

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE
ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ÖLÜM KAYGISI İLE
ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN
ETMENLER

GÜLSÜM ÇELİKDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER

ZONGULDAK 2019

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE
ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ÖLÜM KAYGISI İLE
ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN
ETMENLER

GÜLSÜM ÇELİKDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

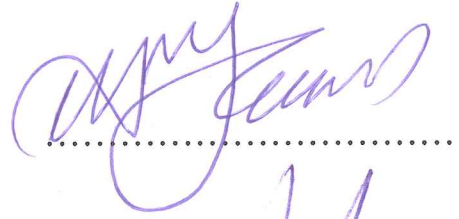
TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER

ZONGULDAK 2019

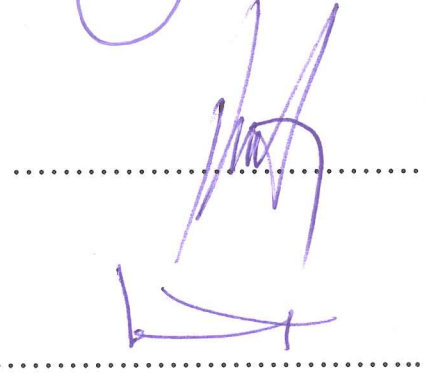
KABUL ve ONAY

Gülsüm ÇELİKDAL tarafından hazırlanan “ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ÖLÜM KAYGISI İLE ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN ETMENLER” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. .../.../....

Başkan: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER



Üye: Dr.Öğr.Üyesi Bilgehan AÇOKGÖZ

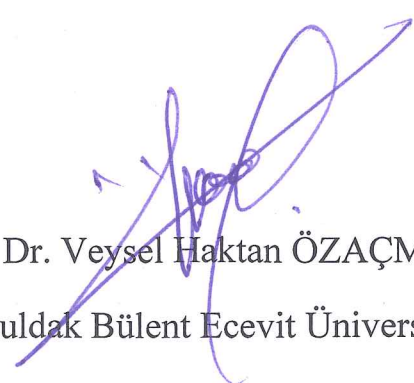


Üye: Prof. Dr. Mücahit EĞRİ

ONAY:

Yukarıda imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

24.06.2019



Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın tüm aşamalarında bilgi birikimiyle desteğini esirgemeyen, sabır ve özveri gösteren, beni her zaman cesaretlendiren saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER'e,

Yüksek lisans eğitimimde emeği geçen, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Çalışmamı yaparken gösterdikleri destek ve anlayış için, Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'ndeki tüm hekim ve meslektaşlarıma,

Sabır ve desteklerini bana her zaman hissettiren çalışma arkadaşlarıma,

Bu süreçte inancı ve desteğiyle hep yanımda olan sevgili eşim Yiğit ÇELİKDAL'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her aşamasında beni destekleyen ve yanımda olan çok değerli aileme, ölümün araya mesafeler koyduğu, canım annelerime sonsuz teşekkür ederim.

Gülsüm ÇELİKDAL

Mayıs 2019, Zonguldak

ÖZET

Gülsüm Çelikdal, Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ile Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Etmenler, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.

Ölümlerle sıklıkla karşılaşan sağlık personelinin ölümle ilgili kendi duygularını anlaması, duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölmekte olan ve ölümü yaklaşan hastanın ve bu hastanın yakınlarının biyo-psikososyal ve kültürel ihtiyaçlarını bilincinde olması gereklidir. Bu araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan doktor ve hemşirelerin ölüm kaygısı ile ölümüne ilişkin depresyon düzeylerini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde Nisan - Eylül 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 116 doktor 164 hemşire olmak üzere toplam 280 kişi oluşturmuştur. Çalışmada tanımlayıcı özellikler, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Templer Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği maddelerini içeren toplam 49 sorudan oluşan ve literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizler, Statistical Package for the Social Sciences 16.0 paket program ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde hesaplamaları verilmiştir. Kolmogorov Smirnov testiyle dağılımın normal olduğu gösterildikten sonra t testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada ölüm kaygısı ve ölümüne ilişkin depresyon olmanın en önemli belirleyicisi kadın, bekar, hemşire, çocuk sahibi olmamak olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmış olmak dahi ölüm kaygısı ve ölümüne ilişkin depresyonu arttırmamaktadır. Bu çalışmada ölümüne karşı duyarsızlaşma ölümüne yönelik kaygı ve depresyonu etkilemezken, meslek grupları arasında cerrahi alanında çalışıyor olmak daha az ölüm kaygısına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, Hemşire, Ölüm kaygısı, Ölümüne ilişkin depresyon.

ABSTRACT

Gülsüm Çelikdal, Effecting Factors of the Death Anxiety and Death Depression of Physicians and Nurses at Zonguldak Atatürk State Hospital, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, Master of Thesis, Zonguldak, 2019.

Health personnel who encounter deaths frequently need to understand their own feelings about death, be able to talk to others, and be aware of the biopsychosocial and cultural needs of the dying patient and his / her relatives. This study was carried out to determine the factors affecting the anxiety levels of death and death related depression of doctors and nurses working in Zonguldak Atatürk State Hospital.

This research was carried out in Zonguldak Atatürk State Hospital between April and September 2016. The sample of the study consisted of 280 physicians including 116 doctors and 164 nurses who accepted to participate in the study. In this study, descriptive characteristics, Templer Death Anxiety Scale, Templer Death Depression Scale questionnaire prepared in accordance with the literature and consists of a total of 49 questions were used containing the substance. Statistical analyzes were performed with Statistical Package for the Social Sciences 16.0 software on computer. The evaluation of the data is given with percentage calculations. Having shown that the distribution is normal with Kolmogrov Smirnov test, t-test and ANOVA test were used.

In this study, the most important determinant of being death anxiety and death related depression was determined as female, single, nurse and not having children. In this study, even encountering serious danger of death doesn't contribute to death anxiety and depression related to death. In this study, for anxiety and depression, depersonalization death against death while not affecting working in the surgical field between occupational groups to cause less death anxiety.

Key Words: Intensive care, Nurse, Death anxiety, Death related depression.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ KABUL VE ONAY	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ölüm Kavramı	4
2.1.1. Ölüm olayına verilen tepkiler	7
2.2. Kaygı	8
2.3. Depresyon.....	11
2.4. Ölüm Kaygısı.....	12
2.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler.....	14
3. MATERYAL VE METOT.....	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.5. Verilerin Toplanması	18
3.6. Araştırmanın Etik Yönleri ve Verilerin Toplanması	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
7. KAYNAKÇA.....	49
8. EKLER	58
Ek 1: Etik Kurul Kararı	58
Ek 2: Kurum İzni	59
Ek 3: Kişisel Bilgi Formu.....	60
Ek 4: Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği	62
Ek 5: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	64
9. ÖZGEÇMİŞ	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Analysis of Variance
Çev	: Çeviren
p	: Önemlilik Katsayısı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ss	: Standart Sapma
ort	: Ortalama
ÖDÖ	: Ölüme ilişkin Depresyon Ölçeği
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	20
2. Sağlık Personelinin Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	20
3. Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	21
4. Sağlık Personelinin Mesleklerine Göre Dağılımı	21
5. Sağlık Personelinin Meslekle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	22
6. Sağlık personelinin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı	22
7. Sağlık personelinin Çalıştıkları Birimle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	23
8. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Yakın Kaybetme Durumuna Göre Dağılımı...	23
9. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Kaybettiği Yakınının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	24
10. Sağlık Personelinin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalığa Sahip Kişi Durumuna Göre Dağılımı.....	24
11. Sağlık Personelinin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalığa Sahip Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	25
12. Sağlık Personelinin Ciddi Ölüm Tehlikesiyle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı.....	25
13. Sağlık Personelinin Karşılaştıkları Ölüm Olaylarının Ölüme Duyarsızlaşmaya Neden Olması Durumuna Göre Dağılımı	26
14. Sağlık Personelinin Karşılaşılan Ölüm Olayları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	27
15. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Psikolojik-Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	27
16. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Psikiyatrik İlaç Kullanımına Göre Dağılımı.	28
17. Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
18. Sağlık Personelinin Medeni Duruma Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
19. Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olmaya Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
20. Sağlık Personelinin ÖDÖ ve ÖKÖ'den Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları.....	30
21. Doktor ve Hemşirelerin ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	31
22. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Yakın Kaybı Yaşamalarına Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
23. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Kaybettikleri Kişinin Yakınlık Derecesine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
24. Doktor ve Hemşirelerin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalık Olması Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33

25. Doktor ve Hemşirelerin Ölümcül Hastalığı Olan Yakınlarının Yakınlık Derecesine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
26. Doktor ve Hemşirelerin Ciddi Ölüm Tehlikesiyle Karşılaşma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
27. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Psikolojik ya da Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	35
28. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
29. Sağlık Personelinin Meslekle İlgili Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
30. Sağlık Personelinin Çalışılan Birimle İlgili Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
31. Sağlık Personelinin Çalıştıkları Birimlerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
32. Sağlık Personelinin Ölüme Duyarsızlaşma Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
33. Sağlık Personelinin Ölüm Olayıyla İlgili Duygu Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40

1. GİRİŞ

Ölüm, yaşayan tüm canlılar için var olan bir gerçektir (1). İki ayrı kavram olarak değerlendirilse de ölüm ve yaşam birbirini tamamlayan bir bütündür (2). Doğumdan itibaren geçen her an aslında ölüme doğru giden bir süreçtir (3). Yaşamın tüm adımları ölüme doğru atılır. Ölüm, insanoğlunun yaşamı boyunca farkında olduğu ve kaçabilmenin mümkün olmadığı bir sonlanıştır (4). Nasıl, nerede, ne zaman ve niçin ölüneceği konusunda kesinlik söz konusu değildir. Ölüm sadece doğal nedenlerden değil, kaza ya da hastalıklar nedeniyle de gerçekleşebilir (5-6).

Ölüm, insanın her an iç içe olduğu, her insanın farklı tutumlar geliştirdiği bir olaydır (7). İnsanların zihinlerinde oluşturdukları ölüm kavramı dinsel, felsefi, ahlaksal ve hukuksal birçok alanda onların davranışlarını ve yaşam tarzlarını oluşturmuştur (8).

İnsanların ölüm algıları, çevresinde görmüş olduğu ölüm olaylarına bağlı olarak geliştirdiği kişisel tecrübelerine, yaş döneminin gelişimsel özelliklerine, inandığı dini ve kültürel değerlere göre şekillenmektedir. Bu nedenle, ölüm algısı, her birey için kendine özgü oluşur ve başkalarının ölüm algılarından bağımsızdır (9).

Eski çağlarda insanlar kendi evlerinde etraflarında yakınları hatta çocuklar varken ölürlerdi. Yani yaşam ve ölüm bir arada sürmekteydi. Bu durum ölüme olan korku ve kaygının yaşanmamasını büyük sağlamaktaydı (10).

Günümüzde ölüm, yaşamın doğal sonu olarak kabul edilmemekte, mücadele edilmesi gereken bir hastalık olarak düşünülmektedir. Bunun sonucunda insanların yaşamın her alanından uzaklaştırıldığı ölüm hastanelerde gerçekleşmesi gereken bir olay haline gelmekte, bu da ölümün tüm duygusal yükünü sağlık profesyonellerine yüklemektedir. Tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten çekinebilmekte, ölüm karşısında kaygı yaşayabilmektedir (11).

Teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzamasını sağlarken, ölümle ve ölümcül hastalıklarla karşılaşma oranını artırmış, diğer taraftan ölümün kişisel ve ruhsal bir olay olmaktan çok tıbbi bir durum haline gelmesine neden olmuştur. Bunun sonucunda

ölüm, tıbbi başarısızlık olarak yorumlanmakta ve sağlık personeli bakım verdiği hastanın ölümü karşısında suçluluk hissine kapılabilmektedir (1).

Sağlık çalışanları, ölümle en çok karşılaşan ve ölüme müdahale etme fırsatı olan meslek grubudur. Ölümü yaklaşan ya da ölmekte olan kişinin ölümüyle çevresindekilere yaşattıkları, sağlık çalışanlarının ruhsal sarsılmalar yaşamalarına sebep olabilmektedir (12-13).

Bireyi biyo-psiko-sosyal açıdan tam bir bütün olarak ele alan ve insan sağlığını doğumdan ölüme kadar korumayı hedefleyen, sağlığın sürekliliğini temel alarak bakım veren hemşirelik, sağlık ekibinin vazgeçilmez bir parçasını oluşturmaktadır (14).

Hemşirelik mesleğinin en zor yanlarından biri yaşamın son evresine gelmiş hastalara bakım vermek ve ölüm olgusuyla karşılaşmaktır. Hasta ve ailesi gibi hemşireler de bu olaylar karşısında korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk hissedebilmekte ve içine kapanabilmektedir. Bakım verdiği hastanın ölümü hemşirenin başarısızlık ve çaresizlik duyguları yaşamasına ve kendisini suçlamasına neden olabilmektedir. Ölümcül hastalarla sürekli karşı karşıya kalan hemşirenin yaşadığı olumsuz duygular psikolojik olarak yıpranmasına sebebiyet verebilmektedir (15). Ölüme karşı olumlu bir bakış açısı geliştirememiş ve ölümün yaşamın bir parçası olduğunu kabullenememiş bir hemşire ölümle karşılaştığında olumsuz duygu ve davranışlar gösterebilmekte bu da verilen bakımın kalitesini düşürmektedir. Bu durum hem hemşirelere hem de hastalara zarar verebilmekte, hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarına neden olabilmektedir (16). Ölümden kaçma, ölümü yok sayma şeklinde savunma mekanizmaları geliştiren hemşireler ölümcül hastayla çalışmak ve bu hastalara bakım vermek istemeyebilir (17).

Hemşireler, yaşam ve ölümle ilgili sorunlarla yüz yüze gelebilmeli, beklenen ölüme karşı aile tepkilerini anlayabilmeli, ölüm ve yas sürecinde aileye destek olabilmelidir (18). Ölümcül hasta ve ailelerinin gereksinimleri ne kadar iyi anlaşılırsa hasta ve ailesinin o kadar rahat etmesi sağlanır. Böylelikle hemşireler de kişisel ve mesleki doyuma erişebilir (19).

Sağlık çalışanları arasında kronik hastalık süreci, ölümle karşılaşma gibi durumlarda ölüm sürecinin içinde en fazla bulunan gruptan biri de hekimlerdir.

Ölümlerinin çoğunun hastanelerde gerçekleşmesi hekimlerin ölüm olayına fazlaca maruz kalmalarına neden olmaktadır. Hekimler kendi varoluşlarının yanı sıra başka bireylerin varoluş kaygıları ile yüzleşmekte ve sorumlu olmaktadır (20).

Hastanelerin ölüm olayının en çok görüldüğü birimlerinde çalışan sağlık personelinin üzüntü, depresyon, anksiyete, keder gibi duyguları sıklıkla yaşadığı görülür.

Ölümlerle çok sık karşı karşıya gelen sağlık personelinin ölümle ilgili duygularını önce kendisinin anlaması, bu duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölümü, ölümü yaklaşan hastanın ve bu hastanın yakınlarının biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının olduğunu ve bunların da neler olduğunu bilincinde olması gereklidir (21).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Kavramı

Ölüm, canlıların yaşamsal faaliyetlerinin geri dönüşsüz olarak sona ermesi (22), hayatın sonu, yaşamın sona ermesi (23) veya herhangi bir canlının yaşamının tamamen ve net bir şekilde sona ermesi (24) olarak tanımlanmıştır.

Ölüm yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Doğum gibi ölümden kişinin kendisinin tecrübe edebileceği bir olay değildir. Yani ölümlü ancak insanların onu nasıl düşündüğüyle ve başkasının ölümünde hissettiği duygular ile tanımak mümkün olabilir (25).

Ölüm kavramı karmaşıktır ve tanımlayabilmek zordur. İnsanlık, varoluşundan beri çağlar boyunca ölüm üzerine düşünmüş ve ölümlü sorgulamıştır. Aslında ölümlü düşünülmesi ve sorgulanması yaşamın daha anlamlı yaşanmasını ve manevi değerlerin oluşturulmasını da sağlamaktadır (26). Yani ölümlü bilincinde olmak, aslında yaşamı anlamlandırıp, kişinin daha güzel ve yoğun bir hayat yaşammasını sağlayabilmektedir (27).

İnsanlar ölüm olayını kendilerine göre farklı yorumlamış, bazıları bunun yok oluş olduğunu düşünürken bazıları yeni ve sonsuz bir hayata geçiş aşaması olarak değerlendirmiş, bazıları ölümlü stres nedeni olarak görmüş bazıları stresten kurtulma olarak düşünmüştür. Kimine göre ölümlü karşı konulması gerekirken, kimine göre de ölmek sevinç duyulması gereken bir olaydır (28).

Ölüm karşısında gösterilen tepki kişinin kendi tavrına göre, hayata gösterdiği tepkidir. Bu tavrın belirlenmesinde dini inanış, tıbbi gelişmeler, sosyal ve kültürel çevre büyük pay sahibidir (25). Ölümlü olan yaklaşım insanların yaşam tarzına göre biçimlenmekte, hayata bakış açısı ölümlü yaklaşımı belirlemektedir (29). Yani ölümlü kabullenmek ve ölümlü anlam vermek yaşam şeklini etkilemektedir. Anlamlı yaşanan bir hayat, ölümlü kabul edip, ölümlü hazırlanmış bir hayattır (30). Ölümlü kabullenmek insanı korkulu ve kötümser bir ruh halinden çok, iyi-kötü, güzel- çirkin her açıdan önemini ve özünü görebileceği bir yaşama yöneltebilir (1).

Ölüm, yaşamın her alanında sanat, edebiyat, felsefe, din ve bilimde önemli bir konu olmuştur. Felsefecilerin bazıları ölümü yok sayarken bazıları da ölümü yaşamın en mühim olayı olarak kabul etmişlerdir (31).

Yaşam devrelerine göre de ölüme verilen anlam farklılıklar gösterir. Erken çocukluk döneminde çocuk hayatın bir sonu olduğunu ve bunun ölümlerle gerçekleşeceğine akıl erdiremez. Erken çocukluk döneminde ise ölümü ceza, uyku, yolculuk, 7 yaşa doğru ise ayrılık olarak algılar. Gençlik döneminde ölüm ve ölüm sonrası düşünceler artarak kaygıya ve sıkıntıya sebep olmaya başlar (25).

Bazı gençler için bu, yaşama korkusuna dönüşüp ölümü hayattan kaçış yolu olarak görmeye ve intiharlara da sebep olur. Sonuç olarak ölüm düşüncesiyle gençlik döneminde çok sık karşılaşılmaktadır. Yetişkinlik dönemine gelindiğinde ölüm düşüncesi daha da artmakta bu durum da kişilerde kaygı ve korkuların yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminin çoğu kaygı sebebi ölüm korkusudur denilebilir (25).

Farklı dinlerde farklı yorumlanan ölüm; Hristiyanlıkta sadece beden yok olması, hayatın daha güzel ve değişik bir biçimde devam etmesi; Yahudilikte insana verilen ağır bir ceza ve korkunç bir olay; Müslümanlıkta ise ruhun bedeni terk ederek Allah katına yükseltilmesi olarak değerlendirilir (32).

Antik Yunan döneminde Epikür, ölümü hayatı tatsızlaştıran bir durum olarak görür ve doğacak kaygıyı aşmak için bir nevi “maskeleye” gayreti gösterir (33).

Bunun tersi yönde Eflatun’a göre ölüm, hayatın gerçek mana ve tek amacıdır (34).

Varoluşçu filozofların en çok irdeledikleri konu olan ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olarak açıklanmıştır. Kişi isterse ölümü seçebilir ama istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu, hayatın anlamını içinde saklı tutan en büyük gizem olabilir (35).

Modern çağda bilimin ve tıbbi gelişmelerin sayesinde ölüm ertelenmeye çalışılmaktadır. Eski çağlarda doğum sıklığı ve çocuk sayısının fazla olması

çocuklardan bir kısmının gözden çıkarılmasına sebep olmuş olabilir. Fakat günümüzdeki değişim ve gelişmelerle ortalama yaşam süresi uzamakta, çocuk ölümlerinde azalma görülmektedir. Bu da ölüm olaylarına olan duyarlılığın artmasını sağlayan faktörlerden biridir (36).

Batı toplumlarında ölümün varlığı ve ölüm düşüncesinden daha çok kaçınma ve ölümlü yok sayma durumu görülmektedir (37). Modern çağda insanlar bilim ve tıptaki gelişmelerin ölüme çare bulacağını düşünmektedir (38).

Günümüzde evde ölmek üzücü ve sıkıntı veren bir olay olarak düşünülmekte, o nedenle ölüm yeri hastaneler kabul edilmektedir (10).

Ölüm 4 şekilde ifade edilmiştir. Bunlar;

Fiziksel Ölüm: Hayati organların (beyin, kalp gibi) işlevini yitirmesi,

Zihinsel Ölüm: İnsanların anlamaya yönelik işlevlerinin olmaması,

Psikolojik Ölüm: Yaşamak için bir neden olmaması kanısına varma,

Toplumsal Ölüm: Kişinin başkalarından çok kendini düşünmesidir. (21).

Ölüm kavramının temel özellikleri Kastenbaum ve Aisenberg 'a göre aşağıda belirtildiği şekilde yorumlanmıştır (39).

Ölüm kavramı göreceli olup, kavramının göreceliği gelişimsel düzeyle açıklanmaktadır. Fakat gelişimsel düzey sadece bireyin kronolojik yaşı anlamında değildir.

Ölüm kavramı, çoğu zaman bir kaç önermeyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir kavramdır.

Ölüm kavramları gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişiklik gösterir. Bir insanın ölüm kavramı her bir gelişim dönemine göre farklıdır.

Ölüm kavramının gelişimsel amacı, tam olarak anlaşılmamış, belirsiz ya da halen oluşum süreci aşamasındadır. En uygun ya da ideal ölüm anlayışının ne olduğu henüz bir bilinmezliktir. Kuşkusuz bir takım kanılar vardır ancak bunlar sistemli kuram ya da araştırmalardan çıkarılmış sonuçlar olmaktan daha çok değer yargılarını içerir.

Ölüm kavramı durumsal bağlamla etkileşim içindedir. Odada yanı başımızda ölmekte olan birisi var mı? İçinde bulunduğumuz durum, yaşamımız için bir tehdit oluşturuyor mu? Yalnız mıyız yoksa birileri yanımızda mı? İçinde bulunduğumuz durum seçici bir biçimde zihnimize var olan birçok ölüm türünden birini açığa vurur.

Ölüm kavramı sergilediğimiz davranışların etkilenmesine neden olur. Örneğin, ölümü sonsuz mutluluğa geçişin bir yolu olarak kabul eden biri için, intihar tutarlı bir davranış olarak görülebilir. Böyle düşünmeyen biri için ise intihar sonucu gerçekleşen ölüm travmatik bir yaşam olayıdır. Fakat aradaki ilişki genellikle bu kadar basit değildir. Benzer ölüm anlayışları, farklı davranışlara neden olabilir ya da benzer davranışlar farklı ölüm anlayışlarının sonra görülebilir.

2.1.1. Ölüm olayına verilen tepkiler

Bireyler öleceklerini öğrendiklerinde, bu süreçte çeşitli evreler yaşar. Kişilere göre süresi ve geçirilme şekli farklı olabilen bu evreler Kübler Ross tarafından 5 aşamada açıklanmıştır (40-41):

İnkâr ve izolasyon; ölüme karşı gösterilen ilk evre olan inkâr aşamasında kişi öleceğine inanmaz. Bu evre kişinin kendini toplaması ve savunma mekanizmaları oluşturması için önemli bir evredir. Kısa süren bu dönemde kişi daha sonra çevresindekileri ve ailesini düşünmeye yönelir. Kişinin konuşmasını beklemek ve davranışlarını anlayabilmek oldukça önemlidir. Bu evrede “Hayır... ben olamam, bir hata olabilir.” gibi ifadeler kullanılır (40-41).

Öfke; inkâr aşamasını aşan kişi öfke duygusunu içeren ikinci evreyi yaşamaya başlar. Sağlığı yerinde olan bireylere ve Tanrı'ya öfke duyan kişi ‘Neden ben?’ sorusunu sorar. Kişinin öfkesini dışa vurmasına izin verilmelidir. Öfke evresinde aile ve sağlık personeli bu öfkeye maruz kalabilir (40-41).

Pazarlık; kişi kaçınılmaz olan ölümü kabul eder fakat daha uzun bir yaşam için anlaşma yapmaya çabalar. Bu evre ölümün ertelenmeye çalışılmasıdır (40- 41).

Depresyon; kişinin fiziksel durumu kötüye gittiğinde ve diğer evreler ona bir anlam ifade etmediğinde depresyon evresi görülür. Genelde çaresizlik hissedilir. Bu evre “Evet, ben.” denilen evredir (40-41).

Kabullenme; “Ne mutlu ne mutsuz dönem.” olarak ifade edilen bu son evrede birey içinde olduğu durumu kabullenmektedir. Geriye kalan zamanda yarım kalan planlarını tamamlama, dine yönelme ve son isteklerini yaşama çabası görülür (40-41).

2.2. Kaygı

Anksiyete; bilinen bir nedeni olmayan, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış düşüncesi ile yaşanan bir bunalma duygusudur (42). Herhangi bir stres faktörü neticesinde kişilerin içinde bulunduğu endişe, kaygı ve bunalım gibi durumları kapsamaktadır (43).

Bir tehdit algılandığında buna bir tepki olarak oluşan gerginlik ve endişe halidir (44). Duygusal tepkilerde kaygı, korku, sıkıntı, bunalma, kişinin kendini tehdit altında hissettiği gerilme durumudur (45).

İçten ya da dıştan gelen, yaşama karşı tehdit oluşturan tehlikelere ya da tehdit olarak algılanan tehlikelere karşı verilen bir tepki, vücudun gösterdiği bir uyarı duygusudur (46).

Kaygı tarih boyunca insanlar tarafından sık kullanılan sözcüklerden biri olmuştur. Eski Yunancada kaygı sözcüğü “anxietas” olarak kullanılmış, endişe, korku, merak gibi anlamlara gelmektedir. Anxietas kelimesinin kökü olan ‘anx’ kelimesi, Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” den türetilmiştir (47-48).

İngilizcede ise “anxiety” olarak kullanılan kaygı kelimesi dilimize “endişe” olarak yerleşmiştir. Anksiyete (anxiety), daralma, darlık ve sıkışma anlamına gelen Hint-German kökenli “angh” sözcüğünden türetilmiştir. Ancak bu kavram Türkçeye psikiyatri uzmanları tarafından kaygı olarak çevrilerek çalışmalarda kullanılmaktadır (49-50). Anksiyete ile korku birlikte anılan kavramlardır. Korku (fear) Almancadan

gelen bir terimdir. Kökeni Almancada beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelen kelimedir (42).

Psikoloji bilimine 20. yüzyıldan itibaren giren kaygı ile ilk çalışmalar ise 1940'lı yılların sonlarında yapılmıştır (47). Kaygı sözcüğünü ilk kez kullanan Freud'a göre kaygı, hissedilen ancak tarif edilemeyen özel bir haz alamama durumudur (51).

Sigmund Freud'un 1895 yılında anksiyetenin, libidonun yoksunluğu, doyumsuzluk ve geleceğe yönelik bir endişe duygusu olduğunu fakat temel sebebinin geçmiş yaşamdaki çatışmaların oluşturduğu karmaşalardan kaynaklandığını, 1925'te ikinci anksiyete kuramında, tehlike durumundan korunmak için işaret olduğunu, daha sonra ise, egonun bastırılması ile meydana gelen bir iç tehlike olduğunu kabul ettiği bildirilmektedir (52).

Amerikan Psikoloji Birliği'nin tanımına göre kaygı, gerilim, endişe duyguları ve kan basıncında artış gibi fiziksel değişikliklerle kendini gösteren bir duygudur (53).

Freud'a göre idin istekleri ve süper egonun belirttiği sınırlamalar arasındaki anlaşmazlıktan dolayı kaygı oluşur. İdin istekleri kişisel ve toplumsal kurallarla çelişince bunlar tehdit oluşturur ve kaygıya sebep olur (54).

Kaygı, nedeni tam olarak bilinmeyen kişinin değerlerine ya da güvenliğine yönelik bir tehdit unsurundan kaynaklanan, korku, endişe ve huzursuzluk duygusudur. Korku ise kişinin güvenliğine yönelik belirli bir tehlike ya da tehlide karşı gösterilen endişe duygusudur (55). Korku bilinen ve var olan bir tehlikeyi gerektirirken, kaygı bilinmeyen bir tehlikeden kaynaklanır. Kaygı içerik olarak boştur. Ancak belirli bir nesne kaygıya sebep olursa içeriği dolar ve kaygı o zaman korkuya dönüşür (56).

Kierkegaard'a göre kaygı kavramı hiçlikken, korku kaygının dışı vuruş şekillerinden biridir (54).

Kaygı belirli bir şeye karşı olmadığı için onunla savaşmak mümkün değildir.

Kaygı ancak korkuya dönüşürse onunla savaşılabilir (57).

Bazı psikologlar korkuyla kaygı arasında üç önemli fark olduğunu belirtmişlerdir (58):

1-Kaynak; “Ben arıdan korkarım!” örneğinde olduğu gibi korkunun kaynağı bellidir ancak kaygının kaynağının belirsiz olmasıdır.

2-Şiddet; korku, kaygıdan daha şiddetli ve yoğunur.

3-Süre; korku daha kısa süreli iken, kaygı daha uzun sürelidir (58).

Kaygı ve korku arasındaki farklar şu şekilde özetlenebilir: Korku; spesifik bir tehdide karşı oluşur, tehdit ile arasında belirli bir ilişki vardır. Tehdit ile artar. Kısa sürelidir, tehdit uzaklaşırsa azalır. Ani bir tehdit vardır ve aciliyet taşır. Kaygı ise bilinmeyen bir tehdide karşı oluşur, tehdit ile arasında belirsiz bir ilişki vardır. Başlangıcını belirlemek zordur, sürekliedir. Ani bir tehdit yoktur ve genellikle acil değildir (59). Korkuya sebebiyet veren tehlike açık ve herkes tarafından kabul edilmekteyken, kaygıya neden olan tehlike gizli ve kişiye özeldir (53). Karşılaşılan duruma kişinin aktif tepki göstermesi korku, bu durum karşısında çaresizlik hissetmesi ise kaygıdır (60).

Bazı araştırmacılara göre ise korku fizyolojik bir tepkiyken, kaygı daha çok bilişsel faktörlerle ilişkilidir (61).

Anksiyetenin belirtileri fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. Fiziksel belirtiler arasında titreme, ürperme, sırt ve baş ağrısı, kas gerginliği, sık nefes alıp verme, yorgunluk, nabız sayısında artış, çarpıntı, terleme, ellerde soğuma, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, yutma güçlüğü gibi belirtiler vardır. Psikolojik belirtiler arasında korku hissi, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu, dikkatte dağınıklık, uyumada güçlük, libido azalması, midede kasilma hissi gibi belirtiler görülmektedir (62-63).

Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler, dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının efektif olmayan kullanımı, dayanma stratejilerinin tüketilmesi, dayanma yeteneklerini asan stres düzeyleri, umutsuzluk, güçsüzlük, gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların ya da beklentilerin karşılanmaması, uzun dönemli hastalığa cevap, özgüvene tehdit, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler anksiyetenin nedenleri olarak sıralanabilir (64).

Anksiyete strese verilen tepkinin bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında harekete geçmek için tetikler. Bu açıdan, normal anksiyetenin yaşamsal ve koruyucu olduğu söylenebilir. Orta düzeyde yaşanan bir anksiyetenin kişiyi yeni tecrübeler edinmeye ve başarılı olmaya yönlendirmesi ya da problem çözme yeteneklerini artırması açısından bir motivasyon kaynağı olduğu söylenebilir (65).

Fakat anksiyete ortada tehlike oluşturacak herhangi bir durum yokken de oluşuyorsa ve uzun sürüp sonlandırılmıyor ise patolojik anksiyeteden bahsedilir (66).

2.3. Depresyon

Kişisel ve toplumsal harcamalar dikkate alındığında en önemli psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olan depresyon halk sağlığı açısından da ciddi bir sorun teşkil eder. Depresyon hali bireylerin hayatlarını istedikleri yaşamlarının, aile bütünlüklerini korumalarının, iş hayatlarındaki verimliliğin azalmasını etkilemektedir. Depresyondan kaynaklanan sosyal ilişkilerdeki sorun bireylerin toplumdaki uzaklaşmalarına ve yalnızlaşmalarına sebebiyet verebilir (67).

Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen depresyon, çağımızda yaygın olan duygu-durum bozukluklarından (68).

Psikolojik rahatsızlıklar arasında incelenen konularda ilk sıralarda depresyon bulunmaktadır (69).

Depresyon kelimesi; çöküntü, ruhsal ve bedensel düşkünlük, bunalım, yaşama dair aktivitelerin azalması gibi anlamlara gelir (70).

“Depress” sözcüğü kelimenin kökenidir. Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmektedir. Latince ‘alçakta olmak, bastırmak’ anlamına gelen “depressus”tan gelen kelime “depress” kelimesinden türetilmiştir (71). Kelime anlamıyla depresyon Türkçede “çökkünlük” olarak kullanılabilir (72).

Freud depresyonu dış dünyaya ilgisizlik, tüm aktivitelerden kendini çekme, kendine değer vermede azalma, kendini önemsiz hissetme, kendini suçlama, her an cezalandırılacağı düşüncesine kapılma, sevme gücünü yitirme şeklinde açıklamıştır (73).

En geniş tanımıyla depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalık anlamına gelmektedir (74).

Beck'e göre depresyondaki kişiler her şeyi olumsuz olarak görüp, başkalarını suçlama eğilimindedirler. Beck'in "depresif yükleme deseni" adını verdiği bu teoride olumlu olaylar ve başarı kişinin kendisi dışındaki dış faktörlerden; olumsuz olaylar ise kişisel faktörlerden kaynaklanmaktadır (75).

Davranışçı kuramcılar depresyonu çevresel faktörlere bağlamaktadır (76). Bu kurama göre, sosyal desteğin azalması yani yalnızlık ve teselli eksikliği, depresyonun oluşmasında oldukça etkili bir faktördür (77).

Depresyonda; çökük omuzlar, üzüntülü yüz ifadesi, durgunluk, alçak ve yavaş sesle konuşma, iletişim kurmada zorluk, keyifsizlik, sık sık ağlama, anksiyete, tedirginlik, öfke, isteksizlik, unutkanlık, karar vermede güçlük, çaresizlik, umutsuzluk, kendini suçlama eğilimi, öz saygıda azalma, kendini değersiz görme, intihar düşüncesi, hareketlerde yavaşlama, iştahsızlık ve buna bağlı olarak halsizlik ve çabuk yorulma, uykuya dalamama ya da sık uyanma, cinsel istekte azalma gibi belirtilere rastlanılabilmektedir (49-78).

2.4. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı kavramı, psikoloji alanına ve bilimsel çalışmalara 1930'lu yıllardan sonra daha fazla konu olmaya başlamıştır (79).

Ölüm düşüncesinin insan hayatındaki etkisi kaçınılmaz bir gerçektir. Ancak düşüncenin aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde olması insan psikolojisinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (29-47).

Yalom'a göre tüm psikopatolojilerin altında yatan asıl neden ölüm kaygısıdır. Fakat kaçınılmaz olan ölüm kaygısı değil, ölümdür (1).

Ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek kişinin dengesini koruması açısından gerekli bir eylemdir. Bunun yanına tamamen bastırılmayan, ara sıra belirli ölçülerde

hatırlanan ölüm düşüncesi insan yaşamına katkı sağlamaktadır (15-80).

İnsanların bu dünyadaki varoluşlarının sonlanacağı gerçeği karşısında duydukları korku ölüm kaygısı olarak adlandırılmıştır (22-81).

Ölüm kaygısı, ölüm karşısındaki bilinmezlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını kaybetme ve ölüm anında acı çekme korkusu, kişisel kimliğini kaybetme ve ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalan yakınlar için kaygılanma ve yok olma korkusu, değer verilen insanların kaybedilme korkusu olarak açıklanmıştır (82-83).

Başka bir tanıma göre, geleceğe yönelik planların hayata geçirilemeyeceğine yönelik yaşanan ya da ölümden sonra yaşanabileceklere karşı bilinmezlikle ortaya çıkan kaygı, ölüm kaygısı olarak açıklanmıştır (84).

Ölüm gibi ölüm kaygısı da pek çok düşünür tarafından açıklanmaya çalışılan kavramlardandır. Jung'a göre ölüm kaygısının temelini yaşama korkusu oluşturur. Ölümden en çok korkan insanları yaşamaktan en çok korkanlar olarak belirtmiştir. İnsanlar ölüm gerçeği karşısında yaşamlarını istedikleri anlamda yaşayamama ve ölüm düşüncesi sonucunda korku hissedebilir. Ölümlü yaşamın anlamını bütünleyen bir olay olarak görmek, insanın ruh yapısına daha uygun bir düşüncedir (2).

Otto Rank'a göre, doğum olayında bebeğin anneden ayrılıp kopmasıyla doğum olayı insana korkuyu öğretmekte ve yaşam boyunca karşılaşılan her korku durumu, doğum olayıyla bağdaştırılmaktadır (1-47).

Heidegger'e göre ölüm kaygısı daha öte bir olanağın imkansızlığıdır ve geride kalanlara bir yok oluş tecrübesi yaşatması ölüm kaygısını oluşturmaktadır (31).

Yalom'a göre ölüm korkusu her zaman ve her yerde vardır. Ölüm korkusu o kadar bütündür ki, kişi enerjisinin büyük bir kısmını ölümü inkar etmek için heba eder (1).

Eric Fromm iki tür ölüm kaygısı tanımlamıştır. Birincisini ölümlü olmaya karşı duyulan normal korku; ikincisini ise insanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısı olarak belirtmiştir. İkinci tür korku yaşamı iyi bir şekilde değerlendirememenin ve yaşama konusunda başarılı olamamanın sonucunda vicdanın kendini suçlamasından kaynaklanır (85). Yine Fromm'a göre, duyulan korku ölümden kaynaklanmamakta, sahip olunan bedeni, mal varlığını, benliği yitirme korkusundandır. Kişinin sahip olma

anlayışından ve benmerkezci bir hayat görüşünden kurtulduğu ölçüde ölüm korkusu da azalacaktır (86).

Literatürde ölüm kaygısının din, yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik durum vb. gibi değişkenlerle ilgisinin çalışıldığı birçok araştırma bulunmaktadır (87-89).

Her insanın ölüm kaygısının sebebi farklıdır. Bazı insanlar sevdiklerinden ailesinden ayrılacağını düşünerek bazıları vücudunun toprak altında böcekler tarafından yenileceğini, mezarda yalnız kalacağını düşünerek, dünyadaki zenginlikten ve sosyal yaşamdaki yerinden mahrum kalacağını düşünerek ölüm kaygısı yaşayabilir (40,85).

Batı kültüründeki ölüm korkusunun en önemli nedenlerinden birisi yalnızlaşmaktır. Kişinin kendini toplumdan uzak tutması, kendi başına yaşaması ölüm olayında da yalnız kalacağı düşüncesini oluşturur (29).

Kaygı kavramının ortak bir tanımının yapılamaması, ölüm kaygısının da açıklamasını zorlaştırmaktadır. Bu durum farklı birçok yaklaşım ve görüşün oluşmasını sağlamıştır. Ölüm korkusu ile ölüm kaygısının da birbiriyle karıştırıldığına literatürde sıkça rastlanmaktadır (90).

Ölümü sürekli düşünmek, sindirmeye çalışmak ya da hiç düşünmeye fırsat kalmayacak şekilde kişinin kendini çalışmaya vermesi, ölüm korkusunu maskeleyesi ya da bastırmaya çabalaması ölümle ilgili korku duygusunu ve ölüm gerçeğini değiştirmek için yeterli değildir. İnsanın korkmasına neden olan asıl durum belki de ölümün belirsizliğidir. Ölüm korkusunun hissedilmesinde kişilerin ahlaki ve psikolojik özellikleri, dini inançları, felsefi görüşleri ve bunlara bağlılığı az ya da çok belirleyici ya da destekleyici olarak bir etki sağlayabilir (25).

2.5. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Ölüm kaygısını etkileyen yaş, eğitim, sosyo-ekonomik durum, yakın zamanda bir yakının ölümü, dini inanç, ölümcül hastalık, kişilik özellikleri, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ya da olmama gibi çeşitli faktörler olduğu belirlenmiştir (4-91).

Yaş; yaşla birlikte ölüm daha çok düşünülme ve yaşlılar ölümü kendilerine daha yakın hissetmektedirler. Genç yaşlarda ölüm düşüncesi uzak görülmektedir (83).

Genç bireylerin hayattaki planlardan ve hayatın zevklerinden ayrı kalacağını düşünmesi ölümün korku ve sıkıntı yaratmasına neden olur (25).

Cinsiyet; yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısı bulunmuşken, bazı çalışmalarda anlamlı fark bulunmamıştır (92,93).

Literatürde ölüm kaygısının kadınlarda daha yüksek bulunması, kadınların bunu erkeklerden daha çok ifade etmesi ile açıklanmıştır. Erkekler soyunun devamının gelmemesinden, kadınlar ise yaşanacak ölüm sürecinden ve arkasında bırakacağı ailesi için kaygılanabilmektedir (94).

Medeni durum; hayatın zorlu şartları karşısında düzenli bir hayatın, aile varlığının olumlu etkiler sağlayabileceği düşünülmektedir (18).

Yapılan iki çalışmanın birinde medeni durum ve ölüm kaygısı arasında herhangi bir ilişki saptanmazken diğer çalışmada evlilerin bekarlara göre daha yüksek ölüm kaygısı olduğu bulunmuştur. Bu duruma evlilerin eş ve çocuklarına karşı olan görev ve sorumluluklarının neden olduğu belirtilmiştir (95,96).

Çocuk varlığı/sayısı; çocuk, kişinin genlerinin diğer nesillere aktarımı ve devamı olarak görülebilir ve çocuk sahibi olmanın, bilinçaltında ölüm kaygısına karşı rahatlatıcı bir faktör olduğu düşünülebilir. Yaşlılık ve hastalık durumunda ve ölüm anında çocuk sahibi olmanın, kişi için bir güven kaynağı olduğu düşünülebilir ve bu kaygıyı azaltmada çocuğun varlığı olumlu etkiler sağlayabilir (91).

Fiziksel ve ruhsal hastalıklar; hastalığın son döneminde olduğunu öğrenen bireylerde depresyona yatkınlık olabilir (97).

Ruhsal sıkıntılar yaşayan bireyler ise ölüm kaygısını daha yoğun bir şekilde hissedebilir. Atak durumunda ya da ilaca bağlı yan etkiler nedeniyle birey ölüm kaygısının arttığını sık sık ifade edebilir. Bu durum ölüm kaygısının psikopatoloji ile pozitif ilişkisi olduğunu göstermektedir (84).

Abdel Khalek'in yaptığı bir çalışmada ölüm kaygısının depresyon, anksiyete, obsesyon ile pozitif bir ilişkide olduğu belirlenmiştir (98).

Meslek; iş doyumunu genel anlamıyla kişinin işinden ve işle ilgili olan faktörlerden aldığı haz ve mutluluk olarak açıklanmıştır (99). Mesleği severek yürütmek kaliteli hizmeti artıracığından dolayı çalışanların hem manevi doyumunu hem iş doyumunu hem de motivasyonunu artıracaktır.

Yapılan bir araştırmada ölüm olayının daha çok yaşandığı ünitelerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısının, ölüm olayının sık yaşanmadığı servislerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (100).

Farklı meslek gruplarıyla yapılan bir çalışmada, ölüm riski yüksek olan meslek çalışanlarının ölüm kaygısının daha düşük olduğu bulunmuştur (101).

Sosyo-kültürel özellikler ve din; farklı kültürlerin ölümü farklı açıklamaları ve ölümü farklı anlamlandırmaları, kültürün ölüm kaygısı düzeyini biçimlendirebilecek bir değişken olduğunu göstermektedir (102).

Din değişkeninin ölüm kaygısını azalttığını gösteren çalışmalar bulunurken (103), aralarında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (27).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma hekim ve hemşirelerin ölüm kaygılarını ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde Nisan-Eylül 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan doktor ve hemşireler (N=288) oluşturmaktadır; örnekleme ise bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 116 doktor 164 hemşire olmak üzere toplam 280 kişi oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

Doktor ve hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan birim).

Bağımlı Değişkenler:

Templer Ölüm Kaygısı Ölçek puanları.

Templer Ölüme ilişkin Depresyon Ölçeği puanları.

3.5. Verilerin Toplanması

a) Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada, doktor ve hemşirelerin ölüm kaygısıyla ilişkili olabileceği düşünülen, bireysel özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, ciddi sağlık sorunu, ölüm tehlikesiyle karşılaşma, psikiyatrik ilaç kullanma, psikolojik destek alma durumu, birinci derece yakını kaybetme, birinci derece yakınlarında ölüm riski taşıyan hastalık olması, meslekte çalışma süreleri, meslekle ilgili düşünceleri, son bir yılda kaybettiği yakının yakınlık derecesine göre durumu, karşılaştıkları ölüm olaylarının ölümüne duyarsızlaşma durumu) içeren toplam 17 sorudan oluşan, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanıldı.

b) Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ):

Ölüm kaygısı düzeyini belirlemeye yönelik, 15 maddelik, doğru/yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Güvenilirlik katsayısı 0.76, product-moment korelasyon katsayısı 0.83 olarak bildirilmiştir. Türkçeye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.72, test-tekrar test değişmezlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe çevirisinin güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (104).

Doğru yanıtlardan 1 puan alınırken, yanlış yanıtlardan puan alınmamaktadır. Puan aralığı 0-15 arasındadır. Puanlar yükseldikçe ölüm kaygısının da yükseldiği şeklinde yorumlanmıştır. Ortalama puan 7 ve yukarısı puan alan kişilerin ölüm kaygılarının yüksek olduğu şeklinde kabul edilebilir (105).

c) Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ):

Templer, Lavoie, Chalguian ve Thomas Dobson tarafından 1990 yılında geliştirilen, 17 maddeden oluşan, doğru/yanlış şeklinde yanıtlanan, 0-17 arasında puanlanan bir testtir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yaparel ve Yıldız tarafından yapılmıştır. Bu versiyonun test-tekrar test tekniğiyle hesaplanan korelasyon katsayısı $r=0.74$ 'dir. (79).

Puan aralığı 0-17 arasındadır. 0-8 arası puan alan kişilerin depresif duygu durumunun olmadığı, 9-17 arasında puan alanların ise depresif duygu durumunun olduğu ve puan arttıkça daha yoğun depresif durum yaşandığı şeklinde değerlendirilebilir (106).

3.6. Araştırmanın Etik Yönleri ve Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce, T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 27 Ocak 2016 tarihinde 2016/2 sayılı onayı, Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimliğinden 28 Mart 2016 kurum izinleri alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hekim ve hemşirelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Katılımcılara anket ve ölçeği doldururken devam etmek istemezlerse yarım bırakabilecekleri söylenmiştir. Veri toplama süresince sadece 8 katılımcı araştırmaya katılmak istemediğini belirtmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler, SPSS 16.0 for Windows paket programı ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzde hesaplamaları verilmiştir. Kolmogrov Smirnov testiyle dağılımın normal olduğu gösterildikten sonra t testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular araştırmanın yapıldığı görev yapan doktor ve hemşirelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin yaş aralığı 19-63 yaş arası, yaş ortalamaları 35.2 ± 8.40 'dır. Katılımcıların meslekte çalıştıkları yıl 1-39 yıl arasında olup, meslek yılı ortalaması 12.2 ± 8.50 'dir.

Tablo 1'de çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	179	63.9
Erkek	101	36.1
Toplam	280	100.0

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin 179'u (%63.9) kadın, 101'i (%36.1) erkektir.

Tablo 2'de çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Personelinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	197	70.4
Bekar	83	29.6
Toplam	280	100.0

Sağlık personelinin 197'si (%70.4) evli, 83'ü (%29.6) bekadır.

Tablo 3'te çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Çocuk	Sayı	%
Var	172	61.4
Yok	108	38.6
Toplam	280	100.0

Tablo 3'te, çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin 172'sinin (%61.4) çocuk sahibi olduğu, 108'inin (%38.6) çocuğunun olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4'te çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin mesleklerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Personelinin Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Sayı	%
Doktor	116	41.4
Hemşire	164	58.6
Toplam	280	100.0

Tablo 4'te bu çalışmaya katılan sağlık personelinin 116'sının (%41.4) doktor, 164'ünün (%58.6) hemşire olduğu gösterilmiştir.

Tablo 5'te sağlık personelinin meslekle ilgili dűşüncelerine göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Personelinin Meslekle İlgili Dűşüncelerine Göre Dağılımları

Meslekle İlgili Dűşünce	Sayı	%
Başından Beri Severek Yapıyorum	147	52.5
Başlangıçta Seviyordum Artık Sevmiyorum	97	34.6
Başından Beri Sevemedim	36	12.9
Toplam	280	100.0

Meslekle ilgili dűşünceleri sorulduğunda 147'si (%52.5) başından beri severek yaptığını, 97'si (%34.6) başlangıçta sevdiğini artık sevmediğini, 36'sı (%12.9) ise başından beri sevmediğini belirtmiştir.

Tablo 6'da sağlık personelinin çalıştıkları birimlere göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 6. Sağlık personelinin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımları

Çalışılan Birim	Sayı	%
Dahili Birim	105	37.5
Cerrahi Birim	44	15.7
Yoğun Bakım	79	28.2
Acil Servis	52	18.6
Toplam	280	100.0

Tablo 6’da çalışmaya katılan sağlık personelinin 105’inin (%37.5) dahili birimlerde, 44’ünün (%15.7) cerrahi birimlerde, 79’unun (%28.2) yoğun bakım ünitelerinde, 52’sinin (%18.6) acil serviste görev yaptığı gösterilmiştir.

Tablo 7’de sağlık personelinin çalıştıkları birimle ilgili düşüncelerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 7. Sağlık personelinin Çalıştıkları Birimle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

Çalışılan Birim Hakkındaki Düşünce	Sayı	%
Başından Beri Severek Çalışıyorum	176	62.9
Başlangıçta Seviyordum Artık Sevmiyorum	77	27.5
Başından Beri Sevemedim	27	9.6
Toplam	280	100.0

Çalıştıkları birimlerle ilgili 176’sı (% 62.9) başından beri severek çalıştığını, 77’si (%27.5) başlangıçta sevdiğini artık sevmediğini, 27’si (%9.6) başından beri sevmediğini ifade etmiştir.

Tablo 8’de çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda yakın kaybetme durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 8. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Yakın Kaybetme Durumuna Göre Dağılımı

Son Bir Yılda Yakın Kaybı	Sayı	%
Hayır	204	72.9
Evet	76	27.1
Toplam	280	100.0

Sağlık personelinin 204'ünün (%72.9) yakın kaybı yaşamadığı, 76'sının (%27.1) son bir yılda yakınına kaybettiği tespit edilmiştir.

Tablo 9'da çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda kaybettiği yakının yakınlık derecesine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 9. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Kaybettiği Yakının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Kaybedilen Yakının Derecesi	Sayı	%
Birinci Derece	11	14.5
İkinci Derece	65	85.5
Toplam	280	100.0

Tablo 9'da çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda kaybettiği yakının 11'inin (%14.5) birinci derece yakın olduğu, 65'inin (%85.5) ikinci derece yakın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10'da çalışmaya katılan sağlık personelinin yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip kişilerin olası durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 10. Sağlık Personelinin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalığa Sahip Kişi Durumuna Göre Dağılımı

Ölümcül Hastalığa Sahip Kişi	Sayı	%
Hayır	229	81.8
Evet	51	18.2
Toplam	280	100.0

Tablo 10’da çalışmaya katılan sağlık personelinin 229’unun (%81.8) ölümcül hastalığa sahip yakını olmadığı, 51’inin (%18.2) yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip kişiler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11’de çalışmaya katılan sağlık personelinin yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip kişilerin yakınlık derecesine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 11. Sağlık Personelinin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalığa Sahip Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Ölümcül Hastalığı Olan Kişinin Yakınlık Derecesi	Sayı	%
Birinci Derece	22	43.1
İkinci Derece	29	56.9
Toplam	280	100.0

Tablo 11’de çalışmaya katılan sağlık personelinin yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip kişilerin 22’sinin (%43.1) birinci derece yakın olduğu, 29’unun (%56.9) ikinci derece yakın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12’de sağlık personelinin ciddi ölüm tehlikesiyle karşılaşma durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 12. Sağlık Personelinin Ciddi Ölüm Tehlikesiyle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

Ciddi Ölüm Tehlikesiyle Karşılaşma	Sayı	%
Hayır	209	74.6
Evet	71	25.4
Toplam	280	100.0

Tablo 12’de çalışmaya katılan sağlık personelinin 209’unun (%74. 6) hiç ciddi ölüm tehlikesiyle karşılaşmadığı, 71’inin (%25.4)ciddi ölüm tehlikesiyle karşılaştığı belirlenmiştir.

Tablo 13’de çalışmaya katılan sağlık personelinin karşılaştıkları ölüm olaylarının ölüme duyarsızlaşmaya neden olması durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 13. Sağlık Personelinin Karşılaştıkları Ölüm Olaylarının Ölüme Duyarsızlaşmaya Neden Olması Durumuna Göre Dağılımı

Karşılaştığım Ölüm Olayları Ölüme Duyarsızlaşmama Neden Oldu	Sayı	%
Kesinlikle Katılıyorum	47	16.8
Katılıyorum	77	27.5
Kararsızım	28	10.0
Biraz Katılıyorum	70	25.0
Kesinlikle Katılmıyorum	58	20.7
Toplam	280	100.0

Tablo 13’te çalışmaya katılan sağlık personelinin, meslek hayatı boyunca karşılaşılan ölüm olaylarının, ölüme duyarsızlaşmaya neden olması durumuna, 47’si (% 16.8) kesinlikle katılıyorum, 77’si (%27.5) katılıyorum, 28’i (%10) kararsızım, 70’i (% 25) biraz katılıyorum, 58’i (%20.7) kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdiği gösterilmiştir.

Tablo 14’te sağlık personelinin karşılaşılan ölüm olayları ile ilgili duygu ve düşüncelerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 14. Sağlık Personelinin Karşılaşılan Ölüm Olayları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerine Göre Dağılımı

Karşılaşılan Ölüm Olayları ile İlgili Duygu Düşünceler	Sayı	%
Doğal Karşılama	172	61.4
Kurtuluş Olarak Düşünme	33	11.8
Hiçbir şey Hissetmeme	19	6.8
Başarısızlık-Yetersizlik	12	4.3
Korkma-Üzülme	44	15.7
Toplam	280	100.0

Katılımcıların, karşılaşılan ölüm olayları ile ilgili duygu ve düşüncelerinde, 172'sinin (%61.4) doğal karşılama, 33'ünün (%11.8) kurtuluş olarak düşünme, 19'unun (%6.8) hiçbir şey hissetmeme, 12'sinin (%4.3) başarısızlık-yetersizlik, 44'ünün (%15.7) korkma-üzülme yanıtını verdiği gösterilmiştir.

Tablo 15'te çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda psikolojik-psikiyatrik yardım alma durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 15. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Psikolojik-Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı

Son Bir Yılda Psikolojik-Psikiyatrik Yardım Aldım	Sayı	%
Hayır	243	86.8
Evet	37	13.2
Toplam	280	100.0

Tablo 15’de çalışmaya katılan sağlık personelinin 243’ünün (%86. 8) son bir yılda psikolojik-psikiyatrik yardım almadığı, 37’sinin (%13.2) psikiyatrik-psikolojik yardıma başvurduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16’da çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 16. Sağlık Personelinin Son Bir Yılda Psikiyatrik İlaç Kullanımına Göre Dağılımı

Son Bir Yılda Psikiyatrik İlaç Kullandım	Sayı	%
Hayır	235	83.9
Evet	45	16.1
Toplam	280	100.0

Tablo 16’da çalışmaya katılan sağlık personelinin 235’inin (%83. 9) son bir yılda psikiyatrik ilaç kullanmadığı, 45’inin (%16.1) son bir yılda psikiyatrik ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin cinsiyete göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Ort±SS
Kadın	8.2±3.53
ÖDÖ*	
Erkek	6.5±3.67
Kadın	9.7±2.76
ÖKÖ*	
Erkek	7.7±3.22

*p=0.0001

Çalışmaya katılan sağlık personelinde, kadınlar ile erkeklerin ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş ($p<0.05$), kadınların erkeklere göre ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre ÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), kadınların erkeklere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin medeni durumlarına göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Sağlık Personelinin Medeni Duruma Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ort±SS
ÖDÖ*	Evli	7.4±3.69
	Bekar	8.0±3.59
ÖKÖ**	Evli	8.7±3.13
	Bekar	9.7±2.84

* $p=0.163$

** $p=0.009$

Sağlık personelinin medeni duruma göre ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş ($p<0.05$), bekarların evlilere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çocuk sahibi olmaya göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olmaya Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuk	Ort±SS
ÖDÖ*	Var	7.5±3.74
	Yok	7.6±3.56
ÖKÖ**	Var	8.6±3.01
	Yok	9.6±3.11

*p>0.05 **p=0.012

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çocuk sahibi olma ve olmama durumuna göre ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Çocuk sahibi olan ve olmayan kişilerin ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş (p=0.012), çocuğu olmayan kişilerin çocuk sahibi olan kişilere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20’de çalışmaya katılan kişilerin ÖDÖ ve ÖKÖ’ den almış oldukları puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 20. Sağlık Personelinin ÖDÖ ve ÖKÖ’den Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları

	Sayı	Ort±SS
ÖDÖ	280	7.6±3.66
ÖKÖ	280	9.0±3.08

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin ÖDÖ puan ortalamasının 7.6±3.66 olduğu, ÖKÖ puan ortalamasının 9.0±3.08 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21’de çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin meslek gruplarına göre ÖDÖ ve ÖKÖ’ den almış oldukları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 21. Doktor ve Hemşirelerin ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Meslek	Ort±SS
ÖDÖ*	
Doktor	6.7±3.63
Hemşire	8.2±3.57
ÖKÖ**	
Doktor	8.1±3.23
Hemşire	9.7±2.80

* p=0.001 **p=0.0001

Çalışmaya katılan sağlık personelinin ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.0001). Hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin doktorlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan sağlık personelinin ÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05), hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı düzeylerinin doktorlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin son bir yılda herhangi bir yakın kaybetmelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Yakın Kaybı Yaşamalarına Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Son Bir Yılda Yakın Kaybı		Ort±SS
ÖDÖ*	Hayır	7.6±3.71
	Evet	7.5±3.57
ÖKÖ*	Hayır	8.9±3.22
	Evet	9.3±2.64

* p>0.05

Sağlık personeli arasında son bir yılda herhangi bir yakını kaybedenlerle kaybetmeyenler arasında ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 23’de çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda kaybetmiş oldukları yakının yakınlık derecesine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 23. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Kaybettikleri Kişinin Yakınlık Derecesine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kaybın Yakınlık Derecesi		Ort±SS
ÖDÖ*	Birinci Derece Yakın	8.2±4.00
	İkinci Derece Yakın	7.4±3.52
ÖKÖ**	Birinci Derece	7.5±3.38
	İkinci Derece	9.7±2.39

*p>0.05

**p=0.011

Çalışmaya katılan sağlık personelinin kaybedilen kişinin yakınlık derecesi ile ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Kaybedilen kişinin yakınlık derecesinde, birinci derece yakını kaybetme durumuna göre ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İkinci derece yakınıni kaybedenlerin ikinci derece yakınıni kaybetmeyenlere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Tablo 24'te çalışmaya katılan sağlık personelinin yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip kişilerin olup olmamasına göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 24. Doktor ve Hemşirelerin Yakınları Arasında Ölümcül Hastalık Olması Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yakınlar Arasında Ölümcül Hastalık		Ort±SS
ÖDÖ*	Hayır	7.6±3.74
	Evet	7.1±3.32
ÖKÖ*	Hayır	9.1±3.14
	Evet	8.8±2.79

* $p>0.05$

Çalışmaya katılan sağlık personelinin, yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip yakını olanlarla, ölümcül hastalığa sahip yakını bulunmayanlar arasında ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 25'te çalışmaya katılan sağlık personelinin ölümcül hastalığa sahip yakınlarının yakınlık derecelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 25. Doktor ve Hemşirelerin Ölümcül Hastalığı Olan Yakınlarının Yakınlık Derecesine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölümcül Hastalığa Sahip Yakın	Ort±SS
ÖDÖ*	Birinci Derece Yakın	6.7±3.84
	İkinci Derece Yakın	7.5±2.89
ÖKÖ*	Birinci Derece Yakın	8.4±2.93
	İkinci Derece Yakın	9.1±2.69

*p>0.05

Çalışmaya katılan sağlık personelinin ölümcül hastalığa sahip yakınlarının, yakınlık derecesi ile ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 26’da çalışmaya katılan sağlık personelinin kendilerinin ciddi ölüm tehlikesiyle karşılaşma durumlarına göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 26. Doktor ve Hemşirelerin Ciddi Ölüm Tehlikesiyle Karşılaşma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ciddi Ölüm Tehlikesi ile Karşılaşma	Ort±SS
ÖDÖ*	Hayır	7.5±3.50
	Evet	7.7±4.14
ÖKÖ*	Hayır	9.1±3.06
	Evet	8.8±3.14

*p>0.05

Çalışmaya katılan sağlık personelinin ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmış olma durumuna göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 27’de çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda psikolojik ya da psikiyatrik yardım alma durumuna göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 27. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Psikolojik ya da Psikiyatrik Yardım Alma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Psikolojik ya da Psikiyatrik Yardım Alma		Ort±SS
ÖDÖ*	Hayır	7.6±3.62
	Evet	7.5±3.99
ÖKÖ*	Hayır	9.0±3.13
	Evet	9.1±2.77

* $p>0.05$

Çalışmaya katılan sağlık personelinin psikolojik ya da psikiyatrik yardım alma ve psikolojik ya da psikiyatrik yardım almama durumuna göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 28’de çalışmaya katılan sağlık personelinin son bir yılda psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 28. Doktor ve Hemşirelerin Son Bir Yılda Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Psikiyatrik İlaç Kullanımı		Ort±SS
ÖDÖ*	Hayır	7.6±3.63
	Evet	7.5±3.89
ÖKÖ*	Hayır	9.0±3.13
	Evet	9.0±2.81

*p>0.05

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin Psikiyatrik ilaç kullanma ya da kullanmama durumuna göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 29’da sağlık personelinin meslekle ilgili düşüncelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 29. Sağlık Personelinin Meslekle İlgili Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Meslekle İlgili düşünce	ÖDÖ	ÖKÖ
	Ort±SS	Ort±SS
Başından Beri Severek Yapıyorum	7.3±3.59	8.8±3.04
Başlangıçta Seviyordum Artık Sevmiyorum	8.0±3.59	9.3±3.08
Başından Beri Sevemedim	7.4±4.1	8.9±3.2

P=0.065

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin meslekle ilgili (mesleği başından beri severek yapanlar, başlangıçta seven artık sevmeyenler ve başından beri sevmeyenler)göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 30’da sağlık personelinin çalıştıkları birimle ilgili düşüncelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 30. Sağlık Personelinin alışılan Birimle İlgili Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışılan Birimle İlgili Düşünceleri	ÖDÖ	ÖKÖ
	Ort±SS	Ort±SS
Başından Beri Severek Yapıyorum	7.5±3.64	8.9±2.97
Başlangıçta Seviyordum Artık Sevmiyorum	7.8±3.77	9.0±3.21
Başından Beri Sevemedim	7.3±3.63	9.8±3.36

p=0.256

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları birimle ilgili (alıştıkları birimi başından beri sevenler, başlangıçta seven artık sevmeyenler ve başından beri sevmeyenler) göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 31’de sağlık personelinin çalıştıkları birimlere göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 31. Sağlık Personelinin Çalıştıkları Birimlerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışılan Birim	ÖDÖ	ÖKÖ
	Ort±SS	Ort±SS
Dahili	7.4±3.73	9.1±3.04
Cerrahi	6.5±3.98	7.3±2.96*
Yoğun Bakım	8.4±3.57	9.9±2.63
Acil	7.5±3.19	9.0±3.37

*p=0.001

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları birimler dahili, cerrahi, yoğun bakım ve acil birimi olmak üzere 4 grupta incelenmiştir. Bu dört birim arasında ÖDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

ÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında cerrahi birim ile diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, cerrahi alanında çalışan doktor ve hemşirelerin diğer birimlere göre ölüm kaygısının daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 32’de sağlık personelinin ölüme duyarsızlaşma düşüncelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 32. Sağlık Personelinin Ölüme Duyarsızlaşma Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÖDÖ	ÖKÖ
	Ort±SS	Ort±SS
Ölüme Duyarsızlık		
Kesinlikle Katılıyorum	8.1±3.68	9.1±3.25
Katılıyorum	7.4±3.87	8.6±2.82
Kararsızım	6.4±2.60	8.4±3.48
Biraz Katılıyorum	7.8±3.69	9.6±2.91
Kesinlikle Katılmıyorum	7.6±3.76	9.1±3.24

p=0.196

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin ölüme duyarsızlaşma düşüncelerine göre (kesinlikle katılanlar, katılanlar, kararsız olanlar, biraz katılanlar, kesinlikle katılmayanlar) ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 33'te sağlık personelinin ölüm olayıyla ilgili duygu ve düşüncelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 33. Sağlık Personelinin Ölüm Olayıyla İlgili Duygu Düşüncelerine Göre ÖDÖ ve ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölüm Olayıyla İlgili Duygu Düşünce	ÖDÖ	ÖKÖ
	Ort±SS	Ort±SS
Doğal Karşılama	7.3±3.77	8.7±3.15
Kurtuluş Olarak Düşünme	7.9±3.61	9.4±2.91
Hiçbir şey Hissetmeme	7.6±3.80	8.4±3.06
Başarısızlık-Yetersizlik	7.0±3.01	10.2±2.98*
Korkma-Üzülme	8.4±3.38	9.7±2.83

*p=0.012

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin ölüm olayıyla ilgili duygu ve düşüncelerine göre (doğal karşılama, kurtuluş olarak düşünme, hiçbir şey hissetmeme, başarısızlık-yetersizlik, korkma-üzülme) ÖDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

ÖKÖ puan ortalamalarına bakıldığında ölüm olayıyla ilgili başarısızlık-yetersizlik düşüncesi olanların diğer düşünceleri olanlarla (doğal karşılama, kurtuluş olarak düşünme, hiçbir şey hissetmeme, korkma-üzülme) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, başarısızlık-yetersizlik düşüncesi olan doktor ve hemşirelerin diğer düşünceleri olan doktor ve hemşirelere göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Doktor ve hemşirelerin ölüm kaygısını ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan 280 sağlık personeli (116 doktor, 164 hemşire) üzerinde yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin yarısından fazlası mesleğini başından beri severek yaptığını, üçte birinden fazlası mesleğini işe başladığı dönemde sevdiğini artık sevmediğini, %12.9'u ise başından beri sevmediğini belirtmiştir. Tarhan ve ark.'ın 2016 yılında Ankara Gülhane Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %8.3'ünün mesleğini sevmediği gösterilmiştir (107). Bu çalışmada bu oranın biraz daha yüksek çıkması bölgesel farklılıklar yanında bu çalışmada hekim ve hemşirelerin birlikte değerlendirilmesinden de kaynaklanabilir.

Katılanların üçte ikisi çalıştıkları bölümde başından beri severek çalıştıklarını belirtmiştir. Aydın ve Kutlu'nun 2001 yılında yaptıkları araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının çalıştıkları bölümden memnun oldukları gösterilmiştir (108). Bu çalışmaların aksine Tatar'ın 1988 yılında İstanbul Üniversitesi yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmasında katılanların tamamına yakını, %90'ı çalıştıkları bölümden memnun olduklarını belirtmiştir (21).

Bu çalışmada sağlık personelinin üçte ikisi ölüm olayını doğal karşılamaktadırlar. %11.8'i ölümü kurtuluş olarak düşünürken, %6.8 ölümle ilgili hiçbir şey hissetmemekte, %4.3'ü ise ölümü bir başarısızlık ya da yetersizlik olarak görmektedirler. Sağlık personelinin %15.7'si ise ölümden korktuklarını ya da ölüm olayına üzüldüklerini belirtmiştir. Yılmaz ve Vermişli'nin 2015 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının ölümü doğal karşıladıklarını, %46.7 si ise acıların son bulduğunu düşünmeleri bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (109).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin cinsiyetleri ile ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, kadınların 9.7 ± 2.76 , erkeklerin 7.7 ± 3.22 ÖKÖ puanına sahip olduğu ve kadınların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 17). Ertufan'ın 2008 yılında hekimler üzerinde yaptığı (20), Acehan ve Eker'in 2013 yılında acil tıp hizmeti veren sağlık personelleriyle yaptığı çalışmada (110) kadınların ölüm kaygısı (4.4 ± 0.95), erkeklerin ölüm kaygısından (4.0 ± 0.92) daha yüksek bulunmuşken, Benli ve Yıldırım Tunceli Devlet

Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle 2017 de yaptıkları çalışmada cinsiyetler arasında ÖKÖ bakımından anlamlı fark bulmamışlardır (111). Kadınlarda ölüm anksiyetesi bu çalışmada, İran'da 2017 yılında yapılan Soleimani ve ark.'ın çalışmasıyla uyumlu olarak kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (112). Ayrıca Templer'in 1970 yılındaki çalışma sonuçları da bizim çalışmamızla örtüşmektedir (113). Bu durum kadınların duygu dışı vurumu açısından daha rahat olup, erkeklerin üzerlerine yüklenen daha güçlü ve korkusuz olma rollerinden dolayı duygularını rahat gösterememeleriyle açıklanabilir (110,114). Templer'in ölüm kaygısı ölçeğinin duygusal cevaplara yönelik kaygıyı ölçtüğü ve kadınların ölüm kaygısı puanlarının bu nedenle daha yüksek olduğunu belirten bir görüş de bulunmaktadır (115).

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin %70.4'ünün (n:197) evli, %29.6'sının (n:83) bekar olduğu ve bekar olan kişilerin ÖKÖ puanının (9.7 ± 2.84), evli olan kişilerin ÖKÖ puanına göre (8.7 ± 3.13) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 18). Erdoğan ve Özkan'ın 2007 yılında yapmış oldukları araştırmada evlilerin ölüm kaygısını bekarlara göre daha yüksek bulmuştur. Ölüm kaygısının evlilerde yüksek çıkmasının sebebini çocuk ve eşe karşı görevlerin olması olarak belirtmişlerdir (95). Turgay'ın 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre ise medeni durum ile ölüm kaygısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (96). Yine Benli ve Yıldırım'ın Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle 2017'de, Soleimani ve ark.'ın, İran'da aynı yıl yaptığı çalışmada, medeni durumlar arasında ÖKÖ bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (111,112). Literatürle bizim çalışmamız arasındaki fark bölgesel farklılıklardan ya da hekim ve hemşirelerin birlikte değerlendirilmesinden kaynaklanabilir. Medeni durumun sadece evli ve bekar olarak değil, dul, eşi ölmüş, boşanmış gibi alt gruplara ayrılarak değerlendirilmesi de farklı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir (116).

Sağlık personelinin %61.4'ünün (n:172) çocuğu varken, %38.6'sı (n:108) çocuk sahibi değildir. Grubun çocuk sahibi olmaya göre ÖKÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş, çocuğu olmayan kişilerin ölüm kaygısı puanı (9.6 ± 3.11), çocuğu olan kişilerin ölüm kaygısı puanına (8.6 ± 3.01) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19). Öngider ve Eyüboğlu'nun 2013 yılında yapmış olduğu araştırmada çocuk sahibi olma ile ÖKÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (116). Özdemir, yoğun bakım hemşireleriyle 2014 yılında yaptığı çalışmada tersi yönde anlamlı bir sonuç bulmuştur. İki çocuğu olan

hemşirelerin çocuğu olmayanlara göre ölüm kaygısı puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (117).

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken, çocuğu olmayan kişilerin çocuk sahibi olan kişilere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu neslin devamının sağlanmasının ölüm kaygısını azalttığını düşündürebilir. Bu nedenle ölüm kaygısı yüksek sağlık personeline kaygılarını azaltma yönünde fayda sağlayacağı düşünülerek çocuk yapmaları önerilebilir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ve anksiyete düzeylerinin doktora göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu Thiemann ve ark.'ın 2015 yılında Cambridge Üniversitesinde yaptığı çalışmayla benzerdir. İlgili çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygıları tıp öğrencilerine göre anlamlı düzeyde yüksektir (118).

Sağlık personeli arasında son bir yılda yakınıni kaybedenlerle kaybetmeyenler arasında ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı fark yoktur. Özdelikara ve ark.'ın 2016 yılında, bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak ailede kayıp yaşamının Samsun'da ki hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısını etkilemediğini bulmuşlardır (119).

Çalışmaya katılan sağlık personelinin kaybedilen kişinin yakınlık derecesi ile ÖDÖ puan ortalamaları arasında fark yokken, ÖKÖ puan ortalamalarında ikinci derece yakınıni kaybedenlerin birinci derece yakınıni kaybedenlere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın bulgularının aksine Öz ve ark.'ın 2012 yılında birinci derece yakınıni kaybedenlerin diğer kayıplara ve birinci derece yakınıni kaybetmeyenlere göre ölüm kaygılarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (120). Öz'ün bulgusu daha fazla beklediğimiz bir durumdur. Ancak bu çalışmada ki farklılık bu sorunun sağlık personeli tarafından doğru anlaşılmadığını ya da birinci derece kayıp yaşayanların bu soruda sorunla yüzleşmek istemediklerini ya da kadınlarda ikinci derece kaybın fazla olduğunu düşündürmektedir. Sorunun daha fazla alt gruba ayrılması, sonucu etkileyen faktörün belirlenmesini sağlayabilir.

Bu çalışmada sağlık personelinin, yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip yakını olanlarla, ölümcül hastalığa sahip yakını bulunmayanlar arasında ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasında ki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Şahin ve ark.'ın Adana 2016 yılında Aydın'da hemşirelik öğrencilerinin ölüm nedeniyle tanıdığı birisini kaybedip kaybetmemenin ölüm kaygısını arttırmadığını ancak akrabalarından birinin kaybedilmesinin ya da klinik uygulamalar sırasında baktığı bir hastayı kaybetmesinin hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısını arttırdığını bulmuşlardır. Bu farklılıklar bölgesel farklılıklarla açıklanabilir (121).

Çalışmaya katılan sağlık personelinin ölümcül hastalığa sahip yakınlarının, yakınlık derecesi ile ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Bu çalışmada doktor ve hemşirelerin ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmış olmasının da ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasında ki farkı etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Özdelikara ve ark.'ın bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, Samsun'da 2016 yılında hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ölüm tehlikesi ile karşılaşmanın ölüm kaygısını etkilemediğini bulmuşlardır (119).

Sağlık personelinin psikolojik ya da psikiyatrik yardım alma durumu ve psikiyatrik ilaç kullanma durumu, doktor ve hemşirelerin ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın etkilememektedir. ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir. ($p>0.05$) Bu çalışmaya benzer biçimde Öz ve ark.'ın Ankara'da 2012 yılında hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlık düzeyleri arasında anlamlı fark bulmamıştır (120).

Mesleği başından beri severek yapan doktor ve hemşirelerin sevmeyenlere göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu da sağlık personelinin duygularını yansıtmadan profesyonel anlamda çalışmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışılan birimler arasında ÖDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yokken, cerrahi alanında çalışan doktor ve hemşirelerin diğer birimlere göre ÖKÖ puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gaygusuz ve ark.'ın 2015 yılında Kocaeli Derince Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakımlarda yaptıkları çalışmada dahili hasta grubunun cerrahi hasta grubuna göre yoğun bakımda

kalış süreleri, solunum desteği süreleri ve yoğun bakım mortalite oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (122). Bizim çalışmamızda da cerrahi alanda çalışan hekim ve hemşirelerin OKO puan ortalamalarının düşük bulunması daha akut, çabuk iyileşme gösteren ve mortalite oranı diğer birimlere göre daha düşük hasta grubuyla çalışmalarından ve operasyon sonrasında hastaların takibinin dahili branşlara devredilmesinden kaynaklanabilir. Bu çalışmadan farklı olarak Benli ve Yıldırım, Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle 2017'de yaptıkları çalışmada çalışılan birimler arasında ÖKÖ bakımından anlamlı fark bulmamışlardır (111).

Sağlık Personelinin ölüme karşı duyarsızlaşma düşüncelerine göre ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur. Bu da hekimler ve hemşireler ölüm olayına karşı duyarsızlaşsalar da duyarsızlaşmasalar da ölüme yönelik kaygı ve depresyon düzeylerinin etkilenmediği söylenebilir. Bu da yine profesyonel bakış açısını yansıtabilir.

Ölümü başarısızlık-yetersizlik olarak düşünen sağlık personelinin ölüm olayıyla ilgili diğer duygu düşüncelere sahip sağlık personeline göre ÖDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksekken, ÖKÖ puan ortalamaları bu açıdan anlamlı düzeyde farklı değildir. Öz ve ark.'ın Ankara'da 2012 yılında hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ölüm kaygısını inceledikleri çalışmada da ölümün yeni bir yaşamın başlangıcı olarak gören hemşirelik öğrencilerinin ayrılık, yaşamın sonu ve karanlık, belirsizlik, korku, kurtuluş, sonsuzluk, yalnızlık olarak ifade edenlere göre oldukça düşük olmasına karşın bu çalışmayla uyumlu olarak ölüm kaygısı puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır (120).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu araştırma; doktor ve hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan doktor ve hemşirelerin yaş aralığı 19-63 yaş, meslekte çalıştıkları yıl 1-39 yıl arasında. Yaş ortalamaları 35.2 ± 8.40 , meslek yılı ortalamaları 12.2 ± 8.50 idi.

Doktor ve hemşirelerin 179'u (%63.9) kadın, 101'i (%36.1) erkek olup, 197'si (%70.4) evli, 83'ü (%29.6) bekarıdı.

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin 172'si (%61.4) çocuk sahibi iken, 108'i (%38.6) çocuk sahibi değildi.

Araştırma grubununun 116'sı (%41.4) doktor, 164'ü (%58.6) hemşireydi.

Araştırma grubunu oluşturan doktor ve hemşirelerin 76'sı (%27.1) son bir yılda yakınını kaybetmişti ve bunların 11' i (%14.5) birinci derece yakındı. Grubun 71'i (%25.4) ciddi ölüm tehlikesiyle karşılaşmış, 45'i (%16.1) son bir yılda psikiyatrik ilaç kullanmış ve 37'si (%13.2) psikiyatrik-psikolojik yardım almıştı.

Araştırma grubundaki kadın ve erkeklerin ÖDÖ ve ÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ($p < 0.05$), kadınların erkeklere göre ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve ölüm kaygıları daha yüksekti.

Medeni duruma göre ÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($p < 0.05$) ve bekarların evlilere göre ölüm kaygıları daha yüksekti.

Araştırma grubunu oluşturan doktor ve hemşirelerin ÖDÖ puan ortalaması 7.6 ± 3.66 , ÖKÖ puan ortalaması 9.0 ± 3.08 bulundu. Araştırma grubununun ölüme ilişkin depresyon puanı depresif durum olmadığını, ölüm kaygısı puanı ise araştırma grubununun yüksek ölüm kaygısı olduğunu göstermekteydi.

Çocuk sahibi olma durumuna göre ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı değilken, çocuğu olmayan kişilerin, çocuk sahibi olan kişilere göre ÖKÖ puan ortalamaları anlamlı olup, ölüm kaygıları daha yüksekti.

Hemşirelerin ÖDÖ puan ortalaması 8.2 ± 3.57 , doktorların ÖDÖ puan ortalaması 6.7 ± 3.63 'tü. Hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon düzeyleri, doktorlara göre yüksekti. 0-8 puan aralığında olan doktorlarda depresif duygu durumu görülmezken, 8-17 puan aralığında olan hemşirelerde depresif duygu durumu vardı.

Hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması 9.7 ± 2.80 , doktorların ÖKÖ puan ortalaması 8.1 ± 3.23 'tü.

Her iki grubunda ÖKÖ puan ortalamaları normalden yüksek fakat hemşirelerin ölüme ilişkin kaygı düzeyleri doktorlara göre daha yüksekti.

Bu çalışmada ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon olmanın en önemli belirleyicisi kadın, bekar, hemşire, çocuk sahibi olmamak olarak belirlenmiştir.

Kadının toplumda erkekten farklı olarak doğurganlık gücüne sahip olması nedeniyle ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonunun temel örüntüsü dünyaya çocuk getirmek olup, bu şekilde ölüme meydan okuma davranışı sergilediğini düşündürmektedir. Kadın için soyunun devam etmesi yaşamına anlam katarken, tersi durumun kaygı ve depresyonu tetiklediği söylenebilir.

Bu çalışmada ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmış olmak dahi ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyonu arttırmamaktadır. Bu da kişinin, özellikle kadının kendi bir defalık yaşamının anlamsızlığını, soyun devamının yüceltildiğini akla getirmektedir.

Bu çalışmada ölüme karşı duyarsızlaşma ölüme yönelik kaygı ve depresyonu etkilemezken, meslek grupları arasında cerrahi alanında çalışıyor olmak daha az ölüm kaygısına neden olmaktadır. Bu durumu cerrahi alanda çalışan hekim ve hemşirelerin daha çok akut ve mortalite oranı düşük hasta grubuyla karşılaşmasının yanında, ölüm olayının doğrudan kendi performanslarıyla ilişkili olmasına bağlayabiliriz.

Öneriler

Ölüm sürecine ilişkin eğitimler mesleki eğitim programına alınabilir. Hizmet içi eğitimlerde ölüm sürecine ve ölümlle başa çıkmaya yönelik eğitimler planlanabilir. Sağlık personeli ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri hakkında konuşmaya teşvik edilebilir.

Sağlık personelleri, özellikle kadınlar, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon durumları açısından daha yakından takip edilebilir ve belirli aralıklarla kaygı ve depresyon düzeyleri değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeler sonucunda sağlık çalışanları arasında rotasyonlar sağlanabilir.

Hasta ve ailelerini daha iyi anlayabilmesi adına önce kendi duygularını tanıyıp anlayabilmesi için psikolojik danışmanlık hizmetleri verilebilir.

Çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılabilir.

Çalışma saatleri içinde dinlenme araları verilebilir ve dinlenme ortamı oluşturulabilir. Bu çalışmaya benzer çalışmaların hekim ve hemşireler dışındaki diğer sağlık personelleri ile de yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. s.52-93, Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2013.
2. Jung GC. Ruh ve Ölüm. Ed. Gürol E, Analitik Psikoloji. s. 36-44, Payel Yayınevi, İstanbul, 1997.
3. Yakıt İ. Batı Düşüncesi ve Mevlana. s.89-93, Ötüken yayınları,1993.
4. İnci F. Hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi. Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara, 2008.
5. Ay F. Ölüme karşı hemşirelik tutumu. Yoğun Bakım Dergisi, 5(1): 44-47, 2001.
6. Arsu T. Hayatın Anlamı ve Ölüm. Erişim Adresi: <http://www.hastarehberi.com/psikiyatri/psikiyatri2/hayatnanlaimiveolum.htm>
. Erişim Tarihi: 10 Mart 2006.
7. Baltaglia B. Cultural views on death and dying, Part 2. Cross cultural connection 3(2): 1-3, 1997.
8. Bramsted K.A. Resisting the blame game: visualizing the high cost of dying and accepting the duty of technology stewardship for all patient populations. Archives of Gerontology and Geriatrics 33(3): 53-9, 2001.
9. Okyayuz U. Ölüm ve ölümcül hastalık. Kriz Dergisi 3(1-2): 185-9, 1995
10. Philippe A. Batılının Ölüm Karşısında Tavırları (Çev. Kılıçbay MA) s.12-3, Gece Yayınları, Ankara, 1991.
11. De Araujo MMT, Da Silva MJP. Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. International Nursing Reviews (51): 149-58, 2004.
12. Sabom BM. Ölüm Anıları (Çev. Konyalıoğlu E) s.23-28, Ruh ve Madde Yayınları, 1992.
13. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Thelan's Critical Care Nursing Diagnosis and Management, Mosby Ins, 2002.
14. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. s.76-78, Alaş Ofset Yayınlar, İstanbul, 1999.

15. Gerald. Theory and Practice of Counseling end Psychoterapy. Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları (Çev. Sağlam A). 7. Baskı, s.149-163, Mentis Yayıncılık, Ankara, 2005.
16. Kumaş G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötenazi hakkındaki düşünceleri. Çukurova Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2005.
17. Gürkan A, Gümüş BA, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: hemşirelik girişimleri, hasta 63 hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 4(1): 2-12, 2011.
18. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2(1): 59-63, 1998.
19. Yiğit R. Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2 (2): 9-15, 1998.
20. Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle karşılaşma sıklığının ölüm kaygısı üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2008.
21. Tatar Ü. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeyinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
22. Hançerlioğlu O. Felsefe Ansiklopedisi. s. 23, 5. Cilt, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1978.
23. Longman-Metro Active Study Dictionary of English. England, Longman Group, 1993.
24. Doğan M. Türkçe Sözlük. s.24, Birlik Yayınları, Ankara, 1982.
25. Hökelekli H. Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. Uludağ Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi 3(3), 1991.
26. Kübler Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine (Çev. Büyükal B). s. 35-42, Boyner Holding Yayınları, İstanbul, 1997.
27. Alkan AT. Bir düğün gecesi denemesi. Düşünen Siyaset 4: 25-31, 1999.

28. Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi 6: 7-21, 2002.
29. Karaca F. Ölüm Psikolojisi. s.44-49, Beyan Yayınları, İstanbul, 2000.
30. Kınter N, Köftegöl Ö. Yetişkinlerde ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. On Sekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale, 2017.
31. Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. s. 103-110, 7. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1989.
32. Hökelekli H. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din. s. 25-34, 1. Baskı, Dem Yayınları, İstanbul, 2008.
33. Weber A. Histoire de la Philosophie Europeenne, s134-136, Paris, 1905.
34. Platon. Phedon (oevres completes içinde) s.764-856, Paris, 1950.
35. Yanbastı G. Kişilik Kuramları. s. 44-52, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1990.
36. Hick J. Değişen ölüm sosyolojisi (Çev. Koç T), Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 7: 235-249, 1990.
37. Ünal MS. Zamansız ölüm: geleneksel ve modern toplum karşıtlığında ölümün yeri. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 11(2): 121-133, 2011.
38. Göka E. Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi, s. 138-144, Timaş Yayınları, İstanbul, 2009.
39. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
40. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, 3. Baskı, s.24, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2000.
41. Işıkhani V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi, 23: 34-44, 2008.
42. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan. Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev. Aydın H, Bozkurt A), 8. Baskı, s.1559-1800, Güneş Kitabevleri, İstanbul.

43. Estes WK, Skinner BF. Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology* 29(5): 390, 1941.
44. Rachman S. *Anxiety*. Hove: Psychology Press, s.67, Taylor & Francis, New York, 2004.
45. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul 1993.
46. Briere JA, Scott C. *Travma Terapisinin İlkeleri*. s. 86, Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul, 2016.
47. Köknel Ö. *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. s. 27-29, 8. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1985.
48. Beck TA, Emery G. *Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler, Bilişsel Bir Bakış Açısı (Çev. Öztürk V)*. s.123-130, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2006.
49. Öztürk O. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*. s. 94-97, 10. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2004.
50. Stein DJ, Hollander E. *Textbook of anxiety disorders*, The American psychiatric publishing, Washington DC, 2001.
51. Freud S. *Endişe (Çev. Özcengiz L)*, 1. Baskı, s.66-73, Dergah Yayınları, İstanbul, 1977.
52. Özer Ş. *Panik Bozukluğu*, s.20-21, Okyanus Yayınları, İstanbul, 1999.
53. APA. *Anxiety*. Erişim adresi: <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>. Erişim Tarihi: 11 Ekim 2014.
54. Freud S. *Genel Nevroz Öğretisi. Psikanalize Giriş (Çev. Kotagel G)*, s.104, Gümüş Basımevi, İstanbul, 1993.
55. Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, s.78, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
56. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. s.165-188, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997.
57. Cüceloğlu D. *Ölüm Bilinci, Anlamlı ve Coşkulu Bir Yaşam İçin Savaşçı*. 1. Basım, s.217-244, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1999.

58. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları. s.251, 13. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004.
59. Develi E. Konya'da İlköğretim okullarında görev yapan beden eğitimi öğretmenlerinin sürekli kaygı durumlarının incelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006.
60. Çavuşoğlu H. Ölümcül hastalığı olan hastada ekip çalışması ve aile bakımının önemi. Türk Hemşireler Dergisi, 1984.
61. Aiken LR. Dying, Death, and Breavement. Massachussets, Pepperdine University, 1991.
62. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına acil yaklaşım, Takip ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Acil Tıp 3: 42, 2007.
63. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü, s.36-37, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
64. Işık E, Taner İY. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. s. 313-320, Asimetrik Paralel Kitabevi, İstanbul, 2006.
65. Solmuş T. Çift, Evlilik ve Aile Terapisi. s. 104-128, Doruk Yayınları, İstanbul, 2011.
66. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 5(1): 5-13, 2002.
67. Kırılı S. Güncel Klinik Psikiyatri, s.131- 155, Ankara, 2008.
68. Sayıl I. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, 1.baskı, Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, İstanbul, 2004.
69. Gotlib IH, Robert JE, Gilboa E. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. Cognitive Therapy and Research 22: 401-423, 1998.
70. Aşkın R. Depresyon El Kitabı, 2. Baskı, s.100-122, Konya, 1999.
71. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. s. 312-323, Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 2013.
72. Shorter E. A history of psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac, John Wiley&Sons Inc, New York, 1997.

73. Freud S. Mourning and melancholia. Ed: J. Strachey, Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14th edition, Hogarth Press, London, 1957.
74. Alper Y. Depresyon psikoterapisi. s. 86-93,1. Baskı, Alfa yayınları, İstanbul, 2001.
75. Beck AT. (1967). Depression: Causes and treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1967.
76. Lewinsohn PM, Hoberman H, Teri M, Hautzinger M. An integrated theory of depression. Ed: Reiss S, Bootzin R, Theoretical issues in behavior therapy, pp. 331-359, New York Academic Press, New York, 1985.
77. Ainsworth P. Understanding depression, University Press of Mississippi, 2000.
78. Köroğlu E. Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir. s. 91-93, 1. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004.
79. Yaparel R, Yıldız M. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 9(3): 198-204, 1998.
80. Uyer G. Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi 4: 8, 1982.
81. Cevizci A. Felsefe Sözlüğü. s. 140, 2. Baskı, Ekin Yayınları, Ankara, 1997.
82. Kızılkaya M, Koştü N. Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9: 69-74, 2006.
83. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1): 82-88, 2009.
84. Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
85. Fromm E. Kendini Savunan İnsan (Çev. Necla Arat). s. 152, Say Yayıncılık, İstanbul, 1994.
86. Fromm E. Sahip olmak ya da Olmamak (Çev. Arıtan A). s. 213, İstanbul, 1982.


87. Lester D, Castromayor I. The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *J Soc Psychol* 133(1):113-114, 1992.
88. Tang CS, Wu AMS, Yan ECW. Psychosocial correlates of death anxiety among chinese college students. *Death Studies*, 26: 491-499, 2002.
89. Abdel-Khalek AM, Tomas-Sabado J Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spain nursing students. *Death Studies* 29(2): 175-169, 2005.
90. Koestenbaum P. Ölümüne Yanıt Var mı? (Çev: Akgünlü Y). s. 132, Mavi Yayınları, İstanbul, 1998.
91. Feifel H, Branscomb AB. Who's afraid of death. *Journal of Abnormal Psychology* 81(3): 282-288, 1973.
92. Köknel Ö. Korkular takıntılar saplantılar. s. 63-67, Altın Kitaplar, İstanbul, 1998.
93. Teke A, Uçar M, Demir C, Çelen Ö. Karaalp T. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(4), 2007.
94. Kastenbaum R. Death anxiety. Arizona Stata University, Tempe A2, USA, 2007.
95. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fak Dergisi* 14: 171-179, 2007.
96. Turgay M. Ölüm korkusu ve kişilik yapısı arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2003.
97. Özalpın G. Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3: 1-8, 1999.
98. Abdel-Khalek MA, Lester D. Death obsession in Kuwaiti and American college students. *Death stud* 27: 541-53, 2003.
99. Koustelios AD, Personal characteristics and job satisfaction of greek teachers. *The International Journal Of Educational Management*, 15(7): 354, 2001.
100. Tanrıdağ RS. Hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2: 37-40. 1998

101. Eke S. Farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarının karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
102. Kübler-Ross E. Büyümenin Son Aşaması: Ölüm. s.72-75, Ruh ve Madde Yayınları., İstanbul, 1987.
103. Lundh LG, Radon V. Death anxiety as a fonction of belief in an afterlife: a comparison between a questionnaire measure and a stroop measure of death anxiety. Personality and Individual Differences, 25: 487-494, 1998.
104. Ertufan H. Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000.
105. Şenol C. Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1989.
106. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. J Clin Psychol 46: 834-9, 1990.
107. Tarhan G, Kılıç D, Yıldız E. Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 58: 411-416, 2016.
108. Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5(2), 2001.
109. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölümüne ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. CBU-SBED 2(2): 41-46, 2015.
110. Acehan G, Eker F. Levels of death anxiety, death related depression of health personnel providing emergency medical services and their coping methods. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 4:27-35, 2013.
111. Benli SS, Yıldırım A. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4): 167-179, 2017.

112. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing Issue*: 40(1):1-10, 2017.
113. Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. *J General psychology* 82: 165-174, 1970.
114. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Stud* 29:251-259, 2005.
115. Degner L. The Relationship between some beliefs held by physicians and their life prolonging decisions. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5(3): 223-232, 1974.
116. Öngider N, Eyüboğlu SÖ. Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 16: 34-46, 2013.
117. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısı ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
118. Thiemann P, Benson J, Barclay S. Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2: 335-342, 2015.
119. Özdelikara A, Alkan SA, Boğa NM, Şahin D. Öğrenci hemşirelerde ölüm kaygısı. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(1): 117-132, 2016.
120. Öz F, İnci F, Yılmaz EB. Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlamlık düzeyleri ve aralarındaki İlişki. *New Symposium Journal* 50(4):229-236, 2012.
121. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 7(3): 135-141, 2016.
122. Gaygusuz EA, Öncül S, Yılmaz M, Esen O, Balcı C. Yoğun bakım ünitesindeki dahili ve cerrahi hastalarda APACHE II'nin mortalite öngörmedeki katkısı. *J Kartal TR* 26(2): 127-131, 2015.

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı

 **BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 27/01/2016
TOPLANTI NO : 2016/02

KARARLAR :

8- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2016-17-27/01 Protokol no'lu "Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı İle Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Etmenler" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,


Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 2: Kurum İzni

ZONGULDAK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ZONGULDAK İLİ KHİBGS İDARİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
25/03/2016 14:03 - 79914002 - 799 - E.2641
00021182463


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Zonguldak İli Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 79914002/799
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı Tez Çalışması

ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın, 22.03.2016 tarih ve 4937 sayılı yazısı gereği, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülsüm KARAOĞLU'nun, Prof.Dr.Mehmet Ali KURÇER sorumluluğunda, "Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı İle Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Etmenler" konulu tez çalışmasını hastanenizde yapabilmesi, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip, etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Hakan GÜZEL
Genel Sekreter V.

Volkan UŞAK
Mentür
GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR
TARİH: 25.03.2016...

28 MART 2016
Personel

EKLER:
1-Yazı Örneği (1 takım)

Zonguldak
28/03/2016

T.C.	SAĞLIK BAKANLIĞI
ZONGULDAK ATATÜRK DEVLET HASTANESİ	GELEN EVRAK
KAYIT TARİHİ	29.03.2016
GÖNDEREN	KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
GELEN NO	2641
BİRİM	PERSONEL ÖZLÜK
KONU	BİLİMSEL VE EĞİTİM
KAYIT NO	3852

Kat:4 Zonguldak
0080-Dahili:6045 Faks:03722575757

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 21db7fb6-d727-465b-b4fc-aa410a5ee721 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3: Kişisel Bilgi Formu

“Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi’nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ile Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Etmenler”

Sevgili meslektaşlarım;

Hastanemizde görev yapmakta olan hemşire ve hekimlerin, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılmasına yönelik bu anket çalışmasını yaparken zaman ayırdığınız ve destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek

3. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar

4. Çocuğunuz var mı? 1. Var 2. Yok

5. Mesleğiniz nedir? 1.Doktor 2. Hemşire

6. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?yıl

7.Mesleğinizle ilgili ne düşünüyorsunuz?

1. Başından beri severek yapıyorum.
2. Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.
3. 3.Başından beri sevemedim.
- 8.Çalıştığınız birim?
- 9.Çalıştığınız birim hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Başından beri severek çalışıyorum.
2. Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.
3. Başından beri sevemedim.

10. Son bir yıl içinde herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi ? (Lütfen yakınlık derecesini EVET şıkkının yanına belirtiniz.)

1. Hayır 2. Evet (yakınlık derecesi)

11. Yakınlarınız içinde ölümcül bir hastalığa sahip herhangi bir kimse var mı?
(Lütfen yakınlık derecesini EVET şikkının yanına belirtiniz.)

1. Hayır 2. Evet (yakınlık derecesi)

12. Hiç kendiniz ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaştınız mı ?

1 Hayır 2. Evet

13. Ortalama kaç hastanın ölümüne tanık oluyorsunuz?

1.Hiç 2. Bir ayda.....ölüm 3. Bir yılda.....ölüm

14. Meslek hayatım boyunca karşılaştığım ölüm olayları benim ölüme karşı duyarsızlaşmama neden oldu.

1. Kesinlikle katılıyorum. 2. Katılıyorum. 3. Kararsızım.
4. Biraz katılıyorum. 5. Kesinlikle katılmıyorum.

15. İş ortamında karşılaştığımız ölüm olayları ile ilgili duygu ve düşünceler nelerdir?

1. Doğal karşılama 2. Kurtuluş olarak düşünme 3. Hiçbir şey hissetmeme
4. Başarısızlık-yetersizlik 5. Korkma-üzülme

16. Son bir yılda psikolojik ya da psikiyatrik yardım aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet

17. Son bir yılda psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

1. Hayır 2. Evet

Ek 4: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

DOĞRU YANLIŞ

1) Ölüme düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ölüm kelimesini duymak beni üzer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ölüm dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ölmüş dost ve akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ölüm hayatın anlamlarını yok eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiğilerimi tamamen kaybedeceğim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.			
13) Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincini 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 5: Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği

EVET HAYIR

1) Ölmekten çok korkuyorum.			
2) Zamannın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.			
3) Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.			
4) Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.			
5) Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.			
6) Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.			
7) Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.			
8) Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.			
9) Acı çekerek ölmekten korkarım.			

10) Ölmekten hiç korkmuyorum.			
11) Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.			
12) Kansere yakalanmaktan özel bir korku duyuyorum.			
13) İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.			
14) Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.			
15) Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.			

9. ÖZGEÇMİŞ

Gülsüm ÇELİKDAL, 24 Temmuz 1985 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini aynı ilde tamamladı. 2009 yılında Ankara Ufuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. Orta düzeyde İngilizce bilmektedir. Evlidir.2011 yılında başladığı ve halen görev yaptığı Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşirelik yapmaktadır ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda tezli yüksek lisans öğrenimini sürdürmektedir.

