

**T.C**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**NEFROLOJİ HEMŞİRELERİNİN VE DİYALİZ HASTALARININ**  
**ÖLÜM KAVRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Çiğdem Fulya DÖNMEZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**

**MERSİN - 2012**

**T.C**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**NEFROLOJİ HEMŞİRELERİNİN VE DİYALİZ HASTALARININ**  
**ÖLÜM KAVRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Çiğdem Fulya DÖNMEZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**

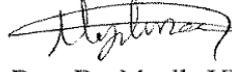
**TEZ NO: 202**

**MERSİN – 2012**

## Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri” başlıklı çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savuma Tarihi 19/01/2012



Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ

Mersin Üniversitesi

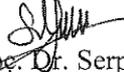
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Kemal YAZICI

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunun 02/02/2012 tarih ve 2012/32 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

  
Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Ulku COMELEKOGLU



## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması ve yürütölmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek ve sevgisini veren tez danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ'a,

Araştırmamla ilgili görüş ve önerilerini benden esirgemeyen, varlığı ile bana her zaman güc veren Sayın Prof. Doç. Dr. Ayşe Özcan'a,

Araştırmamın istatistiksel değerlendirilmesi aşamasında katkılar sunan Sayın Dr. İlter HELVACI'a,

'ÖÖHYTÖ' ölçeği ile ilgili tüm sorularımı içtenlikle cevaplayan Sayın Dr. Volkan KAVAS'a,

Son olarak hayatımdaki en büyük destekçim olan annem; Nurhayat DÖNMEZ'e, Sevinç DÖNMEZ'e, Engin DÖNMEZ'e ve Selamet UĞUR'a ve tüm dostlarıma maddi ve manevi bana desteklerinden ötürü sonsuz teşekkürler.

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	I-XI
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	VI-VIII
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	IX
<b>ÖZET</b> .....	X
<b>ABSTRACT</b> .....	XI
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1-4
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	5-28
2.1. Ölüm ve Ölümle İlgili Kavramlar .....	5-6
2.2. Psikoloji ve Felsefede Ölüm .....	6-8
2.3. Ölüm Kaygısı Yordayıcıları .....	8-15
2.3.1. Yaş ve Ölüm Kaygısı .....	9
2.3.2. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı .....	9
2.3.3. Dindarlık ve Ölüm Kaygısı .....	10
2.3.4. Medeniyet ve Ölüm Kaygısı .....	10
2.3.5. Gelişim Dönemleri ve Ölüm Kaygısı .....	11
2.3.6. Kültür ve Ölüm Kaygısı .....	12-15
2.4. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar .....	15-18
2.4.1. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı .....	15-16
2.4.2. Varoluşçu Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı .....	16-17
2.4.3. Bilişsel Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı .....	17-18
2.5. Hemodiyaliz ve Ölüm.....	18-28
2.5.1. Diyaliz Hastalarının Sık Karşılaştığı Sorunlar.....	18-22
2.5.1.1. Depresyon .....	19
2.5.1.2. Anksiyete .....	20
2.5.1.3. Uyum ve Davranış Bozuklukları .....	20-21
2.5.1.4. Cinsel Sorunlar .....	21-22

2.5.1.5. Hemodiyalizinin Komplikeasyonları .....	22
2.6. Diyaliz Hastalarının Ölüme İlişkin Duygu ve Düşünceleri .....	22-24
2.7. Nefroloji Hemşirelerinin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşünceleri .....	24-26
2.8. Ölümle Baş Etmede Nefroloji Hemşiresinin Rolü .....	26-28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>29-35</b>
3.1. Araştırmanın Amacı .....	29
3.2. Araştırmanın Soruları .....	29
3.3. Araştırmanın Yöntemi .....	29
3.3.1. Araştırmanın Şekli .....	29
3.3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Tarih .....	29-30
3.3.3. Araştırmanın Evreni.....	30
3.3.4. Araştırmanın Örnekleme .....	30-31
3.3.5. Verilerin Toplanması .....	31
3.3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması .....	31
3.3.5.1.1. Hemşire Bilgi Formu .....	31
3.3.5.1.2. Hasta Bilgi Formu .....	31
3.3.5.1.3. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	31-32
3.3.5.1.4. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği .....	32
3.3.5.1.5. Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği .....	33
3.3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	34
3.3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	34
3.3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi .....	34
3.3.5.5. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	35
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>35-55</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>56-63</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>64-66</b>
6.1. Sonuç .....	64-65
6.2. Öneriler .....	65-66
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>67-75</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>76-80</b>
EK-1. Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği .....	76-78

EK-2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği .....	79-80
EK-3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği .....	71-82
EK-4. Hemşire Bilgi Formu .....	83-85
EK-5. Hasta Bilgi Formu .....	86-87
EK-6. İzin Yazıları .....	88-95
Etik Kurul Onay.....	95
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	96

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 4.1.1.</b> Diyaliz Hastalarının Demografik Özellikleri .....	34
<b>Çizelge 4.1.2.</b> Diyaliz Hastalarının Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları .....	36
<b>Çizelge 4.1.3.</b> Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları .....	37
<b>Çizelge 4.1.4.</b> Diyaliz Hastalarının Dini İnançlarına Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları .....	39
<b>Çizelge 4.1.5.</b> Diyaliz Hastalarının Tedavi Süresine Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları .....	41
<b>Çizelge 4.1.6.</b> Hastaların Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları Arasındaki İlişki .....	42
<b>Çizelge 4.2.1.</b> Diyaliz Hemşirelerinin Demografik Özellikleri .....	43
<b>Çizelge 4.2.2.</b> Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği (ÖÖHYTÖ), Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	45
<b>Çizelge 4.2.3.</b> Hemşirelerin Sosyo-Demografik özelliklerine göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	47
<b>Çizelge 4.2.4.</b> Hemşirelerin Dini İnançlarına Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	49
<b>Çizelge 4.2.5.</b> Hemşirelerin Meslekte ve Diyaliz Ünitesinde Çalışma Sürelerine Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	50

<b>Çizelge 4.2.6.</b> Hemşirelerin Birinci Dereceden Akrabalarının ve Diyalizdeki Hastalarının Ölüm Durumu ile Karşılaşmalarına Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	51
<b>Çizelge 4.2.7.</b> Hemşirelerin Ölümcül Hastanın Bakımına Yönelik Bilgilerine Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	52
<b>Çizelge 4.2.8.</b> Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki .....	54

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**HD:** Hemodiyaliz

**MEÜ:** Mersin Üniversitesi

**TPÖKÖ:** Thorson-Powel Ölüm Kaygısı Ölçeği

**ÖDÖ:** Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

**ÖÖHYTÖ:** Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği

## ÖZET

### Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri

Bu araştırma nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz ünitesinde tedavi gören hastaların ölüm kavramına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel ve tanımlayıcı olan bu araştırma; 01 Aralık 2010 - 30 Temmuz 2011 tarihleri arasında Mersin, İzmir, Antalya, Erzurum, Samsun ve Gaziantep illerinde Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden, 240 hasta ve 68 hemşire ile yapılmıştır.

Araştırmanın verileri 'Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği', 'Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği', 'Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği' adlı ölçekler ile, araştırmacı tarafından literatüre dayalı hazırlanan hasta bilgi formu ve hemşire bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır.  $P < 0,05$  istatistik açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların % 52.9'u kadın, % 58.8'i evli, % 41.7'si ilköğretim mezunu ve yaş ortalamalarının  $49.76 \pm 16,42$  olduğu belirlenmiştir. Diyaliz hastalarının hafif düzeyde ölüm kaygısı ve depresif duygu durumunun olduğu, kadın hastalarda ölüme ilişkin kaygı ve depresyonun erkek hastalardan daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ise, % 83.8'inin kadın, % 77.9'unun evli, % 55.6'sının lisans mezunu ve yaş ortalamalarının  $33.89 \pm 7.22$  olduğu belirlenmiştir. Nefroloji hemşirelerin ölümcül hastadan orta düzeyde kaçınıcı tutum sergiledikleri, ölüme ilişkin duygu durumlarının depresif olduğu, orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, kadın hemşirelerde ölüme ilişkin kaygı, depresyon ve ölümcül hastadan kaçınma tutumunun erkek hemşirelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Nefroloji hemşireleri, diyaliz hastaları, ölüm

## **ABSTRACT**

### **NEPHROLOGY NURSES AND DIALYSIS PATIENTS' OPINIONS RELATED TO DEATH**

The main objective of this study is to determine the opinions of nephrology nurses and patients under cure in dialysis unit related to death.

This sectional and descriptive study has been carried out with 240 patients and 68 nurses between December 1<sup>st</sup> 2010 and July 30<sup>th</sup> 2011. These patients and nurses who have accepted to attend this study have been elected from hemodialysis units within Ministry of Health in Mersin, İzmir, Antalya, Erzurum, Samsun and Gaziantep. The data of this investigation has been compiled by using 'Thorson- Powell Death Fear Scale', 'Depression Scale related to Death', 'Approach and Attitude Scale for Death and Terminally Patient', and Information Forms and Nurse Information Forms prepared by the researcher. SPSS 11.5 packet program has been used for evaluating the data and  $P < 0,05$  has been accepted meaningful as statistical.

While 52,9 percent of the patients who participated to this study are woman, 58,8 percent of them are married. In addition to this 41,7 percent of these patients are graduated from primary school and their average age is  $49.76 \pm 16,42$ . It is stated that dialysis patients have death fear and depressif feelings in low level and woman patients' fears and depressions related to death are higher than men's. On the other hand 83,8 percent of the nurses who participated to this study are woman and 77,9 percent of them are married. Their average age is  $33.89 \pm 7.22$  and 55,6 of them are graduated from university. It is stated that nephrology nurses generally abstain from middle level terminally patients. They have also death fear and depressif feelings related to death in middle level. In this study it is stated that woman nurses' fears and depressions related to death and attitudes of abstaining from terminally patients are higher than men's.

**Keywords:** Nephrology nurses, dialysis patients, death

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu en çok da erişkinleri etkileyen, prognozu iyi olmayan, ölüm tehdidi oluşturan bir hastalıktır (1,2). Bu hastalığın tedavisine yönelik artan bilgi ve teknolojiye rağmen hastaların morbidite ve mortalitesinin hala devam ediyor olması göz önünde bulundurulduğunda, kronik böbrek hastalığı önemli bir toplum sağlığı sorunudur (3-5). Ayrıca kronik böbrek hastası sayısının her geçen yıl giderek artıyor olması hastalığın günümüzdeki ciddiyetini gözler önüne sermektedir. Ülkemizde diyaliz ve böbrek nakli ile yaşayan 60.000'i aşkın insan vardır ve bu sayının önümüzdeki altı yıl içinde 110.000'e yaklaşacağı tahmin edilmektedir (6). Türk Nefroloji Derneği'nin 2010 yılı kayıt raporuna göre, ülkemizde 2009 yılı toplam hemodiyaliz hasta sayısı 46650, hemodiyaliz hemşire sayısı ise 4919'dur (7).

Dünyada diyaliz hastasının görülme sıklığı bir milyonda 215'dir (8). Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi raporuna göre yalnızca ABD'de 300.000'den fazla hemodiyaliz hastası vardır ve bu hastaların yaşam süresi iki yıl ile 16 yıl arasında değişmektedir (9). Çin'de ise kronik böbrek yetmezliği insidansı yılda 120.000'dir. Bu hastaların büyük bir kısmının da organ beklerken kısa bir zaman içinde yaşamlarını yitirdikleri bildirilmektedir (10). Lithuania'da ise 1998 ve 2005 yılları arasında hemodiyaliz hastalarının yaşam sürelerine yönelik bir çalışma yapılmış ve çalışmaya katılan 2418 hastanın 722'sinde ölüm gerçekleşmiştir. Lithuania'daki hemodiyaliz hastalarının bir yıllık yaşam şansı %79.9, 2 yılda %69.8, 5 yılda %49.9 ve 7 yılda %38.8'dir (11).

Ülkemizde yaşanan donör bulmaktaki güçlükler nedeniyle son dönem böbrek hastalarına diyaliz uygulanması zorunlu gibi görünmektedir (12). Bu hastalara uygulanan tedavinin başlangıcından sonra bir yıllık yaşam şansı % 78'dir. Yaşam şansı beş yıl içinde % 38'e düşebilmektedir (13). Diyaliz süresi ölüm oranını etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Diyaliz süresinin ayda on dakika azalması bile ölüm riskini artırmaktadır (14). Türk Nefroloji Derneği'nin 2010 yılı raporuna göre, Türkiye'de

2009 yılında ölen hemodiyaliz hasta sayısı toplam 4557'dir (7). Bu hastaların ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar tüm ölümlerin yaklaşık %50'sinden sorumludur (15-17). Kardiyovasküler nedenlerle ölen hemodiyaliz hastalarında ölüm nedenleri arasında yer alan hipertansiyon ise bu hastalarda gelişen ani ölümlerin % 90'ını oluşturmaktadır (18). Hemodiyaliz hastalarının ölüm riskini arttıran diğer nedenler arasında infeksiyon, malignite, akciğer embolisi, anemi, kanda fosfat fazlalığı, yetersiz beslenme, gastrointestinal sistem kanaması ve diyalize girmeyi reddetme yer almaktadır (7,17,18). Ayrıca hemodiyaliz olanaklarının sınırlı olması ve pahalı bir tedavi yöntemi olması nedeniyle de birçok hasta yaşamını yitirmektedir (19). Hemodiyaliz hastalarının ölüm nedenleri arasında daha çok biyolojik faktörler yer alıyor gibi görünse de bu hastaların ruhsal sorunlardan dolayı ölümü küçümsenmeyecek düzeydedir. Çünkü bu hastalar kısıtlayıcı bir yaşam biçimine uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm olasılığıyla yüzleşmektedirler (20).

Yapılan araştırmalarda bu hastaların ağrı, acı çekme, yalnızlık ve ölüm korkusundan dolayı tedaviyi reddettikleri ve diyetlerine uymayıp bir tür pasif intihara başvurdukları bildirilmektedir (21,22). Özellikle de ölüm korkusu bu hastaların yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada (Moss ve ark. 2008) diyaliz hastalarına sorulan: "Diyaliz hastalarının yakın gelecekte öleceğini bilmek sizin için şaşırtıcı olur muydu?" sorusuna 147 hastanın 113'ü "evet" cevabını vermiştir. Bunun dışında bu hastaların ölümcül bir hastalığı olduğunu kabul etmeleri de onların depresyona girmesinde ve dolayısıyla intihara teşebbüs etmelerinde önemli bir etkidir (23). Yapılan bir araştırmada ise (Haenel ve ark. 1996) hemodiyaliz hastalarının intihar girişiminin hem genel toplumdan hem de diğer kronik hastalıklardan daha fazla olduğu bildirilmektedir (24).

Tüm bu veriler ülkemizde kronik böbrek hastalığının birey, aile ve topluma büyük ölçüde tehdit oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarıyla en çok bir arada olan nefroloji hemşirelerinin, hastaların yaşam kalitesini arttırmadaki rolü büyüktür. Nefroloji hemşirelerinin diyaliz hastalarına bakım verirken bu hastalarda meydana gelebilecek psikiyatrik sorunları göz önünde bulundurarak bakım vermeleri için ölümcül bir hastaya nasıl yaklaşacakları konusunda yeterli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmaları gerekmektedir. Ölümcül hastayla ilgilenmek hemşirelere oldukça büyük bir duygusal yük getirir. Pek çok hemşire ölümcül hasta ve ailesiyle ilgilenme ve

onların gereksinimlerini karşılama sırasında çeşitli güçlükler yaşamaktadır. Yapılan araştırmalarda da çoğunun bu deneyimleri sırasında bunaltı yaşadıkları ve yetersizlik hissettikleri belirtilmektedir (25-30). Hemşirelerin yaşadığı bu güçlükler ile baş edebilmeleri için öncelikle kendi davranışlarına ilişkin iç görü kazanmaları; yaşam, hastalık, ölüm ve kayba ilişkin kendi duygularını gözden geçirmeleri gerekmektedir. Çünkü hemşireler ölümcül hastanın bakımında, engellenmişlik hissettiklerinden öfke ve inkar yaşayabilirler. Hemşireler açısından hastanın yaklaşan ölümünü kabul etmek kolay olmayabilir ve hemşireler hastanın ölümünü inkar ederek, hastanın ölüme ilişkin konuşma isteğinde onu susturarak kolay yolu seçebilirler. Böylelikle hemodiyaliz hastaları genellikle izole edilmiş ve yardıma en çok gereksinim duydukları anda yalnız bırakılmış olabilirler (31-33). Nefroloji hemşireleri ölümcül hastayla iletişimlerinde hastaya yanlış bir şey söyleyerek onları altüst etmekten korkmakta ve çoğu zaman hastaya ne söyleyeceklerini bilememektedirler. Yiğit (1998)'in belirttiğine göre ölüm konusunda önemli çalışmaları olan Ufema; ölüm konusunda yapılacak en uygun yaklaşımın "Ne söyleyeceğimi bilemiyorum ama sizinle birlikte olmak istiyorum" demek olabileceğini belirtmiştir. Nefroloji hemşirelerinin hastaları dinlemeleri ve hastanın hastalığı ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak için güdüleyici sorular sormaları bu aşamada çok önemlidir (31). Hasta ile iletişimi kolaylaştırmak için nefroloji hemşiresi; hastanın kendi durumunu bilip bilmediği, hastaneye yatışını nasıl anlamlandırdığı ve tedaviden ne beklediği, ölüm hakkında düşünceleri, fiziksel sıkıntıların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, günlük bakımını bağımsız olarak yapabilme durumu, kullandığı baş etme yöntemleri, desteklerinin kimler olduğu ve hasta yakınlarının duruma tepkilerinin nasıl olduğu gibi durumları açıklamalıdır. Ayrıca hastanın dini inançları, kültürel geçmişi, ölüm ve kayıp deneyimleri hasta ve ailesinin ölüme karşı tepkilerini etkilediğinden nefroloji hemşiresinin hasta ve ailesiyle iletişimde tüm bu faktörleri göz önünde bulundurması gerekmektedir. Nefroloji hemşiresinin terminal dönemdeki hastayla kurduğu etkili iletişim, hastanın ağrı kontrolünü kolaylaştırmada, iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırmada ve bireyin yaşamın son günlerinde daha saygın bir bakım alma gereksinimlerini karşılamada katkı sağlayabilir (25,31,32). Nefroloji hemşirelerinin danışanla böylesi bir iletişim becerisi kazanabilmesi için sürekli okumaları, bilgilerini uygulamaya aktarmaları, kendilerini geliştirmeleri ve yenilemeleri gerekmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği, tedavisi olan bir hastalık olmasına rağmen nefroloji hemşireleri hastalığın komplikasyonları sonucunda hastaların ölümüyle karşılaşabilmektedirler. Bütüncül hasta bakımı veren nefroloji hemşireleri, hasta ve ailesine yaşantılarının her döneminde hizmet vermekle yükümlüdürler. Ölüm, konuşulması zor ve ertelenen bir kavramdır. Nefroloji hemşirelerinin ölüm kavramı hakkında konuşabilmeleri, duygu ve görüşlerini ifade edebilmeleri hemşirelerin kendi gelişimine katkı sağlayacak hem de hastaya verdiği sağlık bakımının kalitesini artıracaktır. Ayrıca nefroloji hemşirelerinin ölümle ilgili yaklaşımlarında eğitime ihtiyaçları olup olmadığı da ortaya konulabilecektir. Ülkemizde kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarla çalışan hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin niteliksel ve niceliksel çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma, nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi, hastaların daha saygın ve kaliteli bir bakım alması ve nefroloji hemşirelerinin bilgi, beceri ve bakım vermede yaşanan sıkıntılarının tespit edilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşlerinin belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ölüm ve Ölümle İlgili Kavramlar

Yüzyıllardan beri ölüm üstüne yapılan araştırmalara karşın ölüm kavramı, insanlar için hala bilinmezliğini korumaktadır. Bilim insanları ve bazı filozoflar ölümü yok olma olarak nitelendirirken, kimi filozoflar ölümün biçim değiştirme olduğuna inanmışlardır. İnsanları bu denli meşgul eden ölüm kavramının farklı kültürlerde ve toplumlarda farklı tanımları yapılmıştır. Ölüm; canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesi, hayatın sonu, yaşamın bitişi, ömrün sona ermesi, dünyadan göçmek, kaybolmak, daha iyi bir yere gitmek ya da bu dünyadan taşınmak şeklinde tanımlanmıştır (33-37). Sağlık alanında ise ölüme ilişkin yapılan tanımlara göre ölüm; dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak durmasıdır (38). Ölüm; her nasıl tanımlanırsa tanımlansın, insanlığın karşısında kaçınılmaz bir gerçek olarak durmaktadır. İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda var olmama tehdidini de temsil etmektedir. Dolayısıyla ölümden kaçamayacağına farkında olan insan, varoluşsal bir kaygı ile karşı karşıya gelmektedir. Yüzleştiği bu kaygıyla baş edemeyen insan ölümden giderek daha az söz etmekte, bu konuyu kısa kesmekte ve sessiz kalmaktadır (39). Artık ölüm evlerimizin dışında, hastanelerde sessizlik içinde yaşanmaktadır. Günümüzde kötü, pis ve uygunsuz bir olay olarak değerlendirilen ölüm, ancak yalnızlık içinde gizli olarak yaşanabilir (40). Çünkü modernite ile birlikte ölüm yok sayılmaya başlanmıştır. Yaşanan bu durumun bir sonucu olarak birey ölüme yabancılaşır. Sonuç olarak da insan kendisine yabancılaşır. Yabancılaşmanın sonucu olarak da bireyler, yaşamın gerçek anlamının farkına varamadan çürümektedirler (41).

Ölüm her ne kadar kaçınılmaz olsa da bilimsel ve tıbbi ilerlemelerle geciktirilebilmekte, hastalar diyaliz ya da solunum makinelerine bağlanarak yapay olarak yaşatılmaktadır. Günümüzde modern araçlar ve gelişen teknolojinin yanı sıra palyatif tedaviler de yaşam süresini uzatmaktadır. Dolayısıyla yaşam sonu bakım ve terminal dönem kavramları da önem kazanmaktadır (42-48). 'Terminal dönem' yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır (42,43). Yaşamsal fonksiyonlarının sonlanması beklenen hastaya ise,

‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir (42,43). Ölüm sürecinde olan hastalar bu dönemde problemleriyle baş edebilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu süreçte hastaların gereksinimlerini karşılamayı, ağrı ve acıyı dindirerek yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan faaliyetlere ‘yaşam sonu bakım’ denmektedir (42,43). Kübler-Ross’a göre; bu süreçteki bireyler yadsıma, yalıtma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından geçmektedirler. Terminal dönemdeki bireyler tüm bu aşamalardan geçerken ruhsal dünyalarında karmaşık duygular yaşamakta ve yaşadıkları kaostan kurtulmak için yardıma gereksinim duymaktadırlar. Ölümü yaklaşan bireylerin ölüm kavramı çevresinde toplanan bu duygu ve deneyimleri bir bakıma insan yaşamının ve insan olmanın ne anlama geldiği ile ilgilidir (41). Hastane ortamında terminal dönem hastaların yaşadığı bu zor süreci hastaya bakım veren sağlık ekibi, özellikle de hasta ile en uzun süre ilişki kuran hemşire yaşamaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin ölüm kavramı karşısındaki tutumları son derece önemlidir (49). Özellikle ölüm olayının çok yaşandığı hastane ortamında çalışan hemşirelerin ölüm olayına karşı gelişen depresif duygu durumları ve kaygıları onları psikososyal yönden olumsuz etkileyebileceği gibi, ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını da etkileyecektir. Bu nedenle hemşirelerin öncelikle kendi duyguları, düşünceleri dolayısıyla ölüm olayına karşı tutumlarının farkında olmaları gerekir. Nitekim, ölümle ilgili düşünceler ölümle ilgili tutumları da etkilemektedir (50).

## **2.2. Psikoloji ve Felsefede Ölüm**

Ölüm olgusu her zaman yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olduğu için çağlar boyu insanlar ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. Geçmişten günümüze kadar ölüm üzerine birçok tanımlama yapılmıştır. Cicirelli’ye göre (2001) ölüm, tüm bedensel ve zihinsel işlevlerin geri dönüşü olmaksızın sona ermesidir ve tüm insanlık için evrenseldir. Freud’a göre ölüm, yaşamı zenginleştirmektedir (51). Çünkü yaşam oyununda ortaya konan en yüksek bedel olan yaşamın kendisi riske atılmadığında yaşam sığ ve boş bir hal almaktadır (52). Fromm ise, bireyin sahip olma davranışı arttıkça ölümden korktuğunu ve bunun akılcı bir açıklamasını da bulamadığını ifade etmiştir. Ona göre bu korku ölümden değil; sahip olunan şeyleri, bedeni, malı, mülkü, benliği yitirmekten dolayıdır ve kişi hiçbir şeye sahip olamayacağı bir uçuruma, yok olmaya sürüklenmekten korkmaktadır (53). Ayrıca Fromm’a göre ölümün tamamen

reddini içermeyen tutumda olan bireyler geçmişe odaklı, soğuk, uzak, kontrollü, obsesif, kanun ve düzene kendini adanmış kimselerdir. Fromm'un görüşlerine katılmayan Kubler-Ross ise, ölümü reddetmenin boş ve amaçsız bir yaşam tarzına teslimiyetle sonuçlandığını dile getirmiştir. Ona göre varoluşumuzun sonluluğunu kabullenebildiğimiz ölçüde, hayatımızdaki tüm günleri kendi gelişimimize adayabiliriz. İnsan sonsuza dek yaşayacağı yanılgısına kapıldığında, yaşamın taleplerini ertelemek daha kolay hale gelmektedir. Dolayısıyla geçmişin anıları ve gelecek planları; şimdiki zamanı ve sunduğu otantik yaşam fırsatlarını mahvetmektedir (52,53).

Felsefi açıdan bakıldığında ise ölüm, bir deneyim olarak değil, daha çok umut dolu bir bekleyiş ya da acı bir kayıp olarak görülmektedir (54). Buna göre ölüm, deneyimlenemeyen ancak kaçınılmaz bir olgu olarak insanoğlunun karşısında durmaktadır. Birçok filozofa göre ölümün kaçınılmazlığı onun korkutucu olduğu anlamına gelmez (34). Antik Yunan filozoflarından Epikür "Benim olduğum yerde ölüm yok, ölümün olduğu yerde de ben yokum. Onun için ölüm bana bir şey ifade etmiyor" diyerek ölümü yaşamdan dışlamıştır (55). Epikür ölümü hayatın tadını kaçıran bir durum olarak ele almış ve psikolojinin amacının insanı ölüm korkusundan kurtarmak olduğunu söylemiştir. Yine antik yunan düşünürlerinden Sokrates'e göre ölüm ya hiçliğin içinde erimektir ya da bir değişimdir. Eğer ölüm hiçliğin içinde erimek ise, ondan korkmaya gerek yoktur çünkü bu, derin ve rüyasız bir uykudan farklı olmayacaktır. Arthur Schopenhauer'a göre ise ölümden sonra, doğumdan önce ne isek o olunacaktır (34,55). Felsefenin ölüme ilişkin sunduğu bu bakış açısı varoluşçu terapistler tarafından da kullanılarak, danışanların ölüm kaygıları ile baş etmelerine yardım edilmektedir (55).

Psikoanalitik görüşe göre de, her insan bilinçdışında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bu inanç, insanın ölümlü olmaya karşı başlangıçta güçlü bir duygusal tepki vermesine yol açar. Ölüme ilişkin bilimsel bilginin yetersizliği de buna eklenince, bireyde tutucu davranışlar gözlemlenir. Dolayısıyla, bu yaklaşıma göre, hiçbir insan ölümü gerçekten kavramaz ve bilinçdışı kendi ölümlülüğü düşüncesine gereksinim duymaz (56). Varoluşçu psikolojiye göre ise ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilemdir, insan isterse ölümü seçebilir, fakat istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir (39).

Yapılan felsefi ve psikolojik araştırma sonuçları dikkate alındığında ölüm olgusunun bireyin psikolojisi üzerine olumlu ve olumsuz etkileri olduğu oldukça açık bir biçimde görülmektedir (39,57). Heidegger'in (2004) "Varlık ve Zaman" ve Yalom'un (2000) "Varoluşçu Psikoterapi" adlı çalışmaları ölüm olgusunun insan psikolojisi üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır. Heidegger'e göre, ölüme yazgılı olan insan, özgürlüğünü gerçekleştirebilmesi için ölüme kadar seçimler yapmak durumundadır. Yapılan seçimlerin sağlıklı olabilesi için de bireylerin ölümü inkar etmeden yaşamlarının önemi büyüktür. Bundan dolayı Heidegger, sağlıklı bireyin oluşabilmesinin tek şartını ölüm olgusunun birey tarafından açıkça kabullenilmesinde görür (39,57). Benzer şekilde Yalom, ölüm kaygısının varlığını, ölümden kaçma ve onu inkar etme davranışıyla ilişkili olduğunu belirtir (39). Yalom, ölümün kaçınılmaz sonuna rağmen insanların ölüme karşı takındığı tutumu şu cümleleriyle özetlemiştir: "Aldığımız her nefes bizi sürekli etkisi altında olduğumuz ölüme doğru çeker. Nihai olarak zafer ölümün olacaktır, çünkü doğumla birlikte ölüm zaten bizim kaderimiz olmuştur ve avını yutmadan önce onunla yalnızca kısa bir süre için oynar. Bununla birlikte, hayatımıza olabildiğince uzun bir süre için büyük bir ilgi ve özenle devam ederiz, tıpkı sonunda patlayacağından emin olsak da, olabildiğince uzun ve büyük bir sabun köpüğü üflememiz gibi..." (58).

### **2.3. Ölüm Kaygısı Yordayıcıları**

İnsanların ölümden farklı şekillerde etkilendiği bilinmektedir. Ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde ölüm kaygısının ölçümünde çok farklı değişkenlerle çalışıldığı görülmüştür. Bu değişkenler arasında ölüm kaygısıyla en çok ilişkisi olanlar; yaş, cinsiyet, medeni durum, dindarlık, gelişimsel süreç ve sosyokültürel özelliklerdir. (55,58-62). Aşağıda, bu değişkenler tek tek ele alınmıştır.

#### **2.3.1. Yaş ve Ölüm Kaygısı**

Gençler ölüme daha uzak olduklarından, ölümü yaşlılara göre çok daha az düşünmekte ve ölümü kabullenmeleri kolay olmamaktadır. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan olgunlukla ölümü kabullenme yavaş yavaş gerçekleşmektedir (55). Bununla birlikte yaşlılarda hastalık, yalnızlık gibi yaşamı güçleştiren sorunlar yaşlıların yaşam korkularının büyüklüğü ölüme ilişkin korkularının önüne geçmektedir. Tüm bu

sebeplerden ötürü yaşlanmayla beraber ölüm kaygısı da azalmaktadır (60). Ancak, yaşlılık döneminde pişmanlık ve genel olarak yaşama ilişkin “yaşanmamışlık hissi” ölüm kaygısının artmasına etki etmektedir (55,61). Yaşanmamışlık hissini insanlarda ölüm kaygısını arttırdığını savunan Carl Gustav Jung’a göre ölüm kaygısının temelinde “yaşama korkusu” vardır. Ölümden en çok korkan insanlar yaşamaktan en fazla korkanlardır. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, hayatı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Bu nedenle ölümü hayatın dışına itilmesi yerine, yaşamın anlamının tamamlayıcısı olarak görmek insanın genel ruh yapısına daha uygundur (62).

Yaş ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakıldığında, çalışmaların birçoğunda yaş ve ölüm kaygısı arasında ilişki olduğu ve yaşlılarda ölüm kaygısının daha az olduğu saptanmıştır (59,62-64). Suhail ve Arkam (2002)’ in çalışmasında ise, yaşlılarda ölüm kaygısının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (65).

### **2.3.2. Cinsiyet ve Ölüm Kaygısı**

Kadınların ölüme ilişkin kaygılarının erkeklere oranla daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bunun nedeni olarak kadınların duygularını ifade etmeleri desteklenirken, erkeklerin duygularını ifade etmesinin kadınlar kadar desteklenmiyor olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Toplumun erkeklerin duygularını ifade etmesini hoş görmemesi, erkeklerin yaşadığı duyguları bastırmasına yol açabilmektedir (60).

Cinsiyet ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında; kadınların erkelere göre ölümlle ilgili daha kaygılı olduğu bildirilmektedir (66,67).

### **2.3.3. Dindarlık ve Ölüm Kaygısı**

Ölüm düşüncesi ve ölüm korkusu dini hayatı etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bu nedenle dini inancın temelinde ölüm korkusunun olduğunu iddia eden görüşler dahi bulunmaktadır. Çünkü insan ölümü yok oluş olarak görür ve tek bir canını da ölümlle elden kaybetmektedir. Dolayısıyla ruh kavramının ve dinlerin ortaya çıkması büyük ölçüde insanın ölüm korkusundan kaynaklanır. İnsan öldükten sonra ruhunun yaşayacağına, sevdiklerine yakınlarına bir şekilde yeniden kavuşacağına

inanarak ölüm karşısındaki çaresizliğini ruhsal olarak yenmeye çalışır (55,68-70). Dini inancın temelinde ölüm korkusu olduğunu düşünenlerden Einstein, "yarattıklarını ödüllendiren ya da cezalandıran bir tanrı" ya inanmayı, "biçare ruhlar"a özgü "korku ya da anlamsız egoizm" in ürünü olarak görür. Einstein'a göre, insanlığın "manevi evrimi" nin kaynağı yaşam korkusu, ölüm korkusu, ya da kör inançlarda değil "akılcı bilgi"dedir (69). Benzer şekilde Freud da dinin evrensel bir nevroz olduğunu ve korku ve çaresizlikten kaynaklandığı savunur. Freud' a göre dinin kaynağı ilkel düşüncedir. Ona göre, bilimin güçsüz olduğu dönemlerde din insanlarda anlama, mutluluk arama ve yönelme ihtiyacını karşılamıştır; insan yaşanan dünyayı anlamakta aciz kaldığı sürece de dinî ve gizemli duyguları kabul edecektir (70). Psikanalize benzer yaklaşım felsefede de görülmektedir, özellikle Max Scheler ve varoluşçu Martin Heidegger gibi düşünürler; insanın, doğa güçleri karşısında boşluğa ya da 'Hiç'e düştüğünü vurgularlar ve bu boşluktan kurtulmanın gerekliliğini dinlerde ve daha sonra ideolojilerde aradığını ifade ederler (70).

Yapılan araştırmaların çoğunda dindar bireylerde, daha düşük düzeyde ölüm kaygısı saptanmıştır (56,64,71,72). Yapılan bu araştırmalarda ölümü tanrıdan gelen bir şey olarak görenlerin ölümden daha az korktukları saptanmıştır ( 56,64,71,72).

#### **2.3.4. Medeni Durum ve Ölüm Kaygısı**

Evli olan bireylerde eğer çocukları da varsa ölüme ilişkin kaygılarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Çünkü çocuklar bir nevi ölümsüzlüklerini yaşatmaktadır (55).

Yapılan bir araştırmada evli olanlarda bekar olanlara kıyasla ölüm kaygısı daha yüksek saptanmıştır (72). Yapılan bir başka araştırmada ise medeni durum ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (73). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise bekar bireylerin yaşam kalitesi puanları, eşi ölmüş ya da boşanmış olanlardan ve evli bireylerin yaşam kalitesi puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (74).

#### **2.3.5. Gelişim Dönemleri ve Ölüm Kaygısı**

Literatürde çeşitli gelişim dönemlerinde ölüm kaygısı şiddetinde değişiklikler olduğu yönünde veriler vardır (56,75,76). Bu nedenle ölüm kaygısının bebeklikten

başlayarak nasıl yaşandığı ve nasıl değiştiğinin ortaya konması gerekmektedir. Bebeklik ve ilk çocukluk dönemindekiler, soyut kavramları anlamada ve anlamlandırmada yetersizdirler. Bu açıdan çocuklar, “ölüm” olayını anlamlandıramazlar. Çocuklarda ilk olarak 5-6 yaş civarında ölümün geri dönülemezliği kavranmaya başlanır (56,75). Bu dönemde ölüm, ne bir sondur ne de önüne geçilebilecek bir durumdur. Tıpkı uykudan uyanır ya da yolculuktan döner gibi, ölümden sonra da bir tur geri dönüş olacağı beklentisi vardır (56). Okul öncesi dönemdeki çocuklarda bilişsel olarak süreklilik kavramı gelişmediği ölümün geri dönülmez ve sürekli olduğunu anlayamazlar (56,75). 6-9 yaş döneminde ise artık çocuk ölümü bir son olarak algılamaya başlar. 9-10 yaş arasında ise ölüm önüne geçilmez biyolojik bir süreç olarak kavranır (56). Ölüme ilişkin düşünce içeriğinin gelişimi ise 12 yaş sonrası dönemde gözlenmektedir (76,77).

Ergenlik dönemi ise ölüm kaygısının belirgin bir şekilde yaşandığı ilk dönemdir (76). Bu dönemde ergenin ben merkezli oluşu onun ölüme bakışını etkilemektedir. Ergenin kendi kişisel benzersizliğine olan inancı, kendisinin ölüm ile karşılaşmayacağı inancına dönüşebilmektedir (56). Bu gelişim döneminde ergenler, aileleri ile bile ölüm hakkında genellikle konuşmaz ve ölümü, üzerinde düşünülmesi bile gerekmeyen anlamsız bir durum olarak algırlar. Ama aslında bu aldırma görüntülerinin altında yatan ölümlü olma ve zamanın ilerlemesi gibi düşüncelerin varlığı ergende ölüme ilişkin kaygılar yaşatmaktadır. Ergenlerde ölüme duyulan ilgi, ölüme meydan okuma ile birlikte ortaya çıkar (71). Bu durum “zoraki kahramanlık” olarak nitelendirilir. Yalom’a göre ölüme meydan okumak bir bakıma alta yatan ölüm kaygısından kaynaklanmaktadır. Gençler ölümle varlıklarının sona ereceğini, hayatın zevklerinden mahrum kalacaklarını ve geleceğe ilişkin tasarımlarını tamamlayamayacaklarını düşünerek ölüm kaygısı yaşarlar. Ergenlerin yaşadığı bu korku ve kaygılar toplumsal destek, zihinsel olgunluk, bireysel deneyimler gibi değişkenlerden etkilenmektedir (56,71). 15-17 yaşlarındaki liseli gençler üzerinde yapılan bir araştırmada, gençlerin % 40’a yakınının, acı çekerek ölmek, dünya savaşları, ölüm ve sonrasıyla ilgili sürekli korkuları olduğu sonucunu çıkarmıştır (76).

Yetişkinler içinse ölüm; bedensel fonksiyonların bozulması sonucunda gelişir, yaşam çemberinin son aşamasıdır, kaçınılmaz ve geri döndürülemezdir (56). Bu dönemde bedensel yaşlanma ve ölümün kaçınılmazlığının algılanması bir krizin yaşanmasına sebep olabilir. Kırk yaşına gelmiş insanın merdiven çıkarken nefesinin

tıkanması, yediklerinde hazımsızlık çekmesi, unutkanlığının başlaması gibi faktörler yetişkinde ölümün kaçınılmazlığını düşündürür ve bu da onda ölüme ilişkin kaygı uyandırır (76).

Gelişim basamaklarının son kısmı olan yaşlılık dönemi ise yaşam hesaplaşmasının yapıldığı bir dönemdir (78). Verimli ve mutlu bir yaşam geçiren yaşlı bireyler ölümü kabullenirken, mutsuz bir yaşam geçirenler ise, geçmiş günlerin pişmanlığı ve yeniden yaşama özlemi ile ölüm korkusu yaşarlar. Artık ölümü erteleyebileceği bir gelişim dönemi kalmayan birey, ölümü kabullenemez ve olabildiğince ölümün geç gelmesini ister (79). Yapılan bir çalışmada 74 yaş ve üzeri bireylerin ölümle daha çok yüzleştiği için genç ve yetişkinlere oranla ölüm kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (80). Yapılan bir başka çalışmada ise yaşlı bireylerin %60'ının ölümü kabullendikleri belirlenmiştir (81).

### **2.3.6. Kültür ve Ölüm Kaygısı**

Ölüm, kültürün oldukça kapsayıcı ve önemli bir ögesidir. Bauman, kültürün tanımını şöyle yapar: “Kültür, insanların farkında oldukları şeyi unutturmaya yönelik incelikli, karşı-anımsatıcı teknik bir aygıttır. Yiyip bitirici unutmaya gereksinimi olmasaydı, kültür gereksiz olurdu; aşılması gereken hiçbir şey olmasaydı, aşma da olmazdı” şeklinde açıklamaktadır (82). Benzer şekilde Heidegger, kültürü hayatta kalmak için uydurulmuş bir oyun olarak görür. Yaşamı anlamlı kılmak için yapılan kültürel faaliyetler, aslında tam da yaşamı anlamsız kılan ölüm bilgisine ket vurmaya amaçlı ortaya çıkmıştır (83). Bu nedenle ölümsüzlük kültürel anlamda elde edilmeye çalışılır (84). Defin, mezarlık ve ölenlerin ruhlarıyla ilgili bir dizi tabut, dua vb. ölümü uzaklaştırmak ya da onun uzakta oluşuna ilişkin bir emniyet hissini ayakta tutmak için gösterilen çabalardır. Başka bir deyişle cenaze törenleri, tabutlar ve mezar törenleri, ölümün kendisi hakkında bir şey anlatmaktan çok, geride kalanlara ilişkindir (85). Benzer şekilde sanat eserlerinin ortaya çıkışı, tarihlerin yazılışı, koleksiyonculuk gibi kültürel eylemlerde aslında birer ölüme karşı koyuş, hayata dair ölümsüz eserler bırakmak adına ortaya çıkmıştır. Çünkü kültür kalımlıdır ve toplumlar var olduğu sürece hep var olacaktır. İnsan da, kendi ölümünü kültür içerisinde ebedi bir yaşama ulaşarak yenmeye çalışır; yani kültür sayesinde ölümsüzlüğe kavuşmayı hedefler ve bir anlamda da buna ulaşır (83) .

Ölüm basit bir fiziksel olay olmayıp doğası ve modelleri, toplumsal faktörler tarafından şekillendirilir. Modern ve Postmodern toplumlardaki ölüm deneyimi, modern öncesi toplumlardan özellikleri açısından farklılıklar gösterir. Ölümün yazgısını kabul eden, geleneksel ölüm endişesi taşıyan bireyler, modernizmle beraber farklı bir korku aşamasına geçmişlerdir (86). Ölümün modern temsilindeki ilk önemli adımı, ölüm nedenini bedene bağlamak olmuştur. Böylece modern toplumlarda ölüm, bedenin hastalığı olarak ortaya çıkmaya başlamıştır (86). Bauman, her bir ölümün nedeni olduğunu söyler. Bu nedenleri bulmak için cesetler kesilir, araştırılır, testten geçirilir. Sonunda da illaki bir neden bulunur. Ölümün; kan pıhtılaşması, böbrek yetmezliği, kan kaybı, kalbin durması, akciğer iflası gibi nedenlerden dolayı olduğuna inanılır. Ama hiçbir zaman bu durumda insanın ölümlü olduğu için ölmüş olduğu düşüncesi gündeme gelmez. Bu, aslında modernizmle beraber bize öğretilen bir düşünce biçimidir. Çünkü televizyonlarda, filmlerde, etrafımızda, yaşamın her alanında sürekli; ölümün doğal bir süreç olmadığı, ölümün bir hastalık sonucu ortaya çıktığı düşüncesi verilmektedir (84). Ölümün, önlenbilir hastalıklardan ve durumlardan kaynaklandığının kabulü ile birlikte; sağlıklı olma, diyet, fitness programları, bedenin yaşlanmasını önleyici anti-aging ve bunların hakim olduğu yaşam tarzları modern beden için ölüme karşı savaşta yol gösterici olmuştur (87). Bu sosyal süreç ise, kapitalizmin bu dönemine ait hakim değerler sistematığında ‘üretim’in yerine ‘tüketim’in ön plana çıkmasıyla birlikte modernite sonrası daha farklı yapılanmaları barındıran bir topluma işaret etmektedir (86). Bu değişen yapıda ölümün de tüketilen bir olguya dönüşmesi kaçınılmazdır. Postmodern toplum içinde, sağlıklı ve güzel görünmekten haz alınacağı, iyi hissedileceği düşüncesi satılabilir bir mal olarak pazarlanır. Kapitalizm sadece yaşlanmaya engel olmaya yönelik insanları tüketime yöneltmeye itmez, aynı zamanda doyumsuz iştahını savaşlar aracılığı ile yatıştırmaya çalışır. Böylesi bir sistemin daha çok yaşayabilmesi için daha çok öldürmesi gerekir. Teknolojinin de gelişmesiyle birlikte savaşlarda bir tek düğmeye basarak sayısız insanı öldürmek çok daha kolay hale gelmiştir. Kapitalist medya düzeninin biçimlendirdiği bireyler ise bu kitlesel kıyımları televizyondan kayıtsızca seyreden ruhsuz varlıklara dönüşür. Hatta ölüm artık o kadar alışıldık bir şey olur ki, sürekli görmeye alıştığımız bir reklam filmi haline gelir ve duyarsızlaşırız (88). Her gün televizyonun soğuk camında görülen çocuk ölüleri kanıksanmakta, kanıksadıkça da benlikler yitirilip, toplum yaşamından

uzaklaşmaktadır. Bir anlamda ölümün varlığını unutmak, düşünmemek işimize gelmektedir. Bu yüzden modern düşüncede ölümle gizliden gizliye savaş verilmektedir ama aslında neyle savaşıldığı bile bilinmeden.

Modernite ile birlikte toplumumuzda ölüme ilişkin tutumlar da değişime uğramıştır. Günümüzde kötü, pis ve uygunsuz bir olay olarak değerlendirilen ölüm, ancak yalnızlık içinde gizli olarak yaşanabilir. Eskiden olduğu gibi kitlelere sunulmaz. Ölüm olayının bürokratik düzenlemelerle denetim altına alınmaya çalışılması ve kurumlara taşınması, sağlıklı insanların ölümle ilgili tecrübelerini de değiştirmiş, bunun sonucunda ölüm birçok insan için gitgide daha yabancı bir durum haline gelmiştir (89). Ölümün günlük yaşamdan kovuluşu, aslında modern toplumun onun tarafından sürekli taciz edildiğinin ve akıllardan hiç çıkmadığının da bir göstergesidir. Bir çeşit ‘Ölümün inkarı’ da denilen bu yanıt, toplumsal yaşamın içinde farklı şekillerde kendini gösterir. Mezarlıkların taşınması, halka açık cenaze törenlerinin eski ihtişamını kaybetmesi, ölümün ve ölü bedenlerin kentlerden ayrıldığına göstergesidir. Tüm bunlara ilave olarak, yas tutanların soyutlanması, ölmek üzere olanın karşısında garip bir huzursuzluğa kapılma, söyleyecek bir söz bulamama ve ölmek üzere olan bedenlerin evlerden hastanelere taşınması gibi durumlar, başa çıkılamayan ve bu nedenle ‘yok sayılan’ ölüme karşı, modern toplumun gösterdiği tutum örnekleridir (86). Modernite ile birlikte insanlar ölümü yaşamın sınırları dışına itmişlerdir ve insanlar artık hastanelerde yalnız ölmektedirler. Ancak kırsal kesimde yaşayan insanların büyük bir kesimi kendi evlerinde ölmekte, tıbbi olarak tedavisi imkansız görülen insanlar da batıdakinden farklı olarak üzerlerinde yoğun tedavi programları uygulanmaksızın kendi evlerine gönderilmektedir (89). Bu nedenle de doğudaki insanların batıdakilere göre ölüme ilişkin kaygılarının daha az olduğu düşünülmektedir. Kültürün ölüm kaygısına etkisi üzerine dikkat çeken Madnawat ve Kachhawa’nın (2007) Hindistan’da yaptıkları bir araştırmada, ailesiyle yaşayanların tek başına yaşayanlardan daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları belirlenmiştir. Bu durumun Hindistan’daki büyük ve birbirine bağlı aile yapısı ve sevilen kişilerden ayrılma kaygısı ile oluştuğu düşünülebilir. Bu da yetişkinlik döneminde kültürün ve o kültüre bağlı yaşam tarzının etkisini görmek açısından önemlidir (79). Amerikan ve Çin kültüründe ise 40 yaş insanı için hayat bitmiş ve ölüm başlamıştır. Ayrıca Çinlilerin inanışlarına göre işlenen günahların kederli bir cenaze töreniyle giderileceğine inanılır. Museviler ise ölecek kişinin yanında

sürekli olarak bir kişi bulundurarak ölümcül hastanın bilinmeyen korkusunu hafifletilmeye çalışırlar. Ülkemizde ise baş sağlığı ziyaretleriyle kayıp yaşayan kişinin yaşadığı acıyı tekrar tekrar anlatmasına olanak verilir. Bu sayede acı çeken bireylerin duygu yoğunluğu azalır ve baş etmeleri kolaylaşır (42). Ayrıca toplumumuzda ölümlerin büyük bir kısmı hastanelerde olsa da, özellikle kırsal kesimlerde yaşayan insanımızın birçoğu kendi evlerinde ölmektedir. Kültürümüzde insanın kendi evinde ölmesine önem verildiği gibi kendi memleketinde ölmesine de büyük önem verilmektedir. "Aç öl, memleketinde öl." atasözü de bu durumu yansıtmaktadır (89).

#### **2.4. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar**

İnsanın doğduğu andan itibaren ölüm kaygısını bilinçaltı olarak da bulundurması ve yaşam ile ölümün iç içe olması araştırmacıları ölüm kaygısının nedenlerini sorgulamaya itmiştir. Dolayısıyla ölüm kaygısını açıklamaya yönelik birçok kuram doğmuştur. Bu kuramlar aşağıda özetlenmiştir.

##### **2.4.1. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı**

Psikanalitik yaklaşıma göre ölüm hakkındaki düşünce ve duygularımızın çoğu bastırılmış ve çözümlenemeyen ruhsal gerilimlerin parçası olduğu için bir kişinin ölüm hakkındaki düşünce ve duyguları bu yaklaşımı benimseyenler tarafından öncelikle ele alınmaz. Öncelikli olan, bireylerin ifadelerinde, jestlerinde veya eylemlerinde saklanan veya gizil durumda olan anlamlardır (90,91). Bu yaklaşıma göre insanların kendilerini ölü olarak düşünmeleri çok zordur. Ölüm kaygısını ilk tartışan teorisyenlerden birisi olan Freud'a göre, bilinçaltı kendi ölümünü kabullenmez ve ölümsüz olduğuna inanır. Ona göre, kimse kendisinin öleceğine inanmaz ve bilincimiz sanki bizler ölümsüzmüşüz gibi davranır. Ayrıca Freud ölüme ilişkin kaygıların ölümün kendisiyle ilintili değil çocukluk döneminde çözülemeyen çatışmaların bir yansıması olduğunu düşünmektedir (84,92,93). İnsan davranışlarına yön veren içsel dürtü süreçlerine odaklanan Freud, iki temel içgüdüden söz eder. Bunlar ölüm ve yaşam içgüdüleridir. Yaşam içgüdüleri, yaşamın sürekliliğini sağlayan dürtülerdir. Açlık, susuzluk ve cinsellik bu dürtüler arasında sayılabilir. Freud, yaşam içgüdülerini harekete geçiren enerjiye "libido" adını verir. Freud, yıkıcı olarak tanımladığı ölüm içgüdülerini daha kapalı olarak ele almıştır.

“Yaşamın amacı ölümdür” diyen Freud, her insanda bilinç düzeyine çıkmamış bir ölme isteğinin olduğunu düşünür (94).

#### **2.4.2. Varoluşçu Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı**

Pek çok insan, ölümü doğrudan ve öznel olarak karşılamak yerine, onu yasaklayarak veya inkar ederek kendilerini korumaya çalışır (39,95). Varoluşçu yaklaşım ise bireylerin ölümü inkar etmeden kendi ölümü ile yüzleşmek zorunda olduklarını iddia eder. Bu yüzleşmenin kişinin yaşamının amacını ve anlamını keşfetmede yaşamsal bir önemi olduğunu savunur (55). Ancak çoğu kez ölümle yüzleşmenin zorluğu karşısında kişi ölümlülüğünü inkar ederek bu yüzleşmeden kaçınır (95). Çünkü insanın ölümlü olduğunu bilmesi yaşamında korku ve kaygı oluşturur. Varoluşçu filozof ve psikologlar ölüm kaygısının, hepimizin benliğinin derinliklerinde olan ve bireyin bilinç düzeyine ulaşmadan yaşanan, kaçınılmaz bir kaygı olduğunu ileri sürmüşlerdir (96). Ölüm varoluşsal gerçeklerden biridir, insan ölümle de yüzleşmelidir. Çünkü insan kendi varoluş gerçeklerinden kaçamaz. Yüzleşerek sorumluluğunu alabilmelidir. Varoluşçu yaklaşımda bireylerin ölümle yüzleşmelerine yardımcı olabilecek alıştırmalar yapılmaktadır. Bu alıştırma sorularından bazıları şunlardır: “Ölüme nasıl baktığınız ile şu anı dolu dolu yaşamamız arasında bir ilişki görüyor musunuz?”, “Ölümünüze 24 saat var. Ne yapmak istersiniz?”, “Değerleriniz hakkında ne söylemek istersiniz?”, “Ölümden önce başarmak istedikleriniz nelerdir?”, “Kendi ölümünüz ve sevdiğinizin ölümü ile ilgili korkularınız nelerdir?”, “Bu korkularınız ile nasıl baş ediyorsunuz?”, “Eğer size yakın birini kaybettiyseniz; bu sizin için ne anlama geliyor ve bu yaşantıdan kendiniz hakkında ne öğrendiniz?” , “Öldükten sonra ne olacağını düşünüyorsunuz?” (55,97). Bu sorular çoğunlukla cevap vermekten kaçınılan sorulardır. Çünkü insanlar her ne kadar ölümlü olduğunun farkında olsa da kendi ölümünü düşünmekten kaçınır. Böylesine bir tutumda onun yaşamın gerçek anlamını bulmasını engellediği gibi potansiyelini de sonuna kadar kullanmasını engeller. Ancak otantik olabilen insanlar bu karmaşadan kurtularak yaşamın kendileri için ne anlama geldiğini bularak kendilerini gerçekleştirebilirler.

Varoluşçu yaklaşımda otantik olmak önemli bir yere sahiptir. Çünkü ölüm kaygısı ile baş edebilmenin yolu otantik olmaktan geçmektedir. Otantik olmak, hakiki, gerçek, aslına uygun, su katılmamış olarak tanımlanır. Varoluşçu psikolojide otantik

varoluş, kişinin sosyal çevresinin egemenliği altına girmeden sahip olduğu potansiyeli kullanmasıyla mümkündür. Eğer kişi çevresindeki diğer insanlardan gelen baskılardan kurtulamaz ve potansiyelini sergilemezse otantik olmayan bir yaşamı yaşamaya başlar (98). Başka bir deyişle, otantik varoluş, bireyin göstermek istemediği yanlarının açığa çıkacağına dönük bir korku yaşamamasıdır. Otantik olmayan varoluş biçimi ise bireyin kendisine yabancılaşmasına neden olarak sahte bir hayatın kapılarını açar (99). Varoluşçu yaklaşıma göre, kişi kendi ölümünü düşünmeye yönelip, bu düşüncelerin eylemlerini biçimlendirmesine izin verirse, daha önce önemli olarak algılanan bütün basmakalıp hayat tarzları önemini yitirir ve böylece kişi başkalarının yolunu izlemek yerine daha önce hiç yürünmemiş yollardan yürümeyi başarabilir. Ancak birey, otantik varoluşun sağladığı tüm bu avantajlara rağmen otantik olmaktan kaçınır ve kaygı duyar (100). Otantik olamamak kaygının temel nedenlerinden biridir. İnsanların yaşamın anlamı nedir sorusunu kendi özneliği yoluyla çözebilmesi otantik olmasıyla mümkündür. Yaşamın anlamı sorusu, ölümü anlamayı da içerdiğinden ölüme ilişkin betimleme bireye daha otantik yaşaması noktasında yardım eder ve bireyin yaşamına yeni bakış açıları kazandırabilir (101). Ancak insanın ölümlü olması onun otantik olmasını zorlaştırır. Çünkü yaşamın sınırlılığı, kabul gören davranışlara yöneltir ve bu da otantik olmaya engeldir. Nitekim çoğunluğun yanında olmanın getirdiği sıcaklık otantik olmaktan çok daha kolaydır. Dolayısıyla başkaları ne der kaygısı ile kendisine yabancılaşan bireylerin sayısı çok daha fazla olmaktadır.

Kısacası varoluşçu yaklaşıma göre, ölümlü yüzleşebilen kişiler ölüm kaygısını aşmakta çok daha başarılı olabilmektedirler. Yalom, ölümlü yüzleşme sürecini uzun süre güneşe bakmamakla özdeşleştirmiştir. Sadece güneşe uzun süre bakmaya dayanabilen ve otantik yaşayabilen bireyler ölüm kaygısıyla başa edebilirler (55,97,98).

### **2.4.3. Bilişsel Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı**

Bilişsel modele göre, kaygı durumunun yaşanması bireyin ortamı ve kendini yanlış algılamasının bir sonucu olarak yaşanmaktadır. Bütün düşünce, duygu ve davranışlarımızın altında bizim olayları nasıl algıladığımız, olayları nasıl değerlendirdiğimiz ve olaylara nasıl anlam yüklediğimiz yatar. Kaygı, çökkünlük yaşama gibi ruhsal belirtilerin gerisinde otomatik düşünceler ve şemalar vardır. Bilişsel model bireylerin tehlike algılarını gerçekçi bir şekilde yorumlamalarına ve tehlikeli

durumu yeniden değerlendirerek en iyi başa çıkma yöntemini belirlemesine yardımcı olur (90,102).

Bilişsel kuramın temel ilkelerinden birisi, çevreden gelen uyarılarla ortaya çıkan sonuçlar arasında bilişsel sistemin aracı olarak işlev gördüğüdür. İkinci önemli ilke öğrenmenin hayvanlardan farklı olarak büyük ölçüde sosyal öğrenmeye bağlı olduğudur. Bu iki basit ilke hem normal insan psikolojisinin, hem de patolojilerinin anlaşılmasında rol oynayan bir kuramın doğmasını sağlamıştır. Bu kurama göre ölümün kötü algılanmasının ve ölüme ilişkin kaygıların oluşmasının nedeni bireyin ölüme ilişkin edindiği olumsuz düşünce ve inançlardır (90,102).

## **2.5. Hemodiyaliz ve Ölüm**

### **2.5.1. Diyaliz Hastalarının Sık Karşılaştıkları Sorunlar**

Hemodiyaliz kurtardığı yaşamı değiştirmekte, hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. Diyaliz hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen fiziksel ve ruhsal sorunların en başında gelenleri şunlardır (103-105):

- Hastaların yaşamlarının haftanın üç günü 4-6 saat diyaliz makinesine bağlı olması,
- Diyaliz servislerinde sık karşılaşılan ölümlerin getirmiş olduğu ölüm korkusu,
- Üreminin artmasına bağlı bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması,
- Diyaliz tedavisi sonrasında sıvı elektrolit dengesindeki ani değişimlere bağlı bulantı, baş ağrısı, kas krampları,
- Hastanın yakınlarından ya da kadavradan böbrek nakli bekleme sürecinde yaşadığı belirsizlikler, hayal kırıklıkları ve umutsuzluk,
- Nakil olan hastalarda ise böbreğin reddi sonucu yaşanan ruhsal sorunlar,
- Sıvı ve gıda alımına büyük kısıtlamalar getiren diyetle uyum güçlüğü, cinsel işlev bozukluğu, iş kaybı gibi durumlar hastalarda anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü ve ekonomik problemlere neden olabilmektedir. Aşağıda hastaların yaşadığı bu ruhsal ve fiziksel sorunlara ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir.

### 2.5.1.1. Depresyon

Depresyon hemodiyaliz hastalarında en sık görülen ruhsal sorunların başında yer almaktadır (106-111). Depresyonun kayba bağlı bir tepki olduğu düşünülürse özgürlük, güç, enerji, iş kaybı ve yaşam beklentilerini yitiren bu hastalarda depresyonun görülmesi hiç şaşırtıcı değildir (104). Pek çok insan tedaviye ilk başladığında “balayı evresi” yaşamaktadır. Bu evrede hasta tedavinin korktuğu kadar kötü olmadığını düşünebilmekte, diyaliz kendisini fiziksel olarak daha iyi hissetmesine neden olmaktadır. Kısa bir süre sonra neredeyse tüm hastalar diyalizin neden olduğu kayıp ve sınırlılıklarla yüz yüze gelerek depresyon evresine geçmektedir. Hayatı kontrol edememe ve ölüm düşünceleri depresyonu güçlendirmektedir (105). Dolayısıyla bu hastalarda depresyona bağlı olarak tedaviyi reddetme, diyete uymama ve özkıyım davranışı görülmektedir (104,112). Yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında özkıyım riskinin genel popülasyona kıyasla 15 kat daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Diyaliz hastalarının özkıyım davranışı sadece genel popülasyondan değil, diğer kronik hastalardan da daha fazladır (104). Bunun nedeni olarak, bu hastalarının ölümlerinin kendi ellerinde olması gösterilmektedir (112). Diyetlerine uymayabilirler, fistüllerini kapatıp kansız bırakabilirler ya da diyalize girmeyebilirler (104,112).

Depresyon ve diyaliz tedavisi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çok çalışmada diyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon görülme oranının fazla olduğu tespit edilmiştir (106-108). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların %54.3’ünde depresyon bulunduğu saptanmıştır (106). Bir başka çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının %61.3’ünde depresyon görüldüğü bildirilmiştir (107). Yine bu konu ile yapılan bir diğer çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören hastaların %46’sına majör depresif bozukluk tanısı konduğu belirtilmiştir (108). Yapılan tüm bu çalışmaların dışında hemodiyaliz hastaları ile diyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının, periton diyalizi hastalarının ya da böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının depresyon düzeylerini karşılaştırmaya yönelik araştırmalara da rastlanmaktadır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada diyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarının depresyon ortalama puanlarından düşük bulunduğu bildirilmiştir (109).

### **2.5.1.2. Anksiyete**

Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını etkileyen erken ölüm korkusu, ekonomik sorunlar, sosyal konumdaki değişimler, geleceğe ilişkin belirsizlik duygusu, cinsel işlevlerinin bozulacağı korkusu ve makineye bağımlı olma gibi nedenler bu hastalarda anksiyete bozukluklarına yol açabilmektedir (104). Hastaların yaşadığı bu sorunlar onlarda birçok çatışmaya neden olmakta ve bu çatışmalar da kendini bunaltı olarak göstermektedir. Bu çatışmalardan en önemlisi bu hastaların haftada iki üç kez, dört beş saat makineye bağlı olmalarının sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hasta ile makine arasında hayatını koruyan ama özgürlüğünü de kısıtlayan bir sevgi- nefret ilişkisi vardır. Hastalar bağımsızlık-bağımlılık çatışması yaşamaktadır. Diğer taraftan kanser gibi ölümcül hastalıklarda bile ara dönemler olmasına karşın hemodiyaliz hastalarının böyle tatil dönemleri bulunmamaktadır (113-115)

Hemodiyalize giren hastalarda anksiyete varlığını araştıran çalışmalara bakıldığında hemodiyaliz hastalarında anksiyete görülme sıklığının küçümsenemeyecek düzeyde olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmaların birinde, hemodiyaliz hastalarının ortalama %50-70'inde anksiyeteli duygu duruma rastlandığı bildirilmektedir (116). Bir başka çalışmada ise hemodiyaliz tedavisi gören 70 kronik böbrek hastasının %27'sinde anksiyete bozukluğuna rastlandığı belirtilmiştir (110). Çelik ve Acar'ın (2007) yapmış olduğu benzer bir araştırmada ise %28.8'inde yüksek düzeyde anksiyetelerinin olduğu belirtilmektedir (111). Yine konuyla yapılan diğer bir çalışmada ise hastalardaki anksiyete bozukluğu oranı %25 olarak bildirilmektedir (104).

### **2.5.1.3. Uyum ve Davranış Bozuklukları**

Hemodiyaliz hastaları makineye bağlı olmaları, otonomilerini kaybetmeleri ve ölüm korkusu yaşamaları gibi nedenlerden dolayı kaygı, öfke ve umutsuzluk yaşamaktadırlar. Bu durum hastaların tedaviye uyumlarında da problemler doğurabilmektedir (104,117). Uyumsuzluk genellikle sağlık çalışanları tarafından, söyleneni yapmama anlamında kullanılmaktadır. Uyumsuzluk, yanlış bilgi veya bilgi eksikliğine bağlı da ortaya çıkabilmektedir.

Uyumsuzluk hastaların %2-50'sinde bulunmaktadır ve artan ölüm riskiyle ilişkilidir (118). Çok sayıda diyaliz hastasının ölümünün tedaviye uyumsuzluğa bağlı olarak meydana geldiği bildirilmektedir (119). Çünkü hastalar diyalize girmezlerse

öleceklerini bilmektedir. Bu da onların yaşamı çok daha farklı algılamaya neden olmaktadır. Yaşamlarının bir makineye bağlı olduğunu bilmeleri onların ölüme ilişkin kaygılarını artırmakta ve bu da diyaliz hastalarının tedaviye uyumlarını doğrudan etkilemektedir.

#### **2.5.1.4. Cinsel Sorunlar**

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen bir diğer sorun ise cinsel işlev bozukluğudur. Diyaliz hastalarının yaşadıkları bu sorunlar altında hem organik hem de psiko-sosyal faktörler yatmaktadır. Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi ve sosyal rollerdeki değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon cinsel işlevleri etkilemektedir (104). Bu sorunlar eşlerin ilişkisine de zarar verebilmektedir. Her iki cinste de cinsel dürtü ve uyarılmada azalma ile birlikte cinsel etkinliklerde düşme vardır. Kadınlarda orgazm yaşantısında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini test etmeye dönük davranışlar ortaya çıkmaktadır (104). Erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun %70 olduğu ve her iki cinste de hastaların %65'inden fazlasının hiç cinsel ilişkide bulunmadığı fakat bunların yarısının ilişkiyi istediği bildirilmiştir (118). Yılmaz (2010)'nın evli olmayan periton diyalizi tedavisi alan hastaların cinselliği nasıl anlamlandırıldığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonuçlarına göre ise; evli olmayan periton diyalizi tedavisi alan ve evli olmayan hastalar; cinselliği paylaşım, uyum, haz alma, mutluluk ve doğal bir süreç olarak tanımlamaktadır. Ayrıca çalışmaya katılan hastalar; hasta olmayı sevgili olmaya, sevgili bulmaya, eş olmaya, eş bulmaya, anne olmaya engel olmadığını, sıvı değişimi sırasında uyarılma duygusu ve beden imgesinden iğrenme duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir (120). Yılmaz ve Özaltın (2011)'nin periton diyalizi tedavisi alan ve evli olan hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarına göre çalışmaya alınan grubun %22.8'ü hastalıkla birlikte cinsel yaşantının olmaması gerektiğini, hastalık varken cinsellik olmaz şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. Çalışma grubundakilerin %11.4'i hastalıkları nedeniyle eşleri ile ilişkilerinin iyi olmadığını, evliliklerinin iyiye gitmediğini; eşleri tarafından red edildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca periton diyalizi tedavisi alan hastalardan sadece bir kadın, hastalığından dolayı eşi tarafından terk edilme endişesi taşımadığını belirtmiştir. Erkek hastaların ise hiç birinde eşleri tarafından terk edilme endişesi belirtilmemiştir. Bu sonuçlara göre hastalık durumunda yaşanan cinsel

problemler; bireylerde içe çekilmeye, evlilik ilişkilerinde bozulmaya ve anksiyeteye neden olabilmektedir (121) .

Diyaliz hastaların cinsel yönden yaşadıkları tüm bu sıkıntılar göz önüne alındığında; diyaliz hemşirelerinin cinsel fonksiyon bozuklukları konusunda bilgi düzeylerinin artırılması, hastaların cinsel sorunların erken dönemde belirlenmesine ve verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasına yardımcı olacaktır (120-122).

#### **2.5.1.5. Hemodiyalizin Komplikasyonları**

Hemodiyalizin ölüme bile yol açabilen çeşitli komplikasyonları bulunmaktadır. Diyaliz sırasında hastanın yaşadığı komplikasyonların başında; hipotansiyon, kas krampları, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, irritabilite, ajitasyon, deliryum ve konvülsiyonla karakterize diyaliz dengesizlik sendromu, akut hipertansiyon, kardiyak aritmi, göğüs ağrısı, nefes yetmezliği, kaşıntı, konstipasyon, hava embolisi, sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları, hemoliz, hipertansiyon, periferal nöropati, anemi, karaciğer enfeksiyonları, akciğer ödemi ve konjestif kalp yetmezliği gelmektedir (7,105,123-130).

Bu hastalarının ölüm nedenleri arasında bulunan kardiyovasküler hastalıklar tüm ölümlerin yaklaşık %50'sinden sorumludur (128,129). Kardiyovasküler nedenlerle ölen hemodiyaliz hastalarında ölüm nedenleri arasında yer alan hipertansiyon ise bu hastalarda gelişen ani ölümlerinin %90'ını oluşturmaktadır (130). Hemodiyaliz hastalarının ölüm riskini arttıran diğer nedenler arasında enfeksiyon, akciğer embolisi, anemi, kanda fosfat fazlalığı, yetersiz beslenme, gastrointestinal sistem kanaması yer almaktadır (7, 129,130).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2010 yılı kayıt raporuna göre, Türkiye'de 2009 yılında ölen HD hastalarının ölüm nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde hastaların %52.1'inin kardiyovasküler, %8.5'inin enfeksiyon, %2.1'inin gastrointestinal kanama, %1.6'sının karaciğer yetmezliği ve 1.3'ünün de akciğer embolisi nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (7).

#### **2.6. Diyaliz Hastalarının Ölüme İlişkin Duygu ve Düşünceleri**

Diyaliz hastaları hemodiyalizle yaşamlarını uzatmaya çalışırken diğer yandan hemodiyalizin zorluklarıyla baş etmek zorundadırlar. Diyalizin kendilerine vaat ettiği

uzun yaşamın yanında yaşam kalitesi daha düşük bir hayata tutunmaya çalışmaktadırlar. Bu süreçte hastaların birçoğu kaliteli bir yaşama kavuşma umudunu kaybetmektedir. Hastaların yaşadığı bu umutsuzluk, intiharı bir kurtuluş yolu olarak seçmelerinde önemli bir etkidir (104,112,131). Yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında özkıyım riskinin genel popülasyona kıyasla 15 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (104). Bunun nedeni olarak bu hastaların ölümlerinin kendi ellerinde olması gösterilmektedir. Hemodiyaliz hastaları diyetlerine uymayabilirler, fistüllerini kapatıp kansız bırakabilirler ya da diyalize girmeyebilirler (104,112).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2010 yılı raporuna göre 4757 hemodiyaliz hastası yaşamını kaybetmiştir ve ölen hastaların 24'ü hemodiyalize girmeyi reddettikleri için ölmüşlerdir (7).

Dünyada yapılan araştırmalara bakıldığında diyalize girmeyi reddettiği için ölen hasta sayısı küçümsenmeyecek düzeydedir (113-115,132,133). Sao Paulo' da yapılan bir araştırmada diyaliz tedavisi gören 1582 hastanın 545'nin tedaviyi kabul etmediği için öldüğü saptanmıştır. Araştırmada yaşın, eğitim durumunun ve böbrek hastalığının sebebinin tedaviyi kabul etmeme ile bir ilgisi olmadığı görülmüştür (113). Yapılan bir başka araştırmada kronik böbrek hastalarının bir kısmının hemodiyalizin stresine katlanmak yerine ölümü tercih ettikleri saptanmıştır. Araştırmaya göre 704 hemodiyaliz hastasının ölümünün 26'sı tedaviyi kabul etmediği için ölmüştür. Araştırmacının görüşleri iyi bir psikolojik destekle bu önlenbilir ölümlerin önüne geçilebileceği yönündedir (114). Yine diğer bir çalışmada ise 410 hemodiyaliz hastası 15 yıllık bir izleme alınmıştır ve hastaların %60'nın tedaviyi kabul etmedikleri için öldüğü belirlenmiştir (115). Ayrıca Kanada'da 600 hemodiyaliz hastası ile yapılan bir çalışmaya göre, çalışmaya katılan hastaların %61'nin diyalizi kabul ettiği için pişman olduğu bildirilmiştir (132).

Hemodiyaliz hastalarının bir kısmı diyaliz hastası olarak yaşamaktansa ölmeyi tercih etmektedirler (113-135). Çünkü kronik böbrek hastaları diyalize karşılık büyük bedeller ödemektedirler. Dolayısıyla ölüm, bu hastalar için diyalizin eziyetinden kurtuluş anlamına gelmektedir. Hastaların diyalizi kabul etmeme nedenlerinin araştırıldığı çalışmalara göre, ölümü tercih eden hastaların bir kısmı hemodiyalizin kendilerine bir faydası olmayacağına ve eninde sonunda öleceklerine inandıkları için, makineye bağımlı bir şekilde yaşamayı bırakıp ölmektedirler (113-115,132-136). Kimi

hastalar ise haftada üç gün diyalize girmektense ölümü tercih etmekte ve tedavi kabul etmemektedirler. Diyaliz hastaların bir kısmının da diyaliz ve ilaç tedavisin aynı sonuçları doğdurduğuna inandıkları için diyalize girmedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların bir kısmı da hastaneye ulaşım zorluğundan ötürü diyalizi reddetmektedir (113,115,133). Özellikle de hareket güçlüğü çeken hastalar ve yaşlılar için bu durum çok daha güç bir hale gelmektedir. Yaşlıların bir kısmı gerek ulaşım güçlüğü gerekse diyalizin diğer zorlukları yüzünden yaşamlarının son zamanlarını makineye bağlanmadan geçirmeyi tercih edebilmektedirler (133). Bunun dışında diyaliz hastaların geçmiş deneyimleri hemodiyalize ve ölüme olan bakış açılarını önemli düzeyde etkilemektedir. Diyalizde yakınlarını kaybeden kronik böbrek hastaları tedavi kabul ederlerse kendileri de yakınları gibi öleceğini düşünerek tedaviyi kabul etmeyebilmektedirler (113-115,132,133). Diyalize girmek istemeyen hastalardan biri diyaliz ile ilgili düşüncelerini şöyle açıklamıştır: “Diyalize girmek istemiyorum. Çünkü her gün diyalize giren hastaların neler yaşadığını görüyorum. Onlar çok acı çekiyorlar; her gün kollarına iğneler batırılıyor, her gün diyalize girip çıkıyorlar. Kollarında ise kan... Ertesi gün tekrar sonra tekrar gidiyorlar. Benim buna katlanmam çok zor. Benim için ölmek çok daha iyi bir son.” Terminal dönemdeki diyaliz hastaları ise daha rahat bir ölüm için diyalizi bırakabilmektedirler. Terminal dönemdeki bir hasta: “Doktorlar bana 6 ay yaşayabileceğimi söyleyince ben de son zamanlarımı daha rahat geçirebilmek için diyalizi bıraktım.” diyerek düşüncelerini bildirmiştir (133).

Görüldüğü gibi hastalar pek çok nedenle diyalizi reddetmektedir. Diyaliz hastalarının birçoğu için ölüm çekilen eziyetlerin sonu olarak görülmektedir. Dolayısıyla tedaviye devam etmektense pasif intiharı seçmektedirler. Bu önlenbilir ölümlerin önüne geçilebilmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir. İngiltere’de tedaviyi reddeden hastaların tedaviye uyumlarını sağlamaya yönelik ayrı birimler kurulmuştur (133,137-139). Bu tarz çalışmaların arttırılması diyaliz hastalarının ölüme ve hemodiyalize olan bakış açılarının farklılaşmasını sağlayabilir.

## **2.7. Nefroloji Hemşirelerinin Ölümüne İlişkin Görüşleri**

Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin düşünce ve duyguları hastalara olan bakımlarını doğrudan etkilemektedir. Çünkü hasta ile empati

kuramayan kendi duygularının farkında olmayan hemşire yaşadığı çaresizlikle, ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutumlar sergileyebilmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara nitelikli bir bakım sunabilmesi için ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin farkında olmaları gerekir (50,140,141).

Hastaların bakım kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu konu hakkında Türkiye’de yapılan çalışmalarda daha çok yoğun bakım hemşireleri, kanser hastalarına bakım veren hemşireler ve genel olarak hemşirelerin ölüme ilişkin görüşlerine odaklanılmıştır (28-30,142-145). Nefroloji hemşirelerinin ölüme ilişkin görüşlerine yönelik ise Türkiye’de yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Hemşirelerin ölüme ilişkin görüşlerine yönelik Türkiye’de yapılan çalışmaların birinde hemşirelerin %49.1’i ölümü tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak, hemşirelerin %12.7’si ise yeni ve gerçekçi bir hayat ve yeni bir başlangıç olarak tanımlamışlardır. Aynı çalışmada hemşirelerin %34.5’inin ölümcül hastaya bakım vermek istemediğini bildirilmiştir (145). Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme ilişkin düşünce ve anksiyetelerinin incelendiği bir araştırmada ise hemşirelerin %25’inin ölümü çok seyrek düşündüğü, %60’ının ise ara sıra düşündüğü, çok sık düşünenlerin de %15 olduğu saptanmıştır. Çalışmada hemşirelerin anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde ise; ölümü çok sık düşünenlerde anksiyete puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (30). Başka bir çalışmada cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin %61’inin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını üstlenmek konusunda diğer hastalarda olduğundan daha farklı hissetmediği saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %42’ sinin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını yetersiz bulduğu belirlenmiştir (29). Diğer bir çalışmada ise hemşireler ölümün anlamını “yaşam fonksiyonlarının sona ermesi” (% 31.3); “yok olmak” (% 13); olarak tanımlamışlardır ve ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğu bildirilmiştir (28).

Dünyada da konu ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı düzeydedir (145,147). Yurt dışında yapılan bu çalışmalar nefroloji hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının ölen hastaların bakım kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir. İspanyol nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastalara ilişkin tutumlarının incelendiği bir araştırmada çalışmaya katılan hemşirelerin %88,9’u yaşam sonu bakımın duygusal yükünün çok ağır olduğunu, %95,3’ü ölümcül hastaların bakımının özel beceri gerektiğini, %92.6’sı

ölümcül hasta bakımı için özel eğitimlerin gerektiğini bildirmişlerdir. Çalışmada ölümcül hastalara bakım tecrübesi ve ölümcül hastalara ilişkin eğitimi olan hemşirelerde ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (146). Yunan nefroloji hemşireleri üzerinde yapılan benzer bir çalışma ise meslekte çalışma yılı ortalama 10 yıl olan, palyatif bakım eğitimi alan hemşirelerin ölüm hakkında konuşmaktan daha az çekindikleri ve ölüme ilişkin korkularının olmadığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hemşirelerin lisans düzeyindeki eğitimlerinde terminal dönemdeki hastaların bakımı konusunda eğitim almalarının önemi vurgulanmaktadır (147).

## **2.8. Ölümle Baş Etmede Nefroloji Hemşiresinin Rolü**

Hemşirelik; bireyi bir bütün olarak ele almak, onunla tedavi edici bir ilişki kurmak ve bu doğrultuda bilimsel temelli bir bakım sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik yalnızca teknik işlemleri değil çok yönlü bakım sunmayı içerir (148). Hemşirelik mesleğinin çok yönlü bakım içermesi terminal dönem hastasının bakım kalitesini etkilemektedir. Hemşireler terminal dönemdeki hastanın ve ailesinin ölüm korkusunu ele almada, ölüme hazırlanmasında ve ölümü kabul etmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca hemşireler terminal dönem hastasının bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile de sorumludurlar (148,149).

Hemşirelerin ölümcül hastanın bakımında kendilerini hazır ve rahat hissetmeleri önemlidir. Çünkü hemşireler ölümcül hastaya yaklaşımda bulunurken kendi, inanç ve değerlerinden, ölüme ilişkin kaygı ve düşüncelerinden etkilenebilirler. Örneğin; ölüme ilişkin korkularının farkında olmayan bir hemşire, ölümcül bir hastadan kaçınıcı tutum sergileyebilir. Hemşirenin ölümcül hastadan kaçınıcı tutum sergilemesi, yardım edemeyeceğini hissetmesine ve sorumluluk almaktan korkmasına da bağlı olabilir. Hemşire-hasta arasında bir bağlılık olmuşsa hemşire kayıp duygusu hissedebilir, incinebilir. Hemşire hastayla özdeşleşebilir, onunla birlikte savaş verir, olumlu sonuç alınmadığında hastaya ve tıbbi olanaklara karşı öfke hissedebilir, durumu inkar edebilir (150). Bu nedenle hemşirelerin öncelikle ölüme ilişkin düşünce ve kaygılarının farkına varmaları gerekmektedir. Hemşirelerin ölümle ilgili tutum ve düşüncelerine ilişkin

içgörü kazanmaları için hizmet içi eğitimlerin yapılması önemlidir. Bu eğitimlerde özellikle terapötik iletişim teknikleri üzerine yoğunlaşılması hemşirelerin ölümcül hastadan kaçınıcı tutumunu azaltacaktır. Çünkü hemşireler ölümcül hastalara bakım verirken en çok, hastaya yanlış bir şey söyleyerek onları altüst etmekten korkarlar (51,151,152). Yiğit'in (1998) bir makalesinde belirttiğine göre, ölüm konusunda önemli çalışmaları olan, Ufema ölüm konusunda yapılacak en uygun yaklaşımın "Ne söyleyeceğimi bilemiyorum ama sizinle birlikte olmak istiyorum" demek olabileceğini belirtmiştir (31).

Nefroloji hemşireleri ölümcül hastaların yaşayacağı; inkar, öfke, suçlama ve kabullenme dönemlerinin farkında olarak hastaya bakım vermelidirler (154). Bazı hemşireler hastaların inkar aşamasında verdikleri tepkilerden ötürü onların uyum ve baş etmede sorun yaşadıklarını düşünebilirler. Ama aslında inkar aşaması hastaların yıkıcı olan bir gerçeğin hasarını en aza indirmek ve kendilerine zaman vermek için kullandıkları normal bir tepkidir (153,154). Ayrıca hemşireler hastaların bireysel tepkilerinin de farkında olmaları gerekir. Çünkü kaderci bir anlayışı kabul eden ve hayatının kontrolünün kendi elinde olmadığını düşünen bir hastanın bakımına katılımı, hayatının kontrolünün kendi elinde olduğunu düşünen bir hastanın bakımına katılımından farklı olacaktır.

Nefroloji hemşireleri, diyaliz hastalarının etkili baş etmesine yardımcı olmak için; problemlerin çözümüne odaklı, sorunla yüzleşmesini sağlama, duyguya odaklanma ve duygusal yükü azaltmaya yönelik girişimlerde bulunabilirler. Hastalar genellikle probleme ya da duyguya odaklanarak yaşadıkları zorlanma ile baş etmeye çalışırlar. Örneğin; problem odaklı bir diyaliz hastası tedavisi için fistül açılımını kabul ederken, duygusal odaklı bir kadın hasta, kollarında iğne izleri görüneceğinden duyduğu endişe ile fistül açılmasını reddedebilir (153,155,156). Welch ve Austin'nin yaptıkları araştırmaya göre probleme odaklanan hastaların kronik böbrek yetmezliği ve etkileri ile daha etkili baş ettikleri ve bu hastaların yaşadıkları ruhsal sorunları yönetme konusunda daha başarılı oldukları tespit edilmiştir (153). Hastaların kullandığı baş etme yöntemleri çoğunlukla onların tutum ve inançlarıyla ilgilidir. Hemşirelerin de hastaların kullandığı baş etme yöntemlerini bilmesi, hastaların bakımlarına katılmalarını desteklemeye yönelik nasıl bir yol izleyeceklerini göstermesi açısından önemlidir.

Diyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin genellikle hastaların fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yönelik girişimlerde buldukları gözlenmektedir. Çünkü fiziksel sorunlara odaklanmak ruhsal sorunlara odaklanmaktan her zaman daha kolaydır. Bir diyaliz ünitesinde haftada 3 gün, dört saat, ortalama 70 hastanın dosya yükünü taşımak hemşire için zor olabilir (153,157). Ancak diyaliz hastalarının en çok ihtiyacı olan şey psikolojik bakımdır. Bunun için hemşireler sadece hastaları gözlemleyerek ve onları dinleyerek bile onların karşılanmamış gereksinimlerini karşılayabilirler. Terapötik iletişim becerisini geliştirmiş bir hemşire hastasının ihtiyaç duyduğu bakımı büyük ölçüde karşılamış olur.

Nefroloji hemşirelerinin diyaliz hastalarının bakımında en önemli rollerinden biri de hasta ve ailelerinin eğitimidir. İngiltere’de diyalize başlayacak olan hastalar ile oluşturulan gruplara, bir nefroloji hemşiresi ve bir psikoterapist tarafından eğitimler verilmektedir. Eğitimin içeriğinde, stres yönetimi, etkili baş etme, problem çözme, öz bakım gibi konular yer almaktadır. Ayrıca bir nefrolog, bir psikiyatrist, bir nefroloji hemşiresi, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir diyetisyenin yer aldığı başka bir ekip de yine diyaliz hastalarına eğitimler vermektedirler. Bu eğitimlerin içerisinde ise; diyaliz tedavisi, diyet, egzersiz programı ve kronik hastalığın getirdiği cinsel, ekonomik sosyal sorunlar yer almaktadır (153). İngiltere’de yapılan bir araştırmada bu eğitimlere düzenli olarak katılan kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesinin arttığı ve depresyon sıklığının azaldığı tespit edilmiştir (153).

Sonuç olarak hemşirelerin terminal dönem hastalarının bakımında etkili rol alabilmeleri için sürekli okumaları, bilgilerini uygulamaya aktarmaları, kendilerini geliştirmeleri ve yenilemeleri gereklidir. Böylece, yaşamının son günlerinde olan hastaların daha ilgili ve saygın bir bakım alma gereksinimleri ve hakları karşılanmış olur (31).

## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz ünitesinde tedavi gören hastaların ölüm kavramına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Soruları**

Nefroloji hemşirelerinin ölüm kavramına ilişkin görüşleri nelerdir?

Nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastanın bakımına yönelik anksiyeteleri var mıdır?

Nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastaya yaklaşımları nasıldır?

Nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastanın bakımına yönelik eğitime ihtiyaçları var mıdır?

Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin görüşlerini yordayan faktörler nelerdir?

Diyaliz hastalarının ölüme ilişkin görüşleri nelerdir?

Diyaliz hastalarının ölüm kaygısı var mıdır?

Diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşlerini yordayan faktörler nelerdir?

### **3.3. Araştırmanın Yöntemi**

#### **3.3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Türkiye'nin yedi bölgesinden seçilen (Her bölgeyi temsil eden bir il; Ankara, İstanbul, İzmir, Samsun, Gaziantep, Erzurum, Mersin) Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören hastalar ile 01 Aralık 2010-30 Temmuz 2011 tarihleri arasında her ay bir ile gidilerek yapılmıştır. Türkiye yedi bölgeden oluşmaktadır ve bu çalışmada her bölgeyi temsil eden bir il seçilmiştir. Ancak Ankara ve İstanbul Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinden araştırmanın yapılmasına ilişkin kurum izni alınamadığından bu iller örneklem dışı bırakılmıştır. Araştırma; İzmir, Samsun, Gaziantep, Erzurum, Mersin ve Antalya illerinde Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören hastalar ile yapılmıştır.

### **3.3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni; Türkiye'nin yedi bölgesinden seçilen (Her bölgeyi temsil eden bir il; Ankara, İstanbul, İzmir, Samsun, Gaziantep, Erzurum, Mersin) Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören hastalarının tamamı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2010 yılı kayıt raporuna göre, ülkemizde 2009 yılı toplam hemodiyaliz hasta sayısı 46650, hemodiyaliz alanında çalışan hemşire sayısı ise 4919'dur (7).

### **3.3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini ise; Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören diyaliz hastaları basit rastgele ve tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Power analizi kullanılarak yapılan örneklem büyüklüğü hesaplamasında MedCalc 11.0 paket programı kullanılmıştır. Bu program yardımıyla çalışmanın örnekleme için en az 100 hasta ve 50 hemşire sayısına ulaşılması gerekmektedir. Araştırmanın evren ve örnekleme hesaplanmasında MEÜ. Biyoistatistik anabilim dalından danışmanlık alınmıştır. 18 yaşından küçük, konuşma ve duyma güçlüğü olan, mahkum olan, Türkçe bilmeyen, zihinsel engeli olan, kanser, psikoz ve demans tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca Ankara ve İstanbul Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinden araştırmanın yapılmasına ilişkin kurum izni alınamadığından bu iller örnekleme dahil edilememiştir. İzmir, Samsun, Gaziantep, Erzurum, Mersin ve Antalya illerinde Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşire ve bu ünitelerde tedavi gören hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, 240 hasta ve 68 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

### 3.3.4.1. Araştırmanın Örneklem Çizelgesi

Hemodiyaliz Üniteleri	Toplam Hemşire Sayısı	Ulaşılan Hemşire Sayısı	Toplam Hasta Sayısı	Ulaşılan Hasta Sayısı
İzmir Atatürk ve Eğitim Hastanesi	8	7	22	17
İzmir Alsancak Devlet Hastanesi	4	4	16	13
Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi	7	6	39	23
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10	10	80	44
Mersin Devlet Hastanesi	10	9	80	48
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12	12	50	33
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	10	10	40	28
Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10	10	70	34
Toplam	71	68	397	240

### 3.3.5. Verilerin Toplanması

#### 3.3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri ‘Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği’, ‘Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’, ‘Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği’ adlı ölçekler ile, araştırmacı tarafından literatüre dayalı hazırlanan hasta bilgi formu ve hemşire bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. ‘Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği’ ve ‘Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’; hastalara, bu iki ölçeğin yanı sıra ‘Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği’ hemşirelere uygulanmıştır.

### **3.3.5.1.1 Hemşire Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür temel alınarak (23,24,25,26,33,34,35) oluşturulan bu form hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini, ölüm ile ilgili deneyimlerini ve ölümcül hastanın bakımına yönelik bilgi düzeylerini ortaya koyabilecek toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

### **3.3.5.1.2. Hasta Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür temel alınarak hazırlanan bu form, hastalar hakkında tanıtıcı özellikleri, hastaların hastalıklarından etkilenme düzeylerini ve ölüme ilişkin düşüncelerini araştıran toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

### **3.3.5.1.3. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği**

Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkiye’deki geçerlik güvenilirlik çalışması Yıldız ve Karaca (2001) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur. 25 sorudan oluşan beşli Likert tipi ölçeğe ölüm kaygısı; fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar ve ölüm sürecinde acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Birinci boyut (fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı) maddeleri; 3,6,7,12,14,17,19,22’dir ve bu alt boyuttan alınacak en yüksek puan 32, orta düzeydeki puan 16 ve en düşük puan ise 0 dir. İkinci boyut (öte dünya ile ilgili kaygılar) maddeleri; 2,9,13,15,16,20’dir. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 24, orta düzeydeki puan 12, en düşük puan ise 0 dir. Üçüncü boyut (çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar ) maddeleri; 4,11,18,25’dir. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 16, orta düzeyde ki puan 8, en düşük puan ise 0 dir. Dördüncü boyut (ölüm sürecinde acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar) maddeleri; 1,5,8,10,21,23,24’dür. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 28, orta düzeydeki puan 14 en düşük puan ise 0’dır. Tüm bu boyutlarda puan artışı ölüm kaygısının artışı olarak yorumlanmaktadır. “Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin 17 maddesi, “Tabutlar beni huzursuz eder” maddesinde olduğu gibi olumlu cümle yapısında (Olumlu cümle yapısındaki maddeler; 1,2,3,5,6,7,8,9,12,14,15,16,18,19,20,22,24. maddelerdir), diğer 8

madde ise, “kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum” maddesinde olduğu gibi olumsuz cümle yapısındadır. (Olumsuz cümle yapısındaki maddeler; 4,10,11,13, 17,21,23,25. maddelerdir). 0-25 arası çok düşük; 26-50 arası hafif; 51-75 arası orta düzey; 75 ve 100 arası ise yüksek düzeydeki ölüm kaygısını göstermektedir ( 158,159).

#### **3.3.5.1.4. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği**

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği, Temples ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yaparel ve Yıldız tarafından yapılmış, Cronbach alfa değeri 0,74 olarak bulunmuştur. Ölçek, ölümle ilgili yaşanan depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet ve keder gibi duygu durumlarını ölçmeyi amaçlayan, doğru ve yanlış olarak kodlanabilen 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki ters ifadeler; 7. ve 12. maddelerdir. (12. Ölüm ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir, 7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum). Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinin ifadeleri 1-0 olarak puanlanmaktadır ve puan artışı ‘depresyon durumunun’ artışı olarak yorumlanmaktadır. Bu durumda, belirli bir soru için kişi ‘Doğru’ yanıtını seçmişse 1, ‘Yanlış’ yanıtını seçmişse 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Uygulama sonrası en az 0, en çok 17 puan alınabilmektedir. 0-8 arası puan depresif duygu durumunun olmadığını, 8-17 arası puan ise depresif duygu durumunun varlığını göstermektedir (160).

#### **3.3.5.1.5. Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği**

Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Kavas (2008) tarafından geliştirilmiş olup, 23 maddelik “Tamamen Katılıyorum” ile “Hiç Katılmıyorum” arasında değişen tepki kategorilerinden oluşan dördümlü likert tipi bir ölçektir. Yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçek dört faktörlü olup, bu faktörler, ‘ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim’, ‘bakım sorumluluğunu devretme’, ‘ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma’ ve ‘öz-yeterlilik algısı’ olarak isimlendirilmektedir. Birinci faktörün (ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim) maddeleri; 1,4,5,8,10,11,13,15,19 ve 21’dir. Bu faktörden alınacak puanlardan 40-30 arası yüksek; 30-20 arası orta; 10-20 arası ise hafif düzeyde ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişimden kaçınıcı tutumu ifade etmektedir. İkinci faktörün (bakım sorumluluğunu devretme) maddeleri; 7,9,14,18’dir. Bu faktörden alınacak puanlarda 16-12 arası yüksek, 12-8 arası orta, 8-4 arası hafif düzeyde ölümcül hastanın bakım

sorumluluğundan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir. Üçüncü faktörün (ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma) maddeleri 3,6,10,16,22,23'dür. Bu faktörden alınabilecek puanlar 24-18 arası yüksek; 18-12 arası orta; 12-6 arası hafif düzeyde ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir. Dördüncü faktörün (öz-yeterlilik algısı) maddeleri ise 2,12,14'dür. Buna göre bu faktörden alınabilecek puanlar 12-9 arası yüksek; 9-6 arası orta; 6-3 arası düşük düzeyde hemşirelerin ölümcül hastanın bakımında kendilerini yetersiz gördüğünü ifade etmektedir. Ölçekteki ters ifadeler ise; 3,13,19,21 ve 22'dir. Yapılan analiz sonucunda iç tutarlılık katsayılarının birinci faktör (ölümcül hastalarla iletişim) için 0,75, ikinci faktör (sorumluluğun devredilmesi) için 0,55, üçüncü faktör (ölümcül hastalardan kaçınma) için 0,56 ve dördüncü faktör (öz-yeterlilik algısı) için 0,60 olduğu görülmüştür. Ölçeğin tümü için yapılan analizde ise Cronbach alfa değeri 0,75 olarak tespit edilmiştir. ÖÖHYTÖ'nin ifadeleri 4-3-2-1 olarak puanlanmaktadır ve puan artışı 'kaçınıcı tutum' düzeyinin artışı olarak yorumlanmaktadır. Bu durumda, belirli bir soru için kişi 'Tamamen katılıyorum' yanıtını seçmişse 4, ' Hiç katılmıyorum' yanıtını seçmişse 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puanlar ise; 23-46 arası hafif; 46-69 arası orta düzey; 69-92 yüksek düzeyde ölümcül hastadan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir (161).

### **3.3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarından, "Hemşire Bilgi Formu ve Hasta Bilgi Formu" nun kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi diyaliz ünitesine başvurup örneklem grubu kriterlerine uyan, 20 hastaya ve bu merkezde çalışan hemşirelerin tamamına (10 hemşire) ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, belirtilen veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### **3.3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler araştırmanın uygulanacağı kurumlardan resmi izin alındıktan sonra, hastalara ve hemşirelere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmıştır. Veriler hasta ve hemşirelerin yazılı ve sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

#### **3.3.5.4. Verilerin Değerlendirmesi**

Elde edilen veriler, SPSS 11,5 (Statistical Package for The Social Sciences Windows) istatistik paket programında, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Veriler SPSS 11.5 paket programına girildikten sonra sürekli ölçümlerin normallik kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edilmiş ve normal dağılım gösteren değişkenler için parametrik, göstermeyen değişkenler için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İki alt grubu olan kategorik değişkenlerin ve sürekli ölçümler bakımından karşılaştırmalarında Student t testi kullanılmıştır. Alt grup sayısı 2 den fazla olan değişkenlerin sürekli ölçümler bakımından karşılaştırılmalarında dağılım tiplerine göre One Way ANOVA ya da Kruskall Wallis testleri ve bu testlerin arkasından yapılan çoklu karşılaştırma testlerinde gene dağılıma göre Tukey HSD testi veya Dunn testi kullanılmıştır. Sürekli ölçümlerin ölçek puanları ile olan doğrusal ilişkinin yön, doğrusallık derecesi ve istatistik anlamlılık düzeyi açısından değerlendirmesinde gene dağılım tiplerine göre Pearson momentler çarpımı ya da Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  alınmıştır.

### 3.3.5.5. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2010							2011												
	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ön anket hazırlama				X	X															
Ön deneme						X														
Anket uygulama							X	X	X	X	X	X	X	X						
Veri girişi															X					
Analiz																X				
Rapor yazma														X	X	X	X	X	X	X

## 4.BULGULAR

### 4.1. Diyaliz Hastalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1.1. Diyaliz Hastalarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş Grubu	18-35 yaş	54	22,5
	36-50 yaş	72	30,0
	51-62 yaş	56	23,3
	63 ve üstü	58	24,2
Cinsiyet	Kadın	127	52,9
	Erkek	113	47,1
Medeni Durum	Evli	141	58,8
	Bekar	49	20,4
	Eşi ölmüş	31	12,9
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	19	7,9
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	82	34,2
	Okur-yazar	23	9,6
	İlköğretim	100	41,7
	Ortaöğretim	27	11,3
	Yüksek öğretim	8	3,3
Yaşamının Çoğunu Geçirdiği Yer	İl	126	52,5
	İlçe	25	10,4
	Köy-kasaba	89	37,1
Aylık Gelir Durumu	Az	219	91,3
	Denk	21	8,8
	Fazla	0	,0
Dini İnanç	Çok güçlü	95	39,6
	Güçlü	69	28,8
	Orta	57	23,8
	Zayıf	12	5,0
	Yok	7	2,9
Tedavi Süresi	1-6 ay	27	11,3
	7-18 ay	41	17,1
	19-60 ay	97	40,4

<b>Toplam</b>		240	100
---------------	--	-----	-----

Çalışmaya katılan hastaların %30'u 36-50 yaş arasında olup yaş ortalamaları  $49.76 \pm 16,42$ 'dir. Hastaların % 52.9'unun kadın, % 58.8'inin evli, % 41.7'sinin ilköğretim mezunu, % 37.1'inin yaşamının çoğunu köy ve kasabada geçirdiği, % 39.6'sının dini inancının çok güçlü olduğu, %91.3'nün aylık gelirin giderinden az olduğu, % 40.4'ünün 19-60 aydır hemodiyaliz tedavisi gördüğü belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1).

**Çizelge 4.1.2.** Diyaliz Hastalarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hasta Sayısı	$\bar{X} \pm SS$
<b>Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı</b>	240	47,97±20,52
<b>Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı</b>	240	9,14±4,74

Hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ölçeğinden alacağı puanlardan; 0-25 arası çok düşük; 26-50 arası hafif; 51-75 arası orta düzey; 75 ve 100 arası ise yüksek düzeyde ölüm kaygısı olduğunu göstermektedir (158,159). Buna göre çizelge 4.1.2 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinden toplam 47,97 puan aldıkları görülmektedir. Bu da hastaların hafif düzeyde ölüm kaygısı olduğunu göstermektedir. Hastaların ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden 0-8 puan almaları depresif duygu durumunun olmadığını, 8-17 arası puan ise depresif duygu durumunun varlığını göstermektedir (160). Bu bağlamda çizelge 4.1.2 incelendiğinde hastaların ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanın 9,14 olduğu görülmektedir. Bu puan hastaların depresif duygu durumunda olduklarını göstermektedir.

**Çizelge 4.1.3.** Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demoğrafik Özelliklerine Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları (n=240)

Sosyo-Demoğrafik Özellikler		Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p
		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
Yaş Grupları	18-35 yaş	54,52	20,99	0,022	10,74	4,49	0,003
	36-50 yaş	48,35	20,74		9,32	4,40	
	51-62 yaş	46,63	21,12		9,18	5,23	
	63 yaş ve üstü	42,71	17,91		7,41	4,41	
Cinsiyet	Kadın	52,84	20,24	<0,001	9,89	4,59	0,010
	Erkek	42,50	19,53		8,31	4,78	
Medeni Durum	Evli	43,63	20,95	0,001	8,63	4,98	0,148
	Bekar	56,22	19,15		10,41	4,51	
	Eşi ölmüş	51,26	17,08		9,19	3,42	
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	53,53	18,32		9,63	5,05	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	50,09	18,77	0,238	9,44	4,98	0,277
	Okur-yazar	49,35	22,41		9,39	4,53	
	İlköğretim	48,41	22,17		9,35	4,81	
	Ortaöğretim	41,89	18,16		8,22	4,25	
	Yüksek öğretim	37,38	15,00		6,00	2,33	
Yaşamının çoğunu geçirdiği yer	İl	45,42	19,84	0,129	9,12	4,40	0,948
	İlçe	51,04	21,66		9,44	4,91	
	Köy-kasaba	50,72	20,92		9,10	5,19	
Aylık Gelir Durumu	Az	47,98	20,59	0,979	9,16	4,80	0,845
	Denk	47,86	20,36		8,95	4,18	

Yaş Grupları arasında, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,022$ ). Bu istatistiksel farklılık sadece en genç yaş grubu olan 18-35 yaş grubu ile 63 yaş ve üstü yaş grubu arasında anlamlı bulunmuştur. Bu durumda 63 yaş ve üstü bireylerde 18-35 yaş grubuna göre daha az ölüm kaygısının daha düşük olduğu rahatlıkla söylenebilir. Benzer şekilde yaş grupları ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Yine burada da 63 yaş ve üstündeki bireylerde depresif duygu durumunun 18-35 yaş grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadın hastaların hem Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları, hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,010$ ). Buna göre kadın hastalarda ölüme ilişkin kaygı ve depresyonları erkek hastalardan daha yüksektir.

Medeni durum ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı değerlendirildiğinde sadece evli ve bekar gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir. Buna göre bekar hastaların ölüme ilişkin kaygılarının evli hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Medeni durum ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları ile yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p=0,148$ .)

Hastaların eğitim durumları ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,238; 0,277).

Hastaların yaşamlarının çoğunu geçirdiği yer ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,129; 0,948).

Hastaların aylık gelir durumu ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,979; 0,845).

**Çizelge 4.1.4.** Diyaliz Hastalarının Dini İnançlarına Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Dini İnanç	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam puanı		p	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p
	$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
Çok güçlü	39,02	19,69	p<0,001	7,54	4,72	p<0,001
Güçlü	55,84	16,20		9,86	4,43	
Orta	55,68	18,94		10,49	4,26	
Zayıf	53,58	18,87		12,00	5,98	
Yok	19,43	13,46		8,14	2,73	

Araştırmaya katılan hastaların dini inançlarına göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla: p<0,001; p<0,001). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc testine göre dini inancı olmayan ve dini inancı çok yüksek olanların TPÖKÖ ve ÖDÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar daha düşük bulunmuştur. Dini inancı zayıf, orta ve güçlü olan bireyler TPÖKÖ ve ÖDÖ ölçeklerinden benzer puanlar almıştır ve gruplara göre ölçeklerden en fazla puanı alan bu gruplardır. Buna göre dini inancı zayıf, orta ve güçlü bireylerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeyi dini inancı olmayan ve dini inancı çok güçlü bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dini inancı çok güçlü ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ve ÖDÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığı ayrıca incelenmiştir. Buna göre dini inancı çok güçlü ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı ancak elde edilen p=0,057 değerinin p=0,050 değerine çok yakın sınırdaki bulunduğu bulgusu dikkat çekmektedir. Yine dini inancı çok güçlü ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,997).

**Çizelge 4.1.5.** Diyaliz Hastalarının Tedavi Süresine Göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Diyaliz Tedavi Süresi	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p
	$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
1-6 ay	48,15	19,63	0,011	7,85	4,48	0,007
7-18 ay	53,95	22,58		10,37	5,35	
19-60 ay	42,96	19,67		8,22	4,74	

Çalışmaya katılan hastaların diyaliz tedavi süresi ile TPÖKÖ ve ÖDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $P=0.011$ ;  $p=0,007$ ). Yedi-onsekiz ay ve 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisinde hastaların ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları yüksek bulunurken, diğer gruplarda bu ölçeklerden alınan puanlar daha düşüktür. Bu sonuçlara göre 19-60 ay arası diyaliz tedavisi gören hastaların TPÖKÖ puanları 7-18 ay arası diyaliz tedavisi olan hastaların TPÖKÖ puanlarından anlamlı derecede düşüktür ( $p=0.004$ ). Benzer bir şekilde, 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ölçek puanları 61 ve daha fazla aydır diyalizde tedavi olan hastaların TPÖKÖ puanlarından anlamlı derecede düşüktür ( $p=0.009$ ). Hastaların diyalize girme süresinin gruplara göre ÖDÖ puanlarına etkisine bakıldığında ise 1-6 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ÖDÖ ölçek puanları 7-18 aydır diyalizde tedavi olan hastalardan anlamlı derecede düşüktür ( $p= 0,03$ ). Bir-altı aydır diyaliz tedavisinde olan hastaların ÖDÖ ölçek puanları 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0,029$ ). Altmışbir ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastaların 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ÖDÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,007$ ).

**Çizelge 4.1.6.** Hastaların Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

		<b>Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı</b>
<b>Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı</b>	R	0,640
	P	p<0,001
	N	240

Çalışmaya katılan hastaların ölüme ilişkin kaygı ve depresyon puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=0,640$ ;  $p<0,001$ ).

## 4.2. Diyaliz Hemşirelerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2.1. Diyaliz Hemşirelerinin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %	
Yaş Grupları	19-30 yaş	25	36,8
	31-39 yaş	28	41,2
	>= 40 yaş	15	22,1
Cinsiyet	Kadın	57	83,8
	Erkek	11	16,2
Eğitim Durumu	Lise	7	10,3
	Ön Lisans	30	44,1
	Lisans	31	45,6
Medeni Durum	Evli	53	77,9
	Bekar	15	22,1
	Eşi ölmüş	0	,0
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	0	,0
Dini İnanç	Çok güçlü	16	23,5
	Güçlü	37	54,4
	Orta	15	22,1
	Zayıf	0	,0
	Yok	0	,0
Meslekte Çalışma Süresi	1-10 yıl	31	45,6
	11-19	18	26,5
	>= 20	19	27,9
Diyaliz Ünitesinde Çalışma Süresi	1-36 ay	25	36,8
	37-120 ay	22	32,4
	>= 121 ay	21	30,9
Toplam	n	68	100

Çalışmaya katılan hemşirelerin %42'si 31-39 yaş arasında olup yaş ortalamaları  $33.89 \pm 7.22$ 'dir. Hemşirelerin % 83.8'i kadın, % 77.9'u evli, % 55.6'sı lisans mezunu, %

54.4'nün dini inancının güçlü olduğu, % 45,6'sının 1-10 yıldır hemşirelik yaptığı ve %36.8'inin 1-36 aydır hemodiyaliz ünitesinde çalıştığı belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1).

**Çizelge 4.2.2.** Hemşirelerin Ölüm ve Ölümçül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği (ÖÖHYTÖ), Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n= 68)

ÖÖHYTÖ'nin Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$
Ölümçül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	28,14±3,94
Bakım Sorumluluğunu Devretme	11,42±1,67
Ölüm ve Ölümçül Hastadan Kaçınma	17,82±2,32
Öz-Yeterlilik Algısı	4,75±1,11
ÖÖHYTÖ Toplam Puanı	62,14±5,74
Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	9,59±3,96
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı	52,14±15,97

Hemşirelerin Ölüm ve Ölümçül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeğinin birinci faktöründen (ölümçül hasta ve yakınlarıyla iletişim) alınacak puanlardan 40-30 arası yüksek; 30-20 arası orta; 10-20 arası ise hafif düzeyde ölümçül hasta ve yakınlarıyla iletişimden kaçınıcı tutumu ifade etmektedir (161). Buna göre çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin ölümçül hasta ve yakınlarıyla iletişim puanının 28,14 olması hemşirelerin ölümçül hastalar ve yakınları ile iletişimden orta düzeyde kaçınma tutumu sergilediklerini göstermektedir.

Hemşirelerin Ölüm ve Ölümçül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeğinin ikinci faktöründen (bakım sorumluluğunu devretme) alınacak puanlardan 16-12 arası yüksek, 12-8 arası orta, 8-4 arası hafif düzeyde ölümçül hastanın bakım sorumluluğundan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir (161). Buna göre çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin bakım sorumluluğunu devretme puanının 11,42 olmasından dolayı hemşirelerin ölümçül hastanın bakımının sorumluluğundan orta düzeyde kaçınma tutumu sergilediği saptanmıştır.

Üçüncü faktör olan (ölüm ve ölümçül hastadan kaçınma) faktöründen alınabilecek puanlar 24-18 arası yüksek; 18-12 arası orta; 12-6 arası hafif düzeyde ölüm ve ölümçül hastadan kaçınma tutumu ifade etmektedir (161). Buna göre çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin bakım sorumluluğunu devretme puanının 17,82 olmasından

dolayı hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastadan orta düzeyde kaçını tutum sergilediği saptanmıştır.

Dördüncü faktör olan (öz-yeterlilik algısı) alınabilecek puanlar 12-9 arası yüksek; 9-6 arası orta; 6-3 arası ise düşük düzeyde hemşirelerin ölümcül hastanın bakımında kendilerini yetersiz gördüğünü ifade etmektedir (161). Çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin öz-yeterlilik algısı puan ortalamasının 4,75 olduğu görülmektedir. Bu da hemşirelerin ölümcül hastanın bakımında öz-yeterlilik algılarının düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutum ölçeğinden aldığı toplam puanlardan 23-46 arası hafif; 46-69 arası orta düzey; 69-92 yüksek düzeyde ölümcül hastadan kaçınma tutumu ifade etmektedir (161). Buna göre çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 62,14 olması hemşirelerin ölümcül hastadan orta düzeyde kaçınma tutumu gösterdiklerini ifade etmektedir.

Hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden 0-8 puan almaları depresif duygu durumunun olmadığını, 8-17 arası puan ise depresif duygu durumunun varlığını göstermektedir (160). Bu bağlamda çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanın 9,5970 olduğu görülmektedir. Buna göre hemşirelerin depresif duygu durumunda olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinden alacağı puanlardan; 0-25 arası çok düşük; 26-50 arası hafif; 51-75 arası orta düzey; 75 ve 100 arası ise yüksek düzeyde ölüm kaygısı olduğunu göstermektedir (158,159). Buna göre çizelge 4.2.2 incelendiğinde hemşirelerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinden toplam 52,14 puan aldıkları saptanmıştır. Bu sonuç hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir.

**Çizelge 4.2.3.** Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölüm ve Ölümçül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları (n=68)

Sosyo-Demografik Özellikleri		Ölüm ve Ölümçül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı		P	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		P
		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
Yaş Grupları	19-30 Yaş	63,60	5,36	0,207	9,00	3,80	0,319	53,54	15,78	0,871
	31-39 Yaş	60,79	6,56		9,39	4,14		51,32	15,53	
	>= 40 Yaş	62,27	4,30		10,93	3,86		51,47	18,00	
Cinsiyet	Kadın	63,25	5,03	<0,001	10,46	3,69	<0,001	55,07	14,53	<0,001
	Erkek	56,45	6,11		5,18	1,89		37,27	15,23	
Eğitim Durumu	Lise	62,71	7,34	0,344	6,50	4,28	0,047	46,33	20,68	0,623
	Ön Lisans	61,00	5,66		10,63	4,14		53,37	15,07	
	Lisans	63,13	5,45		9,19	3,45		52,10	16,20	
Medeni Durum	Evli	61,87	5,73	0,456	9,58	4,08	0,939	51,96	16,89	0,859
	Bekar	63,13	5,91		9,67	3,70		52,80	12,76	

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş grupları ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,207; 0,319; 0,871).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p<0,001). Buna göre kadın hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümçül hastadan kaçınma tutumu erkek hemşirelerden daha fazla olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile ÖÖHYTÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0,344$ ;  $p=0,623$ ). Ancak hemşirelerin eğitim durumları ile ÖDÖ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p=0,047$ ). Buna göre lise mezunu olanların ölüme ilişkin depresyonları ön lisans mezunu olan hemşirelere göre daha az olduğu saptanmıştır ( $p=0,049$ ).

Hemşirelerin medeni durumları ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;  $0,456$ ;  $0,939$ ;  $0,856$ ).

**Çizelge 4.2.4.** Hemşirelerin Dini İnançlarına göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=68)

Dini İnanç	Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		P
	$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
Çok Güçlü	61,44	6,98	0,396	9,69	3,89	0,628	51,25	17,88	0,953
Güçlü	63,00	5,63		9,92	3,88		52,17	15,72	
Orta	60,80	4,49		8,73	4,40		53,07	15,53	

Çalışmaya katılan hemşirelerin dini inançları ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,396; 0,628; 0,953).

**Çizelge 4.2.5.** Hemşirelerin Meslekte ve Diyaliz Ünitesinde Çalışma Sürelerine Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=68)

Çalışma Süresi		Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		P
		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
Meslekte Çalışma Süresi	1-10 yıl	62,45	6,92	0,888	8,93	3,97	0,027	51,03	15,42	0,839
	11-19	61,61	5,55		8,56	3,94		52,22	17,02	
	$\geq$ 20	62,16	3,70		11,63	3,39		53,84	16,55	
Diyaliz Ünitesinde Çalışma Süresi	1-36 Ay	62,84	7,14	0,467	9,50	3,80	0,974	53,71	14,75	0,798
	37-120 Ay	62,59	4,85		9,55	3,76		50,50	15,02	

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile ÖÖHYTÖ ve TPÖKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,888; 0,839). Yalnızca hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile ÖDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir (p=0,027). Buna göre 1-10 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin ÖDÖ puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,048). Benzer şekilde 11-19 yıldır çalışma süresi olan hemşirelerin ÖDÖ puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,44).

Çalışmaya katılan hemşirelerin diyaliz ünitesinde çalışma süresi ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,467; 0,974; 0,798).

**Çizelge 4.2.6.** Hemşirelerin Birinci Dereceden Akrabalarının ve Diyalizdeki Hastalarının Ölüm Durumu İle Karşılaşmalarına Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=68)

		Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		P
		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
<b>Birinci Dereceden Akrabanın Ölüm Durumu</b>	Evet	61,92	4,95	0,591	9,92	3,77	0,278	53,63	14,29	0,212
	Hayır	62,78	7,68		8,72	4,47		48,11	19,76	
<b>Diyaliz Hastasının Ölüm Durumu</b>	Evet	62,16	4,92	0,944	9,51	4,01	0,563	52,62	16,13	0,999
	Hayır	62,00	11,27		10,50	3,78		47,33	14,69	

Hemşirelerin birinci dereceden akrabalarının ölümüyle karşılaşmaları durumu ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,591; 0,278; 0,212).

Hemşirelerin diyaliz hastalarının ölümüyle karşılaşmaları durumu ile ÖHH, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;0,944; 0,563; 0,999).

**Çizelge 4.2.7.** Hemşirelerin Ölümcül Hastanın Bakımına Yönelik Bilgilerine Göre Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=68)

		Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı		p	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı		p	Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı		P
		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS		$\bar{x}$	SS	
<b>Ölmekte Olan Hastanın Bakımına Yönelik Bilgi</b>	Evett	61,90	5,59	0,211	9,36	3,84	0,049	52,14	16,17	0,544
	Hayır	64,63	6,78		12,43	3,95		56,00	12,15	
<b>Lisans Eğitim Sırasında</b>	Hayır	62,73	4,87	0,115	9,25	4,19	0,481	51,07	16,89	0,432
	Evett	60,38	6,40		10,00	3,33		54,52	14,67	
<b>Hizmet İçi Eğitimden</b>	Hayır	61,46	5,99	0,424	10,05	3,81	0,177	52,73	16,02	0,781
	Evett	62,62	4,70		8,67	3,97		51,54	16,59	
<b>Kitap ve Dergilerden</b>	Hayır	61,48	5,69	0,137	9,23	3,76	0,185	52,44	15,23	0,836
	Evett	64,44	3,50		11,11	4,57		51,22	21,63	
<b>Kongre ve Seminerlerden</b>	Hayır	62,07	5,55	0,543	9,37	3,98	0,449	52,07	15,93	0,802
	Evett	60,71	5,38		10,57	3,31		53,71	18,85	
<b>İnternette</b>	Hayır	62,17	5,44	0,113	9,50	3,96	0,943	52,03	16,39	0,631
	Evett	57,00	5,29		9,67	3,21		56,67	10,41	
<b>Ölmekte Olan Hastayla İlgili Alınan Bilginin Yeterli Olma Durumu</b>	Evett	60,55	5,66	0,047	9,55	3,97	0,936	49,55	15,37	0,184
	Hayır	63,49	5,55		9,64	4,02		54,39	16,36	

Hemşirelerin ölümcül hastanın bakıma yönelik bilgi sahibi olma durumları ile ÖÖHYTÖ ve TPÖKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,211;0,544). Ancak hemşirelerin ölümcül hastanın bakıma yönelik bilgi durumları ile ÖDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

olduğu belirlenmiştir ( $p=0,049$ ). Buna göre ölümcül hastaya ilişkin bilgisi olan hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin bilgisi olmayan hemşirelere göre depresif duygu düzeyleri daha azdır.

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi lisans eğitimleri sırasında alma durumlarının ölçek puanlara etkisine bakıldığında, gruplar arasında HYT, D ve TPK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,115; 0,481; 0,432).

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi hizmet içi eğitimden alma durumlarının ölçek puanlara etkisine bakıldığında, gruplar arasında HYT, D ve TPK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;0,424; 0,177; 0,781).

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi kitap ve dergilerden alma durumların ölçek puanlara etkisine bakıldığında, gruplar arasında HYT, D ve TPK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;0,137; 0,185; 0,836)

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi kongre ve seminerlerden alma durumlarının ölçek puanlara etkisine bakıldığında, gruplar arasında HYT, D ve TPK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; 0,543; 0,449; 0,802)

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi internetten alma durumlarının ölçek puanlara etkisine bakıldığında, gruplar arasında HYT, D ve TPK puanları açısından istatistik anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (sırasıyla;0,113; 0,943; 0,631).

Hemşirelerin lmcl hastanın bakımına yönelik bilgiyi yeterli bulma durumunun ölçek puanlarına etkisine bakıldığında, gruplar arasında D ve TPK puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı gözlenmiştir (sırasıyla;0,936; 0,184). Ancak HYT puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,047$ ). Buna göre ölümcül hastaya yönelik aldıkları bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin ölümcül hastadan kaçınma durumunun daha az olduğu söylenebilir.

**Çizelge 4.2.8.** Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler

		<b>Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı</b>	<b>Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puanı</b>
<b>Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği Toplam Puanı</b>	r	0,321	0,389
	p	0,008	0,001
<b>Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı</b>	r	-	0,704
	p	-	p<0,001

Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde, ÖÖHYTÖ puanları hem ÖDÖ ( $r = 0.321$ ;  $p = 0.008$ ) hem de TPÖKÖ ( $r = 0.389$ ;  $p = 0.001$ ) puanları ile pozitif yönlü, orta derecede ve istatistik anlamlı bir doğrusal ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r =$  korelasyon değeri). Buna göre hemşirelerin ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arttıkça ölümcül hastalardan kaçınıcı bir tutum sergilemektedirler. Ayrıca hemşirelerin ölüme ilişkin kaygısı ve hemşirelerin ölüme ilişkin depresyonlarını arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki vardır ( $r = 0,704$ ;  $p < 0,001$ ).

## 5.TARTIŞMA

Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

### 5.1. Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Araştırmamızda çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu istatistiksel farklılık sadece en küçük yaş grubu olan 18-35 yaş grubu ile 63 yaş ve üstü yaş grubu arasında anlamlı bulunmuştur. Bu durumda 63 yaş ve üzerindeki bireylerde ölüm kaygısının 18-35 yaş grubuna göre daha az olduğu rahatlıkla söylenebilir. Benzer şekilde yaş grupları ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yine burada da 63 yaş ve üstü bireylerde 18-35 yaş grubuna göre daha az depresif duygu durumu olduğu saptanmıştır. Karaca (2000) çalışmasında da yaşlara göre bireylerin ölüm kaygısı düzeyine bakıldığında, 16-22 yaş grubunun diğer yaş gruplarından daha fazla ölüm kaygısı hissettiği tespit edilmiştir. Durumun böyle olması, gençlerin diğer yaş gruplarına göre yapmak istedikleri şeyleri gerçekleştirerek enerjilerini boşaltmamış olmalarına bağlanabilir (71). Literatürde konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (64,163,164).

Araştırmamızda çalışmaya katılan kadın hastaların; hem Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları, hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarının erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre kadın hastaların ölüme ilişkin kaygı ve depresyon düzeyleri erkek hastalarinkinden daha fazladır. Literatür incelendiğinde de benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir (65,73,164). Suhail ve Arkam'ın yaptığı çalışmada ölüm kaygısının kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (65). Dağlı (2010)'nun araştırmasında da kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı olduğu belirtilmektedir (64). Dattel ve Neimeyer (1990) çalışmasında da benzer şekilde kadınlarda erkeklerden daha fazla ölüm kaygısı olduğu belirlenmiştir (164). Kadınlarda ölüm kaygısının daha çok dışa vurulması ve erkeklerin geleneksel

olarak cesur olmalarının beklendiği kültürlerin bir sonucu olarak kadınlarda ölüm kaygısının daha fazla görüldüğü sıkça vurgulanmaktadır (73). Ayrıca bayanların erkeklerden daha fazla acı ve ızdırap tecrübeleri yaşamış olmalarının da bu konuda etkili olabileceği belirtilmektedir (71).

Araştırmamızda medeni durum ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel yönden anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı değerlendirildiğinde sadece evli ve bekar gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir. Buna göre bekar hastaların ölüme ilişkin kaygılarının evli hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Medeni durum ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları ile yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p=0,148$ .) Psikososyal bir varlık olan insanın toplumsal ilişkiler kurma ve zorlu yaşam olayları ile baş etme konusunda aile ve eşin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (48). Yalom (2008)' a göre evli ve çocuklu bireylerin ölüm kaygısının daha düşük olmasının nedeni çocukların bir nevi ölümsüzlüğü yaşatmasıdır (55). Ayrıca bekarların evlilerden daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı sergilemeleri, onların evlilerden daha genç olmalarıyla da açıklanabilir. Çünkü daha önce de belirtildiği gibi yaş küçüldükçe ölüm kaygısı düzeyi artmaktadır (64,71).

Araştırmamızda hastaların eğitim durumları ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde birbirine çelişen sonuçlar elde edildiği görülmektedir (72,73). Erdoğan ve Özkan'ın (2007) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azaldığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe ölüm kaygısının azalmasının en temel nedeninin eğitim düzeylerine bağlı olarak bireylerin çalışma alanlarında ve gündelik yaşantılarındaki yoğunluktan dolayı ölümü hatırlama düzeylerini düşürdüğü düşünülebilir (72). Dağlı (2010) çalışmasında da benzer şekilde öğrenim durumu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (64). Yıldız tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmamıştır (73).

Araştırmamızda hastaların aylık gelir durumu ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ölçeği ve hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Dağlı (2010) çalışmasında da ekonomik durum ile ölüm

kaygısı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilememiştir (64). Karaca'nın çalışmasında da katılımcıların ölüm kaygısı seviyeleri ile sosyo-ekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (71).

Araştırmamızda çalışmaya katılan hastaların dini inançlarına göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre dini inancı zayıf, orta ve güçlü bireylerde ölüm kaygısı ve depresyon dini inancı olmayan ve dini inancı çok güçlü bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dini inancı çok güçlü olan ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ve ÖDÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığı ayrıca incelenmiştir. Buna göre dini inancı çok güçlü ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı ancak elde edilen  $p=0,057$  değerinin  $p=0,050$  değerine çok yakın sınırdaki bulunduğu bulgusu dikkat çekmektedir. Yine dini inancı çok güçlü ve dini inancı olmayan hastaların TPÖKÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bu farklılığın anlamlı bulunmamasının nedeni dini inancı olmayan birey sayısının istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmayacak bir genişlikte ( $n=7$ ) olmasından kaynaklandığı düşünülebilir; sayının artışının bu hata sınırını ortadan kaldırıp dini inancı olmayan bireylerin dini inancı çok güçlü olan bireylere göre ölüme ilişkin kaygı düzeylerinin daha düşük bulunacağı söylenebilir.

Karaca (2000)'nin çalışmasında da dindarlık seviyesi arttıkça ölüm kaygısının azaldığı saptanmıştır (71). Ölümden sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla ilgili şüpheler, ölümün insanı yokluğa sürükleyeceği endişesini doğurmakta ve ölüm korkusunun en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Ölüm anında çekilen acı ve ızdıraplar ise, ölüm korkusunun diğer nedenleri arasında ön plana çıkmaktadır. Öbür dünyanın belirsizliği, ölümle beraber çürüme ve bozulma, fiziki ve ruhsal fonksiyonları kaybetme, alışılmış ve rahat bir ortamdan ayrılmak vb. gibi faktörler de insanlarda ölüm korkusunu oluşturan diğer önemli faktörler olup, bunlar insanları kişisel özelliklerine göre değişik şekillerde etkilemektedir (71). Çalışmamızda dini inancı olmayan bireylerin ölüme ilişkin kaygılarının daha az oluşu ise öldükten sonra ödül ve cezaya inanmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmamızda dini inancı olmayan bireylerin dini inancı çok güçlü olanlardan neredeyse daha az düzeyde ölüm kaygısı

duyuyor olmaları, Irvın Yalom'un Şu cümleleriyle açıklanabilir: 'Mucizelere ve akıl dışı fikirlere inanmamız gerektiğini söyleyen dini görüşler beni her zaman ŐaŐırtmıŐtır. Dini inancın pek çok korkuyu hafiflettiğine hiÇ kuŐku yok. Fakat bu bana ölümün etrafında dolaŐmak gibi geliyor. Ölüm reddediliyor, ölüm etkisizleŐtiriliyor.' Yalom' a göre ölümle gerÇek bir yüzleşme ancak bilimin ışığında hareket edebilen bireyler için mümkündür. Dolayısıyla ölümün etrafında dolaŐmadan, ölümle doğrudan yüzleşebilen bireylerin ölüm kayđısı ile baş etmeleri daha kolay olacaktır (55).

Araştırmamızda ŐalıŐmaya katılan hastaların diyaliz tedavi süresi ile TPÖKÖ ve DÖ puanları aÇısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre 19-60 ay arası diyalizde tedavi gören hastaların TPÖKÖ puanları 7-18 aydır diyaliz tedavisi alan hastaların TPÖKÖ puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Benzer bir Şekilde, 19-60 aydır diyaliz tedavisi alan hastaların ölÇek puanları 61 ve daha fazla aydır diyalizde tedavi olan hastaların TPÖKÖ puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Hastaların diyalize girme süresinin gruplara göre DÖ puanlarına etkisine bakıldığında ise 1-6 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ÖDÖ ölÇek puanları 7-18 aydır diyalizde tedavi olan hastalardan anlamlı derecede düşüktür. 1-6 aydır diyalizde tedavi olan hastaların ÖDÖ ölÇek puanları 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastaların 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ÖDÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir (105,165). Literatüre göre, diyaliz hastaları tedavi süresi iÇerisinde bazı dönemlerden geçmektedir. İlk dönem, tedaviye baŐlamadan önce yaŐanır. Bu dönemde, kronik hastalığa bağlı fiziksel ve psikolojik komplikasyonlar ortaya Çıkar ve yaşamın tehdit altında olduğu endişesi hissedilir. İkinci dönem ise diyalize yeni baŐlayan hastalarda yaşanan balayı evresidir. Bu evrede hasta tedavinin korktuğu kadar kötü olmadığını düşünöbilmekte, diyaliz kendisini fiziksel olarak daha iyi hissetmesine neden olmaktadır. Diyalizin özellikle ilk 1-2 ayı hasta ölümden döndüğünü hisseder. Kısıtlamalar (sıvı ve diyet) azalmıŐtır. Hasta oldukÇa mutludur. Kısa bir süre sonra neredeyse tüm hastalar diyalizin neden olduğu kayıp ve sınırlılıklarla yüz yüze gelerek depresyon evresine geçmektedir. Hayatı kontrol edememe ve ölüm düşünceleri depresyonu güçlendirmektedir. Bu dönem yaklaşık 5-12 ay sürer Son dönem ise kabullenmenin gerŐekleŐtiđi evredir. (105,165). Kübler-Ross'e

göre de terminal dönemdeki bireyler, yadsıma, yalıtma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından geçmektedir (41). Araştırmamızda 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastaların 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların ÖDÖ ve TPÖKÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunması hastaların bir dönem hastalığı kabullenme yaşasa da diyaliz süresinin uzunluğunun hastaları tekrar umutsuzluğa yöneltiyor olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda çalışmamıza katılan hastaların ölüme ilişkin kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonları arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde depresyon puanları yüksek olan hastalarda ortalama ölüm kaygısı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (73). Depresyon ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki varlığı, ölüm kaygısının ruhsal bozukluklarla olan ilişkisini doğruladığı düşünülebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutum ölçeğinden aldıkları toplam puana göre, hemşirelerin ölümcül hastadan orta düzeyde kaçınıcı tutumu olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt faktörlerinin sonuçları incelendiğinde; hemşirelerin ölümcül hastalardan ve yakınları ile iletişimden orta düzeyde kaçınma tutumu sergiledikleri ve ölümcül hastanın bakım sorumluluğundan orta düzeyde kaçınma tutumu içinde oldukları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmıştır (28,143,145). Karahisar (2006)'ın çalışmasında hemşirelerin %34.5'i ölümcül hastaya bakım vermek istemedikleri bildirilmiştir. Hemşirelerin %21.7'si ölümcül hastaya bakımın sıkıntı-hüzün verici ve zorlayıcı bir durum olduğundan ötürü ölümcül hastaya bakımdan kaçınıcı tutum sergilediklerini bildirmişlerdir (145). Çevik (2010)'ın çalışmasında ise hemşirelerin %62.3'ünün ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri bildirilmiştir. Araştırmada ölmekte olan bireye bakım vermek istememe nedeni olarak “çaresizlik ve üzüntü hissi” (% 53.2); “çok yıpratıcı ve yorucu”( % 23.4); “tüm çabalara rağmen hep aynı sonun olması” (%14.2) şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışmada hemşirelerin ölümcül hastalarla iletişimde de kaçınıcı tutum sergiledikleri saptanmıştır. Buna göre hemşirelerin %81.7'si ölüm kavramını hastası ile rahat konuşamadıklarını ve nedeninin ise “hastasının korkmasını istememe” (% 43.6) ve “konuşulması çok zor bir konu olduğunu düşünme” (%26) olarak belirtmişlerdir (28). Yapılan başka bir çalışmada ise

hemşirelerin %44.8'nin terminal dönemdeki hasta ölümden söz ettiğinde rahatsızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (143).

## **5.2. Diyaliz Hemşirelerinin Ölüm Kavramına İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmamızda hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puana göre, hemşirelerde depresif duygu durumu olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puana göre, hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı taşıdıkları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmıştır (28,146,166). Çevik (2010) çalışmasında ölmekte olan hastaya bakım verenlerin %37.5'nin keder ve %34'nün çaresizlik yaşadıklarını bildirilmiştir (28). Öztunç ve ark. (2003) çalışmasında ise hemşirelerin terminal dönemdeki hasta ile çalışırken, %41.7'si hemen her zaman hayal kırıklığı, %32.3'ü de depresyon yaşadığını belirtmiştir (166). İspanyol nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastalara ilişkin tutumlarının incelendiği bir çalışmada da çalışmaya katılan hemşirelerin %88,9'u yaşam sonu bakımın duygusal yükünün çok ağır olduğunu bildirmişlerdir (146).

Araştırmamızda hemşirelerin cinsiyetleri ile ÖÖHYTÖ, ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Buna göre kadın hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı ve depresyon düzeyi ile ölümcül hastadan kaçınma tutumunun erkek hemşirelerden daha fazla olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde de cinsiyetin ölüme ilişkin kaygı ve depresyonu etkilediği bildirilmiştir (28,167).

Araştırmamızda hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile ÖDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Buna göre 1-10 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin ÖDÖ puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde 11-19 yıldır çalışma süresi olan hemşirelerin ÖDÖ puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde konuyla ilgili birbiriyle çelişen bulgulara rastlanmaktadır (28,30,143). Ünsal'ın (2008) çalışmasında hemşirelerin deneyimleriyle ölüm anksiyete düzeyleri incelendiğinde; anksiyete puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlarda diğer yıllara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (30). Çevik'in (2010) çalışmasında ise meslekte çalışma yılı 6-10 ve 10 yılın üzerinde olan hemşirelerin "ölümden korkma", "ölümden kaçınma", ve "kabullenme" puan ortalamaları 0-1 yıl ve 2-5 yıl olanlardan daha yüksek bulunmuştur

(28). İnci'nin (2009) çalışmasında ise hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (143).

Araştırmamızda ölümcül hastaya yönelik aldıkları bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin ölümcül hastadan kaçınma durumunun daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin ölümcül hastanın bakıma yönelik bilgi durumları ile ÖDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre ölümcül hastaya ilişkin bilgisi olan hemşirelerin ölümcül hastaya ilişkin bilgisi olmayan hemşirelere göre depresif duygu durumu daha azdır. Literatür incelendiğinde de eğitimin ölümcül hastaya bakımı etkilediği yönündedir (28,145,168,169). Karahisar (2006)'ın çalışmasında hemşirelerin %70.9'unun ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır (145). İspanyol nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastalara ilişkin tutumlarının incelendiği bir çalışmada da çalışmaya katılan hemşirelerin %95,3'ü ölümcül hastaların bakımının özel beceri gerektirdiğini ve %92.6'sı ölümcül hasta bakımı için özel eğitimlerin gerektiğini bildirmişlerdir. Çalışmada ölümcül hastalara bakım tecrübesi ve ölümcül hastalara ilişkin eğitimi olan hemşirelerde ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (146). Yunan nefroloji hemşireleri üzerinde yapılan benzer bir çalışma ise meslekte çalışma yılı ortalama 10 yıl olan ve palyatif bakım eğitimi alan hemşirelerin ölüm hakkında konuşmaktan daha az çekindikleri ve ölüme ilişkin korkularının olmadığı saptanmıştır. Ayrıca yine aynı çalışmada terminal dönemdeki hastaların daha iyi bakım alması için hemşirelerin lisans eğitimlerinden başlanarak bu konuda eğitilmelerinin gerekliliği vurgulanmaktadır (147).

Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutum ölçeği, ölüme ilişkin depresyon ölçeği ve thorson-powell ölüm kaygısı ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde, ÖÖHYTÖ puanları hem ÖDÖ ( $r = 0.321$ ;  $p = 0.008$ ) hem de ÖKÖ ( $r = 0.389$ ;  $p = 0.001$ ) puanları ile pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel yönden anlamlı bir doğrusal ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin ÖDÖ ve TPÖKÖ puanları arttıkça ölümcül hastalardan kaçınıcı bir tutum sergilemektedirler. Ayrıca hemşirelerin ölüme ilişkin kaygısı ve hemşirelerin ölüme ilişkin depresyonları arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki vardır. Çevik (2010) çalışmasında da araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının daha az olumlu olduğu bildirilmektedir

(28). İnci'nin çalışmasında ise ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon arasında bir ilişki olduğu ve ölüme ilişkin eğitimin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmektedir (143).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Araştırmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan hastalarda hafif düzeyde ölüm kaygısı ve depresif duygu durumu olduğu,
- 63 yaş ve üstü hastalarda 18-35 yaş grubuna göre daha az ölüm kaygısı ve daha az depresif duygu durumu olduğu,
- Kadın hastalarda ölüme ilişkin kaygı ve depresyonun erkek hastalardan daha fazla olduğu,
- Bekar hastaların ölüme ilişkin kaygılarının evli hastalara göre daha fazla olduğu,
- Hastaların eğitim durumları ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı,
- Hastaların yaşamlarının çoğunu geçirdiği yer ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı,
- Hastaların aylık gelir durumu ile Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve hem de Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı,
- Dini inancı zayıf, orta ve güçlü olan hastaların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonları dini inancı olmayan ve dini inancı çok güçlü hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu,
- 19-60 ay arası diyalizde tedavi gören hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları 7-18 ay arası diyaliz tedavisi olan hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu, benzer bir şekilde, 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları 61 ve daha fazla aydır diyalizde tedavi olan hastaların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu, 1-6 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ölçek puanları 7-18 aydır diyalizde tedavi olan hastalardan anlamlı derecede düşük olduğu, 1-6 aydır diyalizde tedavi olan hastaların Ölüme İlişkin

Depresyon Ölçeği ölçek puanları 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 61 ay ve üstünde diyaliz tedavisi olan hastaların 19-60 aydır diyaliz tedavisi olan hastaların Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu,

- Hastaların ölüme ilişkin kaygısı arttıkça ve ölüme ilişkin depresyonlarının da arttığı,
- Hemşirelerin orta düzeyde ölümcül hastadan kaçınma tutumu sergiledikleri,
- Hemşirelerin ölüme ilişkin depresif duygu durumlarının olduğu,
- Hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları,
- Kadın hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastadan kaçınma tutumunun erkek hemşirelerden daha fazla olduğu,
- Hemşirelerin eğitim düzeyi ile Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, ancak lise mezunu olanların ölüme ilişkin depresyonları ön lisans mezunu olan hemşirelere göre daha az olduğu,
- Hemşirelerin dini inançları ile Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, buna göre 1-10 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu, benzer şekilde 11-19 yıldır çalışma süresi olan hemşirelerin Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları 20 yıl ve üstünde çalışma süresi olan hemşirelerden daha düşük olduğu,
- Hemşirelerin diyaliz ünitesinde çalışma süresi ile Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

- Ölümcül hastaya yönelik aldıkları bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin ölümcül hastadan kaçınma durumunun daha az olduğu, hemşirelerin Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları arttıkça ölümcül hastalardan kaçınıcı bir tutum sergiledikleri saptanmıştır.

## **6.2.Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Nefroloji hemşirelerinin ölümcül hastaya bakım konusunda hizmet içi eğitimin sürekliliğinin sağlanması ve lisans programlarında ölümcül hastaya bakım konusuna daha çok yer verilmesi,
- Ölmekte olan hastalarla çalışan nefroloji hemşirelerin ölümcül hastalarla iletişim konusunda becerilerinin artırılmasına yönelik sürekliliği olan eğitimlerin verilmesi,
- Hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hastalara ölümle baş etmeye yönelik bireysel ve grup terapilerinin yapılması,
- Nefroloji hemşireleri ve hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hastalar ile ölüm kavramı ve ölüme ilişkin görüşlerin belirlenmesine yönelik kalitatif (niteliksel) araştırmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. **Küçük L.** Diyaliz hastlarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk nefroloji diyaliz ve transplantasyon dergisi*, **2005**; 14(4):166-170.
2. **Göközer F.** Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(10):123-136
3. **Yeniçerlioğlu Y.** Kronik böbrek hastalığı epidemiyolojisi. *Türkiye klinikleri J Nephrol-Special topics*, **2008**; 1(2):1-5
4. **Altıntepe L.** Quality of life and influencing factors in hemodialysis and CAPD Patients. *Official of the turkish society of nephrology*. **2005**; 14(2):85- 89
5. **Pozzani P, Vecchio L.** Longterm outcome in hemodialysis;Morbidity and mortality. *J Nphrol*, **2004**; 17(18):87-95
6. **Serdengeçti K.** World kidney day. *Dialysis and transplantation journal turkish society of nephrology*, **2010**; 19(1):1-2
7. **Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparlak MR.** Registry of the nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. Erişim: [http://www.tsn.org.tr/folders/file/TND\\_FAALİYET\\_RAPORU\\_20\\_ARA\\_08.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/TND_FAALİYET_RAPORU_20_ARA_08.pdf) 2009. Erişim tarihi: 20.5.2010
8. **Buargup MA.** 5-year mortality in hemodialysis patients:A single center study in tripoli. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, **2008**; 19(2):98-273
9. **Wakeel JS.** Morbidity and mortality in ESRD patients on dialysis. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, **2002**; 13(4):473-477
10. **Özdağ N.** Organ nakli ve bağışına toplumun bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5(2):4-5
11. **Stankuviene A, Arune BI.** Survival of hemodialysis patients in Lithuania. *PubMed*, **2007**; 43(1):96-102
12. **Taner G, Soyer MT.** Ege üniversitesi tıp fakültesi hemodiyaliz hastalarında sağkalm çözümlenmesi. *Medicine Ege Tıp Dergisi*, **2005**; 44(3):155 – 160
13. **Calemard E.** Survival as an index of adequacy of dialysis. *Kidney Internatinol*, **1992**; 41(7):1286-1291.
14. **Silberberg JS, Barre PE.** Impact of left ventricular hypertrophy on survival in end-stage renal disease. *Kidney Internatinol*, **1997**; 36(9):286-290.
15. **Tozawa M, Iseki K, Fukiyama K.** Hypertension in dialysis patients: A cross-sectional analysis. *Japanese Journal of Nephrology*, **1997**; 3:129-135.
16. **Bleyer AJ.** Clues at the scene of the crime: sudden death in diaysis patients. *International society for peritoneal dialysis*, **2009**; 29(1):23-25
17. **Foley RN, Cmay MY.** Mortality trends among Canadian patients receiving dialysis. *Canadian medical association*, **2007**; 177 (9):27-32
18. **Lee CL, Sun C.** Long-term modality-related mortality analysis in incident dialysis patients. *International Society for Peritoneal Dialysis*, **2009**; 29(2):182-190

19. **Beqiraj J.** Böbrek nakilli hastalarda sirolimus ve takrolimusun proteinüri ve kreatinin klirensi üzerine etkileri. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2008**.
20. **Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli Leyla.** Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 14(1):72-8
21. **Dyer C.** Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. *PubMed*, **2006**; 32(2):99-103.
22. **Krepsi MR.** Hemodiyaliz Hastalarının Yaşamlarının Değerlendirmesi. *Türk psikiyatri dergisi* , **2008**; 19(4):365-372.
23. **Moss AH, Ganjoo J, Sharmar S.** Utility of the "Surprise" Question to Identify Dialysis Patients with High Mortality. *Clin J Am Soc Nephrol*, **2008**; 8(3):1379-1384
24. **Haenel T, Brunner F, Battegay R.** Renal dialysis and suicide. *Comp Psychiat*, **1996**; 21(9):140-145
25. **Kızılkaya M, Koştu N.** Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 9(4): 20-26
26. **Cowlwy S.** Supporting dying people. *Nursing times*, **1993**; 89(42): 52-55
27. **Beaton J, Denger LF.** Life and death desicions;the impact on nurse. *The canadian nurse*, **1998**; 86(3): 18-19.
28. **Çevik B.** Hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan bireylere bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Yüksek lisan tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, **2010**.
29. **Özdemir Z.** Cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamaları. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**.
30. **Ünsal S.** Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2008**.
31. **Yiğit R.** Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerine yardım etme. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1998**; 2(2)
32. **Bahar A.** Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 6(2)
33. **Işıl Ö, Karaca S.** Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(1)
34. **Tanhan F, Arı F.** Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2006**; 3(2): 44-45;
35. **Keskin Ü.** Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 21(2): 125-134.
36. **Akbayrak N, Sekmen K, Yıldız D.** Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelini kapsayan holistik hemşirelik yaklaşımı. *Sendrom Dergisi*, **2002**; 14(7): 128-132.

37. **Akyol A.** Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2010**; 26 (3) : 59-72.
38. **Gulanik M, Myers J.** *Death and Dying: End Life Issues. Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention.* 6th Edition, USA: Mosby & Elsevier Company, 2007: 1131-1140.
39. **Yalom I.** *Varoluşçu Psikoterapi.* İstanbul: Kabalıcı Yayınları, 2000.
40. **Baudrillard J.** *Değiş Tokus ve Ölüm.* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, **2002.**
41. **Malpas J, Solomon R C.** *Ölüm ve Felsefe.* İstanbul: İthaki Yayınları, **1994**: 221-235
42. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar.* Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., **2000.**
43. **Cimete G.** *Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2002.**
44. **Levy RC, Ely WE, Payne K, Engelberg RA.** The Quality of Dying and Death in the ICU Across Nurses, Resident Physicians, Attending Physicians and Family Members. *Chest*, **2005**; 127: 1775-1783.
45. **Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS.** Quality of the Last Year of Life of Older Adults. *Jama*, **2000**; 283(4):512- 518.
46. **Lynn, J.** Learning to Care for People With Chronic Illness Facing the End of Life. *Jama*, **2000**; 284(19): 2508- 2511.
47. **Patrick LD, Curtis RJ, Engelberg AR, Nielsen E, McCown E.** Measuring and Improving the Quality of Dying and Death. *Annals of Internal Medicine*, **2003**; 139(5): 410- 415.
48. **Zerzan J, Steans S, Hanson L.** Access to Palliative Care and Hospice in Nursing Homes. *Jama*, **2000**; 284 (19): 2489- 2494.
49. **Kayaalp L.** Ölüm karşısında hasta ve sağlık personeli. *Sendrom Dergisi*, **1999**; 8: 16-23
50. **Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y.** Ölümüne Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* . **2009**; 2
51. **Cicirelli VG.** Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, **2001**; 25: 663–683.
52. **Moraglia G.** On facing death: Views of some prominent psychologists. *Journal of Humanistic Psychology*, **2004**; 44(3): 337–357.
53. **Fromm E.** *Sahip Olmak ya da Olmak.* İstanbul: Arıtan Yayınevi, **1995.**
54. **Koestenbaum P.** *Ölümüne Yanıt Var mı?.* İstanbul: Mavi Yayınları, **1998.**
55. **Yalom I.** *Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek.* İstanbul: Kabalıcı Yayınları, **2008.**
56. **Sezer S, Kaya P.** Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2009**; 13: 151-165
57. **Heidegger M.** Varlık ve Zaman, In: Aziz Yardımlı Ed. İstanbul: İdea Yayınları, **2004.**
58. **Yalom I.** *Bugünü Yaşama Arzusu.* İstanbul: Kabalıcı Yayınları, **2007.**

59. **Fortner BV, Neimeyer RA.** Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, **1999**; 22(5), 387-411.
60. **Singh A, Singh D, Nizamie SH.** Death and Dying. *Mental Health Reviews*. (<http://www.psyplexus.com/excl/death.html>.) **2003**.
61. **Smith GA.** Exploring Death Anxiety With Older Adults Through Developmental Transformations. *The Arts in Psychotherapy*, **2000**; 27(5): 321-331.
62. **Jung C G.** *Ruh ve Ölüm Analitik Psikoloji*. İstanbul: Payel Yayınevi,1997: 213-224.
63. **Tang CS, Wu AM, Yan EC.** Psychosocial Correlates of Death Anxiety Among Chinese College Students. *Death Studies* **2002**; 26(6): 491-499.
64. **Dağlı E N.** Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, **2010**.
65. **Suhail K, Arkam S.** Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, **2002**; 26: 39-50.
66. **Dattel AR, Neimeyer RA.** Sex Differences in Death Anxiety: Testing The Emotional Expressiveness Hypothesis, *Death Studies*, **1990**; 14: 1-11.
67. **Ayten A.** Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, **2009**; 9(4)
68. **Arslanoğlu K.** *Psikiyatri El Kitabı*. 4. Baskı, İstanbul: Adam Yayınları, **2002**.
69. **Behramoğlu A.** Einstein ve Nietzsche Tanrı ve Ölüm Kavramı. Erişim: <http://www.ayrinti.net/nietzsche/nietzsche/einstein-ve-nietzsche-de-tanri-ve-olum.htm>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
70. **Türkdoğan İ.** Reel İslamda Ritüel ve Saplantı. Erişim: <http://www.cumhuriyet.com.tr/?im=yhs&hn=217580>. Erişim Tarihi: 17.10.2011.
71. **Karaca F.** *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları, **2000**.
72. **Erdoğan MY, Özkan M.** Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 14(3): 171-179.
73. **Öztürk Z K.** Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, **2010**.
74. **Acaray A.** Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2003**.
75. **Slaughter V.** Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, **2005**; 40(3), 179-186
76. **Aksu T, Okçay H.** Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemsirelik Yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2010**; 5(14)
77. **Orbach I, Glaubman H.** Children's perception of death as a defensive process. *Journal of Abnormal Psychology*, **2005**; 88(6): 671-674.
78. **Cüceloğlu D.** *İnsan ve Davranışı -Psikolojinin Temel Kavramları*. 11.Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi, **2002**.

79. **Madnawat AV, Kachawa PS.** Age, gender, and living circumstances discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, **2007**; 31(8): 763-769.
80. **Kirkpatrick LA, Navarette CD.** Reports of my death anxiety have been greatly exaggerated: A critique of terror management theory from an evolutionary perspective. *Psychology Inquiry*, **2006**; 17(4): 288-298.
81. **Koç M.** Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2003**; 6(1): 7-9.
82. **T.Adorno, M.Horkheimer.** *Aydınlanmanın Diyalektiği*. İstanbul: Kabalcı Yayınları, **2010**
83. **Einstein A.** *Yaşam, Ölüm, Savaş, Barış, Bilim, Din, Tanrı ve Diğer Şeyler Üzerine*. 1. Basım, İstanbul: Sarmal Yayınları, **2000**.
84. **Bauman Z.** *Ölüm ve Ölümsüzlük ve Diğer Yaşam Stratejileri*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **2000**.
85. **Bernasconi R.** *Felsefe ve Ölüm Kültürleri*. Cogito, **2004**; 40: 177–190.
86. **Nazlı A.** Bedenin Ölçümü: Modern Öncesinden Postmoderne Beden ve Ölüm. *Sosyoloji dergisi*, **2006**; (16):1-15
87. **Seale C.** *Constructing death: the sociology of dying and bereavement* Cambridge Univ.Press United kingdom New York, USA;**1998**; 76-78
88. **Acar E.** *Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Yapay Zekâ*. İstanbul Altıkitap Yayınları, **2007**.
89. **Karaca F.** Ölümle İlgili Davranış Örüntüleri Açısından Modern Batı ve Türk İslam kültürü *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi* **1999**; Sayı 12
90. **Köroğlu E, Türkçapar H.** *Psikoterapi Yöntemleri*. Ankara: Hyb Yayıncılık, **2009**.
91. **Freud S.** *Psikanaliz Üzerine*. İstanbul: Say Yayınları, **1997**.
92. **Brown O, N.** *Ölüme Karşı Yaşam- Tarihin Psikanalitik Anlamı* İstanbul: Ayrıntı Yayınlar, **1996**.
93. **Freud S.** *Uygarlık, Din ve Toplum*. Ankara: Öteki Yayınları, **1995**: 75.
94. **Gectan, E.** *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları, **2005**.
95. **Kaufmann W.** *Varoluşçuluk ve Ölüm, Ölümün Anlamı*. İstanbul: Merkür Yayıncılık, **1992**.
96. **Geçtan E.** Varoluş ve Psikiyatri. İstanbul: Remzi Kitapevi, **1990**
97. **Koçak R, Gökler R.** Varoluşsal Yaklaşımda Psikolojik Danışma ve Gruba Uygulanışı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. **2008**; 2: 91-107
98. **Dökmen Ü.** *Evrenle Uyumlasma Surecinde: Varolmak, Gelismek Uzlaşmak*, İstanbul: Sistem Yayıncılık, **2003**.
99. **Levi DS.** Is death a bad thing? *Mortality* **1998**; 3(3): 229-240.
100. **Güleç C.** Humanistik Psikoloji Açısından Kaygı Sorunsalı ve Kendini Gerçekleştirme Kavramı. *Doğu Batı Dergisi*, **1999**; 6(2): 159-165
101. **Garrow G, Walker JA.** Existential Grup Therapy and Death Anxiety. *Adultspan Journal*, **2001**; 3(2)

- 102. Köroğlu E.** *Yeni Bir YaŖam Felsefesi*. Ankara: HYB Yayınları, **2010**.
- 103. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz EK.** Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2008**; 9: 156-161
- 104. K  k L.** Diyaliz Hastalarında Sık KarŖılaŖılan Ruhsal Sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. **2005**; 14(4):166-170
- 105. Levy J., Morgan J., Brown E.** *Oxford Diyaliz El Kitabı* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2002**.
- 106. Bahar A ve ark.** Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel YaŖam, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 8: 287-292.
- 107. Çetinkaya S ve ark.** Bir  niversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle BaŖa  ıkma Tutumları, *Nöropsikiyatri ArŖivi*, **2008**; 45, 78-84.
- 108. Yazıcı AE ve ark.** Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Majör Depresif Bozukluğun Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Journal*, **2008**; 46(2): 23-26.
- 109. Kalender B ve ark.** Quality of Life in Chronic Kidney Disease: Effects of Treatment Modality, Depression, Malnutrition, and İnflammation. *International Journal of Clinical Practice*, **2007**; 61(4): 569-576.
- 110. Cukor D ve ark.** Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society Nephrology* **2007**; 2: 484-490.
- 111.  elik HC, Acar T.** Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete D zeylerinin  eŖitli DeĐiŖkenlere Göre İncelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, **2007**; 12(1): 23-27.
- 112. Kimmel PL.** Depression in patients with chronic renal disease: What me know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, **2004**; 57(2):165-170.
- 113. Sesso R, Fernandes PF, An ao M, Drummond M.** Acceptance for chronic dialysis treatment: insufficient and unequal. *Nephrol Dial Transplant*, **1998**; 11: 982-986.
- 114. Roberts JC, Kjellstand CM.** Choosing Death Withdrawal from Chronic Dialysis without Medical Reason. *Journal of Internal Medicine*, **2009**; 223(2): 181–186.
- 115. Behl M, Sun Y, Agaba EI, Martinez M.** Death during hospitalization in patients on chronic hemodialysis. *Hemodialysis International*. **2010**; 14(1): 14-21.
- 116. Baktiroğlu G.** Hemodiyalize giren ve girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin karŖılaŖtırılması. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji, İstanbul, **2010**.
- 117. Christensen A, Wiebe J, Moran J.** Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, **2002**; 21(4):393-397.
- 118.  apoğlu B.** Hemodiyaliz hastalarında baŖa çıkma tarzı, benlik saygısı ve kontrol odağının yaŖam kalitesi ile iliŖkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2007**
- 119. Kızılık Z.** Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Sıklığı ve YaŖam Kalitesi. Yüksek lisans tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HemŖirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları HemŖireliĐi Bilim Dalı, EskiŖehir, **2009**.

120. **Yılmaz M.** Opinions of Unmarried Patients Receiving Peritoneal Dialysis Treatment About Sexuality. *Sex Disabil*, **2010**; 28: 1-10
121. **Yılmaz M, Özaltın G.** The Sexual Behaviors of Patients Receiving Peritoneal Dialysis Treatment. *Sex Disabil*, **2011**; 29:21-32
122. **Yılmaz M, Özaltın.** Periton Diyalizi Tedavisi Olan Bireylerin Cinsel Sorunları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2010**; 5(14)
123. **Don BR, Kaysen GA.** Assessment of inflammation and nutrition in patients with end-stage renal disease. *J Nephrol*, **2000**; 13: 249-59
124. **Kalantar-Zadeh K, İközler TA, Block G., Avram MM, Kopple JD.** Malnutrition inflammation complex syndrom in dialysis patients: causes and consequences. *Am J Kidney Dis*, **2003**; 42(5): 864-81.
125. **Danış R, Özmen Ş, Akın D, Beştaş R, Atayan Y, Zülfiöğulları SY ve ark.** 2001-2007 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olgularımızın Geriye Dönük Analizi. *Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Dergisi*, **2007**; 16(4): 190-195.
126. **Güler N.** Kronik böbrek yetmezliğinde hematolojik değişiklikler. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**; 1(21): 33-38.
127. **Tang S, Lai KN.** Chronic viral hepatitis in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, **2005**; 9: 169-179
128. **Bleyer AJ.** Clues at the scene of the crime: sudden death in diaysis patients. *International society for peritoneal dialysis*, **2009**; 29(1):23-25
129. **Foley RN, Cmay MY.** Mortality trends among Canadian patients receiving dialysis. *Canadian medical association*, **2007**; 177 (9):27-32
130. **Lee CL, Sun C.** Long-term modality-related mortality analysis in incident dialysis patients. *International Society for Peritoneal Dialysis*, **2009**; 29(2):182-190
131. **Cutcliffe J.** Suicide Prevention, Recovery and Clinical Supervision. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi; **2011**
132. **Macready N.** Was It Worth It?; Some patients find that life post-transplant isn't as they expected, and medication side effects may contribute to their disappointment. How to help these patients cope. *Dialysis & Transplantation*, **2010**; 39(3): 86-89.
133. **Noble H, Meyer J, Bridges J, Kelly D ve ark.** Reasons Renal Patients Give for Deciding Not to Dialyze: A Prospective Qualitative Interview Study. *Dialysis & Transplantation*. **2009**; 38(3): 86-89
134. **Smith C, Silva GM, Chandra S.** Choosing not to dialyze: evaluation of planned non-dialytic management in a cohort of patients with end-stage renal failure. *Nephron Clin Pract.* **2003**; 95:917-930.
135. **Noble H, Meyer J, Bridges J, Kelly D ve ark.** Patient experience of dialysis refusal or withdrawal--a review of the literature. *J Ren Care*, **2008**; 34(2):94-100.
136. **Noble H, Meyer J, Kelly D, Johnson B, Bridges J.** Exploring symptoms in patients managed without dialysis. *Journal of Renal Care*, **2010**; 36 (1): 9-15.
137. **Murtagh F, Murphy E, Shepherd KA.** End-of-life care in end-stage renal disease: renal and palliative care. *Br J Nurs.* **2006**; 15:8-11.

- 138. Noble H, Chesser A, Go J.** Developing a renal supportive care service for patients opting not to dialyse. *End Life Care J.* **2007;** 1:51-55.
- 139. Chan C, Noble H, Lo S.** Palliative care for patients with end-stage renal disease: experiences from Hong Kong. *Int J Palliat Nurs.* **2007;** 13:310-314.
- 140. Velioglu P.** *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar.* İstanbul: Alaş Ofset, **1999;** 224.
- 141. Gunda S, Smith S, Thomas M.** National Survey of Palliative Care in end-stage renal disease in the UK. *Nephrology, dialysis and transplantation,* **2004;** 20:392-395
- 142. Kavlak O, Ertem G, Sevil Ü.** Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanserli hastalara doğruyu söyleme konusunda tutumları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği,* **2008;** 16:1-7.
- 143. İnci F, Öz F.** Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* **2009;** 10:253-260.
- 144. Onan G N.** Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2001.**
- 145. Karahisar F.** Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, **2006**
- 146. Ho TM, Barbero E, Hidalgo C, Camps C.** Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. *Journal of Renal Care,* **2010;** 36(1): 2-8.
- 147. Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P.** Greek Renal Nurses' Attitudes Towards Death. *Journal of Renal Care,* **2011;** 37(2): 101-107
- 148. Cimete G.** Hemşirelik sanatı. *Hemşire Dergisi,* **1997;** 17(1): 3-5
- 149. Bahar A.** Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2007;** 2(6)
- 150. Yılmaz M.** Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ölüm Kavramına İlişkin Düşünceleri. *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi,* **2009;**13:24-25 Sayı 13
- 151. Özcan A.** *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim.* Ankara: Sistem ofset basım yay, **2006**
- 152. Fatma Öz.** İnsan, spiritüel gereksimler ve hemşirelik. *MN Klinik Bilimler & Doktor,* **2004;** 10(3):266-273.
- 153. Leatherland S.** Continuing Care of the Renal Patient:A Guide for Nurses. *Dialysis & Transplantation,* **2007**
- 154. Nui S, Li I.** Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs.* **2005;** 51(1):15-21.
- 155. Lok P.** Stressors, Coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs.* **1996;**23:873-881.
- 156. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N.** Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *J Psychosom Res.* **2005;**58:471-476.

- 157. Andreucci V, Kerr D, Kopple J.** Rights of chronic renal failure patients undergoing chronic dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant.* **2004**;19(1):30-38.
- 158. Karaca F, Yıldız M.** Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Tabula-Rasa,* **2001**; 1(1):43-55.
- 159. Tanhan F.** Ölüm kaygısıyla Baş etme Eğitiminin Psikolojik iyi Olma Düzeyine Etkisi . Fuat Tanhan. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**
- 160. Yaparel R, Yıldız M.** Ölümüne ilişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* **1998**; 9(3):198-20
- 161. Kavas MV.** Ölüm ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusundaki etik eğitiminde anlatsal uygulamaların etkililiği. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2008**, Ankara.
- 162. Fortner BV, Neimeyer RA.** Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies,* **1999**; 23: 387-411.
- 163. Tang CS, Wu A.M, Yan EC.** Psychosocial Correlates of Death Anxiety Among Chinese College Students. *Death Studies* **2002**; 26(6): 491-499.
- 164. Dattel AR, Neimeyer RA.** Sex Differences in Death Anxiety: Testing The Emotional Expressiveness Hypothesis. *Death Studies,* **1990**; 14: 1-11.
- 165. Aydın Z.** Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık, İstanbul, **2008**.
- 166. Öztunç G.** Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastanın Bakımına İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi, II.Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Antalya, 7-11 Eylül, **2003**.
- 167. Frommelt K.** Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care.* **2003**; 20(1):13-22
- 168. Karen S, Cecile O, Elizabeth S.** Nursing Experience and Care Of Dying Patients, *Oncology Nursing Forum,* **2005**; 32(1): 97-103
- 169. Shih FJ, Gau ML, Lin YS, Pong SJ.** Death and help expected from nurses when dying, *Nurse Ethics,* **2009**; 13(4):360-375

## **EKLER**

### **EK- 1**

#### **Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği**

Aşağıda ölümcül hastaya yaklaşımlarınızı ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, ‘Tamamen katılıyorum, Katılıyorum, Katılmıyorum, Hiç katılmıyorum’ karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin dört seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çiğdem Fulya DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

## Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği

ÖÖHYTÖ		Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1	Hastayla hastalığı ve hastalığının olası sonuçlarını konuşma düşüncesi bende kaygı uyandırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kendimi, terminal dönem hastalarda görülebilecek belirti ve yakınmaların sebeplerini değerlendirmek konusunda yetersiz görüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Yakında ölecek hastaların yakınları ile hastalarının ölümü hakkında konuşmaya devam etmeyi yararsız bulurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kendimi ölümcül hastalarla, diğer hastalarla olduğu kadar rahat hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Çalıştığım klinikte ölümcül hastaların bulunması kendimi çaresiz hissetmeme neden olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hastayla onun kendi ölümü hakkında konuşmam gerektiğinde, bu görüşmeyi olabildiğince kısa tutmaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ölümcül hastalığı olan hastaların sıkıntılarını gidermek, bence büyük ölçüde teknik bir konudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ölümcül hastalığı olan bir hasta, bana "Ölecek miyim?" diye sorarsa, ona cevap vermekte zorlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Genel olarak ölümcül bir hastaya psikolojik destek sağlamanın, ayrı bir uzman ekibin işi olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Öleceğini bilen bir hastayı son kez gördüğümü düşündüğümde çok üzülürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ölümcül bir hastanın yakınları ile hastalığın olası sonuçları hakkında konuşurken kendimi rahat hissetmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Terminal dönem hastaların yakınmalarını dindirmek için uygulanacak tedaviler konusunda kendimi yeterince bilgili bulmuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖÖHYÖ		Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Hiç katılmıyorum
13	Ölümcül hastaların aileleri ile karşılaşmak, benim için diğer hastaların aileleriyle karşılaşmaktan daha farklı bir anlam taşıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Terminal dönem hastalarının bakımı hastane dışındaki özelleşmiş merkezlerde yapılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ölümcül bir hastam olduğunda, bana "Bana ne olacak?" sorusunu soracak diye kaygılanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Yeterli bilgi ve becerim olsa bile, ölümcül bir hastanın takibinden birinci derecede sorumlu kişi olmak istemezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tedavisi olmayan ölümcül hastalıklarla uğraşmanın boşa emek harcamak olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ölümcül bir hastaya psikolojik destek sağlamak, temelde psikiyatristlerin ve klinik psikologların görevidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ölümcül bir hastanın "Acı çekecek miyim?" sorusunu yanıtlarken fazla rahatsızlık duymam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Yakın zamanda ölmesi beklenen bir hastanın durumu ile ilgili gelişmeleri hastanın kendisi yerine, yakınlarına söylemeyi tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Bir hastaya hastalığının ölümcül olduğunu kendim söyleyebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kendimi ölümcül bir hastanın ailesine psikolojik destek sağlamada yeterli bulmuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Hastalığı hakkında konuşmak istediğini sezdiğimde, ölümcül hastadan olabildiğince çabuk uzaklaşmaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **EK-2**

### **THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda ölüme ilişkin tutum ve düşüncelerinizi ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, ‘Fikrime çok uygun, Fikrime uygun, Kararsızım, Fikrime aykırı, Fikrime çok aykırı’ karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çiğdem Fulya DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

## THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

	<b>Fikrime çok uygun</b>	<b>Fikrime uygun</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Fikrime aykırı</b>	<b>Fikrime çok aykırı</b>
1.Acı çekerek ölmekten korkuyorum					
2.Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin ediyor					
3.Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür					
4.Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı beni hiç kaygılandırmıyor					
5.Tabutlar beni huzursuz eder					
6.Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim					
7.Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır					
8.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım					
9.Ölümden sonraki hayat beni oldukça Kaygılandırıyor					
10.Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) hiç korkmuyorum					
11.Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil					
12.Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım beni huzursuz eder					
13.Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla ilgilenmiyorum					
14.Öldükten sonra tekrar asla bir şey hissedememek beni huzursuz eder					
15.Ölürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor					
16.Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum					
17.Ebediyen aciz olmaktan endişe Duymuyorum					
18.Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor					
19.Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalma düşüncesi beni rahatsız eder					
20.Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum					
21.Dünyevi şeyleri elde etmek (ve onları kontrol altında tutmak) benim için önemli değildir					
22.Ölümün insani her şeyden ayırarak olması beni dehşete düşürüyor					
23.Kansere yakalanmaktan özel bir korku Duymuyorum					
24.Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili olarak teferruatlı bir vasiyet bırakacağım					
25.Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil					

### **EK- 3**

#### **ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda ölüme ilişkin tutum ve düşüncelerinizi ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, ‘Doğru ve Yanlış’ karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin iki seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çiğdem Fulya DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

### EK 3: ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar		
2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer.		
3. Mezarlıklardan geçmek beni hüznlendirir.		
4. Ölüm, dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.		
5. Ölmüş dost veya akrabaları düşündüğümde son derece hüznlenirim.		
6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.		
7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.		
8. Ölüm, hayatın anlamlılığını yok eder.		
9. Yalnız (hiç kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkır.		
10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiklerimi tamamen kaybedeceğim.		
11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.		
12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.		
13. Ölümü düşündüğümde yaşama sevincimi kaybederim.		
14. İnsan ölürken, acı çeker.		
15. Arkadaşlarımın ve sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım.		
16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır.		
17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissedirim.		

## EK- 4

### Hemşire Bilgi Formu

Sayın meslektaşım, aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çiğdem Fulya DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: .....
3. Öğrenim düzeyiniz:
  - Sağlık Meslek Lisesi
  - Ön Lisans (Sağlık Hizmetleri MYO)
  - Ön lisans (Açık öğretim)
  - Yüksek Lisans
  - Diğer
4. Medeni Durumunuz:
  - Evli
  - Bekar
  - Eşi ölmüş
  - Boşanmış/ Ayrı yaşıyor
5. Dini inancınız konusunda aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır?

- Dini inancım çok güçlü
- Dini inancım güçlü
- Dini inancım orta
- Dini inancım zayıf
- Dini inancım yok
6. Meslekte çalışma süreniz: .....
7. Hemodiyaliz ünitesinde çalışma süreniz: .....
8. Birinci derece akraba ve yakın arkadaşınızın ölümü durumuyla karşılaştınız mı?
- Evet  Hayır
9. Diyaliz ünitesinde çalışırken hastanızın ölüm durumuyla karşılaştınız mı?
- Evet  Hayır
10. Ölmekte olan hastanın bakıma yönelik bilginiz var mı?
- Evet  Hayır
11. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nerden aldınız?
- Lisans eğitim sırasında
- Hizmet içi eğitimden
- Kitap ve dergilerden
- Kongre ve seminerlerden
- İnternetten
- Diğer.....
12. Ölmekte olan hastayla ilgili aldığımız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?
- Evet  Hayır

## EK- 5

### Hasta Bilgi Formu

Sayın katılımcı, aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çiğdem Fulya DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: .....
3. Medeni durumunuz:
  - Bekar
  - Evli
  - Eşi ölmüş
  - Boşanmış/ Ayrı yaşıyor
4. Eğitim düzeyiniz:
  - Okur- yazar değil
  - Okur- yazar, ilkokulu bitirmemiş
  - İlköğretim
  - Ortaöğretim
  - Yüksek öğretim
  - Lisans üstü

5. Yaşamınızın çoğunun geçtiği yer:

İl

İlçe

Köy-Kasaba

6. Aylık gelir durumunuz?

Gelirim giderimden az

Gelirim giderime denk

Gelirim giderimden fazla

7. Dini inancınız konusunda aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır?

Dini inancım çok güçlü

Dini inancım güçlü

Dini inancım orta

Dini inancım zayıf

Dini inancım yok

8. Hemodiyaliz ünitesinde ne kadar süredir devam ediyorsunuz?

Sağlığınız için etli yemeklere pişirme esnasında yağ ilave etmeyiniz.

T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09/823 - 442  
KONU : Anket Çalışması

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü	
--> EĞİTİM ŞUBESİ	
04.04.2011	16744
	
Barkod No: 0241597	

VALİLİK MAKAMINA

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem Fulya Dönmez'in 22.03.2011 tarih ve 4690 sayılı dilekçesine istinaden, 25.04.2011-06.05.2011 tarihleri arasında ekli çalışma planı doğrultusunda Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Merkezinde, 09.05.2011-20.05.2011 tarihleri arasında ise Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezinde "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışmasını yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olur'larınıza arz ederim.

  
Dr. Adem BİLGİN  
Sağlık Müdürü

OLUR

7/06/2011

  
Metin BORAZAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EKİ:20



T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.55.00.09 - 020 - 398

Konu: Anket Çalışması Hk.

EĞİTİM ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
Sayı	14387
Tarih	25.04.2011

VALİLİK MAKAMINA

Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterliğinin 29/03/2011 tarih ve 2011 sayılı yazısına istenaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalının Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem Fulya Dönmez'in "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri" adlı araştırmasına veri toplamak amacıyla, 11/06/2011-01/07/2011 tarihleri arasında ekli çalışma planı doğrultusunda, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesinde Anket Uygulaması yapılabilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Cengiz TÜRKMAN  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
22/04/2011

Hafuk ŞİMŞEK  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B-10-4-İSM-4-25-00-09 /  
Konu : Anket Uygulanması

28231

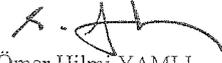
10 Aralık 2010

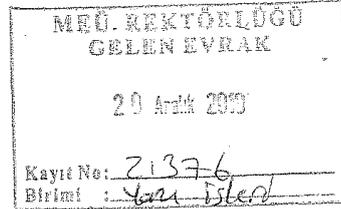
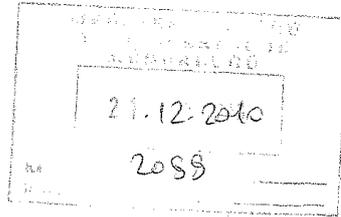
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:12.11.2010 tarih ve 15971 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Çiğdem Fulya DÖNMEZ'in "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" konulu anket çalışmasını, 04.07.2011-29.07.2011 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması (gönüllülük esasına göre) uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Ömer Hilmi YAMLI  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



Annenin bebeğine en güzel hediyesi anne sütüdür. Yeni doğan bebeklerinizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM. Telefon: (0442) 234 39 25 Dahili:1131 Faks: (0442) 234 39 18, Web sayfası: www.erkurum.saglik.gov.tr



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : SG.B104İSM.4344743.605.99/ 4616  
Konu : Araştırma İzni

01.../12/2010

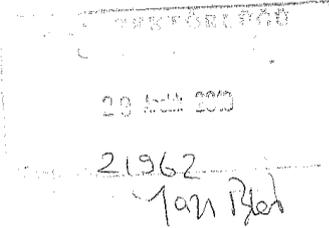
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi :12/11/2010 tarih ve 15966 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Çiğdem Fulya DÖNMEZ'in "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" konulu araştırma çalışmasını Hastanelerimizde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. İbrahim TOPCU  
Müdürü.  
Sağlık Müdür Yardımcısı



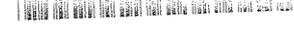
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Birimi  
Tel: 212 453 08 74 - 212 453 39 24 / Faks: 212 453 39 89  
e-posta: [istanbul.strateji@gmail.com](mailto:istanbul.strateji@gmail.com) - [strateji.gelistirme@sm34.gov.tr](mailto:strateji.gelistirme@sm34.gov.tr)

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

T.C.  
İzmir Valiliği  
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü  
(Giden Evrak)  
07.12.2010 15:26:53 / 102524

KAMU YATAKLI

Kayıt Yeri : AYŞE ÖNCEL



SAYI : B.104.ISM.4350251- 1268

Konu: Anket Çalışması

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

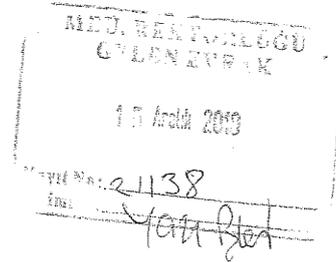
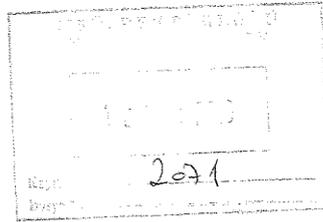
İlgi: 12.11.2010 tarih ve 1386/15968 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Çiğdem Fulya DÖNMEZ' in "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" adlı araştırmasına veri toplamak amacıyla 01.04.2011 – 30.04.2011 tarihleri arasında ilimiz Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Nevvar-Salih İşören Alsancak Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezleri'nde anket formları uygulama talep edilmektedir.

Söz konusu öğrencinin, ilimiz Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Nevvar-Salih İşören Alsancak Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezleri'nde anket uygulama talebi Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edildiği hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uz. Dr. Ahmet Murat İŞİL  
Vali a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı



-----İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Yataklı Tedavi Kurumları Şubesi Hürriyet Bulvarı, No: 1 P.K: 35210  
, Alsancak İZMİR Tel: +90 232 441 81 11/ 115 (pbx) – Fax : +90 232 445 45 13 e-mail :  
tedavi@ism.gov.tr

T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Dayı : 010 Ünye 17/0001-3821 23701  
Konu : Anket Uygulaması

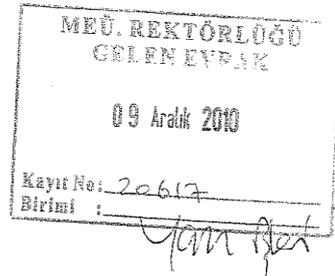
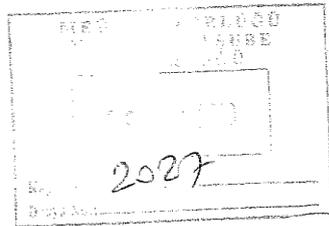
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Genel Sekreterlik)

İlgi:12/11/2010 tarih ve 1385-15967 sayılı yazınız,

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden;Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Çiğdem Fulya DÖNMEZ tarafından 01/03/2010-01/04/2010 tarihleri arasında İlimiz 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" ile ilgili anketin yapılabileceği hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Yemliha AKSOY  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü



Tepebaşı Mah.27010 GAZİANTEP  
Elektronik ağ:[www.gaziantep.saglik.gov.tr](http://www.gaziantep.saglik.gov.tr)  
Eposta : antepyat.ted@hotmail.com

Ayrıntılı bilgi İçin:Yat.Ted.Şb.Müd. Dr. Hikmet İLGÜN  
Tel (0342 )220 96 14 Faks: ( 0342)220 35 41

T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /  
KONU : Anket Uygulaması.

01 ARALIK 2010

42386

VALİLİK MAKAMINA  
MERSİN

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 12.11.2010 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1383/15965 sayılı yazısı.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem Fulya DÖNMEZ'in "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" adlı araştırmasına veri toplamak amacıyla 01 Aralık 2010 - 01 Ocak 2011 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Mersin Devlet Hastanesinde iş akışını engellemeyecek şekilde, uygun görülen saatlerde yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. K. Çağlar ÇATAK  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
30.11/2010  
Kadir OKATAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.05.04/20

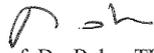
01/01/2011

Konu : Komisyon Kararı

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**  
**Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu**  
**Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi**

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Nefroloji Hemşirelerinin ve Diyaliz Hastalarının Ölüm Kavramına İlişkin Görüşleri" adlı araştırma için Komisyonumuza yapmış olduğunuz başvuru araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ilişkin 19/01/2011 tarihli ve 2011/04 sayılı Komisyon kararı ile Araştırma Başvurusu Değerlendirme Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Komisyon Başkanı

EKLER:

- 1- Komisyon'un 19/01/2011 tarihli ve 2011/04 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Araştırma Başvurusu Değerlendirme Formu (2 sayfa)

## **ÖZGEÇMİŞ**

Araştırmacı, 1985 yılında Adana'nın Ceyhan ilçesinde doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Ceyhan'da tamamlamıştır. 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun olan araştırmacı, yine aynı yıl içerisinde Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitime başlamıştır.