Giyim kuşamdan yaşam biçimine, duyguları ifade etme şekline kadar pek çok alanda belirleyici rol oynayan cinsiyetin, insan tutum ve davranışları üzerine etkileri sosyolog ve psikologlar tarafından araştırılmaya değer bir konu olmuştur [35]. Yıldız ve Bulut'un yaptığı çalışmada, ölüm kaygı düzeyi, kadınlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum, kadınlar üzüntü, keder, korku gibi duygularını erkeklere göre daha kolay ifade edebiliyor olabilirler şeklinde yorumlanmıştır. Çünkü Sosyal Rol Kuramı'na göre, toplum tarafından kadın ve erkeğe yüklenen rollerin farklı olması, davranışlarının da farklı olması sonucunu doğurmaktadır. Kadınların duygusal bir yapıya sahip olması, sosyokültürel sistemlerin cinsiyet rollerini oluşturmasının bir sonucu olması, kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek olması bunun nedenleri arasındadır [4]. Bunun yanında Wu ve arkadaşlarının, Hong Kong'ta yaptığı çalışmada, cinsiyetin ölüm kaygısını etkilemediği bulunmuştur [47].

2.7.3. Din

Dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisine bakıldığında bir başka dünyaya olan inancın kişinin maneviyatını etkilediği görülmüştür. Bir başka dünyaya olan inanç kişide ölüm kaygısının azalmasında etkilidir. Aynı zamanda bu inanç daha dindar bir yaşam sürme konusunda da etkili olmuştur [51]. Dindarlığın ölüm kaygısı üzerindeki etkisi hem pozitif hem de negatif yöndedir. Öldükten sonra Tanrı ile buluşacağına ve yeryüzündeki yaşamı için ödüllendirileceğine inanan kişiler için olumlu iken, öldükten sonra yargılanacağı ve cezalandırılacağını düşünen insan için ölüm bir kaygı sebebidir [52]. New York'ta bir kilisenin cemaati arasında yapılan çalışmada dindarlık düzeyinin ölüm kaygısını negatif yönde, ölümün kabulünü pozitif yönde etkilediği bulunmuştur [53]. Ölüm karşısında gösterilen tepkiler, kişinin ve toplumun ölümü algılayışı, inanç sistemleri, ikinci bir hayata olan inanç gibi etkenler toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Museviliğe göre

yaşam da ölüm de bir anlam taşır. Bu dünyada düzgün yaşayan insanın diğer dünyada ödüllendirileceğine inanılır. Hristiyanlığa göre ölen bedendir, ruh ise Tanrı'ya geri dönmektedir. İsa tekrar dirilerek yeryüzüne geri dönecektir. İslamiyete göre ise ölüm, gerçek olan yeni bir hayatın başlangıcıdır [54].

Yıldız'ın yaptığı bir çalışmada, dindarlık ve ölüm kaygısının karşılıklı olarak birbirini etkilediği görülmüştür. Çalışmaya göre dindarlık düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısı düzeyi yükselmiştir. Araştırmaya göre dindarların ölüm kaygılarının kaynağı, ölümlerinde acı çekmek, günahkar olmak ve diğer dünyada başına gelebilecek kötü şeylerden korkmak olarak yorumlanmıştır. Dindarların aldığı dini eğitimin de ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Korkutma ağırlıklı bir eğitim ölüm kaygısını arttırmada önemlidir [36].

2.7.4. Meslek

Acil kurtarma ekipleri, doğrudan travmatik olaya maruz kalmasalar da, meslekleri gereği felakete uğramış, hayati tehlikesi olan insanlarla çok sık karşılaşmaktadır. Yine travmatik olay sonrası ilk müdahaleyi yapan acil tıp hizmeti veren sağlık çalışanları da travmatik olaylarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Travmatik olaylara ve etkilerine sürekli maruz kalma, ağır yaralı ve cansız bedenleri enkazdan çıkarma acil tıp hizmeti veren sağlık personellerinde travmatik stres belirtilerini arttırmaktadır. Bu tür travmatik stres yaratan olaylar kişide fiziksel ve psikosomatik rahatsızlıklara, depresyona ve ölüm olayına karşı gelişen kaygı ve depresif duygu durumu bozukluklarına neden olmaktadır. Acehan'ın çalışmasında, cenaze hizmeti verenlerin ölümle sürekli olarak karşılaşmalarının ölüm kaygılarını arttırdığı sonucuna varılmıştır [55]. Polis, pilot, itfaiyeci, muhasebeci, sınıf öğretmeni ve psikolog gibi farklı meslek gruplarına mensup kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışan kişilerde (pilot, polis ve itfaiyeci) ölüm kaygısının daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur [56].

2.7.5. Kültür

Kültür, bireylerin ölüm kaygılarının oluşmasında en önemli etkenlerden biridir. Farklı kültürlerin yaşama ve ölüme karşı gösterdikleri tutumlar ve bakış açıları farklıdır. Bazı kültürler ölümden korkarken, bazı kültürler ölümlü yaşamın bir parçası olarak görür. Çoğu kültürler arası çalışma, Asya kültüründe yetişen insanların, batı toplumuna göre daha

iyi kontrol sağlama odaklı olduklarını ve daha düşük ölüm kaygısı rapor ettiklerini göstermiştir [47]. Dini kurum ritüelleri, teolojik ve felsefi görüşler insanların tutumlarının gelişmesinde oldukça etkilidir. Kişilik özellikleri ve inançlar, aynı kültür içinde kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Dolayısıyla aynı kültür içinde ölüm ve ölüme ilişkin tutumlar da farklıdır [57].

Türk kültürüne göre ölüm son değil, bu dünyadaki yaşamın tamamlanması ve öbür dünyaya açılan kapıdır [57]. Amerikan ve Çin kültüründe ise 40 yaş insanı için yaşam bitmiş ve artık ölüm başlamıştır. Çinliler kederli bir cenaze töreni ile işlenen günahların giderileceğine inanır. Museviler ölmek üzere olan kişinin yanında sürekli olarak birini bulundurarak kişinin bilinmeyen korkularını hafifletmeye çalışır. Ülkemizde yas ziyaretleri ile kayıp yaşayan kişiye yaşadığı acı tekrar tekrar anlatılarak kişinin duygu yoğunluğu azaltılır, acıyla baş etmesi kolaylaştırılmaya çalışılır [58].

2.7.6. Medeni Durum

Düzenli bir yaşam sürme, stresli olaylarla karşılaşma durumunda ailenin psikososyal destek mekanizmasının devreye girmesi evliliğin olumlu etkilerindedir [59]. Erdoğan ve Özkan'ın yaptığı araştırmada, evli olanların ölüm kaygısı bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durum, evlilerin eş ve çocuklarına karşı sorumluluk duygularının daha fazla hissedilmesi olarak yorumlanmıştır [60].

2.7.7. Çocuk Sahibi Olma

Çocuk, kişinin genlerinin devamı olduğu için biyolojik anlamda ölümsüzlüğü ifade eder. Özellikle doğu toplumlarında erkek çocuk soyun devam etmesini sağlar. Ayrıca yaşlılık ve hastalık durumlarında, çocuklar psikolojik açıdan bir güç, ölüme yaklaşırken kişiyi terk etmeyecek bir kuvvettir. Bütün bunlar göz önüne alındığında, çocuk sahibi olmanın ölüm kaygısını azaltıcı rol oynadığı düşünülmektedir [59].

2.7.8. Kronik ve Fiziksel Hastalıklar

Fiziksel hastalıklarda, hastalığın terminal dönemde olduğunun öğrenilmesi ölüm kaygısının artmasına neden olurken aynı zamanda kişide depresyon ve intihar düşüncesinin oluşmasına da neden olur. Yorgunluk hissi, günlük işlevlerini yapmada zorlanma ya da yetersizlik, sakatlık durumunun olması gibi durumlar da ölüm kaygısını artırır.

Kastenbaum, yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanan kişilerde, ölüm kaygısı düzeyini belirleyen etkenleri şöyle sıralamıştır [61]:

- Hastalık tanımı ve prognozunun belirsiz olması
- Hastalığın ölümcül olduğunun öğrenilmesi
- Tedaviye rağmen semptomlarda yeterli düzelme olmaması
- Hasta bireyin, bir yakınına kaybetmesi
- Hasta bireyin, yaşamın sonu ile ilgili düşüncelere dalması
- Hasta bireyin, yaşamın anlamına dair ne tür düşünceler geliştirdiği
- Hasta bireyin, ölüm sürecinin son döneminde çaresizlik duygusuna kapılması ve ağrı deneyimleri ile ilgili kaygı yaşamaması.

Yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırmada, kalp hastalığına sahip olan bireylerin ölüm kaygısı ölçeği toplam puanı, kalp hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur [49]. Dönmez ve Yılmaz, diyaliz tedavisi alan hastalarda hafif düzeyde ölüm kaygısı ve depresif duygu durumu varlığı belirlemişlerdir [58]. Orak ve arkadaşları ise hayati tehlike yaratan bir hastalık geçiren kişilerle, ailede ani ölüm öyküsü olanların ölüm kaygılarını anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır [62].

2.7.9. Kişilik Özellikleri

Kişilik, bir insanın öznel ve nesnel yanlarıyla diğer insanlardan farklılaşan duygu, düşünce, tutum ve davranışlarıdır. Bireyler kişilik yapıları farklı olduğu için aynı olay karşısında farklı tepkiler gösterirler ve farklı savunma mekanizmaları geliştirirler. Kişilik özelliklerinin belirlenmesinde esas alınan beş faktör kişilik modelinin temel boyutları şu şekildedir [63]:

Sorumluluk: Yüksek sorumluluk duygusuna sahip bireyler dikkatli, öz disipline ve başarıya duygusuna sahiptir. Düşük sorumluluk duygusuna sahip bireyler ise düzensiz, sorumsuz ve plansızdır.

Uyumluluk: Etrafına karşı saygılı, empatik kişiler yüksek uyumluluk özelliğine sahiptir. Sinirli, huysuz, iş birliğinden kaçan kişiler ise düşük sorumluluk özelliğine sahiptir.

Duygusal Denge: Yüksek duygusal dengeye sahip bireyler sakin, dengeli ve güven verici iken, düşük duygusal denge özelliklerine sahip bireyler endişeli, gergin ve sıkıntılıdır.

Açıklık: Duyarlı, esnek, yaratıcı, meraklı ve deneyime açık olmak gibi özellikler açıklıkla ilgilidir. Değişime karşı dirençli, yeni fikirlere kapalı ve tutuculuk gibi özellikler ise düşük açıklık olarak kabul edilir.

Dışa Dönüklük: Kişi, sosyal, sempatik, baskın ve konuşkan gibi kişilik özelliklerine sahiptir.

Yıldız ve Bulut'un çalışmasında, nörotik kişilik ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönde; deneyime açıklık ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiş; uyumluluk ve sorumluluk ile ölüm kaygısı arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş ayrıca, dışadönüklük ile ölüm kaygısı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum, kişiliğin, olumlu ya da olumsuz olarak nitelendirilebilecek özelliklerinin, ölüme ilişkin düşünce, duygu ve kaygılar üzerinde etkileri olabileceği şeklinde yorumlanmıştır [4].

2.7.10. Yaşam Olayları

Boşanma, taşınma, yeni bir iş ve çalışma koşulları kişinin ölüm kaygısını arttırabilir. Olumsuz yaşam olayları ve sorunlarla başa çıkma yöntemleri ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Aile bireylerinden birinin kaybı ile kişi ölümlerle yüzleşmekte, yalnızlık ve kaygı duygusu yaşamaktadır. Ekonomik sorunlar genel kaygı düzeyini etkilemekte bu da ölüm kaygısını arttırmaktadır [44]. Chen ve arkadaşları, hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada, yakın birinin ölümünü deneyimleyen öğrencilerin ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir [64].

2.7.11. Yatan Hasta Olma

Hastalık tanısı alarak hastaneye yatan birey biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak negatif yönde etkilenmektedir. Hasta, tanısı ne olursa olsun fiziksel hastalığa çeşitli anlamlar yüklemekte ve homeostatik dengesi bozularak duygusal tepkiler oluşturmaktadır. Hastalık, kişinin beden imajını, özgüvenini, kimliğini, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkilemekte genel bir anksiyete durumu ve depresyona yol açmaktadır. Hastane ortamında bulunma ve oluşabilecek komplikasyonların varlığı, ağır ve kronik hastalıklarda anksiyeteyi daha da arttırmaktadır [65]. Dahili kliniklerde yatan hastalar çoğunlukla kronik hastalığa sahip ya da terminal dönemde, kısa ya da uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalardır [66]. Alaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların %43'ü hastalıklarını

ilk öğrendiklerinde korku, %30'u üzüntü ve %11'i kaygı ve öfke yaşadıklarını belirtmiştir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %50'si ölümü düşündüklerini, %26'sı durumunun kötüye gittiğini ve %13'ü korktuğunu belirtmiştir. Hastalar özellikle aileleri ile endişe yaşadıklarını, eskisi gibi olamayacaklarını ve hayatlarını hastanede ve bağımlı olarak geçireceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir. Özellikle bilinci açık hastalar kendi yaşamsal sorunlarıyla baş etmeye çalışırken, diğer hastalara yapılan uygulamalara tanıklık etmekte ve gürültü ve ışık nedeni ile stres yaşamaktadırlar [67]. Kalp hastalıkları, diyabet ve kanser gibi hastalıklara sahip hastalarda anksiyete, tedaviye uyumu güçleştirerek hastanede kalma süresini ve tedavi maliyetini arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kişilerin hasta ile iletişimi, onun kaygılarını nasıl en aza indireceğini bilmesi, kendinin farkında olması son derece önemlidir [65].

2.8. Ölüm Eğitimi

Yaşamın bir gerçeği olan ölümü kabullenerek onunla yüzleşmek, bireyin kendini bütünsel olarak algılamasına, yaşamı anlamasına ve ondan zevk almasına yardımcı olur. Ölüm gerçeğiyle yüzleşme, yaşamı anlamlı kılar. Büyüme ve gelişmenin kaçınılmaz olan ölüm olgusu ile uyumlu olarak sürdürülmesi gereklidir. Özellikle meslekleri gereği ölüm olayı ile sık karşılaşan ya da ölüm sonrası yas dönemindeki kişilere psikolojik destek sağlaması gereken kişilerin, ölüm eğitimi alması gereklidir. Ölüm eğitimi kişilerin ölüm olayı karşısında nasıl bir tavır takınmaları gerektiğini öğrenme, ölüme karşı olumsuz düşüncelerinin farkına vararak ölüm kaygılarını azaltmaya yöneliktir [68]. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrenciler hastaya bakım sağlama ve ailesi ile iletişim kurma konusunda günlük yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kızgın olan aile üyelerine nasıl davranacaklarını, duygularını nasıl kontrol edeceklerini, kötü haber verme konusunda nasıl bir yol izleyeceklerini bilmediklerini ve bu konuda eğitime gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir [69].

Ölüm eğitimi, sağlık çalışanlarının ölüme karşı olumlu tutum geliştirmeleri, kaygılarını en aza indirgemeleri için oldukça önemlidir [70]. Ölüm eğitimi, sağlık profesyonellerinin kendileri ile ilgili iç görü kazanmalarını ve kendi ölüm davranışlarını mesleğin profesyonel yapısından ayırmalarını sağlar. Kişisel yaklaşımları ile mesleğinin ayırımında olan sağlık çalışanı, ölüme yaklaşan birey ve ailesine karşı daha olumlu tutum sergileyebilir [71].

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek sağlık çalışanları için duygusal olarak zorlayıcı bir deneyimdir. Sağlık çalışanları hastalıkların tedavisi ve yaşamın sürdürülebilmesi için eğitim almaktadır. Ölmek üzere olan bir hasta ile karşılaştıklarında çaresizlik, anksiyete, suçluluk duygusu yaşayabilir, kendilerini hastanın bakımında yetersiz hissedebilirler. Sağlık çalışanları, hastalarının kendi çalışma saatlerinde ölme olasılığından bile rahatsız olurlar. Bu durum, onların hasta ve ailesi ile iletişim kurmasını hatta hastanın bakımına katılmada isteksiz olmasını sağlar [70]. Modern sağlık kuruluşları yaşamı uzatmaya yoğunlaşmış ancak ölüm ve ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili eğitim programları geliştirememiştir. Dünya genelinde ev ortamında ölüm tercih edilse bile çok sayıda kişi hastanelerde ölmektedir. Bu durum sağlık profesyonelleri için ölüm eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Bunun için eğitim müfredatının son dönemlerinde hastalara yönelik teorik bilgilerin sunulması, son dönem hastalarına bakım verilmesi, danışman desteği alınması, seminer ve konferans gibi bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi yararlı olacaktır. Ayrıca, ölüm, ölmekte olan hastanın bakımı ve ölüm anksiyetesi konularının hem eğitim müfredatlarına yerleştirilmesi hem de özellikle yeni başlayan personeller için eğitim programlarına dahil edilmesi de önemlidir. Bu programlar sağlık çalışanlarının ölümü bir tabu olarak görmesinin önüne geçerek hasta ve ailesi ile iletişimin kalitesini arttıracak, hastaya verilen bakımın en üst seviyeye çıkmasına yardımcı olacaktır [70,7]. Tıp ve hemşirelik dernekleri, 1995 yılından itibaren eğitim müfredatında ölüm eğitiminin yetersiz olduğunu belirtmiş ve ölüm eğitimi konusunun müfredata alınması konusunda çalışmalar yapmıştır. Amerikan Tabipler Birliği (1988) “Yaşam Sonu Bakımda Hekim Eğitimi” programı geliştirmiş; Amerikan Derneği ise Hemşirelik Yüksekokulu 2000 Yılında Yaşam Boyu Hemşirelik İçin Kılavuz ve İlkeler Yönergesi doğrultusunda “Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Müfredatı” tasarlamıştır [72].

2.9. Sağlık Profesyonellerinde Ölüm Kaygısı

Modern tıbbın ve tedavilerin artmasıyla birlikte kronik, ölümcül hastalıklarla yaşanan süre uzamış, sağlık personelinin ölümcül hastayla karşılaşma ve tedavi süresi de artmıştır. Ölümlerin büyük bir bölümü hastanelerde gerçekleşmeye başlamış, ölüm toplum dışına atılan bir olgu haline gelmiştir. Bu durum sağlık profesyonellerinin ölümle daha sık karşılaşmasına ve ölümün duygusal yükünü daha çok hissetmelerine yol açmaktadır. Ölüm olgusu sadece hasta ve ailesi için değil sağlık profesyonelleri için de kaygı verici bir

durumdur. Ölümcül hastaya bakım veren sağlık personeli kendi ölüm gerçeği ile yüzleşmekte, duygusal zorlanma yaşamaktadır. Sağlık profesyonelleri hastanın bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan korkarlar. Başarısız olma, suçluluk duygusuna neden olur. Hastanın kendi nöbetlerinde ölmesini ve hasta yakınlarına kötü haberi vermek istemezler. Bu nedenle hasta ve ailesiyle mümkün olduğunca az iletişim kurarlar [73]. Sağlık çalışanları hasta ve ailesi ile ölüm konusunda konuşmaktan kaçınmaktadır. Tedaviye odaklanarak hasta ve ailesinin duygusal durumuna önem vermemekte, iletişimi olabildiğince alt seviyede tutmaya çalışmaktadır [19]. Aslında önemli olan hastanın ne kadar uzun süre yaşadığı değil, olabildiğince acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini en üst düzeyde tutabilmektir [73]. Sağlık çalışanlarının ölümü uğursuz ve korkutucu olarak görmeleri hastalara verilen bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ölüme yaklaşan hastalar için bakım standartlarını belirlemek ve takip etmek kaliteyi arttırmada önemli katkılar sağlayabilir [74].

2.9.1. Hekimlerde Ölüm Kaygısı

Tıp öğrencileri klinik eğitimde kadavra eğitimleri de almaktadır. Hekim olarak çalışmaya başladıklarında ölmek üzere olan hastalarla sıklıkla karşılaşmakta ve tedavi sorumluluğu üstlenmektedirler. Böylece gözlemci rolünden çıkıp bakım verici ve tedavi edici rol almaktadırlar. Yaşamın sonuna yaklaşan hasta ve ailesi ile iletişim kurmak, ölüm olgusuyla karşılaşmak durumundadırlar. Hekimlerin ölüm karşısındaki tepkileri ve başa çıkma becerileri verdikleri bakımın/tedavinin kalitesini etkileyebileceği için oldukça önemlidir [75].

Temel olarak tıp eğitimi süresince hastalıkların tanınması ve tedavileriyle ilgili eğitim alan hekimler, ölüm karşısında tutum ve ölmekte olan hasta ile ilgili yeterli eğitim almamaktadırlar [8]. Hekimler ölmekte olan bireye yapılacak bakım ve tedavi uygulamalarında ölüm ile yaşam çizgisinin başlangıcı ve bitişinin belirsizliği, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme konularında karar verme ile ilgili etik ikilemler yaşamaktadırlar. Hasta hekim ilişkisinde etik yaklaşımda bulunmak, hastanın hak ve onurunu korumak için yaşam sonuyla ilgili kararların tartışılması tıp eğitimi içerisinde yer alması gereken konulardan biridir [76]. Yapılan bir çalışmada, Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ölümcül hastayla karşılaştıkları zaman kendilerini yetersiz, hazırlıksız, boş, öfkeli ve başarısız hissettikleri belirlenmiştir. Hekimlerin diğer meslek elemanlarından

daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları ve hatta bu korkularını yenmek için hekim oldukları ileri sürülmektedir. Uzun süre hastalık ve ölüm olaylarına maruz kalmak da ölüm kaygısını ortaya çıkarmaktadır [8].

Tarhan, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü'ne devam eden öğrencilerle yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerine uygulanan ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin, ölüm kaygı düzeyini düşürmede etkili olduğunu ve bu etkinin uzun süreli olarak devam ettiğini belirlemiştir [68]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutumlarının araştırıldığı çalışmada ise öğrencilerin mesleki eğitim öncesinde sahip oldukları “kaçınıcı tutum” düzeylerinin, mezun olurken de aynen devam ettiği görülmüştür [77]. Özkırış ve arkadaşlarının 304 hekimle yaptığı çalışmada, ölüm kaygısı yüksek saptanan hekim oranı dahili tıp grubunda %47.1, cerrahi tıp grubunda %39.2 ve temel tıp/radyoloji grubunda %65.9 olarak bulunmuş, temel tıp/radyoloji grubunda ölüm kaygısı düzeyinin, cerrahi tıp grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, hekimlerin %94.4'ü “tıp eğitimi sırasında ve sonrasında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımla ilgili eğitim gereklidir” ve %98.8'i “ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gereklidir” demiştir [8].

2.9.2. Hemşirelerde Ölüm Kaygısı

Hemşireler, bakım verdikleri hastalara kendi olumlu olumsuz duygularını yansıtabilmektedir. Hemşirelik klinik becerilere ek olarak yaşam sonu hasta bakımını ve aile ile iletişim kurma becerilerini içerir. Ölmekte olan hastanın bakımı, hastayı sağlığına kavuşturma amacı olan hemşirelerin etik güçlükler yaşamasına neden olur. Ölmekte olan hastaların beklentileri ile yüzleşmek hemşirelerin endişe duymasına ve prosedürler karşısında belirsizlik yaşamasına yol açar. Bu durum, hasta ile terapötik ilişki kuran hemşirelerin stres düzeyini ve tükenmişlik riskini daha da artırır. Bu yönüyle hemşirelik mesleği duygusal olgunluk gerektirmektedir [78].

Hemşireler yoğun bakımlar başta olmak üzere dahili kliniklerde de ölmekte olan hastalarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu durum hemşirelerin endişe ve korku yaşamalarına neden olur, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkiler. Hastalarının ölümü hemşirelerin yaşamlarını olumsuz etkileyerek, ölüme karşı negatif duygular geliştirmesine neden olur.

Bu da ölmekte olan hasta ile iletişimde ve hizmet sunumunda olumsuzluklara yol açar [74]. Özellikle terminal dönemde olan hasta ve yakınlarına gereksinim duydukları bakımı sağlamak hemşirenin önemli sorumlulukları arasındadır. Hemşire, hasta ve yakınları ile terapötik iletişim kurmalı ve sürdürmelidir. Ancak hastanın beklenen ölümü, hemşirenin yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte, ölüm yok sayılmakta, hasta ve ailesi ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır [19].

Hemşirelerin kendi inanç ve değerleri ile ölüme ilişkin kaygı ve düşünceleri ölümcül hastaya olan yaklaşımda etkili olmaktadır. Ölüme ilişkin korkularının farkında olmayan bir hemşire, hastaya yardım edemeyeceğini düşünerek sorumluluk almaktan korkabilir ve hastadan kaçınıcı bir tutum sergileyebilir. Ölümcül hastaya bakım veren hemşireler şu tepkileri gösterebilir [56]:

- Ölmekte olan hastayı kaybetmenin acısı ile hastadan kopabilir.
- Hastanın nasıl ölmesi gerektiği konusunda gerçekçi olmayan beklentilere sahip olabilir. Hasta ve ailesinin kendi duygularını kontrol edememesinden korkabilir.
- Agresif semptom yönetimi gerektiğinde veya yaşamı uzatan tedbirlerin durdurulması istendiğinde hastanın ölümünü hızlandırmaya katılmaktan korkabilir.
- Aynı yaş veya koşullara sahip bir hastayla özdeşleşebilir, bu durumda daha fazla kaygıya yol açabilir.
- Bir hastanın ölümüyle karşılaşmak hemşireye daha önce yaşadığı kayıplarını hatırlatarak keder ve öfke duyguları yaşamasına neden olabilir.
- Hemşirenin uygun gördüğü destek tipini sunmayan aileye karşı öfke duygusu yaşayabilir.

Cooper ve Barnett'in hemşire öğrencilerle yaptığı çalışmasında, yaşam sonu dönemdeki hastaya bakım verme rolünün kaygı oluşturduğu saptanmıştır [79]. Koç ve Sağlam, öğrencilerin %25.7'sinin ölmekte olan hastaya bakım verirken yetersizlik, %20'sinin anksiyete yaşadığını ve öğrencilerin %75.7'sinin terminal dönemdeki bireyin bakımı için kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmiştir [80]. Çevik'in çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğu (%83.3) ölmekte olan hastaya bakım verdiğini ve bakım verirken sıklıkla keder (%37.5) yaşadıklarını belirtirken, yarısından fazlası ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini ve çoğunluğu ölüm kavramını hasta ve yakınları ile rahat konuşamadıklarını ifade etmişlerdir [81]. Hemşireler ölmek üzere olan hastaların duygusal

ve fiziksel bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmalı, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için kendi duygularını tanımalıdır. Hemşirelerin ölüme ilişkin pozitif/olumlu tutumları eğitim ve deneyimle gelişmektedir [82]. Sağlık yöneticileri, hasta ve ailesi ile iletişimde hemşirelere psikolojik destek sağlamalı, bunun için özel birimler oluşturmalarıdır. Hemşireler kendi aileleri tarafından da desteklenmelidir. Hemşirelerin gereksinimlerini göz ardı etmek, hasta ve toplum için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Ölmekte olan hasta ve ailesi için uygun bakım ve destek sistemleri tasarlanmalı ve hemşirelerin ölüme karşı tutum ve inançları değerlendirilmelidir [74].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mart 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde (dahiliye, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, onkoloji, nefroloji, cildiye, nöroloji, kardiyoloji) çalışan hekim ve hemşirelerle yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde çalışan 51 hekim ve 196 hemşire; örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 47 hekim ve 139 hemşire olmak üzere 186 kişi (%94) oluşturdu.

Araştırmaya Kabul Ölçütleri

- 18 yaş ve üzerinde olan
- En az üç aydır dahili kliniklerde hekim ve hemşire olarak çalışan
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler çalışmaya dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)” kullanılarak toplandı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu iki bölümden oluştu. Birinci bölümde, hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler, meslek, kurumda çalışma pozisyonu, çalışma süresi, çalışılan klinikten memnun olma) belirlemeye yönelik 10 soru yer aldı. İkinci bölümde ise hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerini (çalışılan klinikte ölümle karşılaşp karşılaşmadığı, kronik hastalık varlığı, bir sorunla karşılaştığında başa çıkma yöntemi, olumsuz etkilenilen yaşam olayları,

ölümüne en çok üzüntü duyacağı kişiler, ölümün tanımı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma, dindarlık düzeyini değerlendirme, ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma ve zamanını nasıl geçirdiği) belirlemeye yönelik 12 soru yer aldı. Kişisel Bilgi Formu toplam 22 sorudan oluştu (**EK 1**).

3.4.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), Templer (1970) tarafından geliştirilmiştir [83]. ÖKÖ, 15 maddelik Evet/Hayır şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir “evet” yanıtı için “1”, “hayır” yanıtı için “0”, diğer 6 maddeye verilen her bir “hayır” yanıtı için “1”, “evet” yanıtı için “0” puan alınmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan “0” ve en yüksek puan “15” tir. Toplam puan, ölüm kaygı puanını gösterir. Puan arttıkça ölüm kaygısı düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanır. ÖKÖ’nün Türkçe uyarlama, güvenirlik ve geçerlilik testleri Akça ve Köse (2008) tarafından yapılmıştır [84]. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .79 ve Kuder-Richardson formülü ile hesaplanan güvenirlik katsayısı ise .75 olarak bulunmuştur. Bu bulgular Templer’in (1970) orijinal çalışmasında bulunan .83 ve .76'lara benzerdir. Bu çalışma için ÖKÖ’nün alfa iç tutarlılık katsayısı .75 olarak bulundu (**EK 2**).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Kişisel Bilgi Formu ve ÖKÖ, hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Kişisel Bilgi Formu ve ÖKÖ, hekim ve hemşirelerin çalıştığı klinikte hekim ve hemşire odasında her iki tarafın da uygun bulunduğu bir zaman dilimi içerisinde dolduruldu. Kişisel Bilgi Formu ve ÖKÖ’nün doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerle yapılması araştırmanın sınırlılığdır. Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşirelerin bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez. Araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenirlik ve geçerlilik boyutları ve kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır. Ayrıca, veri toplama araçlarının hekim ve hemşirelerin çalışma

saatleri içerisinde uygulanması ve nöbet sistemi ile çalışanlara ulaşmada güçlük yaşanması bu araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

3.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmaya katılacak hekim ve hemşirelere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verilerek, gönüllü olarak araştırmayı katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” etik ilke olarak imzalatıldı (**EK 3**). Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi göz önünde bulundurularak araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı.

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla ilk olarak Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’ne başvuru yapılarak Ordu Devlet Hastanesi Başhekimliği’nden araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak yazılı kurum izni alındı (**EK 4**). Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul İzni Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan (No:23618724) alındı (**EK 5**).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizler için SPSS v25 (Statistical Pack age for Social Sciences) programı (IBM Inc., Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile grup varyanslarının homojenlik kontrolü Levene testi ile yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma (minimum-maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Sürekli değişkenler arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde, iki grup ortalaması student t testi ile ikiden fazla grup ortalaması tek-yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ile değerlendirildi. Varyans analizi sonrası gerekli olması durumunda farklı ortalamalar Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlendi. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 47 hekim ve 139 hemşireye ait tanıtıcı özellikleri ile ölüme ilişkin özellikleri ve ÖKÖ puan ortalamaları yer aldı.

Tablo1. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=186)

Tanıtıcı Özellikler	Hekim (n=47)		Hemşire(n=139)	
	N	(%)	n	(%)
Yaş				
18-35	1	2.1	28	20.1
36-45	38	80.9	93	66.9
46-61	8	17.0	18	13.0
	X±SS: 39.83 ± 6.82			
Cinsiyet				
Kadın	17	36.2	129	92.8
Erkek	30	63.8	10	7.2
Medeni durum				
Evli	41	87.2	117	84.2
Bekar	6	12.8	22	15.8
Eğitim düzeyi				
Lise	0	0.0	9	6.5
Ön Lisans	0	0.0	61	43.9
Lisans	0	0.0	59	42.4
Yüksek Lisans	0	0.0	10	7.2
Doktora	47	100.0	0	0.0
Çocuk sayısı				
Yok	8	17.0	19	13.7
1-3 çocuk	36	76.6	114	82.0
4-6 çocuk	3	6.4	6	4.3
Evde birlikte yaşanan kişiler				
Yalnız	5	10.6	12	8.6
Eş ile	5	10.6	12	8.6
Eş ve çocuklar ile	32	68.1	97	69.8
Anne baba ile	2	4.3	8	5.8
Eş, çocuklar, anne, baba ile	3	6.4	10	7.2
Kurumdaki görev pozisyonu				
Uzman hekim	42	89.4	0	0.0
Sorumlu hekim	5	10.6	0	0.0
Klinik hemşire	0	0.0	125	89.9
Servis sorumlu hemşire	0	0.0	14	10.1
Çalışma süresi				
1 yıldan az	0	0.0	2	1.4
1-5 yıl	1	2.1	10	7.2
6-10 yıl	9	19.1	15	10.8
11-15 yıl	20	42.6	25	18.0
16 yıl ve üstü	17	36.2	87	62.6
Çalışılan klinikten memnun olma				
Evet	37	78.7	119	85.6
Hayır	10	21.3	20	14.4

X= Ortalama, SS= Standart sapma

Tablo 1’de hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %25.2’sini hekimler, %74.8’ini hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %80.9’u, hemşirelerin %66.9’u 36-45 yaş arasında; hekimlerin %63.8’i erkek, hemşirelerin %92.8’i kadın; hekimlerin %87.2’si, hemşirelerin %84.2’si evli; hekimlerin %100.0’ü doktora (uzman) sahip ve hemşirelerin %43.9’u ön lisans mezunu bulunmuştur. Hekimlerin %76.6’sı, hemşirelerin %82.0’ı 1-3 çocuğa sahip; hekimlerin %68.1’i, hemşirelerin %69.8’i eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta; hekimlerin %89.4’ü kurumda uzman hekim olarak, hemşirelerin %89.9’u klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %42.6’sı 11-15 yıl, hemşirelerin %62.6’sı 16 yıl ve üzeri süredir çalışmakta; hekimlerin %78.7’si, hemşirelerin %85.6’sı çalıştığı klinikten memnun bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=186)

Ölüme İlişkin Özellikler	Hekim (n=47)		Hemşire(n=139)	
	n	(%)	n	(%)
Çalışılan klinikte ölümle karşılaşma				
Evet	41	87.2	127	91.4
Hayır	6	12.8	12	8.6
Kronik hastalık varlığı				
Evet	11	23.4	27	19.4
Hayır	36	76.6	112	80.6
Bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi⁺				
Kendim çözmeye çalışırım	34	72.4	104	74.8
Çevremden yardım alırım	10	21.2		17.3
Sorunu görmezlikten gelirim	3	6.4	24	0.7
İbadet ederim	0	0.0	3	2.2
Ailemden yardım alırım	0	0.0	7	5.0
Olumsuz etkilenilen yaşam olayları⁺				
Fiziksel hastalık	35	75.4	93	66.9
Ölüm	27	57.4	74	53.2
Aileden ayrı olma	13	27.6	41	29.4
Boşanma	7	14.8	17	12.2
Emeklilik	1	2.1	3	2.1
Ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler⁺				
Çocuk	44	93.6	125	89.9
Eş	28	59.5	67	48.2
Yakın akraba	22	46.8	56	40.2
Yakın arkadaş	17	36.1	41	29.4
Kimseye üzülmem	0	0.0	3	2.1
Ölümün en iyi tanımı⁺				
Mutlak son	18	38.2	48	34.5
Olağan bir durum	11	23.4	17	12.2
Yeni bir yaşamın başlangıcı	10	21.2	30	21.5
Kader	6	12.7	32	23.0
Korkunç bir olay	2	4.2	7	5.0
Rahatlık	1	2.1	0	0.0
Anlamsızlık	0	0.0	1	0.7
Başka bir formda yeniden yaşama dönme	0	0.0	3	2.1
Belirsizlik	0	0.0	3	2.1
Ölümü düşünme sıklığı				
Sık sık	10	21.3	45	32.4
Ara ara	30	63.8	82	59.0
Hiç düşünmem	7	14.9	12	8.6
Daha önce kayıp/yas yaşama				
Evet	37	78.7	117	84.2
Hayır	10	21.3	22	15.8
Ölümlle ilgili düşüncelerini paylaşma				
Evet	30	63.8	93	66.9
Hayır	17	36.2	46	33.1
Dindarlık düzeyini değerlendirme				
Yüksek	7	14.9	11	7.9
Orta	29	61.7	110	79.1
Düşük	6	12.8	14	10.1
Dindar değil	5	10.6	4	2.9

Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=186) (devamı)

Ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma				
Evet	0	0.0	12	8.6
Hayır	47	100.0	127	91.4
Evde zaman geçirme şekli⁺				
TV/Radyo/Bilgisayar	34	72.3	73	52.5
Gazete kitap okuma	24	51.0	57	41.0
Çevredekilerle sohbet etme	13	27.6	26	18.7
Ev işleri yapma	12	22.5	84	60.4
Uyuma	10	21.2	31	22.3
Alışveriş	9	19.1	16	11.5
Misafir gelmesi/ziyaret	5	10.6	38	27.3
Seyahat	4	8.5	7	5.0
İbadet	4	8.5	22	15.8
Yalnız oturma	3	6.3	11	7.9
El becerisi	2	4.2	17	12.2
Çocuklarla ilgilenme	2	4.2	4	2.8
Toprakla uğraşma	0	0.0	8	5.7

⁺, Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 2’de hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %87.2’si, hemşirelerin %91.4’ü çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmakta; hekimlerin %76.6’sının, hemşirelerin %80.6’sının kronik bir hastalığı bulunmamakta; hekimlerin %72.4’ü, hemşirelerin %74.8’i bir sorunla karşılaştığında sorunlarını kendisi çözmeye çalışmakta; hekimlerin %75.4’ü, hemşirelerin %66.9’u en çok fiziksel bir hastalıktan olumsuz etkilenmekte; hekimlerin %93.6’sı, hemşirelerin %89.9’u en çok çocuğunun ölümüne üzüntü duyacağını belirtmekte, hekimlerin %38.2’si, hemşirelerin %34.5’i ölümü mutlak son olarak tanımlamakta; hekimlerin %63.8’i, hemşirelerin %59.0’u ölümü ara ara düşünmektedir. Hekimlerin %78.7’si, hemşirelerin %84.2’si daha önce kayıp/yas yaşamış; hekimlerin %63.8’i, hemşirelerin %66.9’u ölümle ilgili düşüncelerini paylaşmakta; hekimlerin %61.7’si, hemşirelerin %79.1’i dindarlık düzeyini orta olarak değerlendirmekte; hekimlerin hiçbiri, hemşirelerin %91.4’ü ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almadığını, hekimlerin %72.3’ü evdeki zamanını televizyon/radyo/bilgisayar ile hemşirelerin %60.4’ü ev işi yaparak geçirdiğini belirtmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları(n=186)

	N	X±SS	Med (Min-Max)
Hekim	47	7.21±2.60	7 (2-12)
Hemşire	139	8.42±2.89	8 (2-15)
Toplam	186	8.11±2.87	8 (2-15)
p= 0.012 (t=-2.539)			

X= Ortalama, SS= Standart sapma

Tablo 3'te hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları görülmektedir. ÖKÖ puan ortalaması hekimlerde 7.21±2.60, hemşirelerde 8.42±2.89 olarak bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0.05) (Tablo 3).

Tablo 4. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları (n=186)

Tanıtıcı Özellikler	Hekim (n=47) ÖKÖ			Hemşire (n=139) ÖKÖ		
	n (%)	X±SS	P	n(%)	X±SS	p
Yaş						
18-35	1(2.1) [#]	9.000 [#]	t=1.729 p=0.091	28 (20.1)	8.17±3.12	f=1.305 p=0.275
36-45	38(80.9)	7.47±2.63		93 (66.9)	8.30±2.76	
46-61	8(17.0)	5.75±2.12		18 (12.9)	9.44±3.14	
Cinsiyet						
Kadın	17(36.2)	7.64±2.73	t=0.858 p=0.395	129(92.8)	8.51±2.92	t=1.391 p=0.166
Erkek	30(63.8)	6.96±2.53		10 (7.2)	7.20±2.34	
Medeni durum						
Evli	41(87.2)	7.29±2.36	t=0.363 p=0.730	117(84.2)	8.35±2.72	t=-0.613 p=0.541
Bekar	6(12.8)	6.66±4.13		22 (15.8)	8.77±3.76	
Eğitim düzeyi						
Lise	0	0.0	-	9 (6.5)	8.11±3.18	F=0.790 p=0.502
Ön Lisans	0	0.0		61(43,9)	8.85±2.46	
Lisans	0	0.0		59 (42.4)	8.10±3.16	
Yüksek Lisans	0	0.0		10 (7.2)	8.00±3.52	
Doktora	47(100.0)	7.21±2.60		-	-	
Çocuk sayısı						
Yok	8 (17.0)	6.37±3.54	F=4.371 p=0.019	19 (13.7)	8.73±3.81	F=0.158 p=0.854
1-3 çocuk	36 (76.6)	7.69±2.16		114(82.0)	8.36±2.76	
4-6 çocuk	3 (6.4)	3.66±2.08		6 (4.3)	8.66±2.50	
Evde birlikte yaşanan kişiler						
Yalnız	5 (10.6)	7.60±3.84	F=3.112 p=0.025	12 (8.6)	7.16±3.56	F=1.410 p=0.234
Eş ile	5 (10.6)	6.60±2.40		12 (8.6)	8.50±2.46	
Eş ve çocuklar ile	32 (68.1)	7.37±2.22		97 (69.8)	8.45±2.79	
Anne baba ile	2 (4.3)	2.00±0.00		8 (5.8)	10.25±3.61	
Eş, çocuklar, anne, baba ile	3 (6.4)	9.33±1.52		10 (7.2)	8.10±2.68	
Kurumdaki görev pozisyonu						
Uzman hekim	42 (89.4)	7.09±2.66	t=-0.895 p=0.376	0	0.0	t=-2.071 p=0.040
Sorumlu hekim	5 (10.6)	8.20±1.92		0	0.0	
Klinik hemşire	0	0.0		125(89.9)	8.25±2.85	
Servis sorumlu hemşire	0	0.0		14 (10.1)	9.92±2.92	
Çalışma süresi						
1 yıldan az	0	0.0	F=0.767 p=0.471	2(1.4)	9.00±0.00	F=1.144 p=0.339
1-5 yıl	1(2.1) [#]	5,00 [#]		10 (7.2)	6.80±2.97	
6-10 yıl	9 (19.1)	8.22±1.48		15 (10.8)	8.80±2.70	
11-15 yıl	20 (42.6)	7.10±3.21		25 (18.0)	8.00±2.61	
16 yıl ve üstü	17 (36.2)	6.94±2.27		87 (62.6)	8.65±3.00	
Çalışılan klinikten memnun olma						
Evet	37 (78.7)	7.27±2.79	t=0.288 p=0.774	119(85.6)	8.43±2.80	t=0.124 p=0.902
Hayır	10 (21.3)	7.00±1.82		20 (14.4)	8.35±3.48	

[#], istatistik analizlerde dikkate alınmamıştır

Tablo 4'te hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre en yüksek ÖKÖ puan ortalamaları 36-45 yaş aralığındaki hekimlerde (7.47 ± 2.63), 46-61 yaş aralığındaki hemşirelerde (9.44 ± 3.14); kadın hekimlerde (7.64 ± 2.73), kadın hemşirelerde (8.51 ± 2.92); evli hekimlerde (7.29 ± 2.36), bekar hemşirelerde (8.77 ± 3.76); doktoralı hekimlerde (7.21 ± 2.60), önlisans mezunu hemşirelerde (8.85 ± 2.46); 1-3 çocuk sahibi olan hekimlerde (7.69 ± 2.16), çocuğu olmayan hemşirelerde (8.73 ± 3.81); geniş ailede yaşayan hekimlerde (9.33 ± 1.52), anne baba ile yaşayan hemşirelerde (10.25 ± 3.61); sorumlu hekim olarak çalışanlarda (8.20 ± 1.92), klinik sorumlu hemşire olarak çalışanlarda (9.92 ± 2.92); 6-10 yıl arası çalışan hekimlerde (8.22 ± 1.48), bir yıldan az çalışan hemşirelerde (9.00 ± 0.00); çalıştığı klinikten memnun olan hekimlerde (7.27 ± 2.79) ve hemşirelerde (8.43 ± 2.80) bulundu.

Hekimlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile çocuk sayısı ve evde birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); yaş, cinsiyet, medeni durum, kurumda çalışma pozisyonu, çalışma süresi ve çalışılan klinikten memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile kurumda çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler, çalışma süresi ve çalışılan klinikten memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin ölümüne ilişkin özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları(n=186)

Ölüme İlişkin Özellikler	Hekim (n=47)			Hemşire (n=139)		
	n (%)	X±SS	P	n (%)	X±SS	p
Çalışılan Klinikte Ölümle Karşılaşma						
Evet	41 (87.2)	7.09±2.64	t=0.790	127 (91.4)	8.43±2.91	t=0.114
Hayır	6 (12.8)	8.00±2.36	p=0.434	12 (8.6)	8.33±2.83	p=0.910
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	11 (23.4)	8.36±2.65	t=1.710	27 (19.4)	8.85±3.49	t=0.852
Hayır	36 (76.6)	6.86±2.52	p=0.094	112 (80.6)	8.32±2.74	p=0.395
Bir Sorunla Karşılaşıldığında Başa Çıkma Yöntemi						
Kendim çözmeye çalışırım	34 (72.4)	6.91±2.72	f=0.848 p=0.435	104 (74.8)	8.32±2.90	f=0.274 p=0.894
Başkalarından yardım alırım	10 (21.2)	7.90±2.42		24 (17.3)	9.00±2.71	
Sorunu görmezden gelirim	3 (6.4)	8.33±1.15		1 (0.7) [#]	9.00 [#]	
Ailem ile paylaşıyorum	0	0.0		7 (5.0)	8.57±3.78	
İbadet ederim	0	0.0		3 (2.2)	8.33±2.08	
Olumsuz Etkilenilen Yaşam Olayları*						
Fiziksel hastalık	35 (75.4)	7.42±2.55	f=0.384 p=0.765	93 (66.9)	8.48±2.98	f=1.495 p=0.205
Ölüm	27 (57.4)	7.85±2.28		74 (53.2)	9.27±2.54	
Aileden ayrı olma	13 (27.6)	7.76±2.35		41 (29.4)	8.04±2.84	
Boşanma	7 (14.8)	8.42±2.82		17 (12.2)	8.35±2.26	
Emeklilik	1 (2.1) [#]	7.00 [#]		3 (2.1)	9.00±5.29	
Ölümüne En Çok Üzülme Duyulacak Kişiler*						
Çocuk	44 (93.6)	7.02±2.54	f=0.262 p=0.852	125 (89.9)	8.51±2.84	f=0.260 p=0.903
Eş	28 (59.5)	7.07±2.46		67 (48.2)	8.80±2.83	
Yakın akraba	22 (46.8)	7.59±2.59		56 (40.2)	8.78±2.95	
Yakın Arkadaş	17 (36.1)	7.17±2.65		41 (29.4)	8.97±3.04	
Kimseye Üzülmem	0	0.0		3 (2.1)	9.00±6.55	
Ölümün En İyi Tanımı*						
Mutlak son	18 (38.2)	7.38±2.83	f=0.195 p=0.940	48 (34.5)	9.02±2.93	f=2.009 p=0.069
Olağan bir durum	11 (23.4)	7.09±3.33		17 (12.2)	6.47±2.45	
Yeni bir yaşamın başlangıcı	10 (21.2)	7.50±2.32		30 (21.5)	8.50±2.50	
Kader	6 (12.7)	6.50±1.51		32 (23.0)	8.59±2.74	
Korkunç bir olay	2 (4.2)	8.00±1.41		7 (5.0)	9.28±3.49	
Rahatlık	1 (2.1) [#]	7.00 [#]		0	0.0	
Anlamsızlık	0	0.0		1 (0.7) [#]	6.00 [#]	
Başka formda yeniden yaşama dönme	0	0.0		3 (2.1)	6.66±3.51	
Belirsizlik	0	0.0		3 (2.1)	8.33±5.50	
Ölümü Düşünme Sıklığı						
Sık sık	10 (21.3)	6.80±2.86	f=1.568 p=0.220	45 (32.4)	9.11±3.08	f=3.095 p=0.048
Ara ara	30 (63.8)	7.66±2.63		82 (59.0)	8.26±2.59	
Hiç düşünmem	7 (14.9)	5.85±1.67		12 (8.6)	6.91±3.65	
Daha Önce Kayıp/ Yas Yaşama						
Evet	37 (78.7)	7.13±2.60	t=0.390	117 (84.2)	8.54±2.95	t=0.151
Hayır	10 (21.3)	7.50±2.71	p=0.699	22 (15.8)	7.77±2.52	p=0.252
Ölümlerle İlgili Düşüncelerini Paylaşma						
Evet	30 (63.8)	7.56±2.62	t=1.245	93 (66.9)	8.91±2.88	t=2.906
Hayır	17 (36.2)	6.58±2.52	p=0.220	46 (33.1)	7.43±2.68	p=0.004
Dindarlık Düzeyini Değerlendirme						
Yüksek	7 (14.9)	5.00±2.58	f=3.278 p=0.030	11 (7.9)	8.90±3.98	f=0.940 P=0.423
Orta	29 (61.7)	7.27±2.56		110 (79.1)	8.53±2.73	
Düşük	6 (12.8)	9.16±1.60		14 (10.1)	7.64±3.20	
Dindar değil	5 (10.6)	7.60±2.074		4 (2.9)	6.75±2.98	

Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin ölümüne ilişkin özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları(n=186) (devamı)

Ölüme İlişkin Hizmet İçi Eğitim Alma						
Evet	0	0.0		12 (8.6)	5.91±3.05	t=3.241
Hayır	47 (100.0)	7.21±2.60		127 (91.4)	8.66±2.78	p=0.001
Zaman Geçirme Şekli*						
Televizyon/ Radyo/Bilgisayar	34 (72.3)	7.17±2.70	f=0.483 p=0.911	73 (52.5)	8.86±3.00	f=0.856 P=0.592
Gazete/Kitap okuma	24 (51.0)	6.87±2.84		57 (41.0)	7.73±2.92	
Sohbet etme	13 (27.6)	7.30±2.92		26 (18.7)	8.73±2.69	
Ev işleri yapma	12 (25.5)	7.41±2.06		84 (60.4)	8.61±2.61	
Uyuma	10 (21.2)	8,10±2,88		31 (22.3)	8.51±2.95	
Alışveriş	9 (19.1)	8.33±1.32		16 (11.5)	9.18±3.67	
Misafir gelmesi/Ziyaret	5 (10.6)	6.60±1.51		38 (27.3)	8.26±3.23	
Seyahat	4 (8.5)	8.75±1.70		7 (5.0)	7.57±3.59	
İbadet	4 (8.5)	7.75±0.95		22 (15.8)	8.63±2.83	
Yalnız oturma	3 (6.3)	6.33±3.78		11 (7.9)	7.72±2.19	
El becerisi gerektiren işler	2 (4.2)	6.50±6.36		17 (12.2)	7.41±2.95	
Çocuklarla ilgilenme	2 (4.2)	7.00±2.82		4 (2.8)	8.00±2.58	
Toprakla uğraşma	0	0.0		8 (5.7)	8.87±3.60	

*Birden fazla yanıt verilmiştir # istatistik analizlerde dikkate alınmamıştır.

Tablo 5’te hekim ve hemşirelerin ölümüne ilişkin özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Ölümüne ilişkin özelliklerine göre en yüksek ÖKÖ puan ortalamaları; çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmayan hekimlerde (8.00±2.36), çalıştığı klinikte ölümle karşılaşan hemşirelerde (8.43±2.91); kronik hastalığı olan hekimlerde (8.36±2.65) ve hemşirelerde (8.85±3.49); bir sorunla karşılaştığında sorunu görmezden gelen hekimlerde (8.33±1.15) ve başkalarından yardım alan hemşirelerde (9.00±2.71) olarak bulundu. ÖKÖ puan ortalaması “boşanmadan” olumsuz etkilenen hekimlerde (8.42±2.82), “ölümden” olumsuz etkilenen hemşirelerde (9.27±2.54); en çok “yakın akrabasının” ölümüne üzüntü duyacak hekimlerde (7.59±2.59), “kimsenin ölümüne üzülme” hemşirelerde 9.00±6.55; ölümü “korkunç bir olay” olarak tanımlayan hekimlerde (8.00±1.41), ve hemşirelerde (9.28±3.49); ölümü “ara ara” düşünen hekimlerde (7.66±2.63), ölümü “sık sık” düşünen hemşirelerde (9.11±3.08) olarak bulundu. ÖKÖ puan ortalaması daha önce kayıp yaşamayan hekimlerde (7.50±2.71), daha önce kayıp yaşayan hemşirelerde (8.54±2.95); ölümle ilgili düşüncelerini paylaşan hekimlerde (7.56±2.62) ve hemşirelerde (8.91±2.88); dindarlık seviyesini “düşük” değerlendiren hekimlerde (9.16±1.60), dindarlık düzeyini “yüksek” değerlendiren hemşirelerde (8.90±3.98); ölümüne ilişkin hizmet içi eğitim almayan hekimlerde (7.21±2.60) ve hemşirelerde (8.66±2.78) ve zaman geçirme şekli seyahat olan hekimlerde (8.75±1.70), alışveriş yapan hemşirelerde (9.18±3.67) olarak belirlendi.

Hekimlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile dindarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); çalışılan klinikte ölümle karşılaşma, kronik hastalık varlığı, bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi, olumsuz etkilenilen yaşam olayları, ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler, ölümün en iyi tanımı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma, ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma ve zaman geçirme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile ölümü düşünme sıklığı, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma ve ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); çalışılan klinikte ölümle karşılaşma, kronik hastalık varlığı, bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi, olumsuz etkilenilen yaşam olayları, ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler, ölümün en iyi tanımı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma, dindarlık düzeyi ve zaman geçirme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerdeki ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda, dahili kliniklerde çalışan hekimlerin ÖKÖ puan ortalamalarının 7.21 ± 2.60 , hemşirelerin 8.42 ± 2.89 olarak bulunması hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca, hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bunun nedeni olarak, hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile hekimlerden daha fazla zaman geçiriyor olmalarının ve hastaların gittikçe kötüleşen durumlarına daha fazla tanıklık ediyor olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza paralel Dönmez ve arkadaşları ile Şahin ve arkadaşları çalışmalarında, hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını saptamışlardır [85,86]. Yine Thiemann ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin ÖKÖ puan ortalamaları, psikoloji öğrencilerinin ÖKÖ puan ortalamalarından daha düşük bulunurken, tıp öğrencilerinin ÖKÖ puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur [75]. Bilge ve arkadaşları da, sağlık profesyoneli olacak öğrencilerde ölüm kaygısını orta düzeyde bulmuş ve en yüksek ölüm kaygısı puan ortalamasının hemşirelik bölümü öğrencilerinde olduğunu ve bunu ebelik, beslenme ve diyetetik ve sağlık memurluğu bölümü öğrencilerinin izlediğini belirtmiştir [70]. Çalışmamızdan farklı olarak Ertufan, hekimlerin uzmanlık alanı ile ölüm kaygısı arasında [59]; Acehan ve arkadaşları acil tıp personelinin meslekleri ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulmamıştır [55].

Çalışmamızda, 36-45 yaş aralığında olan hekimler ile (7.47 ± 2.63) ile 46-61 yaş aralığında olan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (9.44 ± 3.14) olarak bulundu. Hekimlerde yaş arttıkça ÖKÖ puan ortalaması azalırken, hemşirelerde yaş arttıkça ÖKÖ puan ortalaması artmaktadır. Russac ve arkadaşları, yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığını [87]; Erdoğan ve Özkan, 60 yaş üstü bireylerde ölüm kaygısının diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir [60]. Oysaki Peters ve arkadaşları, daha genç hemşirelerin ölümden daha çok korktuğunu ve daha olumsuz etkilendiğini [78]; Souza ve arkadaşları, yaş olarak daha büyük olan sağlık çalışanlarının ölüme karşı daha olumlu tavır sergilediklerini belirtmektedir [88]. Ancak çalışmamızda hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durumun nedeni olarak, çalışma grubundaki hekimlerin ölümü

hemşirelerden daha gerçekçi kabullenişlerinin olduğunu, hemşirelerin ise yaş ilerledikçe daha duygusal olabildikleri şeklinde düşünülmüştür. Benzer şekilde Dönmez, Çınar ve Ertufan, ölüm kaygısı ile yaş arasında [59,85,33]; Acehan ve Eker de, acil tıp personelinin ölüm kaygısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamıştır [55].

Araştırma kapsamına alınan kadın hekim (7.64 ± 2.73) ve kadın hemşirelerin (8.51 ± 2.92) ÖKÖ puan ortalaması yüksek bulunmuş ancak ÖKÖ puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlılık saptanmamıştır. Benzer şekilde, Şahin ve Özdemir, cinsiyet ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmamış [89,86]; Thiemann ve arkadaşları da, tıp öğrencilerinde ölüm kaygısı ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını belirtmiştir [75]. Ertufan ve Özkırış da, kadın hekimlerde ölüm kaygısını erkek hekimlerden daha yüksek bulmuş ve bu durumu kadınların duygularını erkeklerden daha fazla ifade ediyor olmasına bağlamıştır [59,8]. Acehan ve Eker ise kadınlarda ölüm kaygısı puan ortalamasını anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek bulmuş ve bu durumu kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması ve daha yüksek oranda duygularına odaklanmaları şeklinde açıklamışlardır [55]. Yine Kumcağız ve Yılmaz [90], Mc Clatchey ve King, kadınların ölüm kaygısını erkeklerden daha yüksek bulmuşlardır. Mc Clatchey ve King, bu durumu kadınların rahatsız edici duyguları kabul etmede daha dürüst olabileceği ve bu nedenle ölüm ve ölüm kaygısına daha açık olduğu şeklinde yorumlamışlardır [71]. Çalışmamızın aksine Bilge ve arkadaşlarının sağlık profesyoneli olacak öğrencilerle yaptığı çalışmasında, erkeklerdeki ölüm kaygısının anlamlı olarak kadınlardan daha yüksek olduğunu saptamış ve bu durum, kadınların geçmiş ve şimdi ile yaşamın kaybolmadığına inanarak varoluşu kabullenmesi, erkeklerin ise ölümü varoluşa bir tehdit olarak algılaması şeklinde açıklamışlardır [70].

Çalışmamızda, anlamlılık olmamakla birlikte evli hekimler (7.29 ± 2.36) ile bekar hemşirelerin (8.77 ± 3.76) ÖKÖ puan ortalaması yüksek bulundu. Benzer şekilde, Ertufan'ın, Şahin, Acehan ve Eker'in ve Dönmez'in çalışmasında, ÖKÖ puan ortalaması ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır [59,85,55,86]. Orak ve arkadaşları ise evli kişilerin ÖKÖ puan ortalamasını bekarlardan anlamlı olarak daha yüksek bulmuş ve bunu evlilikle kazanılan toplumsal rolleri kaybetmemek ve evlilerin eş ve çocuklarına karşı sorumluluklarının fazla olması ile

açıklamışlardır [62]. Çalışmamızın aksine Özdemir, evli hemşirelerin ölüm kaygılarının, bekar hemşirelerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir [89].

Otoom ve arkadaşları, düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin hastalığa karşı daha endişeli olma eğiliminde olduklarını ve eğitim düzeyi arttıkça hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma ve etkin başa çıkma yöntemlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir [91]. Çalışmamızda, hekimlerin tamamı doktora mezundur ve ÖKÖ puan ortalaması (7.21 ± 2.60) tüm eğitim düzeyindeki hemşirelerden daha düşüktür. İstatistiksel anlamlılık bulunmamakla birlikte eğitim düzeyine göre en yüksek ÖKÖ puan ortalaması önlisans mezunu hemşirelere aittir (8.85 ± 2.46). Benzer şekilde Acehan ve Eker ile Şahin ve Dönmez de ÖKÖ ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlılık bulmamıştır [85,55,86]. Erdoğan ve Özkan, eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısının azaldığını belirtmiştir. Bu durum, bireylerin eğitim düzeylerine bağlı olarak çalışma alanı ve yoğunluğu nedeniyle ölümü düşünme yoğunluğunun azalması şeklinde düşünülmüştür [60]. Işık ve arkadaşları, eğitim düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu bir tutum oluştuğunu [56]; Koç ise eğitim düzeyi arttıkça ölümle ilgili bilgilenmenin arttığını ve bunun da ölüm kaygısını azaltmış olabileceğini belirtmektedir [91]. Çalışmamızın aksine Özdemir, ÖKÖ puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel farklılık bulmuştur [89].

Işık, çocuk sahibi olmanın ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanlarını etkilediğini ve çocuk sahibi olmanın bireyin duygusal paylaşımlarını arttırdığını ve bu nedenle daha fazla ölüm korkusu yaşadığını ve aynı zamanda ölüm olayı ile başa çıkmada daha başarılı olduğunu belirtmiştir [56]. Çalışmamızda çocuk sayısı, hekimlerin ölüm kaygısını anlamlı olarak etkilemiştir ve 1-3 çocuğu olan hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (7.69 ± 2.16) daha yüksektir. Ayrıca, anlamlılık olmamakla birlikte çocuk sahibi olmayan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (8.73 ± 3.81) yüksek bulundu. Ayhan da çalışmamıza benzer ÖKÖ puan ortalaması ile hemşirelerin çocuğu olup olmaması arasında istatistiksel anlamlılık saptamamıştır [18]. Ancak Özdemir, çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin çocuk sayısına göre ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir [89].

Işık, aynı evde beraber yaşamanın duygusal paylaşımları arttıracaklarını ve stresle başa çıkmada daha başarılı olunacağını belirtmiştir [56]. Çalışmamızda, geniş ailede yaşayan hekimlerin anlamlı olarak ÖKÖ puan ortalaması (9.33 ± 1.52) en yüksek; anne ve babası ile yaşayan hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (2.00 ± 0.00) en düşük bulundu. Bu

durum, hekimlerin sağlıkla ilgili konularda kendilerini daha fazla sorumlu hissetmelerinden kaynaklanmış olabilir. Hemřirelerin ise evde beraber yaşadıkları kişiler açısından ÖKÖ puan ortalaması anlamlı şekilde değişmemiştir. Anne ve baba ile yaşayan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (10.25±3.61) en yüksek iken, yalnız yaşayan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (7.16±3.56) en dūřuk bulundu. Bu durum, anne ve baba ile yaşayanların anne babalarının kendilerinden önce öleceğini ve yalnız kalacaklarını dūřünüyor olmalarından kaynaklanabilir. Madnawat ve Kachawa, ailesiyle birlikte yaşayanların yalnız yaşayanlardan daha fazla ölüm kaygısı taşıdıklarını belirtmiştir [93]. Önsöz'ün çalışmasında, hemşirelerin kiminle yaşadıkları ile ölüme karşı tutumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış, ancak evde tek başına yaşayan hemşirelerin ölüm korkuları daha yüksek belirlenmiştir. Bu durum, tek başına yaşayan hemşirelerin sosyal destek mekanizmalarının diğer guruplara göre daha zayıf olması şeklinde yorumlanmıştır [94].

Çalışmamızda, klinikte sorumlu hekim (8.20±1.92) ve sorumlu hemşire (9.92±2.92) olarak alışanların ÖKÖ puan ortalaması yüksek bulundu. Ancak hekimlerin kurumda çalışma pozisyonu açısından ÖKÖ puan ortalaması anlamlı şekilde değişmezken, hemşireler açısından anlamlı şekilde değişti. Hemřirelerde klinik sorumlusu olmak ÖKÖ puan ortalamasını arttırmıştır. Klinik sorumlularının hasta, hasta yakını ve kuruma karşı kendilerini daha sorumlu ve daha baskı altında hissetmelerinin kaygı düzeylerini arttırdığı dūřünülmektedir. Özkırış ve arkadaşlarının ölüm kaygı düzeyini inceledikleri çalışmasında, mesleki ünvanlarla ÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır [8].

Çalışmamızda, anlamlılık olmamakla birlikte çalışma süresi 6-10 yıl olan hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (8.22±1.48) en yüksek, 16 yıl ve üzeri alışanların ÖKÖ puan ortalaması (6.94±2.27) en dūřuk; çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (9.00±0.00) en yüksek, 1-5 yıl olanların ÖKÖ puan ortalaması (6.80±2.97) en dūřuk bulundu. Bunun nedeni olarak hekimlerin ölüm olayında daha kritik sorumluluklar alması ile ölüme daha iyi uyum sağlamış olmasını dūřündürmüřtür. Hemřireler, öğrencilik yıllarından itibaren hastaların tedavi ve bakım süreci ile ilgilenmektedir. Ancak ölümlle yüzleşmek ve ölmek üzere olan hasta ile ilgilenmek, ölüme karşı daha olumlu bir bakış açısı geliştirmek zaman almaktadır. Terkamo-Moisio, iř tecrübesi arttığında ölüm korkusunun azaldığını [95]; Lange ve arkadaşları da mesleki

tecrübesi olan, özellikle 11 yıl ve üzeri çalışmış onkoloji hemşirelerinin ölüme karşı daha olumlu tavır takındıklarını belirtmiştir [96]. Hamama-Raz ve arkadaşlarının onkoloji, iç hastalıkları, cerrahi, psikiyatri ve pediatri ünitelerinde çalışan uzman hekimlerle yaptıkları çalışmada, meslekte daha uzun süre çalışan, tecrübeli hekimlerde kaygı seviyesi daha düşük bulunmuştur [97]. Ertufan'ın çalışmasında da öğrenci ve uzmanların ölüm kaygısı, öğretim üyelerine göre daha yüksek bulunmuş, meslekte deneyimli olmanın ölüm kaygısını azalttığı sonucuna varılmıştır [59]. Özkırış ve arkadaşları, ölüm kaygısı ile hekimlik yapılan süre arasında [8]; Önsöz, hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile ÖKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır [94]. Şahin de meslekte 0-1 yıl çalışan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamasını, 2-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri çalışanların puan ortalamasından daha yüksek bulmasına rağmen, aralarındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır [86]. Çalışmamızdan farklı olarak Özdemir, hemşirelerin mesleki çalışma yılına göre ÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık bulmuştur [89].

Çalışmamızda, anlamlılık olmamakla birlikte çalıştığı klinikten memnun olan hekimlerin (7.27 ± 2.79) ve hemşirelerin (8.43 ± 2.80) ÖKÖ puan ortalaması yüksektir. Çalışmamıza paralel yapılan farklı çalışmalarda da, hemşirelerin memnuniyet durumu; hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu; çalışılan birimi kendi isteği ile seçme, çalışılan birimden memnun olma ve mesleği isteyerek seçme durumu ile ÖKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır [89,86].

Çalışma kapsamındaki çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmayan hekimlerin (8.00 ± 2.36) ve çalıştığı klinikte ölümle karşılaşan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (8.43 ± 2.91) istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte daha yüksek bulundu. Çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmayan hekimlerin ÖKÖ puan ortalamasının daha yüksek olmasının nedeni olarak, ölüm karşısında tecrübeye bağlı yapılacak tıbbi müdahaleyi istendik düzeyde yapamayacağı endişesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Oysaki, Özkırış ve arkadaşları ölümcül hasta ve ölümle sık karşılaşan hekimlerde, ölüm kaygısını anlamlı olarak daha düşük bulmuştur [8]. Ertufan, ölüm görme sayısının, kişinin ölüm tehlikesi atlatmış olmasının, bir yakını aracılığıyla ölümle ilgili kişisel yaşantısının olması gibi değişkenlerden ziyade kişinin ölümü nasıl algıladığının önemli olduğunu ve aynı değişkenin her insanda eşit düzeyde ölüm kaygısına yol açmayacağını belirtmektedir [59]. Çalışmamıza paralel, Şahin çalıştığı birimde ölümle sık karşılaşan hemşirelerin ÖKÖ puan

ortalamasını yüksek, ancak istatistiksel olarak anlamsız bulmuştur [86]. Çalıştığı klinikte ölümle karşılaşan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamasının daha yüksek olmasının nedeni olarak, ölüm olayına müdahale etme konusunda sorumluluklarının sınırlı olması ve kendilerini yetersiz hissetmeleri olabilir. Acehan ve arkadaşları, acil tıp personelinin meslek grupları farklı olsa da ölüm karşısında temelde aynı deneyimi yaşadıklarını belirtmektedir [55]. Ölümle sık karşılaşılan ünitelerden olan onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, yoğun bakım ünitesinde çalışanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [98].

Çalışmamızda, anlamlılık olmamakla birlikte kronik hastalığı olan hekimlerin (8.36 ± 2.65) ve hemşirelerin (8.85 ± 3.49) ÖKÖ puan ortalaması yüksektir. Kronik bir hastalığa sahip olma hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısını arttırmıştır. Bunun nedeni, hekim ve hemşirelerin hastalıkların ileride yol açabileceği en kötü sonuçları bilmesi olabilir. Çalışmamıza benzer Kasar ve arkadaşları, ciddi sağlık sorununa sahip olma ile ölüm kaygısı arasında anlamlı farklılık bulmamış [99]; Özdemir de ciddi sağlık sorunu olan hemşirelerin ölüm kaygılarını, olmayanlardan daha yüksek saptamıştır [89]. Yine Akça ve Köse ile Ertufan, kronik hastalığı olanların ÖKÖ puan ortalamasını olmayanlardan daha yüksek bulmuştur [84,59]. Ertufan bu durumu, kronik hastalıkların depresyon ve kaygıya neden olarak kişinin genel psikolojisini olumsuz etkilediği şeklinde açıklamıştır [59].

Çalışmamızda, bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi olarak, sorunu görmezden gelen hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (8.33 ± 1.15) en yüksek; sorunu kendisi çözmeye çalışanların (6.91 ± 2.72) en düşük bulundu. Ertufan'ın çalışmasında, hekimlerin sorunla başa çıkma yöntemlerine bakıldığında; mantığa bürüme, hastayı vaka olarak algılama, mizah ve diğerleriyle konuşma mekanizmasını kullandıkları görülmektedir [59]. Sorunu görmezden gelme, genel bir mutsuzluk, huzursuzluk gibi yeni sorunları beraberinde getirebildiği ve kaygı düzeyini artırdığı düşünülmektedir. Bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi olarak başkalarından yardım alan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (9.00 ± 2.71) en yüksek; sorunu kendisi çözmeye çalışan hemşirelerin (8.32 ± 2.90) en düşük bulundu. Bu durum, hemşirelerin sorunlarla başa çıkmada kendilerini yeterli hissetmemelerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerde bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Özen'in yaşlılarla yaptığı çalışmasında, sorunlarla

karşılaştığında kullanılan başa çıkma yöntemleri ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır [100]. Acehan ve Ekerde, acil tıp personeliyle yaptığı çalışmada, acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkmak için sırasıyla “ölümün doğal olduğunu düşünme, dua etme, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışma ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşma” yöntemlerini kullandıkları görülmüştür. Aynı çalışmada, çalışanların %28.6’sı ölümle başa çıkmada yetersizlik hissettiklerini bildirmişlerdir. Araştırmaya katılanlarda ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve dua edenlerde ölüm kaygısı puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek, hiçbir şey yapmayan personelin ölüm kaygısı puan ortalaması ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur [55].

Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin olumsuz etkilendiği yaşam olaylarına bakıldığında; boşanmadan etkilenen hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (8.42±2.82) en yüksek, fiziksel hastalıktan etkilenen hekimlerin en düşüktür (7.42±2.55). Hemşirelerde ise ölümden etkilenenlerin ÖKÖ puan ortalaması (9.27±2.54) en yüksek, aileden ayrı olmadan etkilenenlerin (8.04±2.84) en düşük bulundu. Ancak, hekim ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları ile olumsuz etkilenilen yaşam olayları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Çalışmamıza paralel Özen ve Öztürk’ün çalışmalarında da, olumsuz yaşam olayları ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır [100,44].

Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin ölümüne en çok üzüntü duyacağı kişilere bakıldığında; yakın akrabanın ölümüne üzülen hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (7.59±2.59) en yüksek, çocuğunun ölümüne üzülen hekimlerin (7.02±2.54) en düşük; “Kimseye üzülmem” diyen hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (9.00±6.55) en yüksek, çocuğunun ölümüne üzülen hemşirelerin (8.51±2.84) en düşük bulundu. Bu durum, hekim ve hemşirelerin çocuklarına ölüm olayını yakıştıramamaları hatta akıllarına bile getirmek istememeleri ile açıklanabilir. Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerde ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ertufan’ın hekimlerle yaptığı çalışmada, ölüm kaygısı/ölüm korkusu ile kaybedilen kişinin yakınlık derecesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [59].

Çalışmamızda, hekim ve hemşireler için ölümün en iyi tanımı incelendiğinde; ölümü “korkunç bir olay” olarak tanımlayan hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (8.00±1.41) en yüksek, “kader” olarak tanımlayan hekimlerin (6.50±1.51) en düşük; hemşirelerde ise

ölümü “korkunç bir olay” olarak tanımlayanların ÖKÖ puan ortalaması (9.28±3.49) en yüksek, “olağan bir durum” olarak tanımlayanların (6.47±2.45) en düşük bulundu. Menekli ve Fadiloğlu’nun hemşirelerle yaptığı çalışmasında, ölüme verilen anlam sırasıyla “kabul edilmesi gereken zorlu bir süreç”, “başka bir formda yeniden yaşama dönmek” ve “yeni bir yaşamın başlangıcı” olarak ifade edilmiştir [101]. Çevik’in çalışmasında ise ölüm sırasıyla “yaşam fonksiyonlarının sona ermesi”, “yok olmak”, “bir yaşamdan yeni bir yaşama geçmek”, “yeni bir başlangıç” ve “sonsuzluk” olarak ifade edilmiştir [81]. İnci ve Öz de bir başka dünyanın varlığına inanmanın ölüm kaygısını azaltan bir etken olabildiğini, inancı gereği öte dünyada cezalandırılacağını düşünmenin ise ölüm kaygısını artırabileceğini belirtmiştir [102]. Ölüme bakışın olumlu ya da olumsuz olması ölüm kaygısının belirlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışmamızda ölümün en iyi tanımı ile ÖKÖ puan ortalaması arasında farklılık olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde Tanhan ve Arı da çalışmasında, ölüme verilen anlamın ölüm kaygısı ile istatistiksel olarak farklılık göstermediğini bulmuştur [103]. Şahin’in çalışmasında ise ölümü olumsuz (Tanrının insanı cezalandırması, yok oluş, kurtuluş, bilinmezlik) anlamlandıran hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması, ölümü olumlu (yeni bir başlangıç, takdiri ilahi ve yaşanması gereken süreç) anlamlandıran hemşirelerin puan ortalamasından yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [86].

Çalışmamızda, ölümü “ara ara düşünen” hekimlerin (7.66±2.63) ve ölümü “sık sık düşünen” hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (9.11±3.08) yüksek bulundu. Erdoğan ve Özkan, ölümü çok sık düşünenlerin ÖKÖ puan ortalamasını en yüksek, ölümü hiç düşünmeyenlerin ÖKÖ puan ortalamasını en düşük bulmuş ve bu durumu “ölümü çok hatırlamak ölüm kaygısını arttırmaktadır” şeklinde yorumlamıştır [60]. Yine Önsöz’ün çalışmasında, kendi ölümünü çok sık düşünenlerin ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuş ve hemşirelerin ölüm empatisi yaptığı şeklinde yorumlanmıştır [94]. Ancak çalışmamızda, ölümü düşünme sıklığı ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Taka da çalışmasında, ölümü düşünme sıklığının ölüm kaygısı puanını istatistiksel olarak etkilemediğini belirtmiştir [104]. Şahin ise hemşirelerde, kendi ölümünü “ara sıra” düşünen hemşirelerin ölüm kaygısını, “sık sık” ve “nadiren” düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur [86]. Hemşirelerin büyük bölümü kadındır ve kadınların daha duygusal oldukları, kendi ölümlerinden sonra eş ve

çocuklarının ne yapacağını düşünmeleri onların ölümü daha çok düşünme ve ölüm kaygısını daha çok yaşamalarına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, daha önce kayıp/yas yaşamayan hekimlerin (7.50 ± 2.71) ve daha önce kayıp/yas yaşayan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (8.54 ± 2.95), istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulundu. Öz ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmasında, birinci derece yakını kaybedenlerin ölüm kaygısı, diğerlerinden anlamlı derecede yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunurken [105]; Şahin'in çalışmasında, yakın birini ölüm nedeniyle kaybetmeyen hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması, yakın çevrelerinden birini ölüm nedeniyle kaybeden hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamasından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [86]. Ayhan, Dönmez ve Acehan ve Eker'in çalışmasında, hemşirelerin birinci derece akrabalarının ölümü ile ölüm kaygıları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır [85,55,18].

Çalışmamızda, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşan hekimlerin (7.56 ± 2.62) ve hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (8.91 ± 2.88) yüksek bulundu. Bu durum, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşmanın hekim ve hemşireler için daha önce deneyimlenen ve etkili olduğunu gördükleri bir baş etme yöntemi olarak değerlendirmelerinden kaynaklanabilir. Çevik çalışmasında, ölüm olayıyla karşılaşan hemşirelerin baş etme yöntemi olarak "ölümün doğal olduğunu düşünme, dua etme ve arkadaşları ile konuşma" yöntemlerini kullandıklarını belirlemiştir [81]. Şahin ise hemşirelerin ölüm nedeni ile yaşadıkları duygularla baş etme yöntemleri olarak ağlama yöntemini kullananların ölüm kaygısını, "ölümün doğal olduğunu düşünen, dua eden, aile ve arkadaşları ile bu durumu konuşan ya da hiç bir şey yapmayanlardan" istatistiksel olarak daha yüksek bulmuştur [86]. Çalışmamızda, hekimlerin ölümle ilgili duygularını paylaşması ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık bulunmazken, hemşirelerin ölümle ilgili duygularını paylaşması ile ÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Bu durum, hemşirelerin ölüm kaygısını hekimlerden daha fazla yaşamaları nedeniyle ölümle ilgili düşüncelerini daha fazla paylaşıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, dindarlık düzeyini "düşük" değerlendiren hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (9.16 ± 1.60) en yüksek; dindarlık düzeyini "yüksek" değerlendiren hekimlerin (5.00 ± 2.58) en düşük bulundu. Dindarlık düzeyini "yüksek" değerlendiren hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması (8.90 ± 3.98) en yüksek; dindarlık düzeyini "dindar değilim" olarak değerlendiren hemşirelerde (6.75 ± 2.98) ÖKÖ puan ortalaması en düşük bulundu. Ayten,

dindarlık düzeyini “iyi” olarak değerlendirenlerde ölüm kaygısını en düşük, “zayıf” olarak değerlendirenlerde ise en yüksek bulmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır [35]. Çalışmamızda, hekimlerin dindarlık düzeyi istatistiksel olarak önemli derecede ÖKÖ puan ortalamalarını etkilerken, hemşirelerin dindarlık düzeyi istatistiksel olarak önemli derecede ÖKÖ puan ortalamalarını etkilememiştir. Ayten, dini öğretilerin, dindarlığın ve alınan eğitimin niteliğinin ölüm kaygısında etkili olduğunu belirtmektedir [35]. Çalışmamıza benzer şekilde Dönmez de çalışmasında, hemşirelerin dini inançları ile ölüm kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır [85]. Şahin ise dini inancını “orta” olarak değerlendiren hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamasını, “güçlü ve zayıf” olarak değerlendiren hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir [86]. Terkamo-Moisio çalışmasında, dindarlık seviyesi yüksek olan hemşirelerde ölüm kaygısını daha düşük bulmuştur [95].

Çalışmamızda, hekimlerin hiç biri ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almamış ve ÖKÖ puan ortalaması 7.21 ± 2.60 olarak bulunmuştur. Hemşirelerde ise ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almayanların (8.66 ± 2.78) ÖKÖ puan ortalaması, alanlardan (5.91 ± 3.05) yüksektir. Dönmez, hemşirelerin ölümcül hastanın bakımına yönelik hizmet içi eğitim alma durumlarına göre ölüm kaygısını inceledikleri çalışmasında, hizmet içi eğitim alanın ölüm kaygısını etkilemediğini belirlemiştir [85]. İnci ve Öz, hemşirelere ölüm eğitimi düzenlemiş ve eğitim sonrasında hemşirelerin ölüm kaygısını, eğitim öncesine göre anlamlı olarak düşük bulmuştur [102]. Kurz ve arkadaşları ise hemşirelere uyguladıkları planlı bir eğitim programı sonucunda, hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiğini ve yaşadıkları ölüm anksiyetesinde azalma olduğunu saptamışlardır [106]. Tanhan, üniversite öğrencilerine uygulanan ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin, ölüm kaygısı düzeyini düşürmede etkili olduğunu ve bu etkinin uzun süreli olarak devam ettiğini belirlemiştir [68]. Daffar ve arkadaşları hemşirelerle yaptığı çalışmasında, ölüm eğitimi verilen grubun, ölüm eğitimi verilmeyen gruba göre ölüm kaygısında azalma olduğunu belirtmiştir [74]. Yine Mc Clatchey ve King bir gruba ölüm eğitimi vermiş, bir gruba vermemiş, eğitim sonrası yapılan istatistiksel analizde ölüm eğitimi alan grupta ölüm kaygısının azaldığını bulmuştur [71]. Lewis ve arkadaşları ise yaşam sonu bakım ile ilgili verdikleri simülatif eğitim sonrası tıp öğrencileri ve hemşirelerinin ölüm tutumlarında olumlu etki olduğunu gözlemlemiştir [107]. Çalışmamızda ölüme ilişkin hizmet içi eğitim

alma durumunun hekimlerde ÖKÖ puanında farklılık göstermediği, hemşirelerin ÖKÖ puanlarının “ölüm kaygısına yönelik hizmet içi eğitim alma” durumuna göre istatistiksel olarak önemli derecede farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin, hemşirelik eğitimleri sırasında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım ile ilgili yeterli eğitim almamış olmaları, mesleğe başladıklarında ölümlerle karşılaşmalarında anksiyete düzeylerini arttırıyor olabilir. Verilen hizmet içi eğitimler hemşirelerin ölüme bakışlarını olumlu yönde etkiliyor ve anksiyete düzeylerini düşürüyor olabilir.

Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin zaman geçirme şekline göre; seyahat eden hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması (8.75 ± 1.70) en yüksek, yalnız oturmayı tercih eden hekimlerin (6.33 ± 3.78) en düşük; alışveriş yapan hemşirelerin (9.18 ± 3.67) ÖKÖ puan ortalaması en yüksek, el becerisi gerektiren işleri yapan hemşirelerde (7.41 ± 2.95) en düşük bulundu. Çalışmamızda, zaman geçirme şekli ile ÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Köstek, yaşlılarla yaptığı çalışmasında, gazete, kitap vb. okuyanlarda ölüm kaygısını daha düşük bulmuştur [108]. Huzurevindeki yaşlıların zaman geçirme şekli ile (televizyon izleme, radyo dinleme, çevredekilerle sohbet etme, gazete, kitap, dergi vb. okuma, el becerisi gerektiren işlerle uğraşma, dışarıda dolaşma, tavla, okey oynama) ölüm kaygısı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır [100].

6. SONUÇLAR

Dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerdeki ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Araştırmaya katılanların %25.2'sini hekimler, %74.8'ini hemşireler oluşturdu. Hekimlerin %80.9'u, hemşirelerin %66.9'u 36-45 yaş arasında; hekimlerin %63.8'i erkek, hemşirelerin %92.8'i kadın; hekimlerin %87.2'si, hemşirelerin %84.2'si evli; hekimlerin %100'ü doktora (uzman) sahip ve hemşirelerin %43.9'u ön lisans mezunudur. Hekimlerin %76.6'sı, hemşirelerin %82'si 1-3 çocuğa sahip; hekimlerin %68.1'i, hemşirelerin %69.8'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta; hekimlerin %89.4'ü kurumda uzman hekim olarak, hemşirelerin %89.9'u klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %42.6'sı 11-15 yıl, hemşirelerin %62.6'sı 16 yıl ve üzeri süredir çalışmakta; hekimlerin %78.7'si, hemşirelerin %85.6'sı çalıştığı klinikten memnundur (Tablo 1).

2. Hekimlerin %87.2'si, hemşirelerin %91.4'ü çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmakta; hekimlerin %76.6'sının, hemşirelerin %80.6'sının kronik bir hastalığı bulunmamakta; hekimlerin %72.4'ü, hemşirelerin %74.8'i bir sorunla karşılaştığında sorunlarını kendisi çözmeye çalışmakta; hekimlerin %75.4'ü, hemşirelerin %66.9'u en çok fiziksel bir hastalıktan olumsuz etkilenmekte; hekimlerin %93.6'sı, hemşirelerin %89.9'u en çok çocuğunun ölümüne üzüntü duyacağını belirtmekte, hekimlerin %38.2'si, hemşirelerin %34.5'i ölümü "mutlak son" olarak tanımlamakta; hekimlerin %63.8'i, hemşirelerin %59'u ölümü "ara ara" düşünmektedir. Hekimlerin %78.7'si, hemşirelerin %84.2'si daha önce kayıp/yas yaşamış; hekimlerin %63.8'i, hemşirelerin %66.9'u ölümle ilgili düşüncelerini paylaşmakta; hekimlerin %61.7'si, hemşirelerin %79.1'i dindarlık düzeyini "orta" olarak değerlendirmekte; hekimlerin hiçbirisi, hemşirelerin %91.4'ü ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almamış, hekimlerin %72.3'ü evdeki zamanını televizyon/radyo/bilgisayar ile hemşirelerin %60.4'ü ev işi yaparak geçirmektedir (Tablo 2).

3. Hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması 7.21 ± 2.60 , hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması 8.42 ± 2.89 olarak bulundu. Hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması hekimlerden önemli derecede yüksek saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 3).

4. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ÖKÖ puan ortalamaları 36-45 yaş aralığındaki hekimlerde

(7.47±2.63), 46-61 yaş aralığındaki hemşirelerde (9.44±3.14); kadın hekimlerde (7.64±2.73), kadın hemşirelerde (8.51±2.92); evli hekimlerde (7.29±2.36), bekar hemşirelerde (8.77±3.76); doktoralı hekimlerde (7.21±2.60), ön lisans mezunu hemşirelerde (8.85±2.46); 1-3 çocuk sahibi olan hekimlerde (7.69±2.16), çocuğu olmayan hemşirelerde (8.73±3.81); geniş ailede yaşayan hekimlerde (9.33±1.52), anne baba ile yaşayan hemşirelerde (10.25±3.61); sorumlu hekim olarak çalışanlarda (8.20±1.92), klinik sorumlu hemşire olarak çalışanlarda (9.92±2.92); 6-10 yıl arası çalışan hekimlerde (8.22±1.48), çalıştığı klinikten memnun olan hekimlerde (7.27±2.79) ve hemşirelerde (8.43±2.80) bulundu.

Hekimlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile çocuk sayısı ve evde birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); yaş, cinsiyet, medeni durum, kurumda çalışma pozisyonu, çalışma süresi ve çalışılan klinikten memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile kurumda çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler, çalışma süresi ve çalışılan klinikten memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

5. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerine göre ÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ÖKÖ puan ortalamaları; çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmayan hekimlerde (8.00±2.36), çalıştığı klinikte ölümle karşılaşan hemşirelerde (8.43±2.91); kronik hastalığı olan hekimlerde (8.36±2.65) ve hemşirelerde (8.85±3.49); bir sorunla karşılaştığında sorunu görmezden gelen hekimlerde (8.33±1.15) ve başkalarından yardım alan hemşirelerde (9.00±2.71) belirlendi. ÖKÖ puan ortalaması “boşanmadan” olumsuz etkilenen hekimlerde (8.42±2.82), “ölümden” olumsuz etkilenen hemşirelerde (9.27±2.54); en çok “yakın akrabasının” ölümüne üzüntü duyacak hekimlerde (7.59±2.59), “kimsenin ölümüne üzülme” hemşirelerde 9.00±6.55; ölümü “korkunç bir olay” olarak tanımlayan hekimlerde (8.00±1.41) ve hemşirelerde (9.28±3.49); ölümü “ara ara” düşünen hekimlerde (7.66±2.63), ölümü “sık sık” düşünen hemşirelerde (9.11±3.08) yüksek bulundu. ÖKÖ puan ortalaması daha önce kayıp yaşamayan hekimlerde (7.50±2.71), daha önce kayıp yaşayan hemşirelerde (8.54±2.95); ölümle ilgili düşüncelerini paylaşan hekimlerde (7.56±2.62) ve hemşirelerde (8.91±2.88); dindarlık seviyesini “düşük” değerlendiren

hekimlerde (9.16±1.60), dindarlık düzeyini “yüksek” değerlendiren hemşirelerde (8.90±3.98); ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almayan hekimlerde (7.21±2.60) ve hemşirelerde (8.66±2.78) ve zaman geçirme şekli seyahat olan hekimlerde (8.75±1.70), alışveriş yapan hemşirelerde (9.18±3.67) olarak belirlendi.

Hekimlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile dindarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); çalışılan klinikte ölümlerle karşılaşma, kronik hastalık varlığı, bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi, olumsuz etkilenen yaşam olayları, ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler, ölümün en iyi tanımı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümlerle ilgili düşüncelerini paylaşma, ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma ve zaman geçirme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalamaları ile ölümü düşünme sıklığı, ölümlerle ilgili düşüncelerini paylaşma ve ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$); çalışılan klinikte ölümlerle karşılaşma, kronik hastalık varlığı, bir sorunla karşılaşıldığında başa çıkma yöntemi, olumsuz etkilenen yaşam olayları, ölümüne en çok üzüntü duyulacak kişiler, ölümün en iyi tanımı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümlerle ilgili düşüncelerini paylaşma, dindarlık düzeyi ve zaman geçirme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 5).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

1. Hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygıları olması nedeniyle her iki meslek grubuna ölüme ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi,
2. Hemşirelerin ölüm kaygısının daha yüksek olması nedeni ile periyodik olarak ölüme ilişkin duygularını tanıma, anlamlandırma eğitimlerinin düzenlenmesi,
3. Hekimlerin ölüm kaygısını çocuk sayısı ve evde birlikte yaşanan kişilerin etkilemesi nedeniyle aile sorumluluklarının paylaşılmasına, toplumsal rollerin desteklenmesine ve duygusal paylaşımların artırılmasına yönelik destekleyici eğitimlerin düzenlenmesi,
4. Hemşirelerin ölüm kaygısını kurumda çalışma pozisyonunun etkilemesi nedeniyle mesleki sorumlulukların yerine getirilmesinde yaşanan kaygılarla baş etmede etkin baş etme yöntemlerinin kullanımının sağlanması,
5. Hemşirelerin ölüm kaygısını ölümü düşünme sıklığının etkilemesi nedeniyle ölüme karşı olumlu tutum geliştirilmesinin desteklenmesi,
6. Hemşirelerin ölüm kaygısını ölümle ilgili düşüncelerin paylaşılması etkilediğinden ölüme ait duyguların farkında olunması ve ifade edilmesinin sağlanması,
7. Hekimlerin ölüm kaygısını dindarlık düzeyinin etkilemesi nedeniyle rahatsız edici duyguların kabullenilmesine, din ve ölümle ilgili duyguların ifade edilmesine olanak sağlanması.

8. KAYNAKÇA

1. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_tarama &view=tarama. Erişim Tarihi:02/03/2018.
2. Sukhwinder K, Arindam KB, Neha, R (2015). A descriptive survey of death anxiety (da =thanatophobia) among young drugaddicts in relation to their education and locale. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences 14(10): 73-78.
3. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz TT, Öngel K (2011). Anxiety distribution observed at surgery patients. Smyrna Medical Journal 1: 22-26.
4. Yıldız M, Bulut BM (2017). Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. International Periodical for the Languages. Literature and History of Turkishor Turkic 12(13): 659-676.
5. Çınar M (2016). Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. İLTED 45: 313-338.
6. Kızılcı S, Söylemez BA, Uğur Ö, Sezgin D, Küçükgüçlü Ö (2013). İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin refakatçiler hakkındaki görüş ve deneyimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 16(4): 241-249.
7. Sharif Nia H, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals. A Review Article 4(1): 2-10.
8. Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, Musmul A, Yavaş, M (2011). Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 24: 89-100.
9. Benli SS, Yıldırım A (2017). Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4): 167-179.
10. Deffner, JM, Bell SK (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. Journal for Nurses in Staff Development 21: 19-23.
11. Ciccarello GP (2003). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. Dimensions of Critical Care Nursing 22(5): 216-222.
12. Tanhan F, İnci FA (2009). Ölüm Eğitimi. Pegem Akademi. Cantekin Matbaası. Ankara, 8-10.
13. Akyol A (2010). Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 26(3): 59-72.
14. Koç S, Can M (2009). Ölüm kavramı ve ölü muayanesi. Birinci Basamakta Adli Tıp, 2. Baskı (Ed: Koç S, Can M.). Ankara, 18-36. www.istabip.org.tr/dosyalar/adli_tip.pdf. Erişim Tarihi: 10/02/2018.
15. Abdel-Khalek AM, Lester D (2003). Death obsession in Kuwaiti and American college students. Death Studies 27: 541-553.
16. Burcu E, Akalın E (2008). Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar. Türkiyat Araştırmaları 8: 29-55.
17. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 21(1): 42-79.

18. Ayhan D (2013). Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
19. Işıl Ö, Karaca S (2009). Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2(1): 82-89.
20. Koç M (2002). Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 6: 7-20.
21. Godin A (1971). La mort a-t-ell change. Mort et Presence, Bruxelles.
22. Fromm E (2003). Sahip Olmak ya da Olmamak (Çev: Arıtan A). Eko Matbaası, Arıtan Yayınevi, İstanbul.
23. Jung, CG, Mctaniorphoses de l'Amie et Ses Svnibolcs (fr. Çev. Yvcs Le Lav) Genevc, 1953.
24. Mutlu E (2013). İçgüdümlü ve dış güdümlü dindarlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
25. Küçükaya PG (2009). Kayıp ve yas süreci. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 6 (1): 8-13.
26. Kartopu S (2013). Kaygının kader algıları ile ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2(3): 238-260.
27. APA (AMERİKAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION-Amerikan Psikiyatri Birliği). Anxiety. <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>. Erişim Tarihi: 11/02/2018.
28. Tektaş N (2014). Üniversite mezunlarının kaygı düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Dr. Mehmet YILDIZ Özel Sayısı: 243-253.
29. Spielberger CD (1972). Stress and anxiety: An over view. Institute of Behavioral Research. Texas Christianv University
30. Karabulut EO, Atasoy M, Kaya K, Karabulut A (2013). 13-15 yaş arası erkek futbolcuların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklı değişkenler bakımından incelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 14(1): 243-253.
31. Kaya M, Varol K (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun Örneği). OMÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi 17(17): 31-63.
32. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M (2002). Abidinpaşa Sağlık Ocağında çalışan sağlık personelinde spielberg durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 55 (1): 21-28.
33. Çınar M (2015). Yetişkin ve yaşlılarda Tanrı'ya bağlama tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
34. North American Nursing Diagnosis Association International. NANDA-1 nursing diagnoses: Definitions and classification, 2003-2004. Author; Philadelphia, PA: 2003. <http://www.worldcat.org/title/nanda-nursing-diagnoses-definitions-classification-2003-2004/oclc/52381723>. Erişim Tarihi: 10/02/2018.
35. Ayten A (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi 9(4): 85-108.

36. Yıldız M (2001). Dindarlık ve ölüm kaygısı tasavvufi yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. *Journal of Religious Culture*. https://www.researchgate.net/publication/313559055_Dindarlik_ve_Olum_Kaygisi. Erişim Tarihi: 04/01/2018.
37. Lehto RH, Stein K (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*. *An International Journal* 23(1): 23-42.
38. Schoulte JC (2012). An Investigation of Perceptions of Two Therapeutic Responses for Persons with A Terminal Illness Experiencing Death Anxiety. *Counseling Psychology*. The University of Iowa 155 page.
39. Robah K (2017). Determinants of existential Death Anxiety A cross-sectional survey study on the effect of age, gender and religious affiliation on Death Anxiety. Bachelor thesis Department of Psychology, Health & Technology. University of Twente 40 page
40. Hoelterhoff M (2015). A theoretical exploration of death anxiety. *Journal of Applied Psychology and Social Science* 1(2): 1-17.
41. Smieja M, Kalaska, M, Adamczyk M (2006). Scared to death or scared to love? Terror management theory and close relationships seeking. *European Journal of Social Psychology* 36: 279-296.
42. Grant AM, Wade-Benzoni KA (2009). The hot and cool of death awareness at work: mortality cues, aging, and self-protective and prosocial motivations. *Academy of Management Review* 34(4): 600-622.
43. Iqbal M (2017). Mortality and Beyond: Redefining Our Life Politics. *Sosyal Bilimler Dergisi* 1(1): 130-145.
44. Öztürk KÖ (2010). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.
45. Tanhan F (2007). Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.
46. Kızılkaya M, Koştu N (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9(4): 69-74.
47. Wu AMS, Tang CSK, Kwok TCY (2002). Death anxiety among chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health* 14(1): 42-56.
48. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* (1-2): 53-66.
49. Softa HK, Uçukoğlu H, Karaahmetoğlu GU, Esen D (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* (1-2): 67-79.
50. Suhail K, Akram S (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies* 26 :39-50.
51. Amjad A (2014). Death anxiety as a function of age and religiosity. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences* 4(9S): 333-341.
52. Sinoff G (2017). Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Frontiers in Medicine* 4: 11.
53. Harding SR, Flannelly KJ, Weaver AJ, Costa KG (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health Religion & Culture* 8(4): 253-261.

54. Yanık C, Kara M (2016). Ölü bedenler üzerinden sosyal kimliğin ifşasında belediyelerin sanal mezarlıkları. *Mukaddime* 7(1): 157-178.
55. Acehan G, Eker F (2013). Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı,ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1): 27-35.
56. Işık EA (2008). Ölüme karşı tutum ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
57. Bektaş H, Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K (2017). Undercover fear of elderly people in nursing home: death anxiety and depression. *Journal of Human Sciences* 14(1): 587-597.
58. Dönmez ÇF, Yılmaz M (2012). Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümlle baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3(3): 141-147.
59. Ertufan H (2008). Hekimlik uygulamalarında ölümlle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
60. Erdoğan MY, Özkan M (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 4(3): 171-179.
61. Kastenbaum R (2007). Death anxiety. Arizona State University, Tempe AZ,USA.Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic (Ed:Fink, G). Australia.
62. Orak OS, Uğur HG, Başköy F, Özcan M, Seyis N (2015). Does the perception of god of elderly people influence the fear of death? *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 8(38): 618-624.
63. Erkuş A, Tabak A (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin çalışanların çatışma yönetim tarzlarına etkisi: savunma sanayiinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 23(2): 213-242.
64. Chen YC, Del BKS, Fortson BL, Lewis J (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and with out nursing experience. *DeathStudies* 30: 919-929.
65. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 12: 90-91.
66. Tan M, Polat H, Şahin ZA, Genç F (2015). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 4(1): 10-17.
67. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2(2): 69-74.
68. Tanhan F (2013). Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi* 10(1): 184-200.
69. Edo-Gual M, Tomas-Sabado J, Porrás-Bardallo D, Momforte-Royo C (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing* 23(23-24) :1-12.
70. Bilge A, Embel N, Kaya FG (2013). Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(3) :119-124.
71. Mc Clatchey IS, King S (2015). The impact of death education on fear of death and death anxiety among human services students. *OMEGA-Journal of DeathandDying* 71(4): 343-361.

72. Wass H (2004). A perspective on the current state of death education.. *Death Studies* 28: 289-308.
73. İnci F, Öz F (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4(2): 178-187.
74. Dadfar M, Farid AAA, Lester D, Vahih MKA, Birashk B (2016). Effectiveness of death education program by methods of didactic, experiential, and A model on ther education of death distress among nurses. *International Journal of Medical Research&Health Sciences* 5(7): 60-7
75. Tiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S (2015). Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes to ward palliative care. *Journal of Painand Symptom Management* 50(3): 335-342.
76. Yıldırım G, Aksu M, Pınar ŞE (2014). Klinik eğitim sürecinde yaşamın sonuyla ilgili etik eğitimin tıp öğrencilerinin yaşamın sonu hakkındaki tutumlarına etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası* 40: 5-18.
77. Kavas MV, Öztuna D, Çelebi NN, Selvi H, Sayar D, Akaslan A (2012). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutum düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 65(1): 19-32.
78. Peter L, Cant R, Payne S, O'Conner M, McDermont F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal* 7: 14-21.
79. Cooper J, Barnett M (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *Int J Palliat Nursing* 11: 423-430.
80. Koç Z, Sağlam Z (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1): 14-17.
81. Çevik B (2010). Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. https://angora.baskent.edu.tr/acik_arsiv/ozet_goster.php?pno=2409&yno=139. ErişimTarihi: 02/02/2018.
82. Yılmaz E, Vermişli S (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED* 2(2): 41-46.
83. Templer DI (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *J General Psychology* 82(2): 165-177.
84. Akca F, Kose A (2008). Adaptation of death anxiety scale (DAS): validity and reliability studies. *Clinic Psychiatry Journal* 11(1): 7-16.
85. Dönmez ÇF (2012). Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
86. Şahin M, Demirkıran F, Adana F (2016). Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 7(3): 135-141.
87. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spotswood D (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *DeathStudies* 31(6): 549-561.
88. Souza MCS, Souza JM, Lago DMSK, Borges MS, Ribeiro LM, Guilhem DB (2017). Evaluation of the death attitude profile-revised: a study with health science under graduate students. *Textcontexto-Enfermagem* 26(4): 1-8.

89. Özdemir K (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
90. Kumcağız H, Yılmaz M (2012). Psikolojik danışma ve rehberlik lisans programı öğrencilerinin cinsiyet ve sınıf değişkenine göre ölüm kaygı düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 31(2): 215-231.
91. Ootom S, Al-Jish, A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A (2006). Death anxiety in patients with epilepsy. Seizure 16: 142-146.
92. Koç M (2003). Yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine bir alan araştırması. KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi 1(2): 117-143.
93. Madnawat AVS, Kachhava PS (2007). Age, gender, and living circumstances: discriminating older adults on death anxiety. Journal Death Studies 31(8): 763-769.
94. Önsöz SB (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
95. Terkamo-Moisio A (2016). Complexity of attitudes to wards death and euthanasia. University of Eastern Finland, Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Dissertations in Health Sciences 65page.
96. Lange M, ThomB, Kline NE (2008). Assessing nurses' attitudes to ward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. Oncology Nursing Forum 35(6): 955-959.
97. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Ohry Avrahm (2000). Fear of personal death among physicians. OMEGA-Journal of Death and Dying 41(2): 139-149.
98. Aktürk D (2014). Ölümle çok karşılaşan servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümle karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
99. Kasar KS, Karaman E, Şahin DS, Yıldırım Y, Aykar FŞ (2016). Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 48-55.
100. Özen D (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
101. Menekli, T, Fadıoğlu Ç (2014). Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 17(4): 222-229.
102. İnci F, Öz F (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10: 253-260.
103. Tanhan A, Arı F (2006). Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 3(2): 44-55.
104. Taka F (2010). Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
105. Öz F, İnci F, Yılmaz EB (2012). Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlamlık düzeyleri ve aralarındaki ilişki. New Symposium Journal 50(4): 229-236.

106. Kurz J, Hayes E (2006). End of life issuesaction: impact of education. International Journal of Nurse Education Scholarship 3: 1-13.
107. Lewis C, Reid J, McLernon Z, Ingham R, Traynor M. (2016). Theimpact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students to ward send of life care provision. BMC Palliative Care 15(67): 2-6.
108. Köstek G (2015). Huzur ve bakımevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı ve benlik saygısının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER



EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERDE ÖLÜM KAYGISININ BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ölüm kaygısını belirlemektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, hekim ve hemşirelerin ölüme karşı geliştirdiği kaygıların belirlenmesine ve bu kaygıların yaşam üzerine olan olumsuz etkilerine yönelik önlemlerin alınmasına ve daha iyi sağlık bakımı verilmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

I. TANITICI ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim Düzeyiniz: () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans
5. Çocuk Sayınız: () Yok () 1-3 çocuk () 4-6 çocuk () 7 ve üzeri çocuk
6. Evde Birlikte Yaşadığınız Kişiler:
() Yalnız () Eş () Eş ve çocuklar () Anne- baba () Geniş aile
7. Mesleğiniz: () Hekim () Hemşire
8. Kurumda Çalışma Pozisyonunuz:
() Uzman hekim () Sorumlu hekim () Klinik hemşire () Klinik sorumlu hemşire
9. Çalışma Süreniz:
() 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl ve üstü
10. Çalıştığınız Klinikten Memnun musunuz?
() Evet () Hayır

II. ÖLÜME İLİŞKİN ÖZELLİKLER

11. Çalıştığınız Klinikte Ölümle Karşılaştınız mı?
() Evet () Hayır

12. Kronik Hastalığınız Var mı?

Evet Hayır

13. Bir Sorunla Karşılaştığınızda Nasıl Başa Çıkarsınız?

Kendim çözmeye çalışırım

Sorunu görmezden gelirim

Başkalarından yardım alırım

İbadet ederim

Ailemden yardım alırım

14. Sizi Olumsuz Etkileyen Yaşam Olayları:

Ölüm Fiziksel rahatsızlık Emeklilik

Aileden ayrı olma Boşanma Diğer.....

15. Ölümüne En Çok Üzüntü Duyacağınız Kişiler:

Çocuk Eş Yakın akraba Yakın arkadaş Kimseye üzülmem

16. Ölümün En İyi Tanımı Sizce Nedir?

Kader Rahatlık Korkunç bir olay Mutlak son

Yeni bir yaşamın başlangıcı Anlamsızlık Olağan bir durum

Başka bir formda yeniden yaşama dönmek Anlamsızlık

17. Ölümü Düşünme Sıklığınız Nedir?

Sık sık Ara ara Hiç düşünmem

18. Daha Önce Kayıp/Yas Yaşadınız mı?

Evet Hayır

19. Ölümle İlgili Düşüncelerinizi Başkaları İle Paylaşıyor mısınız?

Evet Hayır

20. Dindarlık Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?

Yüksek Orta Düşük Dindar değilim

21. Ölüme İlişkin Hizmet İçi Eğitim Aldınız mı?

Evet Hayır

22. Zamanınızı Nasıl Geçirirsiniz?

Televizyon/radyo/bilgisayar Uyuma Gazete/kitap okuma Misafir gelmesi/ziyareti Yalnız oturma Ev işleri yapma Toprakla uğraşma Seyahat

Alışveriş İbadet Sohbet etme Çocuklarla ilgilenme

El becerisi gerektiren işlerle (resim, takı, el işi vb) uğraşma

EK 2. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

(E) Evet (H) Hayır

1. Ölmekten çok korkuyorum
2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.
3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.
4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.
5. Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.
6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.
7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.
8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.
9. Acı çekerek ölmekten korkarım.
10. Ölmekten hiç korkmuyorum.
11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.
12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.
13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.
14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.
15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.

EK 3.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma “Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısının Belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ölüm kaygı düzeyleri ile tanıtıcı ve ölüme ilişkin özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Bu çalışmada size 22 soruluk “Kişisel Bilgi Formu” ile 15 soruluk “Ölüm Kaygısı Ölçeği” uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllü sayısı 186’dır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulara özenli yanıtlar vermek sizin sorumluluğunuzdur.

Bu çalışmada sizin için sorulara bağlı rahatsızlıklar söz konusu olabilir; ancak sizin için beklenen yararlar, hekim ve hemşirelerin ölüme yönelik duygu ve düşüncelerinin farkına varmalarıdır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında çalışma programını aksatmanız durumunda sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayımlansa 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 çalışmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri 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 çalışmaya

İlişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmacı Şuhule TEPE MEDİN

Gönüllü Adı Soyadı

Tarih

İmza

Tarih

İmza

EK 4. KURUM İZİNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
Yüksek Lisans Öğrencisi	Şuhule Tepe MEDİN	AVRASYA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ	ORDU DEVLET HASTANESİ	Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 14/11/2016 tarihli dilekçesinde gönderilen Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.

Hakan KURU
Eğitim ve Ar-Ge Birim Sorumlusu
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm. Dr. Fıkan HACISALHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

AH BİNGÖL
Mali Sorumlular Başkanı V.
Uygundur/Uygun Değildir.

Orhan MURAT KIVRAK
Genel Sekreter
Uygundur/Uygun Değildir.

EK 5. ETİK KURUL İZİNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Kurulu

Sayı: 23618724 /
Konu: Bilimsel Araştırma



Prof.Dr. Yavuz ÖZORON
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi:06.12.2016 tarih ve 23618724-000-14718 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenizde belirtilen " Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi " konulu bilimsel araştırma başvurunuz hastanemiz Etik Kurulunca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

EK 6. ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

29.06.2016



Figen Akça (figen)
Kime: şule medin

Sayın Şule Metin

Ölçeği Kullanmanızda bir sakınca yoktur.
Kolaylıklar

Doç. Dr. Figen AKÇA

From: sı

To: figer

Subject: Sayın Figen Akça yardımcı olursanız sevinirim Saygılarımla.

Date: Mon, 13 Jun 2016 13:56:42 +0300