



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI İLE BİREYSEL  
VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN TUTUMLARINA ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**Burcu ÇİNAR**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

**İSTANBUL – 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI İLE BİREYSEL  
VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNİN TUTUMLARINA ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**Burcu ÇİNAR**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

**İSTANBUL – 2018**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans  
Öğrenci No : 164204002  
Öğrenci Adı Soyadı : Burcu ÇINAR

Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları İle Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 26/09/2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof Dr. Besti ÜSTÜN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof. Dr. Selma DOĞAN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ  
(Maltepe Üniversitesi)

İmza 

**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
Enstitü Müdürü V.

## ÖZET

Bu çalışma, hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve tutumlarını etkileyebilecek bireysel ve çalışma özelliklerinin ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir devlet ve bir eğitim ve araştırma hastanesinin yatan hasta bakımı verilen kliniklerinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 135 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri ‘Hemşire Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’ kullanılarak, Mart-Nisan 2018 tarihleri arasında elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; Student’s T- testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi testi (ANOVA), Kruskal Wallis testi ve All Pairwise testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaş ortalaması  $30.97\pm 8.02$  yıl ve toplam çalışma sürelerinin ortalaması  $8.95\pm 8.83$  yıldır. Hemşirelerin çoğunluğu kadın (%88.1), lisans mezunu (%70.4) ve dini açıdan inançlı (%91.9)’dır. Hemşirelerin %40’ı ‘dahili kliniklerde’, %11.9’u ise ‘palyatif bakım kliniğinde’ çalışmakta olup, %68.9’unun ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi bulunmaktadır. Hemşirelerin %43.7’si ölmekte olan hasta bakımında zorlandığını ve bakım verirken daha çok ‘psikolojik olarak etkilendiklerini’ (%33.9) ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %54.1’i yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim aldığını ve %93.2’si ise sertifikalı olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği alt boyutlarından; ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ puan ortalaması  $42.29\pm 4.06$ ; ‘kaçış kabullenme’ puan ortalaması  $19.33\pm 2.69$ ; ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalaması  $37.41\pm 4.23$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin cinsiyet, eğitim düzeyi, dini inanç durumu ve ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanma durumu gibi özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu çalışmada erkek hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ alt boyut; lisans mezunu hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ alt boyut; dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin ‘kaçış kabullenme’ alt boyut; ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmayan hemşirelerin ise ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ alt boyut puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında yaşam sonu bakım konusuna kapsamlı bir şekilde yer verilmesi ve hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için ileride yapılacak çalışmaların özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin de örnekleme dahil edilerek daha büyük örneklemlerle yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** hemşirelik, ölüm, tutum, bireysel özellikler, çalışma özellikleri



# EVALUATION OF NURSES' ATTITUDES TOWARDS DEATH AND THE EFFECTS OF PERSONAL AND OCCUPATIONAL CHARACTERISTICS ON THEIR ATTITUDES

## ABSTRACT

This study evaluates the attitudes of nurses towards death, while also determining the personal and occupational characteristics that affect their attitudes. The research involved 135 nurses working in the inpatient clinics of a state hospital or in a training and research hospital in the İstanbul province who agreed to participate in the study.

The study data was collected between March and April 2018 using 'The Nurse Personal Information Form' and the 'The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R)'. Along with descriptive statistics, a Student's t-test, a Mann-Whitney U-test, a One-Way Analysis of Variance (ANOVA), a Kruskal Wallis test and an All Pairwise test were used in the data analysis.

The mean age of the nurses was  $30.97 \pm 8.02$  years and the total working time was  $8.95 \pm 8.83$  years. The majority of the nurses were female (88.1%), undergraduate (70.4%) and spiritual (91.9%); and 40 percent worked in internal medicine clinics, 11.9 percent worked in palliative care clinics and 68.9 percent worked in the hospice. Furthermore, 43.7 percent of the nurses expressed that they experienced difficulties in patient care, and that they are psychologically affected (33.9%) while providing care to their patients. In addition, 54.1 percent of the nurses reported that they had received training in hospice care and 93.2 percent had no certificate.

The mean score of the nurses in the 'neutral acceptance and approach acceptance' subscales of the attitudes towards death scale was  $42.29 \pm 4.06$ , the mean score in the 'escape acceptance' subscale was  $19.33 \pm 2.69$ , and the mean score in the 'fear of death and death avoidance' subscale was  $37.41 \pm 4.23$ . The difference between the characteristics of nurses such as age, educational level, spirituality and difficulty in providing care to the patients, and the scores in the subscales of the DAP-R found to be statistically meaningful ( $p < 0.05$ ). Male nurses achieved significantly higher mean scores in the 'fear of death and death avoidance' subscale, undergraduate nurses achieved significantly higher mean scores in the 'neutral acceptance and approach

acceptance' subscale, non-spiritual nurses achieved significantly higher mean scores in the 'escape acceptance' subscale, and nurses who experienced no difficulty in providing care to patients in the dying process achieved significantly higher mean scores in the 'fear of death and death avoidance' subscale.

Based on the findings of the present study, it is recommended that training programs for nursing personnel before and after graduation should include comprehensive lectures on hospice care, and further studies should be carried out that include nurses working in specialized units if a better understanding is to be made of the factors affecting the attitudes of nurses towards death.

**Keywords:** nursing, death, attitude, personal characteristics, occupational characteristics



## İTHAF

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğinin yanı sıra daima özgüven aşılayan sevgili dedem, emekli öğretmen MUSTAFA ÇİNAR'a ve her zaman, her alanda sevgisiyle bana güç vererek yanımda olan, hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili annem GÜLSÜM ÇİNAR'a ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve zamanını cömertçe paylaşan ve fikirlerime önem vererek destek olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile hemşirelik mesleğine bakış açımı olumlu yönde değiştirerek üzerimde emeği olan Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün değerli öğretim üyelerine,

Tez çalışmamın anket uygulama izni için Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Başhekimliği ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Yine bu süreçte mesai saatleri içerisinde zaman ayırarak anketleri dolduran ve araştırmaya destek olan değerli meslektaşlarıma,

Manevi desteğiyle her zamana yanımda olan aileme teşekkür ederim.

## BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezim olan “Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları İle Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışmamın, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmamla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

**26.09.2018**

**Burcu ÇINAR**

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>İTHAF</b> .....	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vi</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Ölüm Olgusu.....	6
2.2. Farklı Bakış Açılarında Ölümün Anlamı.....	7
2.2.1. Psikolojide Ölümün Anlamı .....	7
2.2.2. Felsefede Ölümün Anlamı .....	8
2.2.3. Farklı Kültürlerde Ölümün Anlamı .....	9
2.2.4. Farklı Dinlerde Ölümün Anlamı.....	11
2.3. Gelişimsel Açıdan Ölümün Anlamı.....	13
2.4. Gelişim Dönemlerine Göre Ölümün Anlamı.....	13
2.5. Sağlık Disiplininde Ölüm Olgusu.....	17
2.6. Ölüm Kavramı İle İlgili Teoriler .....	20
2.6.1. Kübler-Ross'un Ölüm Teorisi .....	20
2.6.2. Pattison'un Ölüm Teorisi.....	23
2.6.3. Wong-Reker-Gesser'ın Ölüm Teorisi.....	26
2.7. Ölüme İlişkin Tutumlar .....	26
2.7.1. Ölüme İlişkin Hemşirelik Tutumları.....	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>30</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	30

3.4. Verilerin Toplanması .....	31
3.4.1. Veri Toplama Gereçleri .....	31
3.4.2. Veri Toplama Gereçlerinin Uygulanması .....	34
3.5. Verilerin Analizi .....	34
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	34
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	35
3.8. Araştırmanın Sınırları .....	35
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
5.1. Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması .....	45
5.2. Hemşirelerin ÖKTÖ Puanlarının Tartışılması .....	46
5.3. Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre ÖKTÖ Puanlarının Tartışılması .....	49
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>56</b>
6.1. Sonuç .....	56
6.2. Öneriler .....	58
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>59</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>64</b>
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	64
EK 2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu .....	66
EK 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği .....	68
EK 4. The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) .....	70
EK 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul İzni .....	74
EK 6. Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Etik Kurul İzni .....	75
EK 7. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni.....	76

## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1: Hemşire Kişisel Bilgi Formu Tanılama Anahtarı .....	32
Tablo 3.2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Tanılama Anahtarı.....	33
Tablo 4.1: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (n=135) .....	36
Tablo 4.2: Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=135).....	38
Tablo 4.3: Hemşirelerin ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135).....	39
Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135) .....	40
Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135) (devamı).....	41
Tablo 4.5: Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135) .....	43

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>Ark</b>	: Arkadaşları
<b>DAP-R</b>	: The Death Attitude Profile-Revised Scale (Ölüme İlişkin Tutum Profili)
<b>Mak</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minimum
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>MS</b>	: Milattan Sonra
<b>N</b>	: Sayı Değeri
<b>ÖKTÖ</b>	: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
<b>p</b>	: Anlamlılık Düzeyi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>Vb</b>	: Ve Benzeri
<b>%</b>	: Yüzde Değeri

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hayat, doğumla başlayan ve ölümle sonuçlanan bir olgudur. Yaşamın sona erdiğini ifade eden ölüm; hayatın ayrılmaz bir parçası, varoluş tehdidi ve hayatı sınırlayan bir kavram olmasının yanında yaşanması mutlak olan bir gerçektir (Ay, 2013). Farklı kültür, toplum ve disiplinlerde bireye özgü olan kişilik, yaş, din, kültürel durum gibi etkenlere bağlı olarak birbirinden farklı ölüm tanımlamaları yapılmış olup bu tanımlardaki ortak nokta; ölümün, canlı organizmaların kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tam olarak işlevini yitirmesiyle açıklanabilecek bir olgu olduğudur (Karakuş ve ark., 2012). Ölüm olgusuna her insan farklı anlamlar yüklemektedir (Şahin ve ark., 2016). Ölüm, kimi için stres kaynağı veya stresten kurtulma yolu iken; kimi için ise bir yok oluş veya ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olarak düşünülmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007; Karakuş ve ark., 2012; Özdelikara ve ark., 2014 ve Tanhan ve Arı, 2006).

Ölümün algılanmasında etkisi olan din, kültür, toplumsal değer yargıları, inançlar, adet ve geleneklerin ölüme ilişkin tutum ve tepkilerde farklılıklara yol açtığı belirtilmektedir (Işıl ve Karaca, 2009). Ölüm, Hristiyanlıkta bir son değil, daha güzel ve daha farklı bir şekle girmek; Yahudilikte en ağır ceza ve korkunç bir gerçek; Müslümanlıkta ise insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak algılanmaktadır (Erdoğan ve Özkan, 2007).

İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümlerine ilişkin olarak yaşadıkları deneyimlerden etkilenerek, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirirler. Tutum; bireyin diğer bireyler, düşünceler, konu ya da insan gruplarına ilişkin sahip olduğu ve süreklilik gösteren duygu, inanç ve davranış eğilimleri takımıdır (Işık, 2008). Bireyin ölüme ilişkin tutumları Kübler-Ross'a (1969) göre; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi tepkilerden oluşur (Işıl ve Karaca, 2009). Pattison'a (1974) göre ise; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört boyuttan oluşur (Karakuş ve ark., 2012 ve Yıldız, 1996).

Ölüm olayları geçmişte daha çok ev ortamlarında gerçekleşirken, günümüzde ise tıp bilimindeki ilerlemelerle birlikte büyük oranda hastane ortamlarında gerçekleşmektedir (Demirci ve ark., 2016 ve Şahin ve ark., 2016). Bu ise ölümün tüm yükünün sağlık personelinin tarafından üstlenilmesini gerektirmektedir (Özdelikara ve



ark., 2014). Hastane ortamında özellikle hemşireler ölümü yaklaşan hasta ile sürekli olarak karşılaşmaktadır (Ay, 2013 ve Şahin ve ark., 2016).

Ölmekte olan hastalara ve bu hastaların yaşadıkları güçlükler hastanelerin palyatif bakım ve yoğun bakım klinikleri başta olmak üzere hemen her kliniğinde rastlamak mümkündür. Son dönem kanser hastaları, yatağa bağımlı hastalar ya da iyileşme ihtimali tıbben mümkün olmayan terminal dönemdeki hastalar genellikle hastane ortamında tedavi edilerek yaşam süreleri uzatılmaya çalışılır. Hastane ortamında geçen zaman bazen oldukça uzun sürer ve bu süreç yalnızca hastayı değil, hasta ailesi ve yakınlarını da derinden etkiler. Bu zor süreçte hasta ve ailesine bakım ve desteği sürdüren hemşireler bu anlara yakından tanık olurlar (Ay, 2013).

Ölmekte olan hastanın yaşadığı güçlükler; ailesine ve başkalarına yük olduğu düşüncesi, ölümler fiziksel ve mental becerilerini yitirme endişesi, ölümün ağrı vereceği düşüncesi, yaşamdaki amaçlarını gerçekleştirilmeden zamansız ölme ve terkedilme gibi korkulardır. Aynı zamanda bu dönemde hastanın gösterdiği inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi ölüm tepkileri de hastanın yaşadığı güçlükleri ifade etmektedir. Elizabeth Kübler Ross'a göre bu evreler daha hafif şiddette hasta aileleri ve sağlık ekibi üyeleri tarafından da yaşanmaktadır (Çavdar, 2011).

Ölüm olgusu ve ölmekte olan hastanın bakımı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir (Ay, 2013 ve Şahin ve ark., 2016).

Ölmekte olan hasta ve ailesine ihtiyaç duydukları bakımı vermek, hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (Işıl ve Karaca, 2009). Ancak hemşirelerin ölmekte olan hasta ve yakınlarına olumlu tutum geliştirme ve bakım vermede zorlandıkları görülmektedir.

Çalışmacılar ölümü yaklaşan hastayla çalışan hemşirelerin, ölüme yakından tanık olurken hem kendi ölüm gerçeğiyle yüzleşmek hem de hasta ve ailesine yaşam sonu bakım vermek durumunda kaldıklarını, bu durumun ise hemşireleri psikolojik yönden zorladığını, kaygı duymalarına ve farklı baş etme mekanizmaları (inkar, bastırma, yansıtma vb) kullanmalarına neden olduğunu belirtmektedirler ve hemşireler tarafından ölüm gerçeğinin inkar edilmesi ya da ölüm kaygısı gibi yaşanan olumsuz duyguların, hemşirelerin hastalara etkin ve bütüncül yaşam sonu bakım vermesini etkilediğini, bundan dolayı hemşirelerin hastaların yalnızca fiziksel bakımına ağırlık vererek psikososyal ve maneviyata ilişkin ihtiyaçlarını göz ardı ettiklerini ifade etmektedirler (Özdelikara ve ark., 2014 ve Şahin ve ark., 2016). Alaca ve arkadaşlarının (2011) yoğun bakımda yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve

hemşire görüşlerini karşılaştırdıkları bir çalışmada; hastaların çoğunluğu, hemşirelerin kendilerini dinlemediklerini, anlamadıklarını, kendileriyle konuşmadıklarını ve daha çok işlere yoğunlaştıklarını bildirmişlerdir.

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istememe nedenleri; hemşirelerin, bakım verirken yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan dolayı duydukları korku olarak belirtilmektedir (Işık, 2008; İnci, 2008 ve İnci ve Öz, 2012). Çalışmacılar hemşirelerdeki yetersizlik duygularının, zaman azlığı ve yoğun iş temposu nedeniyle etkili iletişimin kurulamaması sonucunda bakımın bazı boyutlarının eksik kalması ve ölmekte olan hasta bakımı ve hasta/ailesiyle ölümü konuşma konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğini; başarısızlık duygularının ise, hastanın bakım ve tedaviye olumlu cevap vermemesi, hastanın acı çekmesinin önlenememesi ve hastanın çalışma saatleri içerisinde ölmesinden duyulan endişe nedeniyle olabileceğini belirtmektedirler (Alaca ve ark., 2011; Işık, 2008; Işıl ve Karaca, 2009 ve İnci ve Öz, 2012).

Tüm bunlar hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken kayıp, düş kırıklığı, üzüntü, anksiyete, korku, inkar, öfke, depresyon, çaresizlik, başarısızlık ve suçluluk gibi duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle de hemşire- hasta ve ailesi arasında etkisiz iletişim kurulmakta ve çoğu zaman tedavi prosedürlerine ağırlık verilerek hastanın beklentileri ve yaşadığı duygusal güçlükler görmezden gelinmektedir (Işık, 2008; Işıl ve Karaca, 2009; İnci, 2008; Khader ve ark., 2010 ve Özdelikara ve ark., 2014).

Literatürde hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastalara ilişkin tutumları üzerinde yapılan çalışmalara göre; yaşam sonu bakım veren hemşirelerin çoğunun ölümü kabul edilmesi gereken bir zorunluluk olarak nitelendirmekle birlikte ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri, çalışma yaşantıları nedeniyle ölüme karşı duyarsızlaştıkları, ölüme yakın hasta ile rahat terapötik iletişim kuramadıkları ve düşük öz yeterlilik algısına sahip oldukları gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Bu konudaki diğer araştırmalar ise öğrenci hemşireler üzerinde yapılmış olmakla birlikte, öğrencilerin çoğunlukla ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri ve bakım verirken kendilerini yeterli hissetmedikleri gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Koç ve Sağlam, 2008; Koku ve Ateş, 2016; Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Nguyen ve ark., 2014; Selçuk ve Avcı, 2015; Taşdemir ve Gök, 2012; Tavşanlı ve ark., 2016 ve Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Literatürdeki çalışmalarda hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının bireysel özelliklerinden kaynaklanabileceği gibi çalışma özellikleri ile de ilgili olabileceğinden söz edilmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda; hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk durumu, kayıp yaşama durumu, mesleki deneyim, ölümle karşılaşma sıklığı, palyatif bakım eğitimi alma gibi özelliklerinin ölüme karşı tutumlarını etkilediği belirtilmiştir. Bununla birlikte eğitim düzeyi yüksek, yaşça büyük, mesleki deneyimi fazla, ölüm riskli birimlerde çalışan ve yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin genellikle ölüme karşı olumlu tutumlar geliştirdikleri belirtilmiştir. Yine bu çalışmalarda hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu ve kayıp yaşama gibi özelliklerinin ise ölüme karşı tutumları üzerinde hem olumlu hem de olumsuz sonuçlarının olabileceği ifade edilmiştir (Abu Hasheesh ve ark., 2013; Dunn ve ark., 2005; Gama ve ark., 2012; Işık, 2008; Khader ve ark., 2010; Matsui ve Braun, 2010 ve Wessel ve Rutledge, 2005).

Yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarında, ölmekte olan hasta bakımına ilişkin hemşirelerin tutumları ve nedenleri değerlendirilmiş olmakla birlikte çalışmacılar tarafından bu konudaki çalışmaların henüz sayıca ve nitelik yönünden yeterli olmadığı, ölüme ilişkin hemşire tutumlarının daha iyi anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (Abu Hasheesh ve ark., 2013; Işık, 2008 ve Khader ve ark., 2010).

Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin ölümü yaklaşan hastalara yönelik tutumları ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu yolla bu konudaki sorunların ortaya konularak hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımında en etkili şekilde güçlendirilmeleri mümkün olabilecektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

### 1.3. Araştırmanın Soruları

Hemşirelerin;

1. Ölüme karşı tutumları nasıldır?
2. Bireysel özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb.) yönünden ölüme karşı tutumlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Çalışma özellikleri (toplam çalışma süresi, çalışılan klinik, çalışma pozisyonu vb.) yönünden ölüme karşı tutumlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ölüm Olgusu

İnsan, doğduğu andan itibaren ‘biyo-psiko-sosyo-kültürel ve tinsel’ bir varlık olarak yaşamaya başlar. İnsanın hayattaki varlığı, fiziksel olarak doğumla başlar ve ölümle son bulur (Koç, 2002). Ölüm, her insanın yaşayacağı en son, en belirleyici, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz gerçektir (Hökelekli, 2017, s:9 ve Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:2). Ölüm olgusunu genel anlamda tanımlamak gerekirse; varlığın var olma durumunun sonlanarak, niteliksel ve niceliksel olarak boyut değiştirmesi şeklinde ifade edilebilir. Canlıların geneli göz önüne alındığında ise ölüm; hücrenin, organın veya organizmanın hayati faaliyetlerini tam olarak kaybetmesi ya da canlı olma durumunun son bulması olarak açıklanabilir (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:2-3).

Koç ve İnci'nin belirttiğine göre Kastenbaum ve Aisenberg (1976), ölüm olgusunun temel özelliklerini şu şekilde ifade etmektedirler:

1. Ölüm olgusu öznel bir kavram olmakla birlikte, bireyin içinde bulunduğu gelişimsel düzeye göre algılanır. Fakat bu gelişimsel düzey sadece bireyin kronolojik yaşı olarak anlaşılmalıdır.
2. Ölüm olgusu karmaşık bir yapıya sahiptir.
3. Ölüm olgusu bireyin gelişimsel dönemleri doğrultusunda değişikliğe uğrayabilir ve her bir gelişimsel dönemde farklı anlamlar taşıyabilir.
4. Ölüm olgusunun gelişimsel dönemler bakımından amacı, henüz tam anlamıyla anlaşılammakla birlikte, belirsiz veya sürekli oluşum süreci içerisinde olmasıdır.
5. Ölüm olgusunun algılanma biçimi, bireyin içinde bulunduğu durumun psikolojik yapısından etkilenerek şekillenir. Örneğin; bir hastane odasında yanı başımızda ölmek üzere olan bir hastanın varlığı ya da içinde bulunduğumuz durumun yaşamımızı tehdit ediyor olması gibi özel durumlar, ölüme verdiğimiz anlamı etkileyebilir.
6. Ölüm olgusuna verilen anlam, bireyin davranışlarıyla tutarlıdır. Örneğin; ölüm, birey için sonsuz bir mutluluğa geçiş ise ve bu mutluluğa bir an önce erişmek için intihar ediyorsa, bu beklenen bir davranıştır (Koç, 2002 ve Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:3-4).

Ölüm, her devirde insan hayatına etki ederek düşüncelerini ve yaşayış tarzını şekillendirmiştir. Her insanın bir gün mutlaka yaşayacağı ölüm gerçeği, bireylerde

merak ve korku duyguları uyandırmıştır. Coğrafi ve kültürel farklılıklara sahip toplumların, ölüm ile ilgili inanç, adet ve eylemleri açısından genellikle benzer özellikler görülmektedir. Ölüm olgusunun evrensel bir kavram olması, konunun farklı bakış açılarından incelenerek yorumlanmasına neden olmuştur (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:4).

Ölüm kavramı biyolojik, psikolojik ve sosyal anlamlar taşımasının yanında sosyoloji, psikoloji, felsefe ve teoloji bilimleri açısından da farklı anlamlar taşımaktadır.

Günümüzde *biyolojik ölüm*, kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak yitilmesi değil beyin fonksiyonlarının tamamen sonlanarak beyin ölümünün gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır.

Ölüm ile yaşam arasındaki ayırım biyolojik açıdan açık bir şekilde ortaya konulurken, bu konunun psikolojik ve sosyal açıdan tanımlanması kolay olmamaktadır.

*Psikolojik ölüm*, belleğin bilinçli faaliyetlerini gerçekleştirememesi olarak tanımlanır.

*Sosyal ölüm* ise, bireyin bilinçli olmamasına rağmen fiziksel faaliyetlerini temel yaşam destek sistemleri aracılığıyla gerçekleştirebildiği, sosyal faaliyetlerini ise diğer bireylerle iletişim kurma becerisini gerçekleştiremediği için yerine getirememesi olarak tanımlanır.

Fiziksel ölüm ile sosyal ölümün psikolojik sonuçları birbirinden farklıdır. Yaşamı sonlanan bireyin kendisi için sadece fiziksel ölümü gerçekleşirken, ailesi ve yakınları için sosyal ölümü gerçekleşir. Örneğin; nörodejeneratif hastalığı olan bireyler sosyal açıdan rollerini yerine getiremedikleri için öncelikle sosyal ölümü, daha sonra da fiziksel ölümü yaşarlar. Fakat iş kazası sonucu aniden yaşamını kaybeden bireylerin ise öncelikle fiziksel ölümü, daha sonra da tanıdıklarıyla etkileşim kuramamaları nedeniyle de sosyal ölümü gerçekleşir (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:6-7).

## **2.2. Farklı Bakış Açılarında Ölümün Anlamı**

### **2.2.1. Psikolojide Ölümün Anlamı**

Ölüm içgüdü kavramı Psikoloji biliminde ilk kez Sigmund Freud tarafından kullanılmıştır. Freud'a göre, bireyin sahip olduğu iki temel güdü vardır. Bunlardan ilki, cinsiyet güdüsünü içeren *cinsel içgüdü*dür. *Yaşam içgüdü*sü de denilen cinsel içgüdü, gücünü libidodan alır ve bireyin fiziki ihtiyaçlarını karşılar. İkincisi ise, saldırganlık ve yıkıcılık gibi tepileri içeren *ölüm içgüdü*südür. Ölüm içgüdü ise, bireyin yıkıma

meyilli yanlarını ifade eder. Freud'a göre, ölüm içgüdüleri temelde bireyin, hayattaki tehlikelerden korunmak amacıyla Aşkın varlıkları icat etmesinden kaynaklanır. Dini ise, paranoid belleklerin icadı ve nevrozların belirtisi olarak görmektedir. Yani birey, Tanrı'ya duyduğu inanç aracılığıyla ölüm ve sonrasına ilişkin endişe ve korkularını bastırır. Eğer ölüm içgüdüleri bazı engellemelerle kırılmaya uğrarsa saldırganlığa dönüşebilir ve bu saldırganlık, bireye yöneldiğinde yıkıcı özellikler taşır. Bu şekilde Freud hayatı, *ölüm içgüdüleri* ve *yaşam içgüdüleri* arasındaki dengeyle açıklar. Ona göre bireyde bilinçli olmaksızın bir ölüm isteği vardır ve birey, ölmek için yaşar (Koç, 2002).

Logoterapi'nin kurucusu ve hümanist psikolog Frankl'a göre, bireyin ölümüyle biyolojik varlığı son bulurken aynı zamanda hayat bütünlüğü tamamlanarak geçmişte kalır ve geçmiş, bireyle birlikte yaşamaya devam eder. Logoterapide ölüm, bireyin yok olması değil, varoluşunu tamamlamasıdır (Sezer ve Saya, 2009).

Hümanist bir başka psikolog Fromm'a göre, bireyin ölüm korkusu ölümden değil, kendisine ait olan şeyleri (bedeni, malı, mülkü, benliği) kaybetme korkusundan kaynaklanır. Bireyin sahip olma davranışının artmasıyla ölüm korkusu da artar. Ona göre birey, yaşam sevgisini arttırarak ve başkalarının sevgisini karşılıksız bırakmayarak bu korkunun üstesinden gelebilir (Sezer ve Saya, 2009).

Varoluşçu Psikoloji, bu dünyada doğduğunun ve öleceğinin bilincinde olan tek canlının insan olduğunu; bu gerçeğin ise bireyin, anlamlı yaşama konusunda kaygı duymasına neden olduğunu açıklar. Varoluşçulara göre ölüm, hayata yön veren, hayatın bir evresi ve kısmen de yaratıcısı olarak görülmelidir. Ölüm gibi acı veren birçok şeyden kaçmanın hayattan kaçmaya neden olacağını açıklarlar (Sezer ve Saya, 2009). Ayrıca bu bakış açısından ölüm, insanoğlunun en büyük ikilemidir. Çünkü insan, ölümü isteyerek seçebilir fakat istemediği takdirde de ölüm gelecektir. Bu yaklaşım ölümü, varoluşsal bir problem ve bireyin yaşaması gereken, hayatını anlamlandıran bir gizem olarak görmektedir (Karakuş ve ark., 2012).

### **2.2.2. Felsefede Ölümün Anlamı**

Ölüm olgusunun, bireyin yaşamı üzerine etkilerini inceleyen ilk filozoflardan Stoacılar, hayattaki en önemli olayın ölüm olduğunu ve iyi yaşamayı öğrenmek ile iyi ölmeyi öğrenmenin birbirine eş değer olduğunu ifade ederler. Stoacı filozoflardan Seneca (MÖ 4 - MS 65), sadece ölmeye istekli ve hazır olan bireylerin hayattan zevk

alabileceklerini belirtirken; bir başka Stoacı filozof Cicero (MÖ 106-43) ise, felsefe yapmayı ölüme hazırlık olarak gördüğünü ifade eder (Sezer ve Saya, 2009).

Ölüme ilişkin varoluşsal tutum geliştirebilen filozoflardan Sokrates (MÖ 470 - MÖ 399), ölümün hayatın kendisi olduğunu ve ölümlle beraber ruhun, bulunduğu yerden başka bir yere geçerek ‘bir değişme’ yaşandığını ifade eder. Diğer bir filozof Montaigne (1533-1592) ise, ölümün yaşamla iç içe olduğunu ve aynı olduklarını ifade eder. Bununla birlikte ölümün olmadığı hayatın korkunç ve anlamdan yoksun olduğunu belirtir. Ona göre insan doğduğu an itibarıyla, bir yandan yaşamaya bir yandan da ölmeye başlar (Aydoğdu, 2016).

Varoluşçu filozoflardan Kierkegaard (1813-1855) ve Heidegger (1889-1976) ise ölümü, bir ‘son’ veya bir ‘yok oluş’ olarak değil, bireyin kendi varoluşunu ve yaşamın anlamını algılayarak anlamlandırıldığı varoluşsal bir süreç olarak görürler. Heidegger, bireyin kendi ölümünü değil, diğer insanların ölümünü deneyimleyebileceğini ifade eder. Ona göre dünyadaki her canlı için ölüm, bir kez gerçekleşir ve bu özelliğiyle ölüm; demokratik, adil ve eşitlikçidir (Aydoğdu, 2016).

### **2.2.3. Farklı Kültürlerde Ölümün Anlamı**

Ölümün anlamı, farklı kültürel toplumlarda ve farklı devirlerde göreceli olarak değişikliğe uğrar (Hökelekli, 2017, s:24 ve Koç, 2002).

İlkel toplumda insanlar ölümün, mistik bir güç tarafından gerçekleştirilen kötü bir büyü sonucunda yaşandığına inanır. Onlara göre ölüm; büyücülerin, kötü niyetli atalarının ve düşman kutsal güçlerin mutsuzluklarının bir sonucudur. Onlar için ölümsüzlük bir zamanlar varken, fizik veya ahlaki bir felaket sonucunda yitirilmiştir (Hökelekli, 2017, s:24). İlkel insanlar doğa şartları, avlanma veya düşman kabileler nedeniyle her an ölebildikleri için ölüm, onlara yakındır ve ölüme her zaman hazırlıklıdır. Bu tür toplumlarda ölüleri toprağa gömmek, ölümler için yapılan törenler ve ölüm tanrısından zarar görmemek için ona sunulan kurban adetleri yer almaktadır (Sağır, 2013).

Geleneksel toplumda ölüm, bir ‘son’ olarak değil ‘yeni bir hayatın başlangıcı’ olarak görülür (Hökelekli, 2017, s:24 ve Koç, 2002). Geleneksel kültürde ‘eceliyle ölme’ anlayışı yaygındır ve ölüm kabul görülebilen bir olgudur. Çünkü bu tür toplumlarda, ölmek üzere olan kişinin yatak odası yakınlarının ve hatta çocukların bile rahatlıkla girilebildiği kamusal bir alan niteliğindedir ve ölüm, insanları dayanışmaya ve



bütünleşmeye sevk eder. Bununla birlikte mezarlıklar, yol kenarları ve mahalle ortaları gibi yaşam alanları içerisinde yer alır ve hatta aileden ölen biri kendi evinin bahçesine gömülür (Ünal, 2011). Ölen kişinin arkasında bıraktığı boşluğun doldurulması ve acının paylaşılması amacıyla törenler düzenlenir (Sağır, 2013).

Modern toplumda ölüm, ‘kaçınılmaz bir son’ ve ‘varoluşun son bulması’ anlamına gelir. Ölümden sonraki hayata şüpheyle yaklaşılır (Hökelekli, 2017, s:25). Modern insanda ölümsüzlük arzusu vardır. Bu nedenle bir yandan ölümü, yaşamının her alanından uzaklaştırmaya çalışırken diğer yandan da tıp bilimindeki gelişmeler nedeniyle bir gün ölümün engelleneceğine inanır. Modern insan ölümü, genellikle maddi bir nedene bağlar ve yaşlılığa öter. Bu tür toplumlarda ölüm yadsınan bir olgudur ve ölümle karşılaşma oranı düşüktür. Çünkü modern ölüm anlayışının özel ve yalnızlaştırıcı nitelik taşımasıyla, ölüm evlerden ve yaşam alanlarından ziyade, kurumlara ve şehirlerden uzak yerlere taşınmıştır (Ünal, 2011).

Son üç yüzyıl boyunca çağdaş kültürün de etkisiyle birlikte dünyaya ilişkin ilgi ve amaçlar artarak ölüm olgusu inkar edilmiş ve unutulmuştur. Ancak son kırk yıl içerisinde ise ölüme karşı ilgi zamanla artarak, *Tanatoloji* (Ölüm Bilimi)’nin de etkisiyle ölüm yeniden keşfedilmiştir. Günümüzde bu bilimin yardımıyla, insanın doğumundan ölümüne kadarki gelişim süreci bir bütünlük içerisinde incelenerek anlaşılmasına çalışılmaktadır (Hökelekli, 2017, s:10).

Lester ve arkadaşlarının (2007) bir çalışmalarında; ölüm kaygısının en yüksek Katar, Kuveyt ve Filipinler’de, en düşük ise Hong Kong, İspanya ve Türkiye gibi ülkelerde olduğunu ifade etmişlerdir.

Ayten (2009) bir çalışmasında; Ürdünlü öğrencilerin genel ölüm kaygı düzeyinin Türk öğrencilere göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Türk ve Ürdünlü öğrencilerin en çok ‘acı çekerek ölme’ ve en az ‘savaştan korkma’ nedeniyle kaygı yaşadıklarını ifade etmiştir. Araştırmacı literatürde farklı kültürlerde yapılan ölüm kaygısı araştırma sonuçlarının birbirinden farklı olmasının sebebini; ölüm olgusu veya ölümü hatırlatan olaylarla karşılaşma durumunun tek başına ölüm kaygısını açıklamada yeterli olmadığı, bununla birlikte hayata dahil olma ve yaşamdan tat almayı sağlayan sosyal refah, sosyal adalet, sosyoekonomik yönden gelişmişlik düzeyi gibi etkenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği şeklindeki ifadelerle açıklamıştır. Ayrıca “doğu kültüründe ölüm kaygısı azdır” ve “ölümle karşılaşma durumu ölüm kaygısını azaltır” şeklindeki ifadelerin de doğrulanamayacağını ifade etmiştir.

Gashi (2011) bir çalışmasında; Türk öğrencilerin genel ölüm kaygı düzeyinin Kosovalı öğrencilere göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Türk öğrencilerin ölüm kaygısını tüm unsurlarda daha fazla yaşadıklarını belirtirken, hem Türk hem de Kosovalı öğrencilerin en çok 'savaş korkusu' yaşadıklarını ifade etmiştir. Araştırmacı bu durumu 1999 yılında Kosova'da yaşanan savaşın ve 2011 yılı başında Arap devletlerindeki rejim karşıtı ayaklanmaların etkisinin her iki kültürdeki öğrenciler üzerinde devam ettiğine ilişkin ifadelerle açıklamıştır. Yine bu çalışmada 'ölümden korkma, ölümü konuşma, ameliyat korkusu, kanser korkusu, acı çekerek ölme, cesetten korkmak' gibi ölüm kaygısı unsurlarının daha çok şehirlerde yaşayan öğrencilerde görüldüğünü ifade etmiştir. Araştırmacı bu durumu ise şehir yaşamında yoğun olarak yaşanan stres, trafik kazaları, güvenlik eksikliği gibi durumların ölüm kaygısı düzeyini artırması ile ilişkilendirmiştir.

#### **2.2.4. Farklı Dinlerde Ölümün Anlamı**

Ölüm olgusu, dinlerin üzerinde durdukları ortak bir konudur ve ölüme ilişkin farklı görüşler bildirmişlerdir (Koç, 2002).

İslamiyet dinine göre ölüm, insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak ifade edilir (Erdoğan ve Özkan, 2007 ve Karaca, 2000). Bu inanca göre ölüm, yalnızca bedenin ölümüdür; ruh ise, Allah (Tanrı)'tan geldiği için tekrar ona dönerek (Koç, 2002), gerçek ve ebedi olan 'Ahiret' hayatında yaşamaya devam eder. Maddi dünya, bir imtihan olarak görülür (Kiper ve ark., 2011) ve bu dünyada yapılan tüm fiiller, bireyin ahiret hayatını şekillendirir. Bu anlayışa göre; insanın öleceği zaman bellidir ve bunu yalnızca Allah bilebilir. Bununla birlikte insan tek bir hayata sahiptir; bu da, ölümlerle yaşam arasındaki zamanla kısıtlıdır (Karaca, 2000).

Hristiyanlık dininin inancına göre insan, ruh ve bedenden oluşur ve ölen yalnızca bedendir. Bununla birlikte ölüm, 'son ve kayıp' olarak değil, 'başlangıç ve kazanç' olarak görülür (Karaca, 2000). Aynı zamanda yaşamın sonsuzluğuna inandıkları için ölüm, farklı bir hayata geçişi temsil eder (Kiper ve ark., 2011). Bu inanca göre ölüm, insana Hz. Adem'in işlediği günahın karşılığında bir 'ceza' olarak verilmiştir ve doğuştan potansiyel suçlu olan insanın, ölümü hak ettiği düşünülür (Koç, 2002).

Yahudilik (Musevilik) dinine göre Tanrı, emirlerine uyanları ödüllendirir; uymayanları ise, cezalandırır. Yaşamak ödül iken, ölüm ise en ağır cezadır. Bu inanca göre Tanrı, insanı topraktan yaratmış ve ona nefes üfleterek canlı hale getirmiştir;

nefesini aldığıında ise, insan ölecek ve yine toprağa dönecektir. Bu nedenle ölüm, kaçınılmaz ve korkunç bir gerçek olarak görülür. Ölüm ötesi hayat inancı pek yaygın değildir (Karaca, 2000).

Budizm dinine göre ölüm, yeniden doğuşun başlangıcıdır ve canlının ruhu, sürekli olarak ölür ve yeniden doğar. Bu yeniden doğuş, bazen bir insan bedeninde bazen de bir hayvan bedeninde gerçekleşir. Bu şekilde acı çekerek farklı bedenlere geçen ruh, gelişimini tamamlayarak olgunlaşır ve 'doğru, güzel, tam ve iyi durum' olan Nirvana'ya ulaşır. Böylece ruh aydınlanarak sonsuz mutluluğa erişir ve Buda (Budizm'in kurucusu) haline gelir. Bu inanca göre; insanın sahip olduğu hayatların sayısı, onun temel kişiliğini temsil eder. Ruh olgunluğu için tek bir hayat yeterli olmaz, reenkarnasyon tekrarlanmalıdır (Karaca, 2000).

Hinduizm dinine göre ölüm, bir 'son' olarak görülmez. Budizm'de olduğu gibi doğum ve ölümler tekrarlanır. Bu inanca göre yeniden doğuşlar, Budizm inancından farklı olarak bir insan veya hayvan bedeninde gerçekleşmesinin yanında, hareket etmeyen bir nesne olarak da gerçekleşebilir. Her yeniden doğuşun sahip olacağı biçim ise, hayattayken işlenen günah ve sevaplara göre değişir. Günahları fazla olanlar, yaratılış dizisinde aşağıya doğru inerken; sevapları fazla olanlar, yukarıya doğru çıkarlar. Hinduizm inancında gerçek mutluluk, insanın bu doğum-ölüm döngüsünden (samsara) kurtulmasıyla mümkündür ve bunun için ruhun bir an önce Moksha (Budizm inancında Nirvana)'ya ulaşması ve Jivanmukti (Budizm inancında Buda) haline gelmesi gerekir (Karaca, 2000).

Erdoğan ve Özkan (2007) bir çalışmalarında; Yezidilerin ölüm kaygılarının, Müslüman ve Süryanilere göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada Yezidilerin ölüm kaygılarının diğer dinlere oranla yüksek olma sebebi ruh göçüne; yani ölen iyi bir kişinin ruhunun çocuklara ve ulu kişilere, ölen kötü bir kişinin ruhunun ise eşek, katır, köpek gibi aşağılık varlıklara geçtiği inancıyla ilişkilendirilmiştir. Müslümanlarda ve Süryanilerde ölüm kaygılarının daha az olmasının sebebi ise; İncil ve Kuran'da, inançlı olanların günahlarının Tanrı tarafından bağışlanabileceği ve ölümün 'bir başlangıç ve yüce bir kazanç' olduğu ifadelerinin yer almasıyla ilişkilendirilmiştir.

### 2.3. Gelişimsel Açıdan Ölümün Anlamı

Gelişimsel açıdan ölüm kavramının beş alt bileşeni bulunmaktadır:

- 1. Evrensellik (Universality):** Ölüm olayının tüm canlılar tarafından yaşanacağını kavranmasıdır (Sezer ve Saya, 2009) ve “Yaşayan tüm canlılar eninde sonunda ölür.” tanımını kapsar. Evrensellik bileşeni; *kapsayıcılık* (tüm canlıları kapsaması), *kaçınılmazlık* (ölümün mutlaka gerçekleşeceği) ve *öngörülemezlik* (ölüm zamanının tahmin edilemeyeceği) olmak üzere üç alt bileşene sahiptir (Tümlü, 2013).
- 2. Geri döndürülemez olma (Irreversibility):** Ölüm olayı gerçekleştiğinde canlıların hayata geri dönemeyeceğinin kavranmasıdır (Sezer ve Saya, 2009). Yani bir canlı ölümüyle birlikte hayattaki bedensel varlığını sonsuza kadar kaybetmiştir (Tümlü, 2013).
- 3. İşlevsizlik (Nonfunctionality):** Ölüm ile birlikte bedenin tüm işlevlerinin tamamen yitirildiğinin kavranmasıdır (Sezer ve Saya, 2009). Yani canlı bedeninin sahip olduğu yaşamsal fonksiyon ve yeteneklerin geri dönüşümsüz olarak tamamen durmasıdır (Tümlü, 2013).
- 4. Nedensellik (Causality):** Beden fonksiyonlarının tümünün yitilmesinin ölüme yol açacağını kavranmasıdır (Sezer ve Saya, 2009). Yani canlının bedeni biyolojik bir nedenden dolayı ölür (Tümlü, 2013).
- 5. Fiziksel olmayan yaşamı sürdürme (Noncorporeal continuation):** İnsanlar, canlıların öldükten sonra ruhlarının bir başka hayatta yaşamaya devam ettiklerine inanırlar. Bu inancın kaynağı, insanların ölümden sonrasını anlamlandırma çabalarıdır (Tümlü, 2013).

### 2.4. Gelişim Dönemlerine Göre Ölümün Anlamı

#### Cocukluk Dönemi;

Piaget'e göre; 0-2 yaş dönemindeki (duyusal motor dönemi) bir bebek çevresindeki diğer canlılarla ilk ve anlamlı ilişkisini, annesiyle olan ilişkisi aracılığıyla kurar. Ölüm bu dönemde doğrudan algılanamaz, ancak annenin yaşadığı duygularla hissedilebilir. Bu dönemde yaşanan anne kaybı hissedilir, fakat bebek bu durumu anlamlandıramaz. Anna Freud ve Dorothy Burlingham, bu dönemde ölen bir annenin yerine geçen sakin ve güven veren nitelikteki bireylerin çocuklarında psikolojik bir zarar olmayacağını ifade ederler (Tümlü, 2013). Bu dönemdeki bebeklerin kayba karşı verdiği tepkiler: yatıştırılmayan ağlama, ebeveynini arama/çağırma, diğer yetişkinlerin

yatıştırma çabalarına karşılık vermeme, huzursuzluk, letarji, umutsuzluk, kayıtsızlık, üzgün yüz ifadesi, yaşına uygun faaliyetlere katılmayı istememe, uyuşuklukla birlikte duygusal içe çekilme, yeme ve uyku sorunlarıdır (Bildik, 2013 ve Kıvılcım ve Doğan, 2014).

Nagy'e göre ise; 0-5 yaş dönemindeki bir çocuk ölümü iki şekilde kabullenir. Birincisi; ölüm bir 'ayrılık', bir 'uyku' dur ve ölüm tamamen inkar edilir. İkincisi; çocuk ölümü anlar fakat yaşamdan ayırt edemez ve ölüm 'geçici bir durum' olarak algılanır. Bu dönemdeki çocuklar ölen kişinin nereye gittiğini ve nasıl yaşadıklarını merak ederler. Ölüm ile mezarlık arasında ilişki kurarlar. Tabut hareket etmeyi engellese de ölen kişi mezarlıkta yaşamaya devam eder ve onlar nefes alırlar, beslenirler, büyürler, yeryüzünde olanları bilirler ve yakınlarının onlara karşı hissettikleri duyguları anlarlar. Ölen kişinin hayatının normal hayattan farklı olduğunu algılayan çocuklar ise ölümü tamamen 'uyku' ile sınırlandırır. Vianello'ya göre; 2-5 yaş dönemindeki çocuklar ölümü 'daha uzun ve daha derin bir çeşit uyku' olarak görürler (Köylü, 2004). Bu dönemdeki çocukların kayba karşı verdiği tepkiler: gece uyumayı reddetme, uykuya dalmakta güçlük, özlem-üzüntü-çaresizlik duygularını öfkeyle sergileme, yersiz korku yaşama, enürezis, enkoprezis, bebeksi konuşma, parmak emme, kardeş/ebeveyni ile uyumayı isteme ve yeme alışkanlıklarının değişmesidir (Bildik, 2013 ve Kıvılcım ve Doğan, 2014).

Nagy'e göre 5-9 yaş dönemindeki çocuklar ölümü kişiselleştirirler. Bu durum iki şekilde gerçekleşir. Ölüm ya farklı bir kişiyle zihinde canlandırılır ya da ölen kişi ile kişiselleştirilir. Bu durumda ölü ya 'iskelet bir kişi' olarak ya da çocuğun kendi 'ölü adam' imajıyla zihinde canlandırılır ve ölü adam görülemeyen bir varlıktır. Bu dönemde ölümün kesin ve var oluşu kabul edilir. Vianello'ya göre; bu dönemdeki çocuklar ölen bir kişinin artık geri gelmeyeceğinin farkındadırlar. Onlara göre insanlar yalnızca hastalık ya da trafik kazası nedeniyle ölürlere ve ölümden kaçmak mümkündür (Köylü, 2004). Bu dönemdeki çocukların kayba karşı verdiği tepki: ölen kişinin davranışlarını taklit etmedir (Bildik, 2013).

Nagy'e göre; 9 yaş ve ilerisi dönemindeki çocuklar için ölüm, vücut fonksiyonlarının sonlanması anlamına gelir. Vianello'ya göre bu dönemdeki çocukların çoğu, 'ölümü herkes yaşar' ve 'ölüm yaşamın sonudur' gibi gerçekleri kavrar. Bu nedenle ölen kişinin geri gelmesi beklenmez. Onlar ölümün gerçek nedenleri konusunda kesin bir fikre sahip olmayabilirler ve tıpkı yetişkinler gibi ölüme mantıklı bir neden bulmaya çalışırlar. Onlara göre ölüme ya herhangi bir şey sebep olmuştur ya da ölüm

insanların kötülükleri veya iyilikleri sonucunda gerçekleşmiştir. Bu dönemdeki çocuklar ölüme verilen basit bir neden olan “onun bir hastalığı vardı ve öldü” şeklindeki bir ifadeyi anlamakta güçlük çekerler (Köylü, 2004). Bu dönemdeki çocukların kayba karşı verdiği tepkiler: üzüntü, utanç, suçluluk, endişe, depresif belirtiler, karın ve baş ağrısı gibi somatik belirtiler, erkek çocuklarda saldırgan ve yıkıcı davranışlar, kız çocuklarda ise bağlanma ve yapışma davranışında artmadır (Bildik, 2013 ve Kıvılcım ve Doğan, 2014).

Koç ve arkadaşları (2012) bir çalışmalarında; 7-12 yaş aralığındaki çocukların travmaya (ölüme) karşı ‘beni kim koruyacak’, ‘inkar’, ‘ölüm var ve olabilir’ şeklinde bilişsel tepkiler verdiklerini; sırasıyla ‘özlem, üzüntü, yalnızlık, korunmasızlık, hayal kırıklığı ve korku’ şeklinde duygusal tepkiler verdiklerini; yine sırasıyla ‘içe kapanma, saldırganlık, uykusuzluk, çekingenlik ve bağımlılık’ şeklinde davranışsal tepkiler verdiklerini ifade etmişlerdir.

Yılmaz (2013) bir çalışmasında; 8-13 yaş aralığındaki çocuklarda, yaş ve bilişsel gelişim düzeyi arttıkça ölüm kaygılarının azaldığını ve kız çocuklarında erkek çocuklarına göre daha yüksek ölüm kaygısının olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte hayvan ölümüne şahit olma durumu içerisinde en çok evcil hayvan ölümüne şahit olmanın ölüm kaygısını arttırdığını ve aile ve öğretmenlerinden ölüm ile ilgili sorularına tam cevap alabilen çocukların ölüm kaygılarının azaldığını belirtmiştir.

Tümlü (2013) bir çalışmasında; 7-12 yaş aralığındaki çocukların ölümü daha çok ‘dini öğeler’ ve ‘şiddet’ temalı resimler çizerek, 5-6 yaş aralığındaki çocukların tamamının ise hayal ürünü olan canavar, çizgi film karakterleri ve iskelet gibi figürler çizerek ifade ettiklerini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada 5-12 yaş aralığındaki çocukların çoğunun ölüm kavramını algılamada daha çok televizyon, aile fertleri ve kendi gözlemleri aracılığıyla bilgi edindikleri belirtilmiştir.

### **Ergenlik Dönemi;**

Piaget’e göre; 11 yaş ve üzeri dönemdeki (soyut işlemler dönemi) çocukların soyut düşünme yeteneklerinin gelişmesiyle birlikte sahip oldukları ölüm algıları bir yetişkininkine benzer (Tümlü, 2013). Ölüm olgusuyla farklı şekillerde ilgilenmeye başlayan ergen, örneğin ölümün yarattığı belirsizliğin üstesinden gelebilmek için dini ve felsefi yorumlamalara başvurabilir (Sezer ve Saya, 2009). Yetişkinin ölüme karşı ilgisi artar ve bu ilgi kendini ‘ölüme meydan okuma’ şeklinde gösterir. Yalom’a göre, ölüme meydan okuma altta yatan ölüm kaygısından kaynaklanır. Gelişim dönemleri içerisinde

ise ölüm kaygısı ilk olarak bu dönemde görülmeye başlar (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:35). Elkind'e göre; ergenin kişisel biriciklik inancı onun ölümle karşılaşmayacağı inancına dönüşebilir. Ergenlerin kayba karşı verdiği tepkiler: güçlü inkar, öfke, suçluluk, üzüntü ve intihar düşünceleri gibi duygusal tepkiler ile suça yönelme, alkol/madde kullanımı, bedensel yakınmalar, depresyon, intihar ve okul başarısızlıkları gibi olası belirtilerdir (Sezer ve Saya, 2009).

Çevik (2005) bir çalışmasında; 14-19 yaş aralığındaki bireylerin çoğunun dini açıdan inançlı fakat pratiklerinin eksik olduğunu, ölümü 'ara sıra' düşündüklerini, ölümden korktuklarını ve 'ölümü kabullenme' tutumu içerisinde olduklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte sevilen bir kişinin kaybı nedeniyle kaynaklanan üzüntü ve kaygıyla baş etmede daha çok 'dua' ve 'ibadete yönelme' davranışlarını seçtiklerini ve daha çok 'ölümden sonra yeniden diriliş ve sonsuz bir hayat' anlamındaki ölümsüzlük anlayışına sahip olduklarını belirtmiştir.

### **Yetişkinlik Dönemi;**

Genç yetişkinler için evlilik, iş hayatı, meslek ve kariyer seçimi, toplumsal ve ekonomik statü, çocukların yetiştirilmesi ve eğitimi gibi hayata yönelik konular önceliklidir. Bu nedenle ölüm gibi tatsız bir konuyu uzak gelecekle ilişkilendirirler. Orta yetişkin ise geleceğe yönelik görev ve sorumluluklarını, beklenti ve umutlarını gözden geçirerek yaşamın anlamı üzerine düşünmeye başlar. Çünkü ilerleyen yaşla birlikte ölüm kendisini göstererek kişide derin kaygı ve korkuya sebep olur (Hökelekli, 2017, s:30). Yetişkinine göre ölüm; biyolojik temelli bir olaydır, yaşamın sonudur, kaçınılmaz ve geri döndürülemez bir olgudur (Sezer ve Saya, 2009).

Kımtar ve Köftegül (2017) bir araştırmalarında; yetişkinlerin çoğunun ölüm kaygılarının yüksek olduğunu ve kadınların ölüm kaygılarının erkeklere göre daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte yaş ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin ölüm kaygısını etkilemediğini ve gelir düzeyi ile genel dindarlık düzeyi arttıkça ölüm kaygılarının arttığını belirtmişlerdir.

Yüksel ve arkadaşlarının (2017) bir çalışmalarında; 25-55 yaş aralığındaki bireylerin ölüm kaygısı düzeyleri arttıkça yaşam anlamı düzeylerinde azalma olduğunu ve yaşam anlamı alt boyutu olan 'aranan anlam' düzeylerinde de artış olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte ölüm kaygısının yaş (25-35 yaş, 35-55 yaş), eğitim durumu, medeni durum, algılanan dini inanç düzeyi ve bireyin yalnız yaşayıp yaşamamasına göre farklılaşmadığını, fakat kadınların erkeklerden daha fazla ölüm

kaygısı yaşadıklarını ve yakınının ölümüne tanık olan bireylerin daha yoğun ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

### **Yaşlılık Dönemi;**

Yaşlı birey bu dönemde, hayatın sınırlı ve yok olmanın kaçınılmaz oluşuyla karşı karşıya kalır. Ölümü erteleyebileceği bir gelişim döneminin olmaması yaşlı bireyi ölüme teslim olması ya da onu inkar etmesi arasında bir seçim yapmaya zorlar (Sezer ve Saya, 2009). Eğer yaşlı birey mutlu bir geçmiş yaşantıya sahipse, ölüm uzun hayatının ‘doğal sonu’ olarak görülür ve ölüm kabullenilir. Fakat geçmiş yaşantısında mutsuzluklar olan yaşlı bir birey ise, geçen günlerinin pişmanlığı ve o günleri tekrar yaşamak istemesi gibi nedenlerle ölmekten korkar. Az zamanlarının kalmış olmasıyla yaşanan umutsuzluk, ölümü kabullenmelerine engel olur ve ölümün mümkün olduğu kadar geç gelmesini isterler (Kızılkaya ve Koştı, 2006). Geçmişte dini görevlerini tam olarak yerine getirmemiş olan yaşlı bireyler bu dönemde ölüm, yaşam ve var olmak gibi kavramlara anlam bulabilmek için dinine bağlılık gösterebilir (Sezer ve Saya, 2009).

Koç (2003) bir çalışmada; 60 yaş ve üzeri bireylerin çoğunun ölümü devamlı olarak düşündüklerini ve yakınlarının ölümüyle daha çok ‘üzüntü’ duygusunu yaşadıklarını belirtmiştir. Bununla birlikte yaşlı bireylerin, ölümü isteme durumunda bunun ‘sonsuz mutluluğa kavuşmak’ için olduğunu ve öldükten sonra ise dikili bir mezar taşlarının olmasının yeterli olacağını bildirdiklerini ifade etmiştir.

Dağlı (2010) bir çalışmada; 60 yaş ve üzeri bireylerde öğrenim düzeyi yükseldikçe ve yaş ilerledikçe ölüm kaygısının azaldığını, kadınlarda ölüm kaygısının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu ve dindarlık düzeyi arttıkça ölüm kaygısının da arttığını ifade etmiştir.

### **2.5. Sağlık Disiplininde Ölüm Olgusu**

20. yüzyılda bilim ve tıp alanlarında meydana gelen gelişmeler nedeniyle yaşam süresi uzatılarak ölüm olaylarının gerçekleşmesi güçleşmiştir. Biyomedikal ve klinik tıp alanındaki ilerlemeler, çoğu hastalığın önlenmesini ya da tedavisini olanaklı hale getirmiştir. Teknolojideki gelişmelerle birlikte daha önceleri ölen prematüre bebeklerin artık yaşaması sağlanırken, bir çok ölümcül çocukluk çağı hastalıkları da beslenme, bağışıklama ve sanitasyon gibi tedbirlerle önlenmiştir. Gelişen rehabilitasyon hizmetleri ise, daha önceleri hastalık ya da kaza sonucu sakatlanan kişilerin artık bağımsız bir



hayat sürerek üretken olmalarına olanak sağlamıştır. Diğer taraftan, hastalıkların tedavi edilerek önlenmesi bireylerin yaşam kalitelerini arttırarak yaşam sürelerini uzatırken kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser, dejeneratif hastalıklar gibi sorunları da beraberinde getirmiştir. Bunlara değişik kanser türleri ve AIDS gibi hastalıklar da eklenmiştir. Geçmişte kısa sürede yaşamını yitiren kanser hastalarının yaşam süreleri günümüzde ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi yöntemleriyle uzatılmıştır. Hastalar bir taraftan acı veren bu tedavi yöntemlerinin uygulanmasını istemezken bir taraftan da daha uzun yaşamayı ister duruma gelmiştir. Ancak tıbbi müdahalelerle hastaya acı çektirilmesi ve başarı şansı düşük olan resüsitasyonun uygulanması, hasta yakınlarının öfke ve keder duymalarına sebep olmaktadır (Cimete, 2002, s:1 ve İnci, 2008).

Geçmiş yıllarda ölüm, yaşamın doğal bir süreci olarak algılanırken, günümüzde ise yaşamın sona ermesini önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmelerle birlikte kişisel ve spiritüel bir olay olmaktan daha çok tıbbi bir olay halini almıştır. Bu durum ölüm olaylarının sağlık personeli tarafından tıbbi bir başarısızlık olarak algılanmasına ve kendilerini suçlu hissetmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle hem toplumdaki bireyler hem de sağlık personeli tarafından ölüm inkar edilmekte ve yakın zamanda ölecek olan bireylerin hasta olarak tedavi edilmeleri konusunda çaba gösterilmektedir. Sonuçta, ölüm doğal bir süreç olarak evlerde yaşanmak yerine hastanelerde farklı müdahalelerle geciktirilmeye çalışılmakta (Cimete, 2002, s:2 ve İnci, 2008) ve buna bağlı olarak da yaşam sonu bakım kavramı öne çıkmaktadır (Özdemir ve Çelik, 2011).

Yaşam sonu bakım, hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir sebeple yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş ve kısa bir süre içerisinde ölmesi beklenen terminal dönemdeki hastaların, bu süreç boyunca problemlerinin üstesinden gelebilmelerini ve bakım gereksinimlerini karşılayarak kaliteli bir yaşam sürmelerini amaçlayan faaliyetlere denir. Yaşam sonu bakımın temel ilkeleri; hasta bireylere bütüncül bakım sağlamak, tanı ve tedavi olanakları hakkında hastayı bilgilendirmek, hastayla açık iletişim kurmak, hastanın seçimlerine saygı duymak, hastanın mevcut problemlerini kontrol altına almak ve hastanın yaşam kalitesine özen göstermektir (Özdemir ve Çelik, 2011). Yaşam kalitesi fiziksel, mental, sosyal ve duygusal açıdan bireyin algıladığı iyi olma halidir. Kaliteli ölüm kavramı ise, terminal dönemdeki hastaların yaşam deneyimlerine odaklanır. Bu tür hastalarda fiziksel açıdan tam bir iyileşme mümkün olmadığı için spiritüel iyilik hali, dostlukları ve değerli

olduğunu hissetmek daha anlamlı olabilmektedir. Yaşam sonu bakımında ‘iyi ölüm’; hastaların, ailelerin ve bakım vericilerin gereksiz distres yaşamamaları, acı çekmemeleri, hasta ve ailesinin isteklerine önem verilmesi, klinik, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşılması gibi koşullara bağlıdır. Aksi halde gereksiz acıların yaşandığı, hasta ve ailesinin istek ve değerlerinin önemsizmediği, hasta ile ilişkili kişilerde suçluluk duygularının yaşandığı, ihmal, şiddet ve istenmeyen tedavilerin zorla uygulandığı ‘kötü ölüm’ koşulları yaşanabilir (Cimete, 2002, s:5-6 ve İnci, 2008). Çoğu insan tarafından ani bir koroner rahatsızlık veya büyük kazalar nedeniyle ani olarak ölmek, yaşlılıktan ölmek ve saygınlığını kaybetmeden ölmek ‘iyi ölüm’ olarak adlandırılırken, kötü seyirli kronik hastalıklar nedeniyle ölmek ‘kötü ölüm’ olarak ifade edilir (Ay, 2001). Gürkan ve arkadaşları (2011)’nın 401 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %93’ü terminal dönemdeki hastaların hemşirelik bakım girişimlerinin sonlandırılmaması gerektiğini ifade ederken, %79.6’sı ise terminal dönemdeki hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Ölmekte olan hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımında diğer sağlık personellerine göre hemşireler, önemli bir role sahiptirler (Işık, 2008). Çünkü bu süreçte hemşireler hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçirmekte ve onların yaşadıkları birçok probleme yakından tanık olmaktadır. Bu süreçte hastalar; ağrı, yorgunluk, halsizlik, solunum güçlüğü, uykusuzluk, kilo kaybı, konfüzyon, konstipasyon, bulantı, kusma ve bası yaraları gibi bedensel problemler yaşamaktadırlar (Özdemir ve Çelik, 2010). Bununla birlikte ailesine ve başkalarına yük olma, ölümler fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, önemli yaşam hedeflerini gerçekleştirilmeden zamansız ölme ve terkedilme gibi korkular, ölümün ağrı vereceği beklentisi ve depresyon gibi psikolojik problemler ile dini görevlerini tam olarak yerine getirememekten dolayı manevi problemler yaşayabilmektedirler (Çavdar, 2011 ve Özdemir ve Çelik, 2010). Hasta yakınları ise; belirsizlik, yaşam tarzında değişiklik, birikimlerinin tükenmesi gibi durumlar ile birlikte hastanın bağımlı olmasından ve bakım yükünün artmasından kaynaklı stres, uykusuzluk, ümitsizlik, depresyon ve tükenmişlik gibi duygular yaşamaktadırlar (Işıl ve Karaca, 2009).

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek hemşireler için oldukça zor bir görev, aynı zamanda da çok özel bir deneyimdir. Ölüm gerçeği ile yüzleşmek hem hasta ve ailesi hem de hemşireler için travmatik olabilmektedir. Ancak bu sürecin, gelişmek

ve olgunlaşmak için bir fırsat olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu dönemde her hastanın bireyselleştirilmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakıma ihtiyacı vardır. Bu nedenle yaşam deneyimlerinin son günlerini yaşayan hastaların nitelikli bakım almaları sağlanmalıdır. Bu bakımı sağlayacak hemşirelerin; yaşam ve ölüm konularıyla ilgili sorunların üstesinden gelmeye, ölüm hakkında kendi duygularının farkında olmaya, beklenen ölüme ilişkin ailenin tepkilerini anlamaya, ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde aileye yardım etmeye hazır olmaları gerekmektedir (İnci, 2008).

## 2.6. Ölüm Kavramı İle İlgili Teoriler

### 2.6.1. Kübler-Ross'un Ölüm Teorisi

Elisabeth Kübler-Ross (1969), ölmek üzere olan 200 hasta ile yaptığı görüşmeler sonucunda ölüm sürecinin beş evreden oluştuğunu öne sürmüştür (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:17).

- 1. İnkâr ve Yalnızlaşma:** Ölümcül bir hastalık tanısı olduğunu öğrenen birey ilk olarak “Hayır, ben değil, bu doğru olamaz!” şeklinde tepki verir. Röntgen ve patoloji sonuçlarının bir başka hastaninkiyile karıştığına inanır ve daha olumlu bir tanı için farklı doktor arayışlarına girer (Kübler-Ross, 2010, s:47). İnkâr tepkisi, umulmadık bir anda şok etkisi yaratan haber sonrası kısa vadede bir tampon görevi görür ve hastanın kendini toparlamasına yardım eder. Uzun vadede ise az sayıda köklü savunmalar geliştirmesine imkan sağlar (Kübler-Ross, 2010, s:48 ve Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:17). İnkâr aşaması genel olarak hasta için geçici bir savunmadır ve kısa zamanda kısmi bir kabullenmeye dönüşür. Hasta bu aşamanın ileri safhalarında inkâr yerine yalnızlaşmayı kullanarak, bir yandan ölümlle yüzleşirken diğer yandan da ümidini korur (Kübler-Ross, 2010, s:48,50).
- 2. Öfke:** İnkâr tepkisi bu aşamada “Evet, benim, bu bir hata değilmiş.” şeklinde yeni bir tepkiye dönüşür. İnkâr süreci artık devam ettirilemediğinde öfke, kıskançlık ve küskünlük duyguları oluşmaya başlar. Sırada ise “Neden ben?” sorusu vardır. Hasta artık yapmaya gücü yetmediği aktiviteler konusunda sağlıklı insanları kıskanmaya başlar. Örneğin; hasta için hareket etmek ona acı verirken, televizyonda dans eden bir grup genci izlemek onu rahatsız edebilir. Bununla birlikte hasta bu aşamada sürekli olarak talep ve şikayetlerde bulunur, ilgi bekler ve öfkesini rastgele çevresinde bulunan herkese (ailesine, sağlık çalışanlarına) yansıtarak “Ben

yaşıyorum, bunu unutmayın. Sesimi duyabilirsiniz, henüz ölmedim!” mesajını verir. Hastaya göre doktorlar ona herhangi bir fayda sağlamıyordur; yapılacak tetkik ve uygulanacak diyetleri bilmiyorlar, onu hastanede uzun süre tutuyorlar, mahremiyet ve huzur aradıkları bir zamanda odasına oldukça hasta olan bir başkasını alıyorlardır. Hemşirelerin ise yaptıkları her şey yanlıştır; hastaya yardımcı olmak için odasına girdikleri zamanlarda sürekli rahatsız edildiklerini düşünürler, fakat yalnız bırakıldıklarında ise sürekli hemşireleri çağırarak isteklerde bulunurlar. Onu ziyarete gelen aile üyelerini ise asık suratla karşılarlar (Kübler-Ross, 2010, s:59-61).

- 3. Pazarlık:** Bu evre çok yaygın kullanılmakla birlikte, kısa süreliğine hasta için faydalı bir aşamadır. Hasta engelleyemeyeceği sona ilişkin “Eğer Tanrı beni dünyadan almaya karar verdiyse ve yakarmalarımın yanıt vermediyse, güzel bir şekilde sorarsam daha merhametli olabilir.” şeklinde düşünerek ölümü ertelemeye çalışır. Pazarlık, çoğu zaman Tanrı’yla yapılır ve bir sır olarak tutulur. Hasta, iyi davranışlarının ödülü olarak, ölümünün kendi belirlediği bir son tarihe (oğlunun mezuniyeti, kızının düğünü) kadar ertelenmesini ister. Bu dileğinin gerçekleşmesi durumunda ise artık daha fazla istekte bulunmayacağı sözünü verir. Fakat bu ‘son tarih’ geçtiğinde ise hasta tekrar pazarlık girişiminde bulunarak sözünü tutmaz (Kübler-Ross, 2010, s:89-91).
- 4. Depresyon:** Hasta, ölümcül hastalık semptomlarındaki artış nedeniyle fiziksel durumunun kötüye giderek daha fazla tıbbi müdahaleye ihtiyaç duymasıyla artık hastalığını inkar edemez bir duruma gelir. Bu aşamada hastada büyük bir kayıp duygusu ortaya çıkar. Örneğin; meme kanseri olan bir kadın ameliyat sonrası beden imajındaki değişiklik nedeniyle, rahim kanseri olan bir başka kadın ise ameliyat sonrası artık gerçek bir kadın olmadığını düşünmesi sebebiyle depresyona girebilir (Kübler-Ross, 2010, s:93). Bu evrede depresyon iki şekilde görülür: tepkisel depresyon ve hazırlayıcı depresyon (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:17). Tepkisel depresyon, hastanın artık eski rollerini (anne ya da baba rolü) yerine getiremediği bir zamanda, yani yaşanmış olan bir kayıp sonrasında ortaya çıkar. Hazırlayıcı depresyon ise, hastanın yaşadığı dünyadan ayrılışına hazırlanabilmek için geçirdiği hazırlayıcı üzüntü nedeniyle, yani yaklaşmakta olan bir kayba karşı ortaya çıkar. Tepkisel depresyonda hastanın kederiyle baş edebilmesi için etrafındaki güzel ve olumlu şeyleri görmesi için çabalamak faydalı olabilir. Örneğin; kendisi hastanedeyken çocuklarının bakımını üstlenen yakınlarının varlığı ve çocuklarının kendi yokluğuna rağmen mutlu olduklarını bilmesi bir anneyi rahatlatır.

Hazırlayıcı depresyonda ise hastanın farklı disiplinlerdeki insanlarla iletişim kurma ve paylaşımda bulunma ihtiyacı artar. Hazırlayıcı kederde hastanın tek ihtiyacı kelimelerden daha çok bir dokunuş, bir dua ya da sessizce bir arada olmaktır (Kübler-Ross, 2010, s:94-95).

- 5. Kabullenme:** Eğer hastanın yeterince zamanı olduysa (ani bir ölüm olmadıysa) ve önceki aşamalarda yaşadığı güçlüklerle baş edebilmek için yardım aldıysa yaklaşan sona karşı hasta sessiz bir bekleyişe girer ve kendi gidişine izin verir (Kübler-Ross, 2010, s:119 ve Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:18). Bu evrede daha çok hastanın ailesinin anlaşılmaya, yardıma ve desteğe ihtiyacı vardır. Kabullenme mutlu bir aşama değil, hastanın neredeyse hissizleştiği bir evredir. Bu dönemde hasta, ziyaretçi sayısı ve sıklığının azaltılmasını ister ve iletişimi daha sessiz bir hal alır. Hastanın elini tutarak sessizce bir süre onunla kalmak hasta için en anlamlı dakikalardır ve artık konuşmadığında bile yalnız olmadığını anlamasını sağlar (Kübler-Ross, 2010, s:120).

Kübler-Ross'a göre, ölümcül bir hastalık tanısının varlığında asıl sorunun hastalara tanının söylenip söylenmemesi değil, bu durumun hastalarla nasıl paylaşılacağıdır. Bu durumda yapılması gereken doktorların, hastaların ihtiyaçlarına saygı göstererek ve umutlarını koruyarak hastalıklarının ciddiyetini onlarla paylaşmalarıdır (Kübler-Ross, 2010, s:37). Bu süreçte 'umut' önemli bir etken olarak görülür (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:18). Kübler-Ross, ölümcül hastalık tanısına sahip ve durumunu kabullenmiş hastaların bile bir tedavi olasılığına ya da yeni bir ilaç bulunacağına ilişkin ümit taşıdıklarını ifade eder. Hastaların uzun süre çektikleri acıya dayanmalarını sağlayan ise sahip oldukları bu umuttur. Bu tür hastalar doktorlardan kötü bir haber duymak yerine, gerçekçi olsun ya da olmasın, her zaman umut veren sözler duymayı isterler ve umutlarını koruyan doktorlara karşı güven duyarlar. Umut vermek, doktorların hastalara yalan söylemesi anlamında değildir; sadece beklenmedik bir gelişme/iyileşme göstererek beklenenden daha uzun yaşayabilecekleri ümidini paylaşmaktır (Kübler-Ross, 2010, s:144-145). Kübler-Ross, ölümü beklenen hastalara ne kadar süre yaşayacakları konusunda bilgi verilmesinin doğru olmadığını ifade eder. Çünkü bu tür hastaların belirli bir zaman için yaşamaya odaklandıklarını ve umutlarını kaybederek kısa zamanda öldüklerini belirtir (Tanhan ve Arı İnci, 2009, s:18).

## 2.6.2. Pattison'un Ölüm Teorisi

Pattison (1974)'a göre, ölüme ilişkin kültürel içerikli dört tutum geliştirilmiştir (Yıldız, 1996).

- 1. Ölümü İnkâr Etme:** Eski kültürlerde büyük bir ilgi konusu olarak varlığını her yerde hissettiren ölüm, günümüz modern toplumunda ise görsel ve düşsel yollarla uzaklaştırılarak inkâr edilmektedir. Günümüzde mutluluk, refah ve cinsellik düşüncelerinin ön planda yer alması nedeniyle ölümü hatırlatan her şeyden uzak durmak çağdaş bir davranış biçimi olarak yer almaya başlamıştır (Hökelekli, 2017, s:42 ve Karakuş ve ark., 2012). Ölüm gerçeğinin inkâr edilmesinde sekülerizmin yaygınlaşarak dini değerlerin önemini yitirmesi bir etken olarak görülmektedir. Tarihte yer alan ölümlerin mumyalanması ve heykellerinin dikilmesi; günümüzde ise ölen kişilerin cenazelerinin makyaj yapılarak güzelleştirilmesi ve gösterişli cenaze törenlerinin yapılması ölümün inkârına yönelik uygulamalardır (Hökelekli, 2017, s:42-43). Kültürel açıdan en çok Amerika (Yıldız, 1996), mesleki açıdan ise en çok doktorlar ölümü yadsıma tutumunu benimsemiştir (Hökelekli, 2017, s:43 ve Yıldız, 1996). Psikolojik açıdan insan kendi ölümünü bir süreliğine inkâr edebilse de başkalarının ölümünü algılayabilmektedir. Savaş, doğal afet ve trafik kazası sonucu gerçekleşen ölüm olayı haberleri kendi ölümsüzlüğümüze ilişkin inancımızı pekiştirmenin yanında “Ölen kişi ben değilim, bir başkası.” şeklindeki bir düşünceyle bilinç dışı bir sevinç duymamıza neden olur. Ölümün inkâr edilmesi, maskeleyme ve bastırma gibi yollarla iki şekilde gerçekleşir. Maskeleyme, kişinin ölüm hakkında düşünmemek için kendisini günlük işlerine vererek sürekli meşgul etmesidir. Ölümle yüzleşmemek için zorlantılı işkolik ya da hazzı (hedonist) bir yaşam tarzını benimsemek maskeleymeye örnek olarak verilebilir. Bastırma ise, ölüm olgusunu bilinçten atarak etkisiz hale getirmektir (Hökelekli, 2017, s:43-44). İleriye yönelik planlar yaparken ölümü düşünmemek, yaşlı insanlarda görülen sık sık para biriktirme ve kimseye yardım etmeme gibi davranışlar bastırmaya örnek olarak verilebilir (Yıldız, 1996).
- 2. Ölümüne Meydan Okuma:** İnsanlar bir taraftan ölüm ile uzlaşmaya çalışırken bir taraftan da ölümsüz olmayı ister; yani her insanda psikolojik bir gerçek olarak ‘ölümsüzlük arzusu’ vardır. Godin, insanların ölüm gerçeği karşısında iki farklı şekilde hareket ettiğini ifade eder. Birincisi, köklü veya daha uzun bir hayatı isteme

ve ölümü dışlama ihtiyacından doğan ‘kaçınma ve narsistik korunma hareketi’ dir. İkincisi ise, daha iyi ve daha farklı bir hayatı isteme nedeniyle ortaya çıkan ‘tamamlanma arzusu’ dur. Bu her iki durumda da insan, yaşamının kesintiye uğramadan sonsuza kadar sürmesini ister (Karakuş ve ark., 2012). Ölüme meydan okuma eğilimi günümüz kültürünün doğal bir sonucudur. Sıklıkla televizyonda izlediğimiz savaş, terör ve cinayet haberleri ile şiddet içerikli filmler ölümü onurlu bir şekilde kabul etme yeteneğimizi zayıflatarak sıradanlaşmış bir ölüm algısı geliştirmemize neden olur. Bununla birlikte filmlerde ve sanal savaş oyunlarında çok fazla ölüm olaylarına maruz kalmak, ölümü senaryonun bir parçası olarak kabul etmemize ve gerçek ölüm olaylarıyla karşılaşmamız durumunda ise bilinç dışı olarak ölümün gerçek olmadığını algılamamıza sebep olur. Bir bakıma tüm bunlar ölüme karşı bir tür ‘sistemli duyarsızlaştırma’ ya neden olur (Hökelekli, 2017, s:45). Ölüme meydan okuma tutumu, özellikle insanların ölümüne yol açan kazalardan sağ çıkabilen kişilerde belirgin bir biçimde görülür. Bu kişilerde ölümle kumar oynamış ve kazanmış hissi hakimdir. Bazıları gelecekte karşılaştıkları benzer durumlarda bu yenilmezlik duygusunun etkisiyle kendilerini gereksiz yere tehlikeye atabilmektedirler (Hökelekli, 2017, s:45 ve Yıldız, 1996). Japon Kamikaze pilotları ve dublörlerin davranış biçimleri (Yıldız, 1996) ile henüz tedavisi bulunmayan hastalıklar nedeniyle ölen ya da ölmek üzere olan kişilerin dondurularak saklanmaları ve gelecekte geliştirilecek tekniklerle bu kişilerin çözümlenerek tedaviye alınacağına inanan kişiler ölüme meydan okuma tutumu içerisindeydirler (Hökelekli, 2017, s:44).

- 3. Ölümü İsteme:** Çağdaş kültürde bilinçli ya da bilinçsiz anlamda ölüme duyulan istek bilinenden daha yaygındır (Hökelekli, 2017, s:46 ve Karakuş ve ark., 2012). Avrupa ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyada intihar oranlarındaki artış, insanlardaki ölüm isteğinin son derece güçlü ve yaygın olduğunu göstermektedir. Ölümü isteme, her yaş ve gruptan tedirgin ve çatışmalı kişilerin seçtikleri çözüm yollarından biridir. Özellikle bir kısım gençler için ölümün çekici bir tarafı bulunmaktadır (Hökelekli, 2017, s:47 ve Yıldız, 1996). Ölüm isteğinin sebepleri gibi ifade edilmiş biçimleri de farklıdır. Ölümü bazı insanlar yaşamlarının tüm sıkıntılarından kurtulmak için isterken, bazıları da başkalarından öç almak ve onlara baş edemeyecekleri suçluluk duygularını yaşatmak için kendi hayatlarına son verebilirler. Bununla birlikte; ölüm isteği kimi insanlarda nevroitik bir şekilde itibar kazanmak olarak görülürken, sufi olan kişilerde ise Allah’a bir an önce kavuşmanın

güçlü ve samimi arzusu olarak görülür. Nevrotik ve psikotik insanlar ise ölümü sevdikleri kişilere ulaşmak için istemektedirler. Ağır bedensel sakatlığı bulunan kişilerde ve kendisini işe yaramaz hissettiği için mutsuz olan yaşlılarda ölüm isteği sık görülmektedir (Hökelekli, 2017, s:47-48 ve Yıldız, 1996). Genellikle insanlardaki ölüm isteği bilinçdışıdır. Örneğin; süratli araç kullanma alışkanlığı olan bir kişi, bu eğiliminin farkında değildir. Tehlikeli meslekleri isteyerek ve özellikle seçen kişilerin çoğunluğunun; bilinçaltında sürekli ve yoğun suçluluk duyguları yaşadıkları ve kendilerini tehlikeye atarak suç-ceza-af sürecini yaşayarak rahatlamaya çalıştıkları saptanmıştır (Yıldız, 1996).

- 4. Ölümü Kabullenme:** Ölümü inkar etme, ölüme meydan okuma ve ölümü isteme gibi tutumlarda yaşam ile ölüm, birbirinden ayrı kavramlar olarak ele alınırken; ölümü kabullenme tutumunda ölüm, yaşamın bir parçası olarak kabul edilir. Varoluş felsefesini benimsemiş bazı kişilerde ölümü kabullenme tutumu görülür. Bunlardan bazıları ölümü, yaşamını devam ettirmede temel neden olarak görürken; bazıları ise ölüme yakın olmayı, fizyolojik bir son yerine var olmamaya ilişkin bir tehdit olarak görmektedir (Hökelekli, 2017, s:48 ve Yıldız, 1996). Heidegger, ölüm konusundaki kaygımızla yüzleşemez ve bu duyguyu kabullenemezsek özgür olarak yaşayamayacağımızı ifade eder. İnsanların geneline bakıldığında, bir çoğu hayatlarını ölümden kaçınma üzerine kurdukları için yaşam sevincinden yoksun kalmaktadırlar (Yıldız, 1996). Hayatlarını iyi bir şekilde değerlendirdiklerini düşünen kişiler, ölümü sükûnetle kabullenme tutumu gösterirler. Bununla birlikte yaşanan dinin özelliği, kişinin dini inanç ve görevlere kendisini verme derecesi de ölüme yaklaşımını etkilemektedir. Çünkü dini bakış açısı ölüme yaklaşımda sükûnet, boyun eğme ve kabullenme tutumunu doğurabilmektedir. Ancak dindarların tamamında bu eğilimlerin ortaya çıkmasını beklemek de gerçekçi olmaz (Hökelekli, 2017, s:49 ve Yıldız, 1996). Ayrıca tıbbi müdahaleler sonucunda ölümden dönerek yeniden canlandırılan kişilerde ölümü kabullenme, insani ve ahlaki açıdan olgunlaşma ve dini-manevi değerlere daha fazla önem verme gibi olumlu yönde kişisel dönüşümler görülmektedir. Bu duruma benzer kişisel değişimlere; intihar girişiminde bulunup şans eseri kurtulan kişilerde, dağa tırmanırken düşme tehlikesi yaşayıp ölümden dönen kişilerde, ölüm cezasına mahkum olan ve son anda cezası ertelenen mahkumlarda ve ölümcül kanser hastalarında da rastlanmaktadır (Hökelekli, 2017, s:50).



### 2.6.3. Wong-Reker-Gesser'in Ölüm Teorisi

Wong, Reker ve Gesser (1994)'a göre ölüme ilişkin tutumlar, farklı ölüm davranışlarını içermekle birlikte beş alt boyuttan oluşmaktadır.

- 1. Ölüm Korkusu:** Bir kişinin ölümle karşı karşıya kaldığında duyduğu korku hissidir.
- 2. Ölümden Sakınma:** Ölüm kaygısını hafifletmek ümidiyle ölüm hakkında düşünmekten ve konuşmaktan kaçınmadır. Dolayısıyla 'ölümden sakınma', bir kişinin ölümü kendi zihninden uzaklaştırmak için kullandığı bir savunma mekanizmasıdır.
- 3. Tarafsız Kabullenme:** Ölümün hayatın bir parçası olduğuna inanmaktır. Bu inanışla kişi ne ölümden korkar ne de ölümü kabul eder. Kişi yalnızca ölümü hayatın değiştirilemez bir gerçeği olarak kabul eder ve sınırlı hayatını en iyi şekilde değerlendirmeye çalışır.
- 4. Yaklaşım Kabullenme:** Ölümün diğer hayata bir geçiş olduğunu düşünerek, mutlu bir ahiret hayatına inanmaktır.
- 5. Kaçış Kabullenme:** Ölümün fiziksel veya psikolojik acıdan ve yaşamın verdiği sıkıntılardan kişiyi kurtaracağına inanmaktır. Hayat acı ve sefalet ile dolu olduğunda ölümün bir alternatif olarak hoş karşılanabileceğine inanmaktır (Işık, 2008).

### 2.7. Ölüme İlişkin Tutumlar

Tutum, bilimin farklı disiplinlerinde farklı anlamlarda kullanılan bir terimdir (Işık, 2008). Tutum terimi, birçok sosyal psikolog tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Tüm bu tanımlamaları içine alan ortak tutum tanımı, "bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilim" olduğudur (Çöllü ve Öztürk, 2006).

#### 2.7.1. Ölüme İlişkin Hemşirelik Tutumları

Ölüm olaylarına sıkça tanık olmalarına ve sürekli ölmekte olan hastaya bakım vermelerine rağmen hemşireler için her bir hasta benzersiz, her bir ölüm olayı da keder vericidir (Yiğit, 1998).

Hemşireler ölümü yaklaşan hastalara bakım verirken ölüm olaylarına yakından tanık olmakta, kendi ölümlülükleri ile yüzleşmekte ve ölmekte olan hasta ve ailesine

yardım etmek durumunda kalmaktadırlar (Çevik, 2010). Bu nedenle hemşireler nedeni ve şiddeti farklı olmakla birlikte onların yaşadıkları birçok duygu ve tepkiyi yaşamaktadırlar (Işık, 2008; İnci, 2008 ve İnci ve Öz, 2012). Khader ve arkadaşları (2010) yaptıkları bir literatür çalışmasında, yaşam sonu bakım veren hemşirelerin daha çok keder, üzüntü, çaresizlik, anksiyete, düş kırıklığı, kayıp, öfke, depresyon ve suçluluk gibi duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Ölmekte olan hastanın bakımı, bireyin fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarının bütüncül bakım anlayışı içerisinde değerlendirilerek karşılanmasını gerektirir. Ancak bu tür hastalarda fiziksel bakımdan tam bir iyileşme sağlanamadığından, psikososyal gereksinimlerin anlaşılacak karşılanması önemlidir. Bu nedenle terminal dönemdeki hastaların, bilinç durumunun kötüye gitmesine veya tamamen kapanmasına rağmen çevresinde olanları hissetmeye devam ettiği göz önüne alınarak sözel ve temas iletişimi sürdürülmeli ve böylece hastaya güvenli bir ortamda bulunduğu ve yalnız olmadığı hissi verilmelidir. Bu amaçla da hastaya, ailesi ve yakınlarıyla yeterince zaman geçirmesi için olanak tanınmalıdır. Ayrıca bu dönemdeki hasta ve ailesinin manevi ihtiyaçlarının da olabileceği düşünülerek dini inançları doğrultusunda bu gereksinimlerini karşılayabilecekleri bir ortam sağlanmalıdır (Özdemir ve Çelik, 2011). Ölmekte olan hasta ve ailesine böylesi bir bakımın sağlanması, hemşirelerin bu konuya ilişkin bilgi ve beceri sahibi olmasını, kendi duygularının farkında olmasını ve stresle uygun bir şekilde başa çıkmasını gerektirir (Çevik, 2010).

Ölüm sürecinin açıklığa kavuşturulması için hemşirelerin, hasta ve ailesiyle terapötik iletişim kurması önemlidir (Özdemir ve Çelik, 2011). Yiğit (1998) bir makalesinde, hemşirelerin ölümü yaklaşan hastalara ne söyleyeceklerini bilemedikleri için onlarla ölümü konuşmaktan kaçındıklarını ifade etmiştir ve Ufema'nın bu gibi bir durumda "Ne söyleyeceğimi bilmiyorum ama sizinle birlikte olmak istiyorum." şeklindeki bir yaklaşımı doğru bulduğunu ve bu yaklaşımla birlikte hastaların, hemşirelerle bir arada olmayı ve ölümden sonrasını konuşmayı isteyeceklerini aktarmıştır.

Hemşirelerin, hasta ve ailesiyle ölümü konuşabilmeleri için etkili iletişim becerilerine sahip olmaları gerekir. Bu özellikteki hemşirelerden; öncelikle iletişim için yeterince zaman ayırmaları, daha çok dinleyici olmaları, sorulan soruları yardım etme maksadıyla yanıtlamaları, hasta/ailesinin duygularını ifade etmelerine izin vererek onların gereksinim ve endişelerini dinlemeleri ve abartılı olmaksızın ümit

gereksinimlerini karşılamaları beklenir. Aynı zamanda kalan günler için kısa hedefli planlamalar yapılmasına yardım edilmesi, geçmişin gözden geçirilip bugün yapılabileceklerin değerlendirilmesi ve gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğinin konuşulması etkili iletişimin sürdürülmesinde yapılabilecek diğer hemşirelik uygulamalarındandır (Özdemir ve Çelik, 2011 ve Terakye 1994, s:94). Yiğit (1998)'e göre, hemşirelerin bu özelliklere sahip olabilmeleri ve iletişimi sürdürülebilmeleri için sürekli okumaları, kendilerini geliştirmeleri ve bilgilerini uygulamaya aktarmaları gerekir.

Ancak yapılan çalışmalar hemşirelerin yaşam sonu bakımda yetersiz olduklarını göstermektedir. Buna göre; Menekli ve Fadiloğlu (2014)'nin terminal dönem hasta bakımı veren 112 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %62.5'i ölüm sonrası hasta yakınlarına destek olma konusunda kendilerini yetersiz bulduklarını, %59.6'sı ise ölüm yaklaştıkça hastaya bakım vermektan korktuklarını ifade etmiştir. Nguyen ve arkadaşları (2014)'nin Vietnam'da 251 onkoloji hemşiresi üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun terminal dönem hasta bakımı, psikolojik ve spiritüel bakım, terapötik ilişki kurma ve ölüm hakkında konuşma gibi konularda yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Özdemir ve Şenol Çelik (2010)'in cerrahi yoğun bakımda çalışan 100 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hemşireler verdikleri yaşam sonu bakımı "hasta/yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması, verilen eğitimin yetersiz oluşu, hastalara yeterince zaman ayrılmaması ve hastaların isteklerine uygun davranılmaması" gibi nedenlerle yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada, hemşirelerin fiziksel bakımda yeterli oldukları, psikososyal ve manevi bakımda ise yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Çevik (2010)'in dahili ve cerrahi klinikler ile yoğun bakım kliniklerinde çalışan 300 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %44.6'sı hasta ve yakınlarıyla iletişim, %19.6'sı ağrı kontrolü ve %17.8'i ise ölüm kavramıyla ilgili sorulara cevap verme konularında kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Koku ve Ateş (2016)'in terminal dönem hasta bakımı veren 250 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %53.5'i hasta ve yakınlarıyla ölüm hakkında ne konuşacağını bilemediği için onlarla iletişime girmediğini ifade etmiştir. Koç ve Sağlam (2008)'in 140 öğrenci hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin %67.8'i yaşam sonu bakım ile ilgili bilgilerini seminer/dersler yoluyla aldığını, %76.4'ü ise aldıkları bu bilgileri yeterli bulmadığını ifade etmiştir. Taşdemir ve Gök (2012)'ün 244 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptığı bir

çalışmada ise, öğrencilerin %63.9'u yaşam sonu bakıma yönelik üniversitede aldığı eğitimin yetersiz olduğunu belirtirken, %63.1'i ölmekte olan hastaya bakım verdiğini ve bu öğrencilerden %43.9'u bakım esnasında kendini yeterli hissetmediğini ifade etmiştir.

Literatürdeki çalışmalar genellikle hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının olumsuz yönde olduğunu göstermektedir. Buna göre; Koku ve Ateş (2016)'in çalışmasında; hemşireler daha çok “başarısızlık, çaresizlik ve üzüntü hissine yol açması” ve “yıpratıcı ve yorucu bir süreç olması” gibi nedenlerle ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istemediklerini belirtmişlerdir. Menekli ve Fadiloğlu (2014)'nin çalışmasında; hemşireler çoğunlukla ölümü ‘kaçınılmaz bir son’ olarak tanımlamakla birlikte, ölümü kabullenmenin ‘zor’ olduğunu ve ölüm haberini hastanın yakınlarına bildirmekten kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Çevik (2010)'in çalışmasında; hemşireler daha çok ‘hastanın korkabileceği’ ve ‘konuşulmasının zor bir konu olması’ gibi nedenlerle hastaları ile ölüme ilişkin konuları rahat konuşamadıklarını ifade etmişlerdir. Çoğu çalışmada ise, hemşirelerin çoğunlukla ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istemediği sonucuna ulaşılmıştır (Çevik, 2010; Koku ve Ateş, 2016; Taşdemir ve Gök, 2012 ve Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Literatürdeki çalışmalar hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının bireysel ve çalışma özelliklerinden etkilendiğini göstermektedir. Bu çalışmalara göre; Wong ve arkadaşları (1994) kadınların ve yaşça büyük bireylerin; Abu Hasheesh ve arkadaşları (2013) erkek, yaşça büyük ve mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin; Gama ve arkadaşları (2012) mesleki deneyimi fazla ve yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin; Wessel ve Rutledge (2005) yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin; Khader ve arkadaşları (2010) yaşça büyük, mesleki deneyimi fazla ve yaşam sonu bakım eğitimi alan hemşirelerin; Işık (2008) ise evli, çocuğu olmayan, yaşça büyük ve mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilindeki Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi ile Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatan hasta bakımı verilen kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi 100 yataklı olup, toplam 90 hemşire çalışmaktadır. Hastanenin yatan hasta bakımının verildiği klinikler; **palyatif bakım**, **dahiliye** ve **cerrahi** (genel cerrahi kliniği, ortopedi ve travmatoloji kliniği, kbb-üroloji-beyin cerrahi-çocuk cerrahi kliniği) klinikleridir. Bu kliniklerde toplam 41 hemşire çalışmaktadır.

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 350 yataklı olup, toplam 450 hemşire çalışmaktadır. Hastanenin yatan hasta bakımının verildiği klinikler; **palyatif bakım**, **dahiliye** (dahiliye-onkoloji-endokrinoloji kliniği, hematoloji kliniği, nöroloji kliniği, diyaliz kliniği, çocuk kliniği, enfeksiyon-göz kliniği, nefroloji-gastroenteroloji kliniği) ve **cerrahi** (genel cerrahi kliniği, akciğer nakil kliniği, ortopedi ve travmatoloji kliniği, beyin ve sinir cerrahi kliniği, kardiyoloji ve kalp damar cerrahi kliniği, kulak burun boğaz-cildiye kliniği, üroloji-böbrek nakil kliniği) klinikleridir. Bu kliniklerde toplam 174 hemşire çalışmaktadır.

Araştırmanın verileri Mart- Nisan 2018 tarihlerinde toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatan hasta bakımı verilen kliniklerinde çalışan toplam 215 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerin tamamının örnekleme alınması

planlanmıştır. Ancak 78 hemşire ölüm konusunun çok can sıkıcı olduğunu, anket-ölçek formlarının uzun olduğunu, mesai saatleri içerisinde olduklarından dolayı yoğun olduklarını ve çok fazla anket çalışmasına katıldıkları için artık bu durumdan sıkıldıklarını ifade ederek çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle araştırmaya katılmayı 137 hemşire kabul etmiştir. İki hemşire anket ve ölçekleri uygun doldurmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini 135 hemşireden oluşmuştur.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Gereçleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli verilerin toplanması amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

1. Hemşire Kişisel Bilgi Formu
2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

#### **1. Hemşire Kişisel Bilgi Formu**

Hemşire Kişisel Bilgi Formu, hemşirelerin bireysel, çalışma ve yaşam sonu bakım ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanmış 15 maddelik bir soru formudur (Ay, 2013; Işık, 2008 ve Köse ve ark., 2011). Ankette yer alan ilk 8 soru ile birlikte 14. soru hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerini (cinsiyet, yaş, toplam çalışma süresi vb.), geriye kalan diğer 6 soru ise hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özelliklerini (klinikte ölümlerle karşılaşma sıklığı, yaşam sonu bakım eğitimi alma vb.) ortaya koyar.

**Tablo 3.1: Hemşire Kişisel Bilgi Formu Tanılama Anahtarı**

Özellik Tipi	Özellik Kriterleri	Soru
<b>Bireysel ve Çalışma Özellikleri</b>	Cinsiyet	1
	Yaş	2
	Eğitim düzeyi	3
	Medeni durum	4
	Çocuk durumu	5
	Dini inanç durumu	6
	Yakın kaybı yaşama durumu	14
	Toplam çalışma süresi	7
	Çalışılan klinik	8
<b>Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özellikler</b>	Klinikte ölümle karşılaşma sıklığı	9
	Ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi ile ilgili özellikler	10, 11
	Yaşam sonu bakım eğitimi alma ile ilgili özellikler	12, 13
	Bakım verilen hastanın kaybı (ölümü) sonrası yaşanan duygular	15

## 2. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği

Orijinal adı ‘The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R)’ olan bu ölçek, bireylerin ölümüne karşı tutumlarını ölçmek amacıyla Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali, 32 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; **Ölüm Korkusu** (7 madde), **Ölümden Kaçınma** (5 madde), **Tarafsız Kabullenme** (5 madde), **Yaklaşım Kabullenme** (10 madde), **Kaçış Kabullenme** (5 madde) dir (Işık, 2008).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Işık ve arkadaşları tarafından 2009 yılında hemşireler üzerinde yapılmıştır. Işık ve ark. (2009)’nın çalışmasında, ölçeğin orijinalindeki 12, 17, 19, 24, 26, 30. maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.30 güvenirlik düzeyinin altında bulunduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Bununla birlikte yapılan faktör analizi sonucuna göre ise, ölçeğin orijinalinden farklı olarak 3 faktörlü bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle ölçek, 26 madde ve 3 alt boyuta indirgenmiştir. Bu doğrultuda alt boyutların tanımı aşağıda verilmiştir:

### Alt Boyutların Tanımı:

**1. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (Faktör 1):** Bireyin, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve diğer hayata bir geçiş olduğuna inanmasıdır.

- 2. Kaçış Kabullenme (Faktör 2):** Bireyin, hayatının acı ve sefalet ile dolu olduğunda ölümü bir kurtuluş yolu olarak görmesidir.
- 3. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma (Faktör 3):** Bireyin, ölüme yaklaştığında hissettiği korku ile ölüm hakkında düşünmekten ve konuşmaktan kaçınmasıdır (Işık, 2008).

**Tablo 3.2: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Tanılama Anahtarı**

Ölçeğin Alt Boyutları	Cronbach Alfa Değerleri	Bu Çalışmanın Cronbach Alfa Değerleri	Alt Boyutlardan Alınabilecek Min – Mak Puanlar	Alt Boyut Maddeleri
<b>FAKTÖR 1</b> Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	0.82	0.747	12 - 84	(12 madde) 4, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25
<b>FAKTÖR 2</b> Kaçış Kabullenme	0.72	0.831	5 - 35	(5 madde) 5, 9, 11, 20, 24
<b>FAKTÖR 3</b> Ölüm Korkusu Ve Ölümden Kaçınma	0.70	0.704	9 - 63	(9 madde) 1, 2, 3, 7, 10, 16, 17, 18, 26
<b>ÖKTÖ (Genel)</b>	<b>0.81</b>	<b>0.647</b>	<b>26 - 182</b>	<b>(26 madde)</b>

Yedili likert tipinde olan ölçeğin bütün maddeleri ‘kesinlikle katılmıyorum (1)’ puan ve ‘kesinlikle katılıyorum (7)’ puan olacak şekilde ‘1’ den ‘7’ ye kadar puanlandırılmaktadır. Ölçekteki 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 25. maddeler ‘kesinlikle katılıyorum-7 puan’ ve ‘kesinlikle katılmıyorum-1 puan’ yönünde puanlandırılırken; 1, 4, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 19, 22, 23, 24, 26. maddeler ise ‘kesinlikle katılmıyorum-1 puan’ ve ‘kesinlikle katılıyorum-7 puan’ yönünde puanlandırılmaktadır (Işık, 2008).

Ölçekte her bir boyut için puan hesaplanabileceği gibi alt boyut puanlarının toplamından ölçek toplam puanı da elde edilebilmektedir. Ölçeğin en önemli avantajı ise ölümü kabullenme tipini ve miktarını doğrudan değerlendirebilmesidir (Işık, 2008 ve Işık ve ark., 2009).



### 3.4.2. Veri Toplama Gereçlerinin Uygulanması

Araştırma verileri Mart - Nisan 2018 tarihlerinde hemşirelerin mesai saatleri içerisinde toplanmıştır. Öncelikle hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel olarak her birinden izin alınmıştır. Ardından çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ imzalatılarak yazılı izinleri alınmıştır. Veri toplama araçları olan ‘Hemşire Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’, hemşireler tarafından bireysel olarak cevaplanmış ve doldurma süresi (15 dakika) boyunca hemşirelerin yanında beklenilmiştir.

### 3.5. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student’s T-test; normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için Tek Yönlü Varyans Analizi testi (ANOVA) ve LSD Çoklu Karşılaştırma testleri; normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve All Pairwise Çoklu Karşılaştırma testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. ‘ $p < 0.05$ ’ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; **hemşirelerin ölüme karşı tutum puanlarıdır**.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; **hemşirelerin bireysel özellikleri** (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk durumu, gelir gider durumu, kronik hastalık durumu, dini inanç durumu, yakın kaybı yaşama durumu) ve **çalışma özellikleri** (toplam çalışma süresi, çalışılan klinik, çalışma pozisyonu, klinikte ölümle karşılaşma sıklığı, ölmekte olan hastaya bakım verme ile ilgili özellikler, yaşam sonu bakım eğitimi alma ile ilgili özellikler, bakım verilen hastanın kaybı sonrası yaşanan duygular) dir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Hemşirelik Etik Kurulu, Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden ise sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırları**

Örneklem kapsamına alınan hemşireler yalnızca yatan hasta bakımının verildiği kliniklerde çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki hemşirelerin öz bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Her iki hastanenin yatan hasta bakımının verildiği kliniklerden olan ameliyathaneler, acil klinikler ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin yoğun çalışma koşullarını öne sürerek anket ve ölçek doldurmak istememeleri nedeniyle, bu birimlerde çalışan hemşirelerin araştırma kapsamına dahil edilememesi bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (n=135)**

Bireysel ve Çalışma Özellikleri	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	119	88.1
Erkek	16	11.9
<b>Yaş Grubu</b> ( $\bar{X} = 30.97 \pm 8.02$ ; min-mak: 21-52)		
20-25 yaş	50	37.0
26-35 yaş	43	31.9
36 yaş ve üzeri	42	31.1
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Lise/ ön-lisans mezunu	24	17.8
Lisans mezunu	95	70.4
Yüksek lisans mezunu	16	11.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	53	39.3
Bekar	77	57.0
Boşanmış/ ayrı yaşıyor	5	3.7
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>		
Evet	42	31.1
Hayır	93	68.9
<b>Dini İnanç</b>		
Var	124	91.9
Yok	11	8.1
<b>Yakın Kaybı</b>		
Var	85	63.0
Yok	50	37.0
<b>Toplam Çalışma Süresi</b> ( $\bar{X} = 8.95 \pm 8.83$ ; min-mak: 0.5-32yıl)		
0-1 yıldan az	26	19.3
1-5 yıldan az	38	28.0
5-10 yıl	21	15.6
11-19 yıl	29	21.5
20 yıl ve üzeri	21	15.6
<b>Çalışılan Klinik</b>		
Cerrahi klinikler	65	48.1
Dahili klinikler	54	40.0
Palyatif bakım kliniği	16	11.9

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri sunulmaktadır.

Hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde; %88.1’inin kadın ve %11.9’unun erkek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yaşları 21 ile 52 arasında değişmektedir, yaş ortalamaları  $30.97 \pm 8.02$ ’dir, %37’si 20-25 yaş grubunda, %31.1’i ise 36 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır.

Hemşirelerin %70.4’ü lisans mezunu, %57’si bekar, %31.1’i çocuk sahibi, %91.9’u dini açıdan inançlı ve %63’ü yakın kaybı yaşamıştır.

Hemşirelerin çalışma özellikleri incelendiğinde; toplam çalışma sürelerinin 0.5 yıl ile 32 yıl arasında değiştiği görülmektedir. Hemşirelerin toplam çalışma sürelerinin ortalaması  $8.95 \pm 8.83$ ’dür ve %19.3’ü ‘1 yıldan az’, %28’i ‘1-5 yıldan az’ ve %37.1’i ise ‘10 yılın üzerinde’ görev yapmaktadır.

Hemşirelerin %40’ı ‘dahili kliniklerde’, %11.9’u ‘palyatif bakım kliniğinde’, diğerleri ise ‘cerrahi kliniklerde’ çalışmaktadır.

**Tablo 4.2: Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=135)**

Yaşam Sonu Bakım Özellikleri	N	%
<b>Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Deneyimi</b>		
Var	93	68.9
Yok	42	31.1
<b>Klinikte Ölümle Karşılaşma Sıklığı</b>		
Hiç	25	18.5
Ara sıra	79	58.5
Çok sık	31	23.0
<b>Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Zorlanma</b>		
Evet	59	43.7
Hayır	76	56.3
<b>Bakımda Zorlanma Alanları (n=59)</b>		
Psikolojik bakım verme	17	28.8
Etik konular	1	1.7
Bütüncül bakım verme	7	11.9
Psikolojik olarak etkilenme	20	33.9
Fiziksel bakım verme	10	16.9
Hasta ve yakınlarıyla iletişim	4	6.8
<b>Bakım Verilen Hastanın Kaybı Sonrası Yaşananlar (n=204)*</b>		
Hiçbir şey hissetmeme	8	7.3
Doğal karşılama	48	43.6
Üzülme ve ağlama	15	13.6
Korkma	6	5.5
Çaresizlik hissetme	13	11.8
Başarısızlık ve suçluluk hissetme	5	4.5
Ölümü kabullenmede zorlanma	9	8.2
Duyguların hastanın yaşına ve tanısına göre değişmesi	64	58.2
Dua etme	30	27.3
Diğer (sadece üzülme)	6	5.5
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Alma</b>		
Evet	73	54.1
Hayır	62	45.9
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Sertifikası (n=73)</b>		
Var	5	6.8
Yok	68	93.2

\*Birden fazla yanıt alınmıştır

Tablo 4.2’de hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özellikleri sunulmaktadır. Bu tabloya göre; hemşirelerin %68.9’unun şu an çalıştıkları klinik dışında daha önce ölmekte olan herhangi bir hastaya bakım verdiği ve %81.5’inin ise şu an çalıştıkları klinikte ölüm olaylarıyla karşılaştıkları görülmektedir.

Hemşirelerin %43.7’si ölmekte olan hastaya bakım verirken güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Yaşadıkları zorluklar incelendiğinde; %33.9’u bakım esnasında ‘psikolojik olarak etkilendiğini’ belirtirken, %28.8’i ‘psikolojik bakım vermede’,

%16.9'u 'fiziksel bakım vermede', %11.9'u ise 'bütüncül bakım vermede' zorlandığını ifade etmiştir.

Hemşirelerden, çalıştıkları klinikte bakım verdikleri hastanın kaybı sonrası yaşadıkları duyguları ifade etmeleri için birden fazla yanıt alınmıştır. Alınan bu yanıtlar (n=204); hemşirelerin %58.2'sinin 'duygularının hastanın yaşı ve tanısına göre değiştiğini', %43.6'sının 'doğal karşıladığını', %27.3'ünün ise 'dua ettiğini' ortaya koymuştur.

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim durumları incelendiğinde; %54.1'i yaşam sonu bakım eğitimi aldığını belirtirken, bu hemşirelerin %6.8'i ise sertifikalı olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4.3: Hemşirelerin ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135)**

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları	Ölçek Alt Boyutlarının Min – Mak Puanları	Hemşirelerin Alt Boyutlardan Aldığı Min – Mak Puanlar	Ortalama ± SS
<b>FAKTÖR 1</b> Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	12 - 84	33 - 54	42.29 ± 4.06
<b>FAKTÖR 2</b> Kaçış Kabullenme	5 - 35	14 - 29	19.33 ± 2.69
<b>FAKTÖR 3</b> Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	9 - 63	29 - 47	37.41 ± 4.23
<b>ÖKTÖ * Genel</b>	<b>26 - 182</b>	<b>85 - 116</b>	<b>99.03 ± 6.72</b>

\*Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Tablo 4.3'de hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği (ÖKTÖ) alt boyut puan ortalamaları sunulmaktadır.

Bu tabloya göre; örnekleme oluşturan hemşirelerin ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları; '**tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme**' alt boyutu için 42.29±4.06; '**kaçış kabullenme**' alt boyutu için 19.33±2.69 ve '**ölüm korkusu ve ölümden kaçınma**' alt boyutu için 37.41±4.23' dir.

Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135)

Bireysel ve Çalışma Özellikleri	N	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları					
		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		Kaçış Kabullenme		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	
		Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	119	42.25 ± 4.18	0.775 <sup>a</sup>	19.28 ± 2.76	0.569 <sup>a</sup>	37.09 ± 4.19	<b>0.016<sup>a*</sup></b>
Erkek	16	42.56 ± 3.10		19.69 ± 2.21		39.81 ± 3.85	
<b>Yaş Grubu</b>							
20-25 yaş	50	41.38 ± 4.22	0.134 <sup>c</sup>	19.10 ± 2.16	0.444 <sup>d</sup>	36.72 ± 4.22	0.305 <sup>d</sup>
26-35 yaş	43	42.74 ± 3.82		19.88 ± 3.22		38.16 ± 4.47	
36 yaş ve üzeri	42	42.90 ± 4.00		19.02 ± 2.65		37.48 ± 3.96	
<b>Eğitim Düzeyi</b>							
Lise/ ön-lisans mezunu	24	40.50 ± 3.64	<b>0.032<sup>c*</sup></b>	19.42 ± 2.99	0.974 <sup>c</sup>	37.42 ± 4.01	0.996 <sup>c</sup>
Lisans mezunu	95	42.84 ± 4.07		19.29 ± 2.49		37.40 ± 4.24	
Yüksek lisans mezunu	16	41.69 ± 3.91		19.37 ± 3.48		37.50 ± 4.79	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	53	43.00 ± 4.07	0.250 <sup>c</sup>	19.26 ± 3.25	0.697 <sup>c</sup>	37.89 ± 4.24	0.518 <sup>c</sup>
Bekar	77	41.79 ± 3.97		19.43 ± 2.30		37.17 ± 4.27	
Boşanmış/ ayrı yaşıyor	5	42.40 ± 5.03		18.40 ± 2.07		36.20 ± 3.70	
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>							
Evet	42	42.81 ± 4.04	0.318 <sup>a</sup>	19.00 ± 3.16	0.347 <sup>a</sup>	38.21 ± 4.02	0.141 <sup>a</sup>
Hayır	93	42.05 ± 4.07		19.47 ± 2.46		37.05 ± 4.30	

<sup>a</sup> Student's T testi, <sup>b</sup> Mann Whitney U testi, <sup>c</sup> Anova testi, <sup>d</sup> Kruskal Wallis testi, SS: Standart sapma, \*p<0.05

**Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135) (devamı)**

Bireysel ve Çalışma Özellikleri	N	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları					
		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		Kaçış Kabullenme		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	
		Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
<b>Dini İnanç</b>							
Var	124	42.35 ± 4.01	0.526 <sup>b</sup>	19.18 ± 2.67	<b>0.019<sup>b*</sup></b>	37.51 ± 4.30	0.441 <sup>b</sup>
Yok	11	41.55 ± 4.72		21.00 ± 2.53		36.36 ± 3.38	
<b>Yakın Kaybı</b>							
Var	85	42.67 ± 4.04	0.155 <sup>a</sup>	19.44 ± 2.81	0.540 <sup>a</sup>	37.61 ± 4.06	0.483 <sup>a</sup>
Yok	50	41.64 ± 4.05		19.14 ± 2.49		37.08 ± 4.53	
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>							
0-1 yıldan az	26	42.00 ± 3.87	0.438 <sup>c</sup>	18.62 ± 2.32	0.188 <sup>d</sup>	36.54 ± 3.93	0.679 <sup>c</sup>
1-5 yıldan az	38	41.74 ± 4.37		19.82 ± 2.08		37.84 ± 4.49	
5-10 yıl	21	42.24 ± 4.24		20.38 ± 3.96		36.81 ± 4.74	
11-19 yıl	29	42.21 ± 3.50		18.83 ± 2.77		37.79 ± 3.78	
20 yıl ve üzeri	21	43.81 ± 4.25		18.95 ± 2.18		37.81 ± 4.35	
<b>Çalışılan Klinik</b>							
Cerrahi Klinikler	65	42.43 ± 4.61	0.672 <sup>c</sup>	19.09 ± 2.75	0.621 <sup>d</sup>	37.21 ± 3.59	0.813 <sup>c</sup>
Dahili Klinikler	54	42.37 ± 3.52		19.51 ± 2.70		37.70 ± 4.51	
Palyatif Bakım Kliniği	16	41.44 ± 3.41		19.62 ± 2.50		37.25 ± 4.88	

<sup>a</sup> Student's T testi, <sup>b</sup> Mann Whitney U testi, <sup>c</sup> Anova testi, <sup>d</sup> Kruskal Wallis testi, SS: Standart Sapma, \*p<0.05



Tablo 4.4’de hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerine göre ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları sunulmaktadır.

Bu tabloya göre; hemşirelerin *yaş, medeni durum, çocuk durumu, yakın kaybı durumu, toplam çalışma süresi ve çalışılan klinik* gibi bireysel ve çalışma özellikleri ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden *cinsiyet* ile ÖKTÖ alt boyutlarından *ölüm korkusu ve ölümden kaçınma* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre; erkek hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamaları kadın hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden *eğitim düzeyi* ile ÖKTÖ alt boyutlarından *tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizlere göre; bu farkın lisans mezunu hemşireler ile lise/ön lisans mezunu hemşireler arasında anlamlı olduğu saptanmıştır. Buna göre; lisans mezunu hemşirelerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamaları lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden *dini inanç durumu* ile ÖKTÖ alt boyutlarından *kaçış kabullenme* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre; dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin kaçış kabullenme puan ortalamaları inançlı olan hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5: Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=135)

Yaşam Sonu Bakım Özellikleri	N	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları					
		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		Kaçış Kabullenme		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	
		Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
<b>Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Deneyimi</b>							
Var	93	42.20 ± 3.86	0.720 <sup>a</sup>	19.35 ± 2.76	0.822 <sup>a</sup>	37.42 ± 4.38	0.985 <sup>a</sup>
Yok	42	42.48 ± 4.51		19.26 ± 2.58		37.40 ± 3.95	
<b>Klinikte Ölümle Karşılaşma Sıklığı</b>							
Hiç	25	41.88 ± 4.52	0.087 <sup>c</sup>	18.76 ± 3.02	0.510 <sup>d</sup>	38.08 ± 4.54	0.633 <sup>c</sup>
Ara sıra	79	42.90 ± 4.05		19.44 ± 2.65		37.37 ± 3.88	
Çok sık	31	41.06 ± 3.43		19.48 ± 2.54		37.00 ± 4.89	
<b>Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Zorlanma</b>							
Evet	59	42.39 ± 4.30	0.800 <sup>a</sup>	19.31 ± 2.56	0.883 <sup>b</sup>	36.46 ± 3.98	<b>0.020<sup>a*</sup></b>
Hayır	76	42.21 ± 3.89		19.34 ± 2.81		38.16 ± 4.31	
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Alma</b>							
Evet	73	42.33 ± 3.53	0,902 <sup>a</sup>	19.10 ± 2.44	0.256 <sup>b</sup>	37.41 ± 4.23	0.992 <sup>a</sup>
Hayır	62	42.24 ± 4.63		19.60 ± 2.96		37.42 ± 4.28	
<b>Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Sertifikası (n=73)</b>							
Var	5	43.80 ± 2.17	0.337 <sup>a</sup>	20.20 ± 3.77	0.572 <sup>b</sup>	39.00 ± 4.53	0.532 <sup>b</sup>
Yok	68	42.22 ± 3.59		19.01 ± 2.33		37.29 ± 4.21	

<sup>a</sup> Student's T testi, <sup>b</sup> Mann Whitney U testi, <sup>c</sup> Anova testi, <sup>d</sup> Kruskal Wallis testi, SS: Standart sapma, \* p<0.05

Tablo 4.5’de hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özelliklerine göre KT alt boyut puan ortalamaları sunulmaktadır.

Bu tabloya göre; hemşirelerin *lmekte olan hastaya bakım verme deneyimi*, *klinipte ölümle karşılaşma sıklığı*, *yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim alma durumu* ve *sertifika durumu* gibi yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri ile KT alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özelliklerinden *lmekte olan hastaya bakım verirken zorlanma durumu* ile KT alt boyutlarından *lm korkusu* ve *lmden kaçınma* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre; ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmayan hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamaları bakımda zorlanan hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma özelliklerinin ortaya konulması amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında ve ülkemizde aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda ölçeğin kullanımında farklılıklar olması nedeniyle, yurt dışında yapılmış benzer çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

### 5.1. Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmadaki hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri incelendiğinde; çoğunluğu kadın (%88.1), bekar (%57), lisans mezunu (%70.4) ve çocuğu olmayan (%68.9) hemşirelerden oluşmaktadır, yaş ortalamaları  $\bar{X}=30.97$  ve ortalama çalışma süreleri  $\bar{X}=8.94$ 'dür (Tablo 4.1).

Hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin %68.9'unun daha önce ölmek üzere olan bir hastaya bakım verdiği, %81.5'inin çalıştığı klinikte ölüm vakasıyla karşılaştığı, %54.1'inin yaşam sonu bakım eğitimi aldığı, %43.7'sinin ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlandığı, bakımda zorlanan hemşirelerin ise daha çok bakım verirken 'psikolojik olarak etkilendikleri' (%33.9) ve 'psikolojik bakım' vermekte (%28.8) zorlandıkları görülmektedir. Yine bu çalışmada bakım verilen hastanın kaybı sonrası yaşanan duyguların ifadesi için alınan yanıtların (n=204) çoğunlukla 'duygularım hastanın yaşına ve tanısına göre değişir (%58.2)', 'doğal karşılarım (%43.6)' ve 'dua ederim (%27.3)' şeklinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde; hemşirelerin çoğunlukla yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim aldıkları, çalıştıkları klinikte ölümle karşılaştıkları ve bu ölümleri 'doğal' karşıladıkları, ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmadıkları, daha önce ölmek üzere olan bir hastaya bakım verdikleri ve bu hastalara bakım verirken 'duygusal yıpranma' yaşadıkları ve 'kötü/olumsuz' şekilde etkilendikleri belirtilmiştir (Ay, 2013; Çevik, 2010; Dunn ve ark., 2005; Gama ve ark., 2012; Koç ve Sağlam, 2008; Koku ve Ateş, 2016; Köse ve ark., 2011; Matsui ve Braun, 2010; Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Nguyen ve ark., 2014; Taşdemir ve Gök, 2012 ve Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Bu çalışmada bakım verilen hastanın kaybı sonrası yaşadıklarını ‘doğal karşılarım’ ve ‘dua ederim’ şeklinde ifade edenler, çoğunlukla ölüme karşı olumlu tutum geliştiren hemşirelerdir. Olumlu tutumlara sahip hemşireler, ölmekte olan hastaya daha kolay yaklaşarak etkili yaşam sonu bakımı sağlayabilirler.

Yine bu çalışmada bakım verilen hastanın kaybı sonrası yaşadıklarını ‘duygularım hastanın yaşı ve tanısına göre değişir’ şeklinde ifade edenler ise, çoğunlukla ölüme karşı olumsuz tutum geliştiren hemşirelerdir. Olumsuz tutumlara sahip hemşireler ise, ölmekte olan hastadan uzaklaşarak yeterli yaşam sonu bakımı sağlayamayabilirler. Nitekim bu çalışmada da hemşirelerin, çoğunlukla ölmekte olan hastaya bakım verirken ‘psikolojik olarak olumsuz etkilendikleri’ ve hastalara ‘psikolojik bakım vermekte’ zorlandıkları görülmektedir. Bu durum genellikle klinikte kötü bir tanı (kanser, suicid, trafik kazası vb.) nedeniyle yatmakta olan genç hastaların varlığı nedeniyle ortaya çıkabilir. Çünkü bu tür hastalara bakım vermek hemşirelerin kendi ölüm gerçeğiyle yüzleşmelerine ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmelerine neden olabilir. Bununla birlikte stresle uygun şekilde baş edemeyen bu hemşireler, bakıma katılsalar bile çoğunlukla hastalara ‘psikolojik bakım vermeyi’ atlayabilirler ya da istemeyebilirler.

## 5.2. Hemşirelerin ÖKTÖ Puanlarının Tartışılması

Hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ puan ortalamasının  $\bar{X} = 42.29$  olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin maksimum-minimum puan ortası 36’dır; maksimum-minimum madde puan ortası ise 3’dür. Buna göre; hemşirelerin, ‘ölümün, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve diğer hayata bir geçiş olduğuna inanma (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme)’ alt boyutunda olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir.

Literatürde aynı ölçek (DAP-R) ile yapılan çalışmalar ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ alt boyutu bakımından incelendiğinde; Işık (2008)’ın Türkiye’de farklı birimlerde çalışan 320 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada; hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ puan ortalaması  $\bar{X} = 53.49$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Gama ve arkadaşları (2012)’nin Portekiz’de dahiliye, onkoloji, hematoloji ve palyatif kliniklerinde çalışan 360 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve

yaklaşım kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X}=4.54$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Dunn ve arkadaşları (2005)'nin Amerika'da dahiliye, cerrahi ve onkoloji kliniklerinde çalışan 58 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X}=5.59$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Wessel ve Rutledge (2005)'in Amerika'da 33 evde bakım ve palyatif bakım hemşiresi üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X}=5.41$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Matsui ve Braun (2010)'un ölçeğin eski formunu kullanarak (DAP) Japonya'da yaşlı bireylere yaşam sonu bakım sağlayan 190 hemşire ve 177 bakım çalışanı üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise; 190 hemşirenin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X}=2.75$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın altında düşüktür.

Görüldüğü gibi bu çalışmanın bulguları Matsui ve Braun (2010)'un çalışması dışındaki diğer çalışmalarla uyumaktadır. Bu durum çalışmaların yapıldığı toplumların dini özellikleri ile açıklanabilir. Bu doğrultuda Türkiye'de İslamiyet dini, Amerika ve Portekiz'de ise Hristiyanlık dinleri yaygındır ve her iki dinde de ölümden sonra bir hayatın var olduğuna inanılır. Japonya'da ise cenaze törenleri Budizm inancına göre yapılmaktadır. Budizm dininde ise reenkarnasyona inanılır. Bu nedenle Müslüman ve Hristiyan toplumların 'ölümün, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve diğer hayata bir geçiş olduğuna' dair inançlarının yüksek, Japon toplumunun ise bu inançlarının düşük olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından 'kaçış kabullenme' puan ortalamasının  $\bar{X}=19.33$  olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin maksimum-minimum puan ortası 15'dir; maksimum-minimum madde puan ortası ise 3'dür. Buna göre; hemşirelerin '*ölümün, ağrı ve acıdan bir kurtuluş olduğuna inanma* (kaçış kabullenme)' alt boyutunda olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir.

Literatürde aynı ölçek ile yapılan çalışmalar (DAP-R) 'kaçış kabullenme' alt boyutu bakımından incelendiğinde; Işık (2008)'in çalışmasında; hemşirelerin 'kaçış kabullenme' puan ortalaması  $\bar{X}=21.22$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Gama ve arkadaşlarının (2012)'nin çalışmasında; hemşirelerin 'kaçış kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X}=3.50$  olarak bulunmuştur ve olumlu

tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Dunn ve arkadaşlarının (2005)'nin çalışmasında; hemşirelerin 'kaçış kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 4.17$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Wessel ve Rutledge (2005)'in çalışmasında; hemşirelerin 'kaçış kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 4.48$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Matsui ve Braun (2010)'un çalışmasında; hemşirelerin 'kaçış kabullenme' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 2.10$  olarak bulunmuştur ve olumlu tutumları ortanın altında düşüktür.

Görüldüğü gibi bu çalışmanın bulguları aynı şekilde Matsui ve Braun (2010)'un çalışması dışındaki diğer çalışmalarla uyumaktadır. Buna göre Müslüman ve Hristiyan toplumların 'ölümün, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve diğer hayata bir geçiş olduğuna inanma (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme)' olumlu tutumlarının yüksek olması nedeniyle 'ölümün, ağrı ve acıdan bir kurtuluş olduğuna inanma' (kaçış kabullenme)' olumlu tutumlarının da yüksek olduğu; Japon toplumunun ise 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' olumlu tutumunun düşük olması nedeniyle de 'kaçış kabullenme' olumlu tutumunun düşük olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' puan ortalamasının  $\bar{X} = 37.41$  olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin maksimum-minimum puan ortası 27'dir; maksimum-minimum madde puan ortası ise 3'dür. Buna göre; hemşirelerin '*ölüme yaklaştıkça hissedilen korku ile ölümlü konuşmaktan ve düşünmekten kaçınma* (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma)' alt boyutunda olumsuz tutumları ortanın üzerinde yüksektir.

Literatürde aynı ölçek ile yapılan çalışmalar (DAP-R) 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' alt boyutu bakımından incelendiğinde; Işık (2008)'in çalışmasında; hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' puan ortalaması  $\bar{X} = 33.80$  olarak bulunmuştur ve olumsuz tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Gama ve arkadaşlarının (2012)'nin çalışmasında; hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 3.90$  olarak bulunmuştur ve olumsuz tutumları ortanın üzerinde yüksektir. Dunn ve arkadaşlarının (2005)'nin çalışmasında; hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 3.15$  olarak bulunmuştur ve olumsuz tutumları ortaya yakındır. Wessel ve Rutledge (2005)'in çalışmasında; hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' madde puan ortalaması  $\bar{X} = 2.55$  olarak bulunmuştur ve olumsuz tutumları ortanın altında düşüktür. Matsui ve Braun (2010)'un

çalışmasında; hemşirelerin 'ölüm korkusu' madde puan ortalaması  $\bar{X}=3.13$  olarak bulunmuştur ve olumsuz tutumları ortaya yakındır.

Görüldüğü gibi 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' ve 'kaçış kabullenme' olumlu alt boyutlarında bu çalışmanın bulguları ile uyuşan literatürdeki çalışmaların, 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' olumsuz alt boyutunda farklı sonuçları bulunmaktadır (Dunn ve ark., 2005 ve Wessel ve Rutledge, 2005). Bu durum, çalışmalarda yer alan hemşirelerin ölüme ilişkin korkularını farklı şekillerde içselleştirmeleri ve bu korkuya ilişkin kullandıkları başetme yöntemlerindeki farklılıklar ile açıklanabilir. Matsui ve Braun (2010)'un çalışmasında ise hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' olumsuz tutumlarının ortaya yakın bulunması, Budizm dinindeki reenkarnasyon inancıyla açıklanabilir. Bu doğrultuda öldükten sonra ruhunun başka bir bedende yaşamaya devam edeceğine inanan toplumların 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' olumsuz tutumlarının yüksek olmadığı söylenebilir.

### **5.3. Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Yaşam Sonu Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre ÖKTÖ Puanlarının Tartışılması**

Hemşirelerin bireysel, çalışma ve yaşam sonu bakım ile ilgili özelliklerine göre ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin yaş, medeni durum, çocuk durumu, yakın kaybı durumu, toplam çalışma süresi, çalışılan klinik, ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi, klinikte ölümle karşılaşma sıklığı, yaşam sonu bakım eğitimi alma ve sertifika durumu gibi özellikleri ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ( $p>0.05$ ); cinsiyet, eğitim düzeyi, dini inanç durumu ve ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanma durumu gibi özellikleri ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre; erkek hemşirelerin 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' puan ortalaması; lisans mezunu hemşirelerin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' puan ortalaması; dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin 'kaçış kabullenme' puan ortalaması; ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmayan hemşirelerin ise 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4).

Literatürdeki çalışmalar *cinsiyet* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Abu Hasheesh ve arkadaşları (2013)'nın Ürdün'de terminal



dönem hasta bakımı veren 155 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada; kadın hemşirelerin ‘ölüm korkusu’ madde puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Orijinal çalışmada (Wong ve ark., 1994); kadınların ‘yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ madde puan ortalamaları; erkeklerin ise ‘ölümden kaçınma’ madde puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; erkek hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Görüldüğü gibi literatürdeki çalışmalarda cinsiyet özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi birbirinden farklıdır. Nitekim, Khader ve arkadaşları (2010) hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları üzerinde yaptıkları bir literatür çalışmasında; cinsiyet faktörünün ölüm tutumları üzerinde çelişkili sonuçları olduğunu ifade etmişlerdir. Karakuş ve arkadaşları (2012) da bir makalelerinde; literatürde ölüm kaygısına ilişkin yapılan çalışmalarda cinsiyet faktörünün farklı sonuçları olduğunu ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda; cinsiyet özelliğinin ölüm tutumları üzerindeki etkisinin dinsel, kültürel ve toplumsal farklılıklar nedeniyle değişebileceği söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalar yaş özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Işık (2008)’in çalışmasında; 35 yaş ve üzeri hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ puan ortalamaları; 18-26 yaş grubu hemşirelerin ise ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Abu Hasheesh ve arkadaşları (2013)’nın çalışmasında; 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme’, ‘yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ madde puan ortalamaları; 20-29 yaş grubu hemşirelerin ise ‘ölüm korkusu’ madde puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Gama ve arkadaşları (2012)’nin çalışmasında; hemşirelerin yaş özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Orijinal çalışmada (Wong ve ark., 1994); 18-29 yaş grubunda yer alan bireylerin ‘ölüm korkusu’ madde puan ortalaması; 60-90 yaş grubunda yer alan bireylerin ise ‘tarafsız kabullenme’, ‘yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ madde puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; hemşirelerin yaş özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Görüldüğü gibi literatürdeki çalışmalarda yaş özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi benzerlik göstermektedir. Nitekim, Khader ve arkadaşları (2010) literatür çalışmalarında; genç yaştaki hemşirelerin ölüm kaygılarının orta yaştaki hemşirelere

göre daha yüksek olduğunu; yaşça büyük hemşirelerin ise yaşam sonu bakım ile ilgili konularda konuşurken yaşça küçük hemşirelere göre daha rahat olduklarını ifade etmişlerdir. Karakuş ve arkadaşları (2012) da makalelerinde; ölüm kaygısına ilişkin yapılan çalışmaların çoğunda yaşlı bireylerdeki ölüm kaygısının, ergen ve genç erişkin bireylere göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu doğrultuda; hemşirelerin yaşları arttıkça ölüme karşı ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu tutumlar geliştirmeleri, yaşları azaldıkça ise ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ gibi olumsuz tutum geliştirmeleri beklenmektedir. Bu çalışmada yaş özelliği ile ölüme karşı tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, hemşirelerin yaşam ve ölüm konularını farklı şekillerde içselleştirmeleri ile açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar *eğitim düzeyi* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Işık (2008)’in çalışmasında; lise mezunu hemşirelerin ‘kaçış kabullenme’ ve ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; lisans mezunu hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Görüldüğü gibi her iki çalışmada eğitim düzeyi özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi benzerlik göstermektedir. Nitekim orijinal çalışmada (Wong ve ark., 1994) ‘kaçış kabullenme’ alt boyutunun yaş ile doğru orantılı olduğu belirtilmiştir. Bu doğrultuda; hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça ölüme karşı ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu tutumlar geliştirmeleri, eğitim düzeyleri azaldıkça ise ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ gibi olumsuz tutum geliştirmeleri beklenmektedir.

Bu çalışmada lisans mezunu hemşireler (n=95) sayıca çoğunluktadır ve yaş dağılımları incelendiğinde; 20-25 yaş grubu hemşirelerin sayısının 38, 26-35 yaş grubu hemşirelerin sayısının 30, 36 ve üzeri yaş grubu hemşirelerin sayısının ise 27 olduğu bulunmuştur. Bu nedenle bu çalışmadaki hemşirelerin, eğitim düzeyleri yüksek olduğu için ölüme karşı ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ gibi olumlu bir tutum gösterirken, yaşları gereği ise ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu bir tutumu gösteremedikleri söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalar *medeni durum* ve *çocuk durumu* özelliklerinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Işık (2008)’in çalışmasında; bekar ve

çocuk sahibi olan hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; hemşirelerin medeni durum ve çocuk durumu özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Görüldüğü gibi her iki çalışmanın bulguları birbirinden farklıdır. Ancak Karakuş ve arkadaşları (2012) makalelerinde; evli olmanın toplumsal ilişkiler kurma ve hayatın zorluklarıyla başa çıkmada, çocuk sahibi olmanın ise biyolojik ölümsüzlük açısından öldükten sonra bir uzantısının devam edeceği ve sürekli yanında olması nedeniyle psikososyal açıdan destek sağlayacağı gibi nedenlerle yaşama karşı olumlu tutumlar geliştirmeye olanak sağlarken, bu faktörlerin ölüm kaygısını artırdığını belirtmişlerdir. Hökelekli (2017) ise ölümlle ilgili tutumların dindarlıkla ilişkisi üzerine yaptığı bir çalışmada; ölüm korkusu sebebi olarak ikinci sırada ‘sevilen objeden ayrılma’ nın yer aldığını ifade etmiştir. Bu doğrultuda; evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin daha çok ölüme karşı ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ gibi olumsuz tutum geliştirmeleri beklenmektedir. Bu çalışmada medeni durum ve çocuk durumu özellikleri ile ölüme karşı tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, hemşirelerin yaşam ve ölüm konularını farklı şekillerde içselleştirmeleri ile açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar *yakın kaybı* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Işık (2008)’ın çalışmasında; yakın kaybı yaşayan hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’, ‘kaçış kabullenme’ ve ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; hemşirelerin yakın kaybı yaşama özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Görüldüğü gibi her iki çalışmanın bulguları birbirinden farklıdır. Ancak Karakuş ve arkadaşları (2012) makalelerinde; aile üyelerinden birinin kaybının, bireyin ölümlle yüzleşmesine, yalnızlaşmasına ve sosyal desteğinin azalmasına bağlı olarak ölüm kaygısının artmasına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Khader ve arkadaşları (2010) da literatür çalışmalarında; geçmişte yaşanan ölüm deneyiminin ölüme karşı olumsuz tutum geliştirmeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda; yakın kaybı yaşayan hemşirelerin, kaybın derecesine ve kaybedilen yakın ile aradaki bağın kuvvet derecesine göre ölüme karşı olumlu ya da olumsuz tutumlar geliştirebilecekleri söylenebilir. Bu çalışmada yakın kaybı yaşama özelliği ile ölüme karşı tutumlar

arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, hemşirelerin çoğunlukla (%58.8) ikinci derece yakınlarını kaybetmeleri ile açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar *toplam çalışma süresi* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Işık (2008)'in çalışmasında; toplam çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin 'kaçış kabullenme' puan ortalaması, toplam çalışma süresi 0-1 yıl olan hemşirelerin ise 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Abu Hasheesh ve arkadaşları (2013)'nin çalışmasında; toplam çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin 'tarafsız kabullenme' ve 'yaklaşım kabullenme' madde puan ortalamaları, toplam çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin ise 'ölüm korkusu' ve 'kaçış kabullenme' madde puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Gama ve arkadaşları (2012)'nin çalışmasında; toplam çalışma süresi fazla olan hemşirelerin 'kaçış kabullenme' madde puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise; hemşirelerin toplam çalışma süresi özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Görüldüğü gibi literatürdeki çalışmalarda toplam çalışma süresi özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi benzerlik göstermektedir. Nitekim Khader ve arkadaşları (2010) da literatür çalışmalarında; hemşirelerin mesleki deneyimlerinin arttıkça ölüm karşı olumlu tutum geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda; hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça ölüme karşı 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' ve 'kaçış kabullenme' gibi olumlu tutumlar geliştirmeleri, mesleki deneyimleri azaldıkça ise 'ölüm korkusu ve ölümden kaçınma' gibi olumsuz tutum geliştirmeleri beklenmektedir. Bu çalışmada toplam çalışma süresi özelliği ile ölüme karşı tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, hemşirelerin yaşam ve ölüm konularını farklı şekillerde içselleştirmeleri ile açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar *ölümle karşılaşma sıklığı* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Gama ve arkadaşları (2012)'nin çalışmasında; ölümle karşılaşma sıklığı ile hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde; hemşirelerin klinikte ölümle karşılaşma sıklığı özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Ancak literatürdeki çalışmalarda, hemşirelerin tekrarlı bir şekilde ölüm vakalarına katılmalarının, ölüme karşı tutumları üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dunn ve ark., 2005 ve Mohamed Ali ve Ayoub, 2010). Bu nedenle hemşirelerin ‘ölümle karşılaşma sıklığı’ ile ‘ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi’ özellikleri birlikte ele alınabilir. Bu doğrultuda; hemşirelerin klinikte ölümle karşılaşma sıklıkları ve ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimleri arttıkça ölüme karşı daha çok ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu tutumlar geliştirmeleri beklenmektedir.

Bu çalışmadaki hemşirelerin çoğu (%58.5) klinikte ölüm olayları ile ‘ara sıra’ karşılaşmaktadır. Aynı şekilde hemşirelerin çoğu (%68.9) daha önce ölmekte olan bir hastaya bakım vermiştir. Hemşirelerin ölümle ara sıra karşılaşmaları nedeni ile ve önceki bakım verme deneyimlerinin fazla olmadığı düşünülmesi nedeniyle, bu özellikler ile hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunamadığı söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalar *yaşam sonu bakım eğitimi alma* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Wessel ve Rutledge (2005)’ın 33 evde bakım ve hospis hemşiresinin ölüme karşı tutumları üzerinde palyatif bakım eğitiminin etkisini araştırdıkları bir çalışmada; eğitimin ‘ölüm korkusu’, ‘ölümden kaçınma’ ve ‘kaçış kabullenme’ madde puan ortalamalarını düşürdüğü, ‘tarafsız kabullenme’ ve ‘yaklaşım kabullenme’ madde puan ortalamalarını ise yükselttiği gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Gama ve arkadaşları (2012)’nin çalışmasında; palyatif bakım eğitimi ile ‘tarafsız kabullenme’ ve ‘yaklaşım kabullenme’ madde puan ortalamaları arasında doğru yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda da, palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumlar geliştirmesini sağladığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Khader ve ark., 2010; Matsui ve Braun, 2010 ve Nguyen ve ark., 2014). Bu nedenle hemşirelerin ‘yaşam sonu bakım eğitimi alma’ ile ‘sertifika durumu’ özellikleri birlikte ele alınabilir. Bu çalışmada ise; hemşirelerin yaşam sonu bakım eğitimi alma özellikleri ile ÖKTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu doğrultuda; yaşam sonu bakım eğitimi alan ve sertifikalı olan hemşirelerin ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ ve ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu tutumlar geliştirmeleri, eğitim almayan ve sertifikalı olmayan hemşirelerin ise ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ gibi olumsuz tutum geliştirmeleri beklenmektedir.

Bu çalışmadaki hemşirelerin çoğu (%54.1) yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim almıştır. Eğitim alan hemşirelerin çoğu (%57.5) ise bu eğitimi ‘okulda’ aldığını ifade etmiştir. Bu çalışmadaki hemşirelerin okulda aldıkları eğitimin yeterli olmadığını düşünülmesi ve sertifikalı hemşire sayısının (n=5) çok az olması nedeniyle, bu özellikler ile ölüme karşı tutumlar arasında anlamlı bir ilişkinin bulunamadığı söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalar *dini inanç* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; Hökelekli (2017), dindarlık tipi ile ölüm korkusu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve dış güdümlü dindarların iç güdümlü dindarlardan daha fazla ölümden korktuklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte dini açıdan inançlı ve dini görevlerini yerine getiren bireylerin en çok “Ölümden sonra Allah huzurunda hesaba çekilme” konusunda ölümden korkarken, çelişkili bir şekilde ise daha çok ölümlerle sonsuz bir mutluluğa kavuşacakları için ölümü arzuladıklarını belirtmiştir. Karaca (2000) ise, dini açıdan inançlı olmanın genel olarak ölüm korkusunu azalttığını, ancak bu konudaki çalışmaların sonuçlarının çelişkili olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada ise; dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin ‘kaçış kabullenme’ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Bu doğrultuda; dini inancın ölüme karşı tutumlar üzerindeki etkisinin farklı dinlere, toplumlara ve kültürlere göre değişebileceği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin ölüme karşı ‘kaçış kabullenme’ gibi olumlu tutum göstermeleri, din ve ölüm konularını farklı şekillerde içselleştirmiş olmaları ile açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar *ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanma* özelliğinin ÖKTÖ alt boyutları ile ilişkisi bakımından incelendiğinde; literatürde bu konudaki kaynaklara rastlanılamamıştır. Ancak bu çalışmada; ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmayan hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada bakımda zorlanmayan hemşirelerin (n=76) çoğunluğu (n=52) lisans mezunudur. Örneklemi oluşturan lisans mezunu hemşirelerin (n=95) ise çoğunlukla (n=38) ‘20-25 yaş’ grubundaki hemşirelerden oluştuğu göz önüne alındığında, bakımda zorlanmayan hemşirelerin ölüme karşı olumsuz tutum geliştirmelerinin beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Bu bölümde hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Hemşirelerin %88.1'i kadındır, yaş ortalaması  $\bar{X} = 30.97$ 'dir ve %37'si 20-25 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %70.4'ü lisans mezunu, %57'si bekar ve %31.1'i çocuk sahibidir.
2. Hemşirelerin %8.1'i dini açıdan inançlı olduğunu ve %63'ü ise yakın kaybı yaşadığını ifade etmiştir.
3. Hemşirelerin toplam çalışma sürelerinin ortalaması  $\bar{X} = 8.95$ 'dir ve %40'ı 'dahili kliniklerde', %11.9'u ise 'palyatif bakım kliniğinde' çalışmaktadır (Tablo 4.1).
4. Hemşirelerin %68.9'u daha önce ölmekte olan bir hastaya bakım verdiğini, %58.5'i çalıştığı klinikte ölümle 'ara sıra' karşılaştığını ve %43.7'si ise ölmekte olan hasta bakımında zorlandığını ifade ederken; bakımda zorlanan hemşirelerin %33.9'u bakım esnasında 'psikolojik olarak etkilendiğini', %28.8'i ise 'psikolojik bakımda zorlandığını' belirtmiştir.
5. Hemşireler bakım verdikleri hastanın kaybı sonrası yaşadıklarını (alınan yanıt sayısı=204); %58.2'si 'duygularım hastanın yaşı ve tanısına göre değişir', %43.6'sı 'doğal karşılarım', %27.3'ü ise 'dua ederim' şeklinde açıklamıştır.
6. Hemşirelerin %54.1'i yaşam sonu bakım ile ilgili eğitim aldığını, %6.8'i ise sertifikalı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2).
7. Hemşirelerin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' alt boyut puan ortalaması  $\bar{X} = 42.29$ 'dur. Hemşirelerin 'tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme' olumlu tutumu ortanın üzerinde yüksek bulunmuştur (mak-min puan ortası: 36).
8. Hemşirelerin 'kaçış kabullenme' alt boyut puan ortalaması  $\bar{X} = 19.33$ 'dür. Hemşirelerin 'kaçış kabullenme' olumlu tutumu ortanın üzerinde yüksek bulunmuştur (mak-min puan ortası: 15).

9. Hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ alt boyut puan ortalaması  $\bar{X} = 37.41$ ’dir. Hemşirelerin ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ olumsuz tutumu ortanın üzerinde yüksek bulunmuştur (mak-min puan ortası: 27) (Tablo 4.3).
10. Bireysel özelliklerden cinsiyetin, hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre; erkek hemşirelerin ( $39.81 \pm 3.85$ ) ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ alt boyut puan ortalamaları kadın hemşirelere ( $37.09 \pm 4.19$ ) göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
11. Bireysel özelliklerden eğitim düzeyinin, hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre; lisans mezunu hemşirelerin ( $42.84 \pm 4.07$ ) ‘tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme’ alt boyut puan ortalamaları lise/ön lisans mezunu ( $40.50 \pm 3.64$ ) hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
12. Bireysel özelliklerden dini inanç durumunun, hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre; dini açıdan inançlı olmayan hemşirelerin ( $21.00 \pm 2.53$ ) ‘kaçış kabullenme’ alt boyut puan ortalamaları inançlı olan hemşirelere ( $19.18 \pm 2.67$ ) göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
13. Araştırmada yaş, medeni durum, çocuk durumu ve yakın kaybı durumu gibi bireysel özelliklerin hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.4).
14. Çalışma özelliklerinden ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanma durumunun, hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre; ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmayan hemşirelerin ( $38.16 \pm 4.31$ ) ‘ölüm korkusu ve ölümden kaçınma’ alt boyut puan ortalamaları bakımda zorlanan hemşirelere ( $36.46 \pm 3.98$ ) göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5).
15. Araştırmada toplam çalışma süresi, çalışılan klinik, ölmekte olan hastaya bakım verme deneyimi, klinikte ölümlerle karşılaşma sıklığı, yaşam sonu bakım eğitimi alma ve sertifika durumu gibi çalışma özelliklerinin hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.4, Tablo 4.5).



## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Hemşirelik lisans eğitimi müfredatlarında yaşam sonu bakım konusuna kapsamlı bir şekilde yer verilmesi ve öğrencilerin klinik uygulamalarla pratik becerilerinin geliştirilmesi,
2. Mezuniyet sonrası ise sağlık kurumları tarafından bu tür eğitimlerin etkin bir şekilde sürekliliğinin ve güncelliğinin sağlanarak devam ettirilmesi ve hemşirelerin ilgili kongre/sempozyumlara ve özellikle sertifika programlarına aktif katılımlarının sağlanması,
3. Öncelikli olarak ölüm riskli hastaların yoğunlukta olduğu kliniklerde görev yapan, erkek, 25 yaş altı ve lise/ön lisans mezunu hemşirelerin hedef alınarak, bu hastalara yönelik olumlu ya da olumsuz tutumları konusunda farkındalıklarını arttıracak, yine bu hastalarla iletişim ve baş etme becerilerini güçlendirecek programların düzenlenmesi,
4. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için yapılacak olan ileri çalışmaların daha büyük örneklemeler üzerinde yapılması ve özellikle birimlerde (yoğun bakım, acil, ameliyathane) çalışan hemşirelerin de bu örneklemelere dahil edilmesi önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

- ABU HASHEESH MO, ABOZEİD SA-S, EL-SAİD SG and ALHUJAILİ AD, 2013. Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4): 384-394.
- ALACA Ç, YİĞİT R ve ÖZCAN A, 2011. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 72-74.
- AYDOĞDU H, 2016. Kierkegaard ve Heidegger'de Ölümün Eksistensiyal-Ontolojik Çözümlemesi. *Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*, 27: 127-150.
- AY F, 2001. Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1): 44-47.
- AYHAN D, 2013. Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
- AY MA, 2013. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi.
- AYTEN A, 2009. Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4): 85-108.
- BAŞER G ve YİĞİT R, 1996. Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuğa İlişkin Yaşadıkları Duygular. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 13(3): 209-215.
- BAYKARA ZG, GÜL Ş, HANÖNÜ S, İSKENDER MD, EREN H ve YALIM Y, 2016. Hekimlik ve Hemşirelik Eğitiminde İhmal Edilmiş Alan: Ölüm. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi*, 2(3): 66-72.
- BENLİ SS ve YILDIRIM A, 2017. Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 167-179.
- BİLDİK T, 2013. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4): 223-229.
- BİLGE A, EMBEL N ve KAYA FG, 2014. Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3): 119-124.
- CİMETE G, 2002. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- ÇAVDAR İ, 2011. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3): 142-147.
- ÇEVİK B, 2010. Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

- ÇEVİK Ş, 2005. Ergenlerde Ölüm Düşüncesi, İntihar ve Din. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 3(9): 89-117.
- ÇÖLLÜ EF ve ÖZTÜRK YE, 2006. Örgütlerde İnançlar- Tutumlar Tutumların Ölçüm Yöntemleri ve Uygulama Örnekleri Bu Yöntemlerin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1-2): 373-404.
- DAĞLI EN, 2010. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- DEMİRCİ H, BUDAK E, TAYMUR İ, AŞKIN R ve BOZKURT H , 2016. Palyatif Bakım ve Ölümle Yüzleşme. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3): 35-39.
- DUNN KS, OTTEN C ve STEPHENS E, 2005. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-104.
- ERDOĞDU MY ve ÖZKAN M, 2007. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3): 171-179.
- GAMA G, BARBOSA F ve VIEIRA M, 2012. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6): 267-273.
- GASHİ F, 2011. Türk ve Kosovalı Öğrencilerin Ölüm Kaygısı Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Erişim:<http://acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11857/277/T%C3%BCrk%2Bve%2BKoso..%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Erişim Tarihi:12 Ocak 2018.
- GÜRKAN A, GÜMÜŞ AB ve DODAK H, 2011. Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 2-12.
- HÖKELEKLİ H, 1991. Ölüm ve Ölüm Ötesi Psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(1): 151-165.
- HÖKELEKLİ H, 2017. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din. 2. Baskı, İstanbul, Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- İNCİ F, 2008. Hemşirelere Uygulanan Ölüm İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi.
- İNCİ F ve ÖZ F, 2012. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2): 178-187.
- İŞİK EA, 2008. "Ölüm Karşı Tutum Ölçeği" nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- İŞİK E, FADİLOĞLU Ç ve DEMİR Y, 2009. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 28-43.

- IŞIL Ö ve KARACA S, 2009. Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(1): 82-87.
- KARACA F, 2000. Ölüm Psikolojisi. Erişim: <https://giyasettinabusak.wordpress.com/2012/04/25/olum-psikolojisi/>. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2018.
- KARAKUŞ G, ÖZTÜRK Z ve TAMAM L, 2012. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1): 42-79.
- KHADER KA, JARRAH SS and ALASAD J, 2010. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1): 1-9.
- KIMTER N ve KÖFTEGÜL Ö, 2017. Yetişkinlerde Ölüm Kaygısı İle Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(36): 55-82.
- KİPER S, UÇAK A ve ALP YILMAZ F, 2011. Yaşam Sonu Bakıma Farklı Dinlerden Bakış. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2): 67-71.
- KIVILCIM M ve DOĞAN DG, 2014. Çocuk ve Ölüm. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1): 80-85.
- KIZILKAYA M ve KOŞTU N, 2006. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4): 69-74.
- KOÇ M, 2002. Ölüm Psikolojisi I. *Tasavvuf Dergisi*, 8: 117-146.
- KOÇ M, 2003. Yaşlılık Döneminde Ölüm Psikolojisi Üzerine Bir Alan Araştırması. *KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2: 117-143.
- KOÇ M, ÇOLAK TS ve DÜŞÜNCELİ B, 2012. Söylenme Zamanı ve Şekline Göre Travmaya Verilen Bilişsel, Duyuşsal ve Davranışsal Tepkiler (7-12 Yaş). *İlköğretim Online*, 11(1): 75-84.
- KOÇ Z ve SAĞLAM Z, 2008. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
- KOKU F ve ATEŞ M, 2016. Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Deneyim ve Tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2): 99-104.
- KÖSE G, DURMAZ O ve ÖZET FG, 2011. Yoğun Bakım Ünitelerinde ve Yatan Hasta Katlarında Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Düşünce ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Erişim:[http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel\\_calisma/11\\_Yogunbakimolum.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/11_Yogunbakimolum.pdf). Erişim Tarihi:17 Şubat 2018.
- KÖYLÜ M, 2004. Ölüm Olayının Çocuklar Üzerine Etkisi ve "Ölüm Eğitimi". *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(17): 95-120.
- KÜBLER-ROSS E, 2010. Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Ekin Uşşaklı, Çev.), İstanbul, April Yayıncılık.
- LESTER D, TEMPLER DI and ABDEL-KHALEK A, 2007. A Cross-Culturel Comparison of Death Anxiety: A Brief Note. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(3): 255-260.

- MATSUI M ve BRAUN K, 2010. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12).
- MENEKLİ T ve FADILOĞLU Ç, 2014. Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4): 222-229.
- MOHAMED ALİ WG ve AYOUB NS, 2010. Nurses' Attitudes Toward Caring for Dying Patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, ISSN: 2078-0273, May,2010.
- MOK E and CHIU PC, 2004. Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5): 475-483.
- NGUYEN LT, YATES P and OSBORNE Y, 2014. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250550>. Erişim Tarihi: 16 Şubat 2018.
- ÖZDELİKARA A, AĞAÇDIKEN ALKAN S, MUMCU BOĞA N ve ŞAHİN D, 2016. Öğrenci Hemşirelerde Ölüm Kaygısı. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-16.
- ÖZDEMİR Z ve ŞENOL ÇELİK S, 2010. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları. *Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(1): 32-41.
- ÖZDEMİR Z ve ŞENOL ÇELİK S, 2011. Terminal Dönemde Olan Hastanın Bakımı. *Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 3(2): 81-88.
- SAĞIR A, 2013. Modern Dünya ve Ölüm: Batılının Ölüm Karşısında Tavrıları. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 2(4): 213-221.
- SELÇUK KT ve AVCI D, 2015. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Ölümüne Karşı Tutumları ve İlişkili Etmenler. *Literatür Sempozyum-Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*, 8: 26-32.
- SEZER S ve SAYA P, 2009. Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 151-165.
- ŞAHİN M, DEMİRKIRAN F ve ADANA F, 2016. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3): 135-136.
- TANHAN F, 2013. Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1): 184-200.
- TANHAN F ve ARI F, 2006. Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2): 34-43.
- TANHAN F ve ARI İNCİ F, 2009. Ölüm Eğitimi. I. Baskı, Ankara, Pegem Akademi.
- TAŞDEMİR G ve GÖK F, 2012. Bir sağlık yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 9(2): 303-317.

- TAVŞANLI NG, ÇEÇEN D ve KAHRAMAN G, 2016. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalara Karşı Duygu ve Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4): 470-475.
- TERAKYE G, 1994. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. 2. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- TÜMLÜ C, 2013. 5-12 Yaş Aralığındaki Çocukların Ölüm Algısını İfade Biçimlerinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi .
- ÜNAL MS, 2011. Zamansız Ölüm: Geleneksel ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11(2): 121-133.
- WESSEL EM and RUTLEDGE DN, 2005. Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying: Effects of Palliative Care Education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(4): 212-218.
- WONG P, REKER G and GESSER G, 1994. The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R): A Multidimensional Measure of Attitudes Towards Death. Erişim:<http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2018/03/Death-Attitude-Profile-Revised-DAP-R-Wong-Reker-Gesser-1994-Paper-NEW.pdf>. Erişim Tarihi:10.08.2018
- YİĞİT R, 1998. Hasta ve Ailesine Ölümle Baş Etmelerinde Yardım Etme. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 9-15.
- YILDIZ M, 1996. Ölümle İlgili Genel Tutumlar. *Akademik Araştırmalar-Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1): 178-188.
- YILMAZ E ve VERMİŞLİ S, 2015. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 41-46.
- YILMAZ S, 2013. Çocuklarda 'Ölüm Kaygısı'nın Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Bilimname Dergisi*, 2(25): 169-189.
- YÜKSEL MY, GÜNEŞ F ve AKDAĞ C, 2017. Investigation of the Death Anxiety and Meaning in Life Levels among Middle-Aged Adults. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(2): 165-181.
- ZAYBAK A ve ERZİNCANLI S, 2016. Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6: 16-29.

## 8. EKLER

### EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### **ÇALIŞMANIN ADI:**

Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Bireylerin ölüme ilişkin tutumlarını (duygu, inanç ve davranış) etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu tutumların üzerinde, kişilerin bireysel özelliklerinin (cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, eğitim durumu... gibi) ve çalışma özelliklerinin (çalışılan bölüm, deneyim yılı, eğitim alma durumu...gibi) etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma, yatan hasta bakımı veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel ve çalışma ile ilgili özelliklerinin ortaya konulması amacıyla planlanmıştır.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız için iki adet form verilecektir. İlk form, sizin bireysel ve çalışma özelliklerinizi belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Bu form çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. İkinci form ise, standardize bir ölçektir. Bu ölçek, sizin ölüme karşı tutumunuzu ortaya koyan sorular içermektedir. Bu iki formu eksiksiz olarak doldurmanız beklenmektedir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİ:**

1. Burcu Çınar

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<b>Gönüllü Adı Soyadı:</b>		<b>Tarih ve İmza:</b>	
<b>Telefon:</b>			

<b>Araştırmacının Adı Soyadı:</b>		<b>Tarih ve İmza:</b>	
<b>Adres ve Telefon:</b>			



## EK 2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu anket, yatan hasta bakımı veren hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkileyebilecek bireysel ve çalışma özellikleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Verilerin gizli kalacağını özellikle belirtirim. Anketin etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi ve bilim dünyasına önemli katkılar sağlaması için her bir sorunun dikkatli bir şekilde okunarak gerçekçi cevaplar verilmesini rica ederim. Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

**Burcu Çınar** (Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi)

1. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

2. Yaşınız:

.....

3. Eğitim düzeyiniz:

- a) Lise mezunuyum
- b) Ön-lisans mezunuyum
- c) Lisans mezunuyum
- d) Yüksek lisans mezunuyum

4. Medeni durumunuz:

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

5. Çocuğunuz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

6. Herhangi bir dini inanca sahip misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

7. Hemşire olarak kaç yıldır çalışmaktasınız?

.....

8. Çalıştığınız klinik:

.....

9. Şu an görev yaptığınız birimde ne sıklıkta ölüm vakasıyla karşılaşıyorsunuz?

- a) Hiç karşılaşmadım.
- b) Ara sıra karşılaşıyorum.
- c) Çok sık karşılaşıyorum.

10. Şu an görev yaptığınız birim dışında, daha önce hiç, ölmekte olan hastaya bakım verdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Ölmekte olan hastaya bakım vermek size g gelir mi? Cevabınız ‘Evet’ ise ne konuda güçlük yaŐadığınızı lütfen belirtiniz.

- a) Evet .....
- b) Hayır

12. Ölmekte olan hasta bakımı (yaşam sonu bakım) ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

13. Ölmekte olan hasta bakımı (yaşam sonu bakım) ile ilgili bir sertifikanız var mı?

- a) Var
- b) Yok

14. Ailenizden/yakınlarınızdan herhangi bir kayıp (lm) yaŐadınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Şu an görev yaptığınız birimde karŐılaŐtığınız ölümler karşısında neler hissetmektesiniz? (**Birden fazla seçenek iŐaretlenebilir!**)

- a) Hiçbir Şey hissetmem.
- b) Doğal karşılarım.
- c) zlr, ağlarım.
- d) Korkarım.
- e) aresizlik hissederim.
- f) Başarısızlık ve suçluluk hissederim.
- g) lm kabullenmekte zorlanırım.
- h) Duygularım hastanın yaşına ve tanısına göre değişir.
- ı) Dua ederim.
- i) Diğer.....

### EK 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum = 1 puan						
	Katılmıyorum = 2 puan						
Orta derece katılmıyorum = 3 puan							
Kararsızım = 4 puan							
Orta derece katılıyorum = 5 puan							
Katılıyorum = 6 puan							
Kesinlikle katılıyorum = 7 puan							
1.Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	1	2	3	4	5	6	7
2.Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	7	6	5	4	3	2	1
3.Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.	7	6	5	4	3	2	1
4.Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
5.Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.	1	2	3	4	5	6	7
6.Ölüm; doğal, inkar edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	7	6	5	4	3	2	1
7.Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	7	6	5	4	3	2	1
8.Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	1	2	3	4	5	6	7
9.Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	7	6	5	4	3	2	1
10.Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
11.Ölüm, ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.	1	2	3	4	5	6	7
12.Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	7	6	5	4	3	2	1
13.Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	7	6	5	4	3	2	1
14.Ölüm, Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	1	2	3	4	5	6	7
15.Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	7	6	5	4	3	2	1
16.Yoğun bir ölüm korkum var.	1	2	3	4	5	6	7
17.Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	7	6	5	4	3	2	1

### EK 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (Devam)

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum = 1 puan						
	Katılmıyorum = 2 puan						
Orta derece katılmıyorum = 3 puan							
Kararsızım = 4 puan							
Orta derece katılıyorum = 5 puan							
Katılıyorum = 6 puan							
Kesinlikle katılıyorum = 7 puan							
18.Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	7	6	5	4	3	2	1
19.Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	1	2	3	4	5	6	7
20.Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	7	6	5	4	3	2	1
21.Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	7	6	5	4	3	2	1
22.Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	1	2	3	4	5	6	7
23.Ölümlerle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey, ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	1	2	3	4	5	6	7
24.Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	1	2	3	4	5	6	7
25.Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	7	6	5	4	3	2	1
26.Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7

## EK 4. The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R)

### Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)

Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G.

This questionnaire contains a number of statements related to different attitudes toward death. Read each statement carefully, and then decide the extent to which you agree or disagree. For example, an item might read: "Death is a friend." Indicate how well you agree or disagree by circling one of the following: SA = strongly agree; A= agree; MA= moderately agree; U= undecided; MD= moderately disagree; D=disagree; SD= strongly disagree. Note that the scales run both from *strongly agree* to *strongly disagree* and from *strongly disagree* to *strongly agree*.

If you strongly agreed with the statement, you would circle SA. If you strongly disagreed you would circle SD. If you are undecided, circle U. However, try to use the undecided category sparingly.

It is important that you work through the statements and answer each one. Many of the statements will seem alike, but all are necessary to show slight differences in attitudes.

1. Death is no doubt a grim experience.      SD   D   MD   U   MA   A   SA
2. The prospects of my own death  
arouses anxiety in me.                      SA   A   MA   U   MD   D   SD
3. I avoid death thoughts at all costs.      SA   A   MA   U   MD   D   SD
4. I believe that I will be in heaven after  
I die.    SD   D   MD   U   MA   A   SA
5. Death will bring an end to all my  
troubles.                                         SD   D   MD   U   MA   A   SA
6. Death should be viewed as a natural,  
undeniable, and unavoidable event.      SA   A   MA   U   MD   D   SD
7. I am disturbed by the finality of death.   SA   A   MA   U   MD   D   SD

#### EK 4. The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) (Devam)

8. Death is an entrance to a place of ultimate satisfaction.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
9. Death provides an escape from this terrible world.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
10. Whenever the thought of death enters my mind, I try to push it away.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
11. Death is deliverance from pain and suffering.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
12. I always try not to think about death.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
13. I believe that heaven will be a much better place than this world.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
14. Death is a natural aspect of life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
15. Death is a union with God and eternal bliss.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
16. Death brings a promise of a new and glorious life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
17. I would neither fear death nor welcome it.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
18. I have an intense fear of death.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
19. I avoid thinking about death altogether.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
20. The subject of life after death troubles me greatly.	SA	A	MA	U	MD	D	SD

**EK 4. The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) (Devam)**

21. The fact that death will mean the end of everything as I know it frightens me.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
22. I look forward to a reunion with my loved ones after I die.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
23. I view death as a relief from earthly suffering.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
24. Death is simply a part of the process of life.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
25. I see death as a passage to an eternal and blessed place.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
26. I try to have nothing to do with the subject of death.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
27. Death offers a wonderful release of the soul.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
28. One thing that gives me comfort in facing death is my belief in the afterlife.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
29. I see death as a relief from the burden of this life.	SD	D	MD	U	MA	A	SA
30. Death is neither good nor bad.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
31. I look forward to life after death.	SA	A	MA	U	MD	D	SD
32. The uncertainty of not knowing what happens after death worries me.	SD	D	MD	U	MA	A	SA

#### EK 4. The Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R) (Devam)

##### Scoring Key for the Death Attitude Profile-Revised

Dimension	Items
Fear of Death (7 items)	1,2,7,18,20,21,32
Death Avoidance (5 items)	3,10,12,19,26
Neutral Acceptance (5 items)	6,14,17,24,30
Approach Acceptance (10 items)	4,8,13,15,16,22,25,27,28,31
Escape Acceptance (5 items)	5,9,11,23,29

Scores for all items are from 1 to 7 in the direction of *strongly disagree* (1) to *strongly agree* (7). For each dimension, a mean scale score can be computed by dividing the total scale score by the number of items forming each scale.

For further information on the theoretical rationale and the psychometric properties of the scale consult the following source:

Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.

For information on the original DAP, consult the following source:

Gesser, G., Wong, P.T.P., & Reker, G.T. (1987-88). Death attitudes across the life span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18, 113-128.



## EK 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul İzni



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 / 284

23/11/2017



**Prof.Dr.Selma DOĞAN  
(Burcu ÇINAR)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 17/11/2017 tarihinde yapılan 11 No.lu toplantısında “**Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.


Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## EK 6. Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Etik Kurul İzni

 <p>TC Sağlık Bakanlığı</p>	<p>T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi</p>	<p>İSTANBUL AVCILAR MURAT KÖLÜK DEVLET HASTANESİ - İSTANBUL AVCILAR MURAT KÖLÜK DEVLET HASTANESİ 08/02/2018 16:41 - 66251834 - 604.02.01 - E.683</p>  <p>0004269592</p>
<p>Sayı : 66251834-604.02.01 Konu : Burcu ÇİNAR'ın Araştırma İzni</p>		
<p><b>İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ</b></p>		
<p><b>İlgi:</b> 25/01/2018 tarih ve E.9947 sayılı yazınız</p>		
<p>İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı ğrencisi Burcu ÇİNAR'ın "<i>Hemşirelerin lme Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi</i>" konulu tez çalışması kapsamında; hastanemizde çalışan ilgili personel grubu üzerinde anket çalışması yapması Hastane Başhekimliği tarafından uygun görülmüştür.</p>		
<p>Bilgilerinize arz ederim.</p>		
<p><b>e-imzalıdır.</b> <b>Op.Dr. A.İbrahim ULUSOY</b> <b>Başhekim</b></p>		
<hr/>		
<p>Avcılar Murat KÖLÜK Devlet Hastanesi Yeni Yuva Sokak no: 4 Avcılar/İST (212)4129000-9194 Faks No:</p>	<p>Bilgi için: Aslı KOÇ</p>	
<p>e-Posta: asli.koc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: asli.koc@saglik.gov.tr</p>	<p>Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.</p>	
<p>Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden de78affd-71be-46e9-a344-80fa59a1216d kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</p>	<p>Telefon No: 2124129029</p>	


## EK 7. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı  
İSTANBUL  
SAĞLIK  
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL BAKIRKÖY DR. SADI KONUK E.A.H. -  
İSTANBUL BAKIRKÖY DR. SADI KONUK E.A.H.  
2301/2018 17.01 - 71211201 - 771 - E 1673



00061336765

**Sayı** : 71211201-771  
**Konu** : Burcu ÇINAR-Anket İzni hk.

**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İlgi: 22.01.2018 tarih ve E.153 sayılı yazı

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği (Tezli) Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Burcu ÇINAR'ın "**Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" başlıklı çalışması, Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Yard.Doç.Dr. Mehmet Emin GÜNEŞ  
Başhekim

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy/İSTANBUL  
Hakan AKALAN Hizmet İçi Eğitim Birimi-0212 414 75 02

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d4d0f93e-61a4-43ae-b5eb-09f0c81a2f04 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.