

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ DEPARTMANINDA ÇALIŞAN BİREYLERDE
ÖLÜM KAYGISI, ANKSİYETE, DEPRESYON ve
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep YILMAZ

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ANUK

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ DEPARTMANINDA ÇALIŞAN BİREYLERDE
ÖLÜM KAYGISI, ANKSİYETE, DEPRESYON ve
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep YILMAZ

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ____/____/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zeynep YILMAZ

24.06.2021

ÖNSÖZ

Sağlık sektörünün ve sağlık çalışanlarının toplumdaki rolünün en fazla olduğu bu zamanda, kendilerini anlamak ve destek vermek amacı ile kaleme alınan bu tezde, yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr.Psk.Dilek Anuk ve araştırmama bütün pandemi süresince katkıda bulunup, deneyimlerini paylaşan hastanemizin doktorlarına, hemşirelerine ve hasta temsilcilerine sonsuz teşekkürlerimi sunarm.

Zeynep YILMAZ

24.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. GENEL BİLGİLER	5
1.1. Ölüm Tanımı ve Ölüm Kavramı	5
1.2. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar	8
1.2.1. Depresyon	8
1.2.2. Kaygı	10
1.3. Ölüm Kaygısı	10
1.3.1. Ölüm Kaygısı Bileşenleri	10
1.3.1.1. Duygu Bileşeni	10
1.3.1.2. Bilişsel Bileşen	11
1.3.1.3. Deneysel Bileşen	12
1.3.1.4. Gelişimsel Bileşeni	13
1.3.1.5. Sosyokültürel Şekillendirme	14
1.3.1.6. Motivasyonun Kaynağı	16
1.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar	16
1.3.3. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları	18
1.3.3.1. Kültürel Savunmalar	18
1.3.3.2. Bireysel Savunmalar	18
1.4. Sağlık Çalışanlarında Ölüm Kaygısı	19
1.5. Tükenmişlik	22
1.5.1. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler	23
1.5.2. Tükenmişlik Belirtileri	25
BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM	27
2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
2.2. Veri Toplama Araçları	27
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu	27

2.2.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	27
2.2.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	28
2.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği	28
2.2.5. Beck Depresyon Ölçeği	28
2.3. İstatiksel Analiz	29
BÖLÜM 3. BULGULAR	30
3.1. Katılımcılar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular	30
3.2. Ölüm Kaygısı Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular	33
3.3. Tükenmişlik Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular	37
3.4. Anksiyete Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular	44
3.5. Beck Depresyon Ölçeği ile ilgili bulgular	47
3.6. Ölçekler Arasındaki Korelasyon İle İlgili Bulgular	47
SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	54
EKLER	68
ÖZGEÇMİŞ	76

KISALTMALAR

APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
TDK	:Türk Dil Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılarla İlgili Tanımlayıcı Bulgular	30
Tablo 2. Katılımcıların Yaş ve Meslek Yılı Ortalamaları	30
Tablo 3. Katılımcıların Çalıştığı Birim ve Meslekleri İle İlgili Düşünceleri	31
Tablo 4. Katılımcıların Yakınlarının ve Ölümü ve Yaşam Tehdit Edici Durumlarla İlgili Deneyimlerine İlişkin Bilgiler	32
Tablo 5. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşünce Bulguları.....	32
Tablo 6. Psikolojik Yardım Alma ile İlgili Bilgiler	33
Tablo 7. Katılımcıların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri	33
Tablo 8. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Bilgilerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri	34
Tablo 9. Katılımcıların Meslek ve Çalışılan Birime Karşı Düşüncelerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri	35
Tablo 10. Katılımcıların Yakınlarının Ölümü ve Yaşam Tehdit Edici Durumlarla İlgili Deneyimlerine İlişkin Bilgilerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri.....	35
Tablo 11. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşüncelere Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri	36
Tablo 12. Karşılaşılan Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri	37
Tablo 13. Katılımcıların Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	37
Tablo 14. Katılımcıların Cinsiyete Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	38
Tablo 15. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	38
Tablo 16. Katılımcıların Çocuk Varlığına Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	39
Tablo 17. Katılımcıların Mesleğine Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	39
Tablo 18. Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri	40
Tablo 19. Katılımcıların Ölümüne Karşı Duyarsızlaşma Durumlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri	41

Tablo 20. Katılımcıların Ölüme Karşı Duygu ve Düşüncelerine Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri	42
Tablo 21. Katılımcıların Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri	43
Tablo 22. Katılımcıların Psikiyatri İlacı Kullanma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri	43
Tablo 23. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği Ortalama Analizleri	44
Tablo 24. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulgularına Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri ..	44
Tablo 25. Katılımcıların Meslek ve Çalışılan Birime Karşı Düşüncelerine Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri	45
Tablo 26. Katılımcıların Yakınları ve Kendileri İle İlgili Bilgilerine Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri	45
Tablo 27. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşüncelere Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri	46
Tablo 28. Karşılaşılan Psikolojik Yardım Alma ve Psikiyatri İlacı Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri	46
Tablo 29. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği Analizi Ortalamaları	47
Tablo 30. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Düzeyleri	47

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Onkoloji Departmanında Çalışan Bireylerin Çalışma Ortamına Bağlı Anksiyete ve Ölüm Kaygısı Düzeyi	
Tezin Yazarı: Zeynep YILMAZ Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ANUK	
Kabul Tarihi: 24/06/2021	Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 67 (tez) + 8 (ek)
Anabilimdalı: Psikoloji	Bilimdalı: Klinik Psikoloji
Kaygı, genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak da açıklanmaktadır. Öfke patlamaları, ölme ve çıldırma korkuları, çarpıntı, nefes alma zorluğu, sindirim problemleri gibi görünümler kaygının ifadesinde yer alan unsurlardır. Kişinin kaygı düzeyi, durumsal uyarıcılara bağlıdır ve kişinin tepkisi duruma bağlı olarak değişkendir. Depresyon çöküntü, ruhsal ve bedensel düşkünlük, bunalım, yaşama dair aktivitelerin azalması şeklinde ifade edilmektedir. Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan duygu-durum bozukluklarından. Depresyonda durgunluk, iletişim kurmada zorluk, anksiyete, öfke, karar vermede güçlük, kendini değersiz görme, intihar düşüncesi, uykuya dalamama ya da sık uyanma gibi belirtilere görülebilmektedir. Bu araştırmanın amacı onkoloji biriminde çalışan bireylerin anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeylerini arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaç kapsamında çalışmanın örneklemini onkoloji biriminde çalışan hemşire, doktor, desk(banko) çalışanı ve hasta temsilcilerini de içeren 80 bireyden oluşmaktadır. Katılımcılar ile ilgili verilerin elde edilmesi için Kişisel Bilgi Formu, Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizi ise SPSS 25.0 paket programı yardımıyla yapılmıştır. Katılımcıların %60'ı kadın ve %40'ı erkek, %20'si doktor, %26.2 si banko çalışanı ve hasta temsilcisi, %53,8'i ise hemşiredir. Katılımcıların yaş ortalaması 39,31±12,62'dir. Katılımcıların %73,8'i mesleğini ve %72,5'i çalıştığı birimi başından beri severek çalıştığını bildirmiştir. Katılımcıların %53,8'i ölüme karşı duyarsız olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %35'inin ölümü doğal karşıladığı ve %32,5'inin ölüm karşısında korku ve üzülmeye hissettiği bulunmuştur. Araştırma bulguları katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri arttıkça duyarsızlaşma düzeylerinin buna bağlı olarak azaldığını, duygusal tükenme düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında doğru orantılı ilişki olduğunu göstermiştir.	
Anahtar Kelimeler: Onkoloji, Anksiyete, Ölüm Kaygısı, Tükenmişlik, Depresyon	

ABSTRACT

Istanbul Kent University, Institute of Graduate Education - Abstract of Master Thesis

Title of the Thesis: The Level of Anxiety and Death Anxiety Related to the Work Environment of Individuals Working in the Oncology Department	
Author: Zeynep YILMAZ	Supervisor: Dr.Lecturer Dilek ANUK
Date: 24/06/2021	Nu. of pages: v (ön kısım) + 67 (tez) + 8 (ek)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Anxiety is also explained as a feeling of tension of unknown origin, which usually arises with the thought that something bad will happen. Outbursts of anger, fear of dying and going crazy, palpitations, difficulty in breathing, and digestive problems are the elements in the expression of anxiety. A person's level of anxiety depends on situational stimuli, and one's response is variable depending on the situation. Depression is expressed as depression, mental and physical devotion, depression, and decreased activities related to life. It is a mood disorder that occurs at any stage of life. Symptoms such as stagnation, difficulty in communicating, anxiety, anger, difficulty in making decisions, feeling worthless, suicidal ideation, inability to fall asleep or waking up frequently can be seen in depression. The aim of this study is to reveal the anxiety and death anxiety levels of individuals working in the oncology unit. For this purpose, the sample of the study consists of 80 individuals working in the oncology unit, including nurses, doctors, desk workers and patient representatives. Personal Information Form, Thorson-Powell Death Anxiety Scale, Maslach Burnout Scale, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) were used to obtain data about the participants. The analysis of the data was done with the help of SPSS 25.0 package program. 60% of the participants are women and 40% are men, 20% are doctors and 53.8% are nurses. The average age of the participants is 39.31 ± 12.62. 73.8% of the participants have been fond of their profession and 72.5% of the unit they work in. 53.8% of the participants stated that they are insensitive to death. It was found that 35% of the participants regard death as natural and 32.5% feel fear and sadness. In our study, as the death anxiety levels increase/decrease, the depersonalization levels decrease/increase accordingly. Being insensitive to death decreases death anxiety in participants. A direct proportion was found between emotional exhaustion and depression levels. A moderate positive relationship was found between emotional exhaustion and anxiety levels in the participants. In the study, a strong relationship was found between anxiety and depression.	
Keywords: Oncology, Anxiety, Death Anxiety, Burnout, Depression	

GİRİŞ

Ölüm, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde, "bir canlının beyin, solunum ve dolaşım faaliyetlerinin dönüşümsüz olarak durması, tüm organ ve dokularındaki hücrelerin fiziksel ve kimyasal etkinliğini kaybetmesi nedeniyle yaşamın sona ermesi" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2020). Kaygı ise sözlük anlamı olarak, "genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusudur". Kaygı, aynı zamanda algılanan bir tehdide karşı vücudun yanıtı, tanımlanamayan bir tehdit karşısında ortaya çıkan gerilim, sinirlilik, rahatsızlık verici bir duygu durumudur (Sukhwinder ve ark., 2015).

Kişi, belli bir tehlike algıladığında otonom sinir sistemi uyarılarak kan basıncı, kalp atış hızı ve solunum sayısı artmakta, mide bağırsak hareketleri hızlanmakta, tükürük salgısı azalmakta, kan şekeri yükselmekte, pupiller genişlemekte ve çizgili kas gerginliği artmaktadır. İnsan bedeninde oluşan bu değişiklikler kişide tedirginliği artırarak kaygı oluşmasına neden olmaktadır (Karayağız ve ark., 2011). Sık yaşanan kaygı durumlarından birisi olan ölüm kaygısı, farklı düzeylerde de olsa hemen her insanda vardır (Yıldız ve Bulut, 2017).

Literatürde ölüm kaygısı "bireyin ölüm veya ölme ile ilişkili endişe, kaygı veya korku deneyimleri" ve "birinin varlığını tehdit eden gerçek ya da hayali algılar tarafından oluşturulan korku, tedirgin duygu" olarak tanımlanmaktadır (Çınar, 2016). Belirsizlik, bedenini kaybetme, acı duyma, yalnız kalma, yakınlarından ve sevdiklerinden ayrılma, zamanın ilerlemesi, kendi ölümünü düşünme, kansere yakalanma, ceset görme ve gelecek hakkında düşünme ile ilgili kaygılar ölüm kaygısına yol açmaktadır (Yıldız ve Bulut, 2017).

Sağlık çalışanlarının yaşam, ölüm, kayıp ve yas süreçlerinde kendi bireysel duygularının, davranış ve tutumlarının farkında olması ve ölümü yaklaşan hasta ve ailesi ile etkin iletişim tekniklerini kullanarak gereken desteği sağlayabilmesi, kaliteli bir bakımının sunulmasında etkilidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ölüme ilişkin duygularını paylaşabilmesi, ölüm süreci ile ilgili bilgisinin olması, ölmekte olan hastanın fiziksel ve psikososyal özelliklerine ve hasta/ailesinin gereksinimlerine farkındalık oluşturması ve kendisini de bu şekilde desteklemesi gereklidir. Bireylerin yaşam ve ölüme karşı tutumu birbiriyle önemli ölçüde ilişkilidir. Yaşamın birey için anlamının

olması yaşamdan zevk almasını ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca, bireylerin ölüm olgusuna karşı kaygılı olması ve ölüme olumsuz anlamlar yüklemesi de engellenebilmektedir (Benli ve Yıldırım, 2017). Sağlık profesyonellerinin yaşam ve ölümle ilgili sorunlarla yüzleşmeye, ölüme karşı kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüm karşısında hastanın ailesinin tepkilerini anlamaya, ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde ailelere yardım etmeye hazır olmaları önemlidir (Ciccarello, 2003). Araştırma, bu bilgilerden yola çıkılarak, onkoloji departmanında çalışan bireylerin ölüm kaygısının anksiyete, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilecektir.

Tezin Amacı

Modern tıbbın ve tedavilerin artmasıyla birlikte kronik, ölümcül hastalıklarda yaşam süresi uzamış, dolayısıyla sağlık personelinin ölümcül hastayla karşılaşma ve tedavi süresi de artmıştır. Ölümlerin büyük bir bölümü hastanelerde gerçekleşmeye başlamıştır. Bu durum sağlık profesyonellerinin ölümle daha sık karşılaşmasına ve ölümün duygusal yükünü daha çok hissetmelerine yol açmaktadır. Özellikle onkoloji birimi gibi daha ölümcül hastaların görüldüğü birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri ölüm olaylarına daha sık rastlamaktadır. Bu nedenle mevcut araştırmada, onkoloji biriminde çalışan bireylerin anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri araştırılacaktır. Ayrıca bireylerin demografik verileri ile anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki de ortaya konulacaktır.

Tezin Önemi

Ölüme dair tepkiler, hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal yaşantısından önemli boyutta etkilenir (Çavuşoğlu, 1997). Kişinin ölümle karşılaştığında gösterdiği tavır, onun duygusal yeteneklerine bağlıdır. Dini inançlar, etnik yapı, toplum yapısı gibi değerlerin tümü, kişinin ölüme yaklaşım biçimini belirler (Kozier ve ark., 2004). Kişi yaşadığı sürece, yarının daha iyi olacağı hayali ile yaşar. Mevcut anda ne durumda olursa olsun bir sonraki günün daha güvenli ve iyi olacağı inancı hakimdir. İnsanlar hayal kurar, planlar, uygular ve sonunda istediğini elde eder. Bu aşamalardan birinde yaşanan aksama, kişiyi ümitsizliğe, gerginliğe ve anksiyeteye itebilir. Sağlık çalışanları da tüm diğer insanlar gibi iyi yaşama ve güvenli bir hayatı arzularlar. Kendi hayalleri, kişisel planları vardır. Ancak onkoloji biriminde çalışan bireylerin ölümle sıkça karşılaşmaları, kendi

kişisel hayal ve planlarının önemsizleşmesine sebep olmaktadır (Tatar, 1988). Bundan dolayı onkoloji biriminde çalışan bireylerin anksiyete ve ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi önem taşımaktadır.

Ölümcül hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının bilgili, becerili ve stresle baş edebilen bireyler olmalarını gerekir. Hastaya ve aileye sunulan bakımın temelinde, sağlık çalışanlarının nitelikli bir eğitim almaları ve kendi davranışlarına dair içgörü kazanmaları yatar. Sağlık çalışanlarının ölüme ve hastalığa ne gibi anlamlar yüklediklerini anlamak gerekir. Kendi ölümlülüğünü kabullenemeyen sağlık çalışanları ölümcül hastadan kaçınır ya da korkularını onlara yansıtır (Ferrel ve ark., 2000; Tanhan ve Arı, 2006). Bu araştırma sonucunda onkoloji biriminde çalışan bireylerin anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin ortaya konulması bu alanda sağlık çalışanlarına verilecek eğitim ve destekler noktasında kullanılabilecek etkin veriler sağlayacaktır. Çalışma bu anlamda literatüre katkıda bulunacağından önem taşımaktadır.

Araştırma Soruları / Hipotezler

Çalışmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir.

Araştırmanın hipotezi; Onkoloji biriminde çalışan bireylerde cinsiyet, meslek ve medeni durum verileri ile anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ilişkilidir.

H1:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde ölüm kaygısı düzeyleri farklılık göstermektedir.

H2:Onkoloji biriminde çalışan bireylerin cinsiyet, meslek ve medeni durum verileri ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmaktadır.

H3:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde tükenmişlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

H4:Onkoloji biriminde çalışan bireylerin cinsiyet, meslek ve medeni durum verileri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır.

H5:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde anksiyete düzeyleri farklılık göstermektedir.

H6:Onkoloji biriminde çalışan bireylerin cinsiyet, meslek ve medeni durum verileri ile anksiyete arasında ilişki bulunmaktadır.

H7:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde depresyon düzeyleri farklılık göstermektedir.

H8:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde ölüm kaygısı ve tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır.

H9:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde ölüm kaygısı düzeyleri ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır.

H10:Onkoloji biriminde çalışan bireylerde tükenmişlik düzeyleri ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır.

Araştırmanın Sayıltıları

Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklere doğru bir şekilde ve bireysel olarak cevap verdiği varsayılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin araştırma hipotezlerini açıklamada yeterli olduğu varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece onkoloji biriminde çalışan bireylerde uygulanmış olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca araştırma sonuçları kullanılan ölçek soruları ile sınırlıdır.

BÖLÜM 1. GENEL BİLGİLER

1.1. Ölüm Tanımı ve Ölüm Kavramı

Ölüm, canlıların yaşamsal faaliyetlerinin geri dönüşsüz olarak sona ermesi, hayatın sonu, yaşamın sona ermesi veya herhangi bir canlının yaşamının tamamen ve net bir şekilde sona ermesi olarak tanımlanmıştır (Longman, 1993).

Ölüm yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Doğum gibi ölümden kişinin kendisinin tecrübe edebileceği bir olay değildir. Yani ölümlü ancak insanların onu nasıl düşündüğüyle ve başkasının ölümünde hissettiği duygular ile tanımak mümkün olabilir (Hökelekli, 1991).

Ölüm kavramı karmaşıktır ve tanımlayabilmek zordur. İnsanlık, varoluşundan beri çağlar boyunca ölüm üzerine düşünmüş ve ölümlü sorgulamıştır. Aslında ölümün düşünülmesi ve sorgulanması yaşamın daha anlamlı yaşanmasını ve manevi değerlerin oluşturulmasını da sağlamaktadır (Kubler, 1997). Yani ölümün bilincinde olmak, aslında yaşamı anlamlandırıp, kişinin daha güzel ve yoğun bir hayat yaşammasını sağlayabilmektedir (Alkan, 2000).

İnsanlar ölüm olayını kendilerine göre farklı yorumlamış, bazıları bunun yok oluş olduğunu düşünürken bazıları yeni ve sonsuz bir hayata geçiş aşaması olarak değerlendirmiş, bazıları ölümlü stres nedeni olarak görmüş bazıları stresten kurtulma olarak düşünmüştür. Kimine göre ölüme karşı konulması gerekirken, kimine göre de ölmek sevinç duyulması gereken bir olaydır (Koç, 2002).

Ölüm karşısında gösterilen tepki kişinin kendi tavrına göre, hayata gösterdiği tepkidir. Bu tavrın belirlenmesinde dini inanış, tıbbi gelişmeler, sosyal ve kültürel çevre büyük pay sahibidir. Ölüme olan yaklaşım insanların yaşam tarzına göre biçimlenmekte, hayata bakış açısı ölüme yaklaşımı belirlemektedir (Karaca, 2002). Yani ölümlü kabullenmek ve ölüme anlam vermek yaşam şeklini etkilemektedir. Anlamlı yaşanan bir hayat, ölümlü kabul edip, ölüme hazırlanmış bir hayattır. Ölümlü kabullenmek insanı korkulu ve kötümser bir ruh halinden çok, iyi-kötü, güzel- çirkin her açıdan önemini ve özünü görebileceği bir yaşama yöneltebilir (Kımtar ve Köftegöl, 2017).

Ölüm, yaşamın her alanında sanat, edebiyat, felsefe, din ve bilimde önemli bir konu olmuştur. Felsefecilerin bazıları ölümlü yok sayarken bazıları da ölümlü yaşamın en

mühim olayı olarak kabul etmişlerdir (Geçtan, 1989). Yaşam devrelerine göre de ölüme verilen anlam farklılıklar gösterir. Erken çocukluk döneminde çocuk hayatın bir sonu olduğunu ve bunun ölümlle gerçekleşeceğine akıl erdiremez. Ölümü; ceza, uyku, yolculuk; 7 yaşa doğru ise ayrılık olarak algılar. Gençlik döneminde ölüm ve ölüm sonrası düşünceler artarak kaygıya ve sıkıntıya sebep olmaya başlar (Hökelekli, 1991).

Bazı gençler için bu, yaşama korkusuna dönüşüp ölümü hayattan kaçış yolu olarak görmeye ve intiharlara da sebep olabilir. Sonuç olarak ölüm düşüncesiyle gençlik döneminde çok sık karşılaşılmaktadır. Yetişkinlik dönemine gelindiğinde ölüm düşüncesi daha da artmakta bu durum da kişilerde kaygı ve korkuların yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde yaşanan çoğu kaygının sebebi ölüm korkusudur denilebilir (Hökelekli, 1991).

Farklı dinlerde farklı yorumlanan ölüm; Hristiyanlıkta sadece bedenın yok olması, hayatın daha güzel ve değişik bir biçimde devam etmesi; Yahudilikte insana verilen ağır bir ceza ve korkunç bir olay; Müslümanlıkta ise ruhun bedeni terk ederek Allah katına yükseltilmesi olarak değerlendirilir (Hökelekli, 2008).

Antik Yunan döneminde Epikür, ölümü hayatı tatsızlaştıran bir durum olarak görür ve doğacak kaygıyı aşmak için bir nevi “maskeleye” gayreti gösterir. Buna karşın Eflatun’a göre ölüm, hayatın gerçek mana ve tek amacıdır (Yanbastı, 1990).

Filozofların en çok irdeledikleri konu olan ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olarak açıklanmıştır. Kişi isterse ölümü seçebilir ama istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu, hayatın anlamını içinde saklı tutan en büyük gizem olabilir (Yanbastı, 1990). Modern çağda bilimin ve tıbbi gelişmelerin sayesinde ölüm ertelenmeye çalışılmaktadır. Eski çağlarda doğum sıklığı ve çocuk sayısının fazla olması çocuklardan bir kısmının gözden çıkarılmasına sebep olmuş olabilir. Fakat günümüzdeki değişim ve gelişmelerle ortalama yaşam süresi uzamakta, çocuk ölümlerinde azalma görülmektedir. Bu da ölüm olaylarına olan duyarlılığın artmasını sağlayan faktörlerden biridir (Hick, 1990).

Batı toplumlarında ölümün varlığından ve ölüm düşüncesinden daha çok kaçınma ve ölümü yok sayma durumu görülmektedir (Ünal, 2011). Modern çağda insanlar bilim ve tıptaki gelişmelerin ölüme çare bulacağını düşünmektedir (Göka, 2009). Günümüzde

evde ölmek üzücü ve sıkıntı veren bir olay olarak düşünülmekte, o nedenle ölüm yeri hastaneler kabul edilmektedir (De Araujo ve Da Silva, 2004).

Ölüm 4 şekilde ifade edilmiştir. Bunlar;

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

Zihinsel Ölüm: İnsanların anlamaya yönelik işlevlerinin olmaması,

Psikolojik Ölüm: Yaşamak için bir neden olmaması kanısına varma,

Toplumsal Ölüm: Kişinin başkalarından çok kendini düşünmesidir (De Araujo ve Da Silva, 2004).

Ölüm kavramının temel özellikleri Kastenbaum ve Aisenberg 'a göre aşağıda belirtildiği şekilde yorumlanmıştır (Çevik, 2010).

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

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

Ölüm kavramları gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişiklik gösterir.

Bir insanın ölüm kavramı her bir gelişim dönemine göre farklıdır.

Ölüm kavramının gelişimsel amacı, tam olarak anlaşılmamış, belirsiz ya da halen oluşum süreci aşamasındadır. En uygun ya da ideal ölüm anlayışının ne olduğu henüz bir bilinmezliktir. Kuşkusuz bir takım kanılar vardır ancak bunlar sistemli kuram ya da araştırmalardan çıkarılmış sonuçlar olmaktan daha çok değer yargılarını içerir (Çevik, 2010).

Ölüm kavramı durumsal bağlamla etkileşim içindedir. Odada yanı başımızda ölmekte olan birisi mi var? İçinde bulunduğumuz durum, yaşamımız için bir tehdit oluşturuyor mu? Yalnız mıyız yoksa birileri yanımızda mı? İçinde bulunduğumuz durum seçici bir biçimde zihnimizde var olan birçok ölüm türünden birini açığa vurur (Çevik, 2010).

Ölüm kavramı sergilediğimiz davranışların etkilenmesine neden olur. Örneğin, ölümü sonsuz mutluluğa geçişin bir yolu olarak kabul eden biri için, intihar tutarlı bir

davranış olarak görülebilir. Böyle düşünmeyen biri için ise intihar sonucu gerçekleşen ölüm travmatik bir yaşam olayıdır. Fakat aradaki ilişki genellikle bu kadar basit değildir. Benzer ölüm anlayışları, farklı davranışlara neden olabilir ya da benzer davranışlar farklı ölüm anlayışlarının sonra görülebilir (Çevik, 2010).

1.2. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar

Bireyler öleceklerini öğrendiklerinde, bu süreçte çeşitli evreler yaşar. Kişilere göre süresi ve geçirilme şekli farklı olabilen bu evreler Kübler Ross tarafından 5 aşamada aktarılmıştır (Çakırcalı, 2010; Işıksan, 2008):

İnkâr ve izolasyon; ölüme karşı gösterilen ilk evre olan inkâr aşamasında kişi öleceğine inanmaz. Bu evre kişinin kendini toplaması ve savunma mekanizmaları oluşturması için önemli bir evredir. Kısa süren bu dönemde kişi daha sonra çevresindekileri ve ailesini düşünmeye yönelir. Kişinin konuşmasını beklemek ve davranışlarını anlayabilmek oldukça önemlidir. Bu evrede “Hayır... ben olamam, bir hata olabilir.” gibi ifadeler kullanılır (Çakırcalı, 2010; Işıksan, 2008).

Öfke; inkâr aşamasını aşan kişi öfke duygusunu içeren ikinci evreyi yaşamaya başlar. Sağlığı yerinde olan bireylere ve Tanrı’ya öfke duyan kişi ‘Neden ben?’ sorusunu sorar. Kişinin öfkesini dışa vurmasına izin verilmelidir. Öfke evresinde aile ve sağlık personeli bu öfkeye maruz kalabilir (Çakırcalı, 2010; Işıksan, 2008).

Pazarlık; kişi kaçınılmaz olan ölümü kabul eder fakat daha uzun bir yaşam için anlaşma yapmaya çabalar. Bu evre ölümün ertelenmeye çalışılmasıdır (Çakırcalı, 2010; Işıksan, 2008).

Kabullenme; “Ne mutlu ne mutsuz dönem.” olarak ifade edilen bu son evrede birey içinde olduğu durumu kabullenmektedir. Geriye kalan zamanda yarım kalan planlarını tamamlama, dine yönelme ve son isteklerini yaşama çabası görülür (Çakırcalı, 2010; Işıksan, 2008).

1.2.1. Depresyon

Kişisel ve toplumsal harcamalar dikkate alındığında en önemli psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olan depresyon halk sağlığı açısından da ciddi bir sorun teşkil eder. Depresyon hali bireylerin hayatlarını istedikleri yaşamalarının, aile bütünlüklerini korumalarının, iş hayatlarındaki verimliliğin azalmasını etkilemektedir.

Depresyondan kaynaklanan sosyal ilişkilerdeki sorun bireylerin toplumdan uzaklaşmalarına ve yalnızlaşmalarına sebebiyet verebilir (Kırlı, 2008). Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen depresyon, çağımızda yaygın olan duygu-durum bozukluklarından (Sayıl, 2004). Psikolojik rahatsızlıklar arasında incelenen konularda ilk sıralarda depresyon bulunmaktadır (Gotlib ve ark., 1998).

Depresyon kelimesi; çöküntü, ruhsal ve bedensel düşkünlük, bunalım, yaşama dair aktivitelerin azalması gibi anlamlara gelir. “Depress” sözcüğü kelimenin kökenidir. Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmektedir. Latince ‘alçakta olmak, bastırmak’ anlamına gelen “depressus”tan gelen kelime “depress” kelimesinden türetilmiştir. Kelime anlamıyla depresyon Türkçede “çökkünlük” olarak kullanılabilir (Işık ve ark., 2013).

Freud (1957) depresyonu dış dünyaya ilgisizlik, tüm aktivitelerden kendini çekme, kendine değer vermede azalma, kendini önemsiz hissetme, kendini suçlama, her an cezalandırılacağı düşüncesine kapılma, sevmeye gücünü yitirme şeklinde açıklamıştır.

En geniş tanımıyla depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalık anlamına gelmektedir (Alper, 2001).

Beck (1967)’e göre depresyondaki kişiler her şeyi olumsuz olarak görüp, başkalarını suçlama eğilimindedirler. Beck’in “depresif yükleme deseni” adını verdiği bu teoride olumlu olaylar ve başarı kişinin kendisi dışındaki dış faktörlerden; olumsuz olaylar ise kişisel faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Davranışçı kuramcılar depresyonu çevresel faktörlere bağlamaktadır (Lewinsohn ve ark., 1985). Bu kurama göre, sosyal desteğin azalması yani yalnızlık ve teselli eksikliği, depresyonun oluşmasında oldukça etkili bir faktördür (Ainsworth, 2000).

Depresyonda; çökük omuzlar, üzüntülü yüz ifadesi, durgunluk, alçak ve yavaş sesle konuşma, iletişim kurmada zorluk, keyifsizlik, sık sık ağlama, anksiyete, tedirginlik, öfke, isteksizlik, unutkanlık, karar vermede güçlük, çaresizlik, umutsuzluk, kendini suçlama eğilimi, öz saygıda azalma, kendini değersiz görme, intihar düşüncesi,

hareketlerde yavaşlama, iştahsızlık ve buna bağlı olarak halsizlik ve çabuk yorulma, uykuya dalmama ya da sık uyanma, cinsel istekte azalma gibi belirtilere rastlanılabilmektedir (Köroğlu, 2004; Işık ve ark., 2013; Solmuş, 2011).

1.2.2. Kaygı

Kaygı kelimesinin kökü eski Yunancada "anxietas" olan "anksiyete" ya da "merak", "bunaltı", "tedirginlik" ve "korku" olarak tanımlanmaktadır. Kaygı anatomik, fiziksel ve psikolojik olarak tanımlanan bir kavram olarak nitelendirilmektedir. Kaygı; "iç çelişki, olumsuz bir sonuç bekleme, destek eksikliği ve belirsizlik olaylar sonucu meydana gelen başarısızlık, sonucu bilememe, sıkıntı, üzüntü, korku, acizlik ve yargılanma olaylardan bazılarını tek yada beraber olarak içeren süreç" şeklinde ifade edilmektedir (Kartopu, 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından kaygı endişe içeren düşünceler, gerilim hissi ve kan basıncının artması gibi fiziksel farklılıklarla tanımlanan bir duygu olarak belirtilmektedir (APA, 2018).

1.3. Ölüm Kaygısı

1.3.1. Ölüm Kaygısı Bileşenleri

Ölüm kaygısının altı bileşeni tanımlanmıştır: Bunlar duygu, bilişsel, deneysel, gelişimsel, sosyokültürel şekillendirme ve motivasyon kaynağı olarak belirtilmiştir.

1.3.1.1. Duygu Bileşeni

Ölüm kaygısı, kişinin varlığının yok edilmesine ilişkin temel korku ile yakından ilişkilidir (Greenberg ve ark., 1994). Ölüm kaygısının altında yatan temel beyin sistemleri arasında amigdala ve örtük (bilinçsiz) korku anılarının geliştirilmesinde yer alan ilgili yapılar ile hipokampus ve açık (bilinçli) korku anılarının gelişiminde yer alan ilgili kortikal alanlar bulunur. İnsanlarda, iki duygusal hafıza sistemi paralel olarak hareket eder ve aynı uyaranlarla aynı anda (bu durumda ölüm tehdidi) aktive edilir (LeDoux, 2008).

Dolayısıyla, insanlarda hafıza yapılarının oluşumunda bilişsel süreçlerle ilişkili tehdit algılamaları normaldir (Panksepp, 1998). Hem örtülü hem de açık olan duygusal hafıza yapıları algılanan tehdidin sinyalizasyonunda ve düzenlenmesinde önemli rol

oyunar (LeDoux, 2008; Öhman, 2000). Sadece dikkatli hayvan çalışmaları ile duygusal hafıza sistemleri birbirinden ayrılabilir (LeDoux, 2008). Ölüm kaygısı, zorunlu olarak, gerçek deneyime farklı bir şekilde katkıda bulunan değişken bir dereceye kadar örtük ve açık korku unsurlarını içerir.

Ölüm kaygısı, fütüristik beklenti ve kestirime izin veren üst düzey bilişsel yapılarla birlikte duygusal belleğin biyolojik mimarisi göz önüne alındığında muhtemelen evrensel bir insan olgusudur (Neimeyer, 1994; Panksepp, 1998). Olumsuz duygusallığa dayandığı için, ceset görüntüleri ölüm kaygısını artırabilir.

1.3.1.2. Bilişsel Bileşen

Temel çalışmalarda Kelly (1955) ölümün yaşamla bağdaşmaz olduğunu ve bu nedenle çekirdek bilişsel yapılarla bağdaşmadığını tespit etmiştir. Bireyler yaşam deneyimlerinin bir sonucu olarak kalıcı bilişsel yapılar geliştirirler ve bu yapılar yaşam odaklı oldukları sürece ölüm kavramı tarafından tehdit edilir. Ölüm entegre veya temel bilişsel yapıların bir parçası haline gelirse, daha az tehdit olarak algılanır (Kelly, 1955). Düzen ve yapı ihtiyacı, belirsizliğe tolerans ve belirsizlik yönetimi, tehdit algıları ve ölüm kaygısı derecelerinin bireyselleştirilmiş farklılıklarının altında yatan bilişsel yapılarıdır (Jost ve ark., 2007).

Ölüm kaygısının önemli bilişsel bileşenleri arasında tutumlar, geleceği tahmin etme, tahmin etme kavramsal yeteneği ve ölümün göze çarpan farkındalığı sayılabilir. Bilişler arasında ölümle ilgili inançlar, ölüm deneyimiyle ilgili imgeler bulunmaktadır. Son çalışmalarda, ölüm kaygısı, bilişsel yapının bir parçası olarak var olan ölüme karşı tutumlardan kaynaklanan çok boyutlu bir bilişsel yapı olarak görülmektedir (Benton ve ark., 2007; Cicirelli, 2006; Neimeyer ve ark., 2004).

Ölüm kaygısının bilişsel boyutları; ölme sürecine yönelik inançları veya fikirlerini, ölme ya da yok olma hakkındaki düşünceleri, ölüm hakkındaki bilinmeyen ve bilinçli düşünceleri, ölümden sonra bedene ne olacağı hakkında fikirleri ve farklı bireyler arasında erken ölüm düşüncelerini kapsar (DePaola ve ark.,depr; Neimeyer, 1994).

Kümülatif yaşam deneyimlerinin bir sonucu olarak gelişen ölüm tutumları, ölüm kaygısının çok boyutlu doğasını demografik kriterler gibi faktörlerden daha iyi tahmin edebilir (Neimeyer ve ark., 2004). Araştırmacılar, ölümle ilişkili tehdit algısında

inançların veya bilişsel faktörlerin önemini kabul etmiştir. Örneğin, bir thanatoloji dersi alan üniversite öğrencileri dinsel olarak daha az ölüm kaygısı yaşadıklarını bildirmeleri, dini inançların ölüm için bir anlam bağlamı sunduğunu düşündürmektedir (Knight ve Elfenbein, 1993). Benzer şekilde, ölümden sonra da devam eden ve pozitif bir varoluşa olan inançtaki kesinlik, ölümcül hastalardan oluşan bir örnekte ölüm kaygısının azalmasıyla ilişkilidir. Yaşlılar arasında, ölümden sonra bir ödül ya da cezaya olan inanç, ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Fortner ve Neimeyer, 1999). Yapılan çalışmalar, dinsel inanç ve uygulamaların ölüm kaygısını azalttığını ortaya koyarken (Glas, 2007; Pierce, 2007), bu iki kavram arasındaki ilişki karmaşıktır (Neimeyer ve ark., 2004). Dindarlık ve ölüm endişeleri arasındaki ilişkiler yaş, cinsiyet ve dindarlığa bağlı olarak değişmektedir. (Neimeyer ve ark., 2004; Pierce, 2007).

Ayrıca, kültürel-dini yönelimler kişisel yaşam ve ölüm paradigmalarını ve dolayısıyla ölüm kaygısı deneyimini etkilemektedir (Morrow, 2007; Zeyrek, 2006).

Ölüm kaygısı, geleceği tahmin etme ve tahmin etme kavramsal yeteneğinin önemini vurgulayan “benliğin var olmadığı bir yaşamın öngörülmesi” (Eliason ve Tomer, 1996) deyişi ile duygusal bir karmaşa oluşturur. Buna karşılık, bu yetenek ölüm dikkati algısını artırır (Tomer ve Eliason, 1996). Ölüm dikkati (kişisel ölüm/ mortaliteyi hatırlatmak), ölüm anlamına ilişkin pişmanlık ve düşünceleri algılayarak, benlik hakkındaki inançları değiştirerek ve yaşamın gözden geçirilmesi, kültürel kimlik belirlemeyi içerebilecek özdenetim tepkilerini aktive ederek ölüm kaygısını etkiler (Tomer ve Eliason, 1996).

1.3.1.3. Deneysel Bileşen

Ölüm kaygısı büyük ölçüde reddedilir veya bastırılır, çünkü hayatta kalmayı engelleyecek korku olasılığını azaltır. Deneysel olarak, ölüm kaygısı tipik olarak bilinçli deneyimin bir parçası değildir. Ölüm bilincini manipüle eden bir dizi çalışmada, deneklerde ölüm kaygısının artışı tespit edilmiştir.(Greenberg ve ark., 2004). Ayrıca, bilinçli ölüm kaygısı, özellikle tehdit edici materyalle ilgilenen, bilinçli ölüm kaygısını azaltmaya hizmet eden, ancak diğer mekanlarda tezahür eden bilinçsiz ölüm kaygısını yönetmek için çok az şey yapan dikkat dağıtma gibi aktif savunmalara yol açar (Jost ve ark., 2007).

Öz-denetim süreçleri - yani, kendi kendini kontrol ve engelleyici kapasite de dahil olmak üzere, sınır oluşturma ve uygulama yeteneği - ölüm tehdidine ve ölüm kaygısı deneyimine karşı koruyucu rol oynar. Çalışmalar, ölüm düşüncelerinin sürekli yönetiminin zamanla öz düzenleme mekanizmalarını yordugunu ve böylece zamanla ölüm kaygısını artırdığını göstermiştir (Gaillot ve ark., 2006).

Benlik saygısının gelişimi, ölüm kaygısının açık belirtilerinin önlenmesine yardımcı olur (Pyszczynski ve ark., 2004). Benlik saygısı, toplumsal geçerliliğe bağlı, esasen doğada savunmacı olan ve temel insan korkularına karşı koruma işlevi gören kültürel olarak türetilmiş bir yapıdır (Pyszczynski ve ark., 2004). Yüksek benlik saygısı, ölüm kaygısına karşı tampon oluşturan kültürel aidiyetle ilişkilendirilmiştir (Pyszczynski ve ark., 2004; Tomer, 1992).

1.3.1.4. Gelişimsel Bileşeni

Ölüm kaygısının ifadesi gelişim evresine göre değişir. Gelişim teorisyenleri, yaşam yolculuğunu, çözüldüğünde ego gücünün artmasına ve olgunlaşmasına yol açan yaşa uygun belirli kimlik krizleri ile sağlıklı ve hayati bir süreç olarak vurgulamaktadır (Fortner ve Neimeyer, 1999). Kimlik krizleri, üniversite öğrencilerinin ölüm kaygısını arttırmaktadır (Sterling ve Van Horn, 1989). Kimlik krizleri, kendiliğinden ilgili dönüşümler beklemede olan yüksek endişe ve belirsizlik ile karakterize edilir. Ölüm kaygısı, bireylerin yaşamlarının önemli alanlarındaki kimlik sorunlarını aktif olarak araştırdığı ve üstesinden gelmeye çalıştığı bir durum olan moratoryum statüsündeki öğrenciler arasında yüksektir. Resmi olarak bir kimlik krizi (kimlik başarı durumu) yaşamış ve kimlik krizi (haciz ve yayılma durumları) yaşamamış olan öğrencilerin ölüm kaygısı daha düşük düzeydedir (Sterling ve Van Horn, 1989). Kimlik difüzyonu durumu, bir kimlik krizi veya bağlılığı olmadığında ortaya çıkar (Erikson, 1959). Erikson'un yaşam boyu gelişim görevleri üzerine yaptığı çalışmalar, orta yaştaki ölüm farkındalığının durgunluğa karşı üretkenlik olarak adlandırdığı bir kriz oluşturduğunu ve yaşlılıkta umutsuzluğa karşı ego bütünlüğü olarak adlandırdığı bir kriz oluşturduğunu ileri sürmüştü. (Fortner ve Neimeyer, 1999). Orta yaşın gelişimin üretkenlik ve durgunluk aşaması sırasında, bireylerin yaşamı birincildir, kültürel değerleri sürdürmek ve aileye ve/veya topluma aktarmak önemli bir yaşam görevidir. Ego bütünlüğünün umutsuzluğa karşı ilerlediği yaşlarda, bireyler anlamlılık bulmak için hayatlarına bakarlar ve daha

geniş insanlıkla ilgilenirler. Ölüm kaygısı üzerine yapılan araştırma Erikson'un gelişim teorisine uygun olarak ölüm kaygısının hem orta yaşlı hem de daha yaşlı bireylerde yaşam doyumu, anlam ve amaç algılarıyla olumsuz ilişkili olduğunu kanıtlamıştır (Fortner ve Neimeyer, 1999).

Daha sonra yaşam; ölümü kaygısı, duygusal rahatlık, beslenme ve ayrılmanın neden olduğu kaygıların muhafazasına ilişkin yaşamdaki erken deneyimlere bağlanmıştır (Bassett, 2007). Firestone, bebeklerin, ayrılıklara karşı koruyan bir bağlantı kaynağı olan anneyle bir fantezi bağı oluşturarak endişeyi giderdiğini teorize etmiştir. Gelişim ilerledikçe, kişisel ölüm, ana kaygı kaynağı olarak erken ihmalin yerini alır. Sonuç olarak, erken yaşlarda ayrılık ve ihmal yaşayan bireyler, başkalarıyla otantik duygusal bağlardan kaçınırlar, yetişkinlikte yaşam ve ölüm hakkında alaycı bir tutum sergileyebilirler. Firestone (1993) ölüm kaygısının bireyselleşme ve kendini gerçekleştirme derecesi ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. İnsanlar ilkel savunmalardan vazgeçtikçe, yeni benlik seviyelerine ulaştıkça ve yaşamlarını ve kişisel yeteneklerini genişlettikçe ölüm kaygısı artar (Firestone, 1993).

Yaş, ölüm kaygısı algısında önemli bir faktör olarak gösterilmiştir (Russac ve ark., 2007). Robbins ve ark. (1992), uzun süreli bakım merkezlerinde çalışan genç personelin ölüm kaygısı ve ölmenin yönetimi konusunda pratik kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Tersine, yaşlı yetişkinler arasında yüksek ölüm kaygısı fiziksel ve psikolojik problemler ve düşük ego bütünlüğü ile ilişkilidir (Fortner ve Neimeyer, 1999). Araştırmalar, ölüm kaygısının orta yaşlılar arasında daha yüksek olduğunu, daha sonraki dönemde azaldığını ve yaşlılıkta stabil hale geldiğini göstermiştir (Fortner ve Neimeyer, 1999). Cicirelli (2006), orta yaşlı ve yaşlı bireylerin, yaşamak istedikleri ve beklenen ölüm süreleri arasındaki tutarsızlıklar nedeniyle daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını bulmuşlardır. Bu nedenle, farklı yaş düzeylerine özgü gelişimsel görevlerle birlikte ölüm kaygısının bilinçli farkındalığında önemli farklılıklar olabilir.

1.3.1.5. Sosyokültürel Şekillendirme

Ölüm kaygısının deneysel, bilişsel ve belki de duygusal boyutları yaşama ile birlikte şekillenir ve dolayısıyla kültüre göre değişebilir. Kültürün birincil sorumluluğu, bilgi ve ölüm korkusuna karşı koruma sağlamaktır (Becker, 1973). Kültürel koruma,

birçoğu geleneksel dini dogma ve ritüelden kaynaklanan öğrenilmiş, paylaşılan anlamlar ve inançların bir karışımında sembolik olarak kendini gösterir (Becker, 1973).

Kübler-Ross (2002), kültürlerin kendini ifade etme ve ölüme anlam verme yollarında farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Batı kültürlerinde ölüm farkındalığını korumak için uygulanan bazı yöntemler ölüm kaygısını arttırabilir, çünkü ölüm, olayların doğal düzeninden koparılmış olağandışı bir fenomen haline gelir (Schumaker ve ark., 1988). ABD'de Beyaz olmayan etnik ve ırksal gruplarda ölüm kaygısı çok az araştırılmış olsa da, bir çalışma daha yaşlı Afrikalı Amerikalıların çok boyutlu bilişsel faktörlerle karşılaştırıldığında beyazların ölümle ilgili endişeleri olduğunu bulmuştur (DePaola ve ark. 2003).

Batılı olmayan kültürlerde Abdel-Khalek (1991), Mısırlı öğrenciler arasında Templer'in ölüm kaygısı ölçeğini kullanan diğer kültürlerle kıyasla ölüm kaygısı düzeylerinde çok az fark bulmuştur. Schumaker ve ark. (1991), Japon erkekleri arasında Avustralyalı erkeklere göre daha yüksek ölüm kaygısı buldular ve bu da Japon erkekleri arasında ölüme karşı daha az savunucu davranışa işaret etmektedir. Kadınlar erkeklerden farklı sosyokültürel deneyimlere ve kültürel koşullara sahip olabilirler. Örneğin, araştırmalar kadın cinsiyetinin ergen popülasyonlarında ve kültürler arası araştırmalarda daha yüksek ölüm kaygısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Adbel-Khalek, 1991, 2004, 2005; Cotter, 2003; Pierce, 2007; Singh ve ark., 2007). 61-80 yaş arası bireylerin büyük bir örneğinde, yaşlı kadınların ölüm kaygısının erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Hickson ve ark., 1988).

Ölümü çevreleyen başlıca insani kaygıyı değerlendirmede kültürün rolü, baskın kültürel inançların ve değerlerin rolünü inceleyen araştırmaların desteklediği bir teori olan terör yönetimi teorisine yol açmıştır. Bu teoride benlik saygısının ölüm kaygısına karşı destek verdiği gösterilmiştir (Pyszczynski ve ark., 2004).

Kastenbaum (1996) ölüm kaygısını benimsemeye sosyokültürel uyumun rolünü tanımlamış ve ölüm kaygısının yaşam alanları ve kurumsal toplantı yerleri düzeyinde bile geçerli olduğunu ileri sürmüştür. Bu ölüm kaygısı “yaşam ve ölüm bizimle birlikte postmodern dünyaya taşınırken ortaya çıkan belirsizlikler ve seçenekler ile ilgilidir” şeklinde belirtilmiştir (Kastenbaum, 1996).

1.3.1.6. Motivasyonun Kaynağı

Ölüm kaygısı bir motivasyon kaynağıdır. Ölüm kaygısı insani durum için temel ve evrensel olduğundan, bireyin ölümü karmaşık bir sembol olarak kavramsallaştırmasından ve büyük ölçüde reddetme veya bastırılmasından sonra ortaya çıkar, sembolik ifadesi genellikle sanatsal yaratıcılık ve kaynakların birikimi veya belirli amaçlara yönelik çabalarla kendini gösterir (Landau ve ark., 2006). Motivasyon kaynağı, zamansal, kısıtlı varlıklar ve insani isteklerin sınırsız, ölümsüz varlıklar olması gibi gerçek koşullarımız arasındaki gerilimin bir ifadesi olarak ortaya çıkabilir (Momeyer, 1988). Yakınsak kanıtlar, ölüm kaygısına karşı psikolojik savunmanın çeşitli insan davranışları için motive edici bir itici güç kaynağı olduğunu desteklemektedir (Bassett, 2007). Ölüm hatırlatıcıları benlik saygısı, grup normlarına bağlılık, karizmatik siyasi adaylar için desteğin ve belirli bir kültürel görüşe uymayan bireylerin, siyasi grupların ve sanat eserlerinin derogasyonunun artmasına yol açar (Bassett, 2007; Jost ve ark., 2007; Landau ve ark., 2006).

1.3.2. Ölüm Kaygısını Açıklamaya Yönelik Kuramlar

Varoluşçu ve psikanalitik bakış açılarına katkıda bulunmak için, ölüm kaygısı üzerine bilişsel-davranışçı bakış açısını dahil etmek önemlidir. Bu görüş temelde ölüm kaygısının tamamen kişinin kendisi hakkındaki inançlarla bütünleştirildiği fikrine dayanmaktadır. Örneğin, kişisel yapılanma teorisi, ölüm kaygısı ile ilgili olarak, ölümün ne ölçüde anlaşılabilirliğini ve mevcut inanç yapılarının dışına ne kadar çıkabileceğini, eninde sonunda ölüm kaygısı düzeyini etkileyeceğini belirtmektedir (Robinson ve Wood, 1984). Bilişsel-davranışsal çerçevedeki bazı kişiler ölüm kaygısını sağlık kaygısı kategorisinde veya ona yakın bir yerde incelemişlerdir (Furer ve Walker, 2008). Ölüm kaygısı sağlık ve refah konularına sorunlu bir yanıttır. Ölüm kaygısı, diğer kaygı türlerine benzer şekilde normal bir deneyim olarak anlaşılmaktadır (Furer ve Walker, 2008). Bununla birlikte, ölüm kaygısı normal işleyişe müdahale ettiğinde uyumsuz hale gelir. Bilişsel perspektif daha sonra ölümle etkili başa çıkmaya odaklanmıştır. (Furer ve Walker, 2008).

Örneğin, cenaze törenleri ve hastaneler gibi ölümle ilgili faaliyetlerden kaçınmanın yanı sıra, gelecek için plan yapmaktan kaçınmak, potansiyel olarak kişinin hayatında karmaşık ve müdahaleci bir güç haline gelebilir. Eğer kişinin ölüm korkusuyla

ilgili durumlardan kaçınmak önemli ve hayati hale gelirse, ölüm kaygısı artık bir psikopatoloji meselesi haline gelmektedir (Furer ve Walker, 2008). Bilişsel ölüm korkusu, kaygının diğer yönlerine benzer şekilde sağlıkla ilgili birçok konuda mevcuttur (Furer ve Walker, 2008). Bilişsel bakış açısı, ölüm kaygısını daha geniş bir sağlık kaygısı spektrumu içinde görür ve aslında klinik olarak bu şekilde tedavi edilebilir. Örneğin, Furer ve Walker (2008) ölümle etkili bir şekilde başa çıkma yöntemleri olarak ölüm temalarına maruz kalma, güvenlik davranışlarının azaltılması, bilişsel yeniden değerlendirme, yaşam hedefi odağı ve nüks önleme gibi klinik tedaviyi önermektedir. Bir sağlık kaygısı biçimi olarak bu ölüm kaygısı modeli büyük bir varoluş krizi olmadan daha yönetilebilir hale gelir. Başka bir deyişle, ölüm kaygısı, insan doğasının önde gelen bir koşulu değil, sağlıkla ilgili sorunların bir faktörüdür.

Bu teori, akıl sağlığı sorunlarının kaynağı olarak ölüm kaygısının temel varoluşsal doğasını azaltır mı? Ölüm kaygısının sadece sağlık kaygısının bir yönü haline geldiği söylenebilir. Tersine, sağlık kaygısının gerçekten ölüm sorunları hakkında endişelenmenin bir yönü olduğunu tartışabiliriz. Hipokondriazisi olan bireylerde ölüm kaygısı yaygınsa, ölüm ve ölme korkusu insanların sağlık sorunları ile ilgili endişeleri yaşamalarının temel nedeni olabilir (Furer ve Walker, 2008). Bilişsel davranışçı bakış açısı, ölüm kaygısının kaygı ile bir bütün olarak ilişkisine atıfta bulunur. Örneğin, mortalite konusunda endişe, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve panik bozukluğunun daha geniş tanılarının ayrılmaz bir parçası haline gelir. Furer, Walker, Chartier ve Stein (1997) panik bozukluğu olan hastaların ölümle ilgili sosyal kaygı bozukluğu tanısı alan hastalara göre anlamlı derecede yüksek kaygı bildirdiklerini bulmuşlardır. Starcevic ve ark. (1994) YAB hastalarının hem kendi ölümleri hem de bir aile üyesinin ölümü ile ilgili endişeleri olduğunu keşfetmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bir bütün olarak muzdarip hastalar, güvenlik ve sağlık için yüksek bir endişeye sahiptir. Çalışmalar travma sonrası stres ve ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Chung ve ark., 2002; Martz, 2004). Bilişsel bir bakış açısına göre, birçok kaygı bozukluğunun altında temel bir endişe duygusu vardır; bu endişe böylece ölüm kaygısında kendini gösterebilir. Bununla birlikte, ölüm kaygısını bir savunma mekanizması olarak görmek yerine, daha geniş bir kaygı temaları yelpazesinin benzersiz bir parçası olarak tanımlamaktadır. Bilişsel bakış açısının ölüm kaygısının tedavisinde başarılı klinik etkileri vardır.

Ölüm kaygısının kontrollü tedavisi hakkında çok az araştırma vardır; ancak, sağlık kaygılarının tedavisi için girişimlerde bulunulmuştur. Örneğin, Hiebert ve ark. (2005), hipokondriyaz hastalarının klinik popülasyonda bilişsel davranışçı tedaviyi (BDT) etkinliğini incelemişlerdir. Ölüm kaygıları, ölüm gerçekliğinin kabulünü artırmak amacıyla maruz kalma methodu ile giderilmiştir (Furer, Hiebert, McPhail ve Walker, 2005). BDT müdahalelerinin nihai analizi, BDT grup uygulamasının ölüm kaygısı ve hipokondriyal semptomlarda önemli bir azalmaya yol açtığını göstermiştir (Furer ve Walker, 2008; Heibertet ve ark., 2005). Ölüm kaygısı uyumsuz hale gelirse, ele alınması gereken önemli bir klinik sorun olarak görülebilir. Furer ve Walker (2008) kaçınmayı ölüm kaygısı ile ilgili en büyük sorunlardan biri olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, ölümle ilgili durumlara kontrollü maruziyet yararlı bir tedavi seçeneği sağlayabilir. BDT içindeki bu yaklaşım, ölüm kaygısının nihayetinde bir tür sağlık kaygısı ya da daha genel olarak genel kaygının bir yönü olduğu ve bu nedenle diğer kaygı meseleleriyle aynı şekilde tedavi edilebileceği bilişsel bakış açısını yansıtmaktadır.

Bilişsel-davranışçı bakış açısı ölüm kaygısını sağlık kaygısına benzetir, ancak fikri gerçek bir fenomen olarak tanımlar. Ayrıca bu bakış açısı, ölüm kaygısının uyumsuz hale gelebilmesi ve klinik yönetime ihtiyaç duyulabilmesi açısından ölüm kaygısı ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bilişsel-davranışçı yaklaşım, bu kaygıyı gidermek için farkındalık düzeyleri arasında hareket etmenin gerekliliğini de vurgular. Tedavide, bireyler kendi ölüm kaygılarının farkında olmaya ve bu kaygıları kontrol etmeye teşvik edilir.

1.3.3. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları

1.3.3.1. Kültürel Savunmalar

İnsan ölümlü bir varlık olduğunun bilincindedir. Fakat ölümsüzlüğü istemektedir. Bunu meydana getirmek için sosyal kuruluşlar, yapıtlar ve siyasi sistemler yardımı ile bu kültürün sabit kalmasını sağlanmaya çalışmaktadır. Biyolojik ölüm sonrası var olma düşüncesi de ölümsüzlüğün farklı bir tanımıdır (Iqbal, 2017).

1.3.3.2. Bireysel Savunmalar

Birey ciddi veya ölümcül bir hastalığı olduğunu öğrendiğinde ilk gösterdiği tepki sıklıkla inkar şeklindedir. Bütün bireyler ölüm kaygısıyla karşılaşır; çoğunda uyuma

yönelik başa çıkma yöntemleri bastırma, yer değiştirme, kişisel güce inanma şeklindedir. Bireyin ölüm kaygısı ile baş etmede kullandığı savunma mekanizmaları bireyin bu duruma uyum sağlamasına yöneliktir. Ancak bu savunma mekanizmalarında aşırılık uyumun bozulmasına, kaygının artmasına, bireyin kendini korumak için aşırı tedbirlere sığınmasına ve psikopatoloji gelişimine neden olabilmektedir (Öztürk, 2010).

Özel olma: Kişi, bir tehlikeyle karşılaştığında cesareti artar ve cesaretinin arttığı ölçüde de ölüm kaygısı hafifler. Bu durum, kişide kendisine bir şey olmayacağı çünkü özel olduğu inancının gelişmesine yol açar. Özel olmaya ilişkin geliştirilen inanç abartıldığında, bazı patolojik davranışlar ortaya çıkabilir. Zoraki kahramanlık, işkoliklik, narsisizm, saldırgan ve kontrol odaklı olma gibi davranışlar, bireyin özel olmaya ilişkin geliştirmiş olduğu inançlardan doğan patolojik davranışlara örnek verilebilir (Karakuş ve ark., 2012).

Nihai kurtarıcı: İnsanoğlu çok eski çağlardan itibaren doğaüstü güçleri ve Tanrı inancını kabul etmiş, bazen de bir lideri kurtarıcı olarak görmüştür. Seçtiği bu kurtarıcı ile insanoğlu ölüm kaygısını yenmeye çalışmıştır. Bu durum bilinçaltında gerçekleşen ve ölüm kaygısını azaltmada etkili olan bir yöntemdir (Tanhan, 2007).

1.4. Sağlık Çalışanlarında Ölüm Kaygısı

Gelişmiş dünyadaki sağlık bakım ortamları, ciddi durumları yönetmek için teknoloji kullanımını ve gelişmiş sofistike tedavileri genişletirken, travma ve hayatı tehdit eden koşullarla karşılaşan birçok hasta kurumsal ortamlarda ölüm yaşamaktadır (Sharif ve ark., 2015). Hemşireler, ölümü önlemede küresel olarak kritik roller oynarlar ve ayrıca hastalara ve ailelerine ileri düzey direktiflerde yardımcı olurlar (Kent ve ark., 2012). Ayrıca, hemşireler, ölmekte olan hastalar ve aile üyeleri ile etkili bir şekilde iletişim kurmak zorundadırlar (Peterson ve ark., 2010; White ve Coyne, 2011).

Hemşirelerin ölüme karşı tutumu empatik endişelerini (Dunn ve ark., 2005), sağladıkları bakım kalitesini (Peters ve ark., 2013), ve hastaların ölümü gibi işle ilgili stres faktörleriyle nasıl başa çıktıklarını etkileyebilir (Lange ve ark., 2008; Matsui ve Braun, 2010). Ayrıca, ölmekte olan hastalara bakmak, keder ve başarısızlık algısına yol açabilir. Ayrıca çalışma ortamındaki ölüm durumlarını yönetme kaygısının artması da ortaya çıkmaktadır (Peterson ve ark., 2010).

Mısırlı kadın hemşirelik öğrencileri arasında biraz daha yaşlı ve daha deneyimli İspanyol öğrencilerle karşılaştırıldığında yüksek düzeyde ölüm kaygısı bulunmuştur (Abdel-Khalek ve Tomas-Sabado, 2005). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, bir hastanın ölümünü yaşarken pediatrik yoğun bakım ünitesi hemşireleri arasında orta derecede kaygı düzeyi bulunmuştur (Polat ve ark., 2013). Bunlar aynı hemşirelerin normal çalışma koşullarında düşük düzeyde sürekli kaygı taşıdığı bulunmuştur. Japon hemşireler ve sağlık çalışanları üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, ölüm korkusu ölmekte olan hastaların bakımı konusunda daha az olumlu tutumlarla ilişkilendirilmiştir (Matsui ve Braun, 2010). Benzer şekilde, İranlı kesitsel bir çalışmada da ölüm korkusu daha yüksek olan hemşirelerin daha olumsuz tutumları olduğu bulunmuştur (Iranmanesh ve ark., 2008).

Yüz kırk yedi İsrailli hemşire üzerinde yapılan bir başka kesitsel tanımlayıcı çalışmada ölüm korkusunun yüksek olmasının ölümden kaçınma ve ölmekte olan hastalara maruz kalma deneyiminin azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Braun ve ark., 2010).

Üç yüz elli beş Amerikalı onkoloji hemşiresinden oluşan örneklemde, daha az iş tecrübesi olanların, daha deneyimli onkoloji hemşirelerine kıyasla daha yüksek ölüm korkusu ve kaçınma olasılığı daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. (Lange ve ark., 2008). Başka bir araştırma, kanser birimlerinde, depresyon ile başa çıkma stratejileri kullanmanın, sağlık çalışanlarında sıkıntı ve tükenmişlik oluşturduğunu bildirmiştir (Dorz ve ark., 2013).

Farklı deneyimlere sahip iki yüz kırk üç İspanyol hemşirelik öğrencisi arasında ölüm kaygısı faktörlerini inceleyen korelasyonel bir çalışma, daha fazla deneyime sahip öğrencilerin ölümle ilgili daha az korku yaşadıklarını ortaya koymuştur. Düşünme ve eylemlere rehberlik etmek için kişisel duygu ve duygusal netlik duyguları etkili bir şekilde izlemek için gereken duygusal zekanın bir bileşeni, daha düşük bir ölüm korkusu ile ilişkilendirilmiştir (Aradilla-Herrero ve ark., 2013). Bununla birlikte, Amerikalı hemşirelik öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışma, daha fazla deneyime sahip öğrencilerinin hemşirelik öğrencisi olmayanlara ve daha az deneyimli hemşirelik öğrencilerine göre daha yüksek ölüm kaygısı düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Bu

çalışmada, sosyal isteklilik ölüm kaygısı parametreleri ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir (Chen ve ark., 2006).

Kent ve ark.(2012), hemşirelerin ölüm deneyimlerini yüz yetmiş dört Yeni Zelandalı hemşire örneklemini kullanarak araştırmıştır. Bulguları, bazı hemşirelerin öğrenmeyi teşvik eden ve ödüllendiren deneyimler bildirdiklerini, diğer hemşirelerin ise yüksek düzeyde sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. Yazarlar erken ölüm karşılaşmalarının güçlü doğası göz önüne alındığında, yetersizlik, beklenmediklik ve diğer çatışmalar gibi olumsuz faktörleri azaltmak için hemşirelerin ölüme karşı tepkilerinin daha iyi anlaşılmasını önermektedir. Benzer şekilde Halliday ve Boughton (2008) hasta ölümüyle ilgili zengin deneyimleri olan palyatif bakım hemşirelerinin, RDAS kullanarak genç, orta yaş ve ileri yaş aralıklarındaki benzer katılımcılara göre daha düşük ölüm kaygısı bildirdiklerini bulmuşlardır. Aynı çalışmada, kadınlar ve yaşlı katılımcılar daha yüksek ölüm kaygısına sahipti.

Zyga ve ark. (2011) Yunanistan'da yaptığı çalışmada, palyatif bakım konusunda daha fazla deneyime ve eğitime sahip hemşirelerin ölüm korkusunun ve ölmekte olan hastalara bakım verme hakkında daha olumlu olan tutumlarının azaldığını belirtmiştir.

İki kalitatif çalışma hemşirelerin ölüme özen gösterme konusundaki kişisel endişelerini ve bunları yönetmek için mevcut kaynakları incelemiştir. Bulgular sonucunda endişeyi artıran bazı faktörler, kişisel olarak deneyimlemedikleri bir olay için rahatlık sağlamak, çok fazla yer almak, yanlış şeyi söylemek ve aile ile hasta arasında aracılık yapmak olarak sıralanmıştır. Bazı hemşireler ölmekte olan hastalarla ilişkilerini sınırlandırmaya ve profesyonel mesafeler yaratmaya çalışmıştır. (Peterson ve ark., 2010; Peterson ve ark., 2010a). İspanya'dan Ulla ve ark.(2003), kişisel ve durumsal faktörlerin hemşirelerin çalışma ortamında ölümle ilgili algılarını değiştirdiğini bulmuştur. Hemşireler, ölümle ilgili izlenimlerinde farklılık gösterir, bu da eğitim ve öğretim programlarında psikolojik faktörlerle ilgili uyarlamanın önemini göstermektedir.

Yüz yetmiş altı hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcılar ölümcül hasta ile çalışmada yeterlilik oluşturma konusunda geri bildirimde bulunmuşlardır. Bulgular, ölümle karşılaşan hastalara en uygun bakımı sağlamak için yeterlilik geliştirmenin benlik, uygulama, bilgi ve çalışma ortamı yeterliliğini içerdiğini

göstermiştir. En önemli bileşen olan öz yeterliliğin, kişisel kaynakların kullanımı, varoluşsal başa çıkma ve duygusal başa çıkmayı içerdiği ileri sürülmüştür (Chan ve Tin, 2012). Kişisel kaynaklar, olgunluk, sakinlik, sabır ve mizah duygusu gibi nitelikleri gerektirir. Varoluşsal başa çıkma dinin, maneviyatın, umudun ve inancın oynadığı rolü içerir. Duygusal başa çıkma, öz bakım ve güçlü zihinsel sağlığın sürdürülmesini ifade eder (Ebadi ve ark., 2009; Sirati Nir ve ark., 2013).

1.5.Tükenmişlik

Tükenmişlik başlangıçta insan hizmetlerinde meydana gelen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974) ancak günümüzde her türlü meslek grubu için kullanılmaktadır (Kowalski ve ark., 2010). Çalışma ortamında aşırı hissedilen kronik stres nedeniyle (Demerouti ve ark., 2001; Portoghese ve ark., 2014; Tucker ve ark., 2012), duygusal tükenme, verimsizlik (kişisel performans kapasitesinin azalması) ve duyarsızlaşma gibi belirtilerin oluşması olarak betimlenmiştir (Malekitabar ve ark., 2017; Rojas ve Grisales, 2011).

Duyguların tükenmiş olması ve aşırı duygusal stres hissetmesi kişinin kendi duygusal kaynaklarının tükenmesine işaret eder (Jawahar ve ark., 2007). Kişisel başarı duygusundaki azalma kişinin kendi işini yapma konusunda yetkin olma hissinin azalması anlamına gelir (Spooner-Lane ve Patton, 2007).

Duyarsızlaşma, normalde temasta olduğu diğer herkese karşı duygusuz ve kayıtsız bir tepki gösterilmesini ifade eder (Lin ve ark., 2009; Maslach ve Jackson 1984).

Tükenmişlik, düşük ruh hali, düşük üretkenlik, düşük iş taahhüdü, yüksek devamsızlık, rol çatışması, iş devir hızı ve yetkin olma duygularında azalma gibi bazı yan etkiler getirir (Amiri ve ark., 2016). Tükenmişlik ayrıca sağlık sorunlarına ve iş memnuniyetsizliğine neden olur (Allen ve Mellor, 2002; Martini ve ark., 2006).

Uzun yıllar boyunca büyük bir sorun olarak kabul edilen tükenmişlik, ancak son yıllarda çağdaş organizasyonlarda çok daha yaygın hale gelmiştir (Vander Elst ve ark., 2016). Özellikle, doğrudan insanlarla çalışan profesyoneller, bu insanlara karşı aldıkları muazzam sorumluluk nedeniyle tükenmişlik riski altındadır (Angelo, 2015; Özler ve Atalay, 2011). Başka bir deyişle, insanlarla doğrudan temas halinde hizmet vermeyi gerektiren ve amacı insanlara yardım etmek olan mesleklerde tükenmişlik

gözlennmektedir (Baran ve ark. 2010, Maslach ve ark., 2001). İnsanlara yardım gerektiren diğer tüm mesleklerde olduğu gibi, sağlık mesleğinde yüksek fiziksel ve duygusal talepleri nedeniyle tükenmişlik yaygınlığı nispeten yüksektir (Adriaenssensve ark., 2015; Adwan, 2014; Anagnostopoulos ve ark., 2012; Garrosa ve ark., 2010; Iglesias ve ark., 2010).

Sağlık profesyonellerinin yoğun çalışma ortamı, düzensiz çalışma saatleri ve fazla mesai, bazı hastalara duygusal destek sağlamanın yanı sıra düzensiz uyku ve yorgunluğa maruz kaldıkları bildirilmiştir. Ayrıca, işyerinde meslekle ilgili sorunlar, örgütsel yetersizlikler ve kıt kaynaklar ile uğraşmak zorundadırlar (Özler ve Atalay, 2011). Bu sorunlarla başa çıkma çabalarına ek olarak, geçim mücadelesi ve kendi özel yaşamları için yeterli zaman ayıramamak gibi nedenlerden dolayı sağlık profesyonellerinin işle ilgili stres yaşamaları sonucunda da tükenmişlik meydana gelmektedir (Özler ve Atalay, 2011; Thorsen ve ark., 2011).

Tükenmişlik sağlık uzmanlarını, organizasyonu ve hastaları olumsuz etkilemektedir (Craiovan, 2014). Başka bir deyişle, tükenmişlik sağlık çalışanlarının tüm hayatına zarar vermekte ve çalışma hayatında devamsızlığın artmasına neden olmaktadır (De França ve ark., 2012; Hyeda ve Handar, 2012).

Ek olarak, tükenmişlik, sağlık hizmeti verirken işe karşı olumsuz bir tutum ve hastalarla iletişim eksikliği ile birlikte hasarlı bir benlik imajına neden olur ve böylece sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir düşüşe neden olur (Engelbrecht ve ark., 2008; Stewart, 2009).

1.5.1. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler

Çevresel nedenler

- Çalışılan ortam
- Çalışma saatleri (dinlenme zamanlarının az olması)
- İşyerinin özellikleri
- İşin niteliği ve koşulları
- Yetersiz ücret
- Nöbet tutma
- İdareciler tarafından yeterli takdiri görememe

- İşin yüksek performans gerektirmesi
- Evrak işi ve bürokratik engellerin çok fazla zaman alması
- Yetersiz eğitim
- İdari baskı vb. (Patrick, 2007; Maslach, 1976)

Bazı çalışmalara göre; kronik hastalarla ilgilenenler, yoğun bakım ünitesinde çalışanlar, terminal dönemdeki hastalarla ilgilenen kişilerde tükenmişlik riski artmıştır. Maslach'a göre, tükenmişlik her zaman uygunsuz iş düzenlenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden bazı çalışanlarda diğerlerine göre daha çok tükenme meydana gelmektedir (Arı, 2008).

Bireysel nedenler

- Eğitim durumu
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Mevcut işte çalışma süresi
- Strese açık kişilik yapısına sahip olma
- Kendini işine adanma ve işine aşırı bağlanma
- Çocuk sayısı
- Bireysel beklentiler
- Tecrübe
- Aile yapısı ve sosyal destek (Patrick, 2007; Maslach, 1976)

Tükenmişliğin gençlerde ve daha ileri yaşlarda görülme düzeyi farklılık göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalar, tükenmişliğin gençlerde daha sık görüldüğünü ve bu durumun gençlerin beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle ortaya çıktığını bildirmişlerdir (Maslach, 2001).

Tükenmişliği etkileyen önemli faktörlerden biri de aile yapısı ve sosyal destektir. Düzenli bir aile yaşamına sahip, sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşarak çözüme yönelik iletişimde bulunan bireylerin tükenmişliği daha az yaşadığı görülmüştür (Arı, 2008).

1.5.2. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik sendromu fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtiler içerir.

Fiziksel Belirtiler:

- Güçsüzlük
- Enerji kaybı
- Kronik yorgunluk
- Baş ağrıları
- Uyku bozukluğu
- Bitkinlik hissi vb. (Patrick, 2007)

Zihinsel Belirtiler:

- Çalışma veriminde düşme
- Unutkanlık
- Tutucu düşünme ve değişime direnç
- Herhangi bir konuya odaklanmada güçlük yaşama
- Yaratıcılık kaybı vb. (Patrick, 2007)

Duygusal Belirtiler:

- Çaresizlik, güvensiz hissetme
- Kızgınlık, huzursuzluk negatif duygulanımda artış
- Nezaket saygı gibi pozitif duygulanımda azalma
- Başarısızlık hissi
- Depresif duygulanım
- Takdir edilmediğini düşünme
- Aile ve arkadaşlardan uzaklaşma
- Suçluluk duygusu
- Değersizlik
- Boşluk ve anlamsızlık hissi
- Hayal kırıklığı
- Kişileri insandan ziyade birer nesne olarak görme
- İşe geç kalmalar veya gelmemeler

- Şüphecilik
- Sosyal izolasyon ve i e kapanma
-  zg vende azalma
- Yapılması gereken i leri erteleme vb. (D zy rek, 1997)



BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini İstanbul’da bulunan özel bir hastanenin onkoloji departmanında çalışan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise onkoloji biriminde çalışan hemşire, doktor, desk(banko) çalışanı ve hasta temsilcilerini de içeren 80 bireyden oluşmaktadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların demografik verileri için “Kişisel Bilgi Formu” (EK-1), ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi için “Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği” (EK-2), tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” (EK-3) anksiyete düzeyinin belirlenmesi için “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” (EK-4), ve depresyon düzeyinin belirlenmesi için “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” (EK-5) kullanılmıştır.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, mesleki deneyim ve düşünceleri, ölüm olayı ile karşılaşma sıklıkları, ölüm olayı ile ilgili deneyimlerine ait duygu ve düşünceleri ve psikolojik sağlık durumlarının belirlenmesi için gerekli sorular bulunmaktadır.

2.2.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği, D. Templer ve Boyer’in ölçeklerine Nehrke’nin de bir madde eklemesiyle elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karaca ve Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda ölçekte değişiklikler yapılmıştır. Ölçek 5’li likert şeklindedir. Ölüm kaygısını farklı boyutlarıyla ölçen önemli bir ölçektir. Ölçekte yer alan sorulardan 17’si olumlu 8’i olumsuz ifadelerden oluşur. Ölçek puanlamasında olumsuz ifadeler ters çevrilerek hesaplanır. Ölçekten en düşük 0 ve en yüksek 100 puan alınabilmektedir. Ölüm kaygısı düzeyleri puana göre gruplandırılmıştır. Buna göre;

0-25 puan: Ölüm kaygısının çok düşük,

26-50 puan: Hafif düzey ölüm kaygısı,

51-75 puan: Orta düzey ölüm kaygısı,

76-100 puan: Çok yüksek ölüm kaygısı varlığını ortaya koymaktadır (Karaca ve Yıldız, 2001).

2.2.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach tükenmişlik ölçeği Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir. 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği üç boyutta değerlendirmektedir. Bunlar; Duygusal Tükenmişlik (9 soru), Duyarsızlaşma (5 soru) ve Kişisel Başarı Hissi (8 soru) boyutlarıdır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her madde için hiçbir zaman 0; her zaman 6 olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Ölçeğin Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt boyutlarından yüksek, Kişisel Başarı Hissi alt boyutlarından düşük puanlar alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981).

2.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve ark.(1998) tarafından yapılmıştır. Ölçek puanlamasına göre;

<8 puan: Anksiyete yok,

8-15 puan: Hafif anksiyete,

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete,

26-63 puan: Şiddetle düzeyde anksiyete şeklinde belirlenmektedir.

2.2.5. Beck Depresyon Ölçeği

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumu için uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2009; Eren ve ark., 2006; Hisli, 1989;).

2.3. İstatiksel Analiz

Bu araştırmada ölçek verilerinin analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanılarak tanımlayıcı ve anlam çıkarıcı istatistik yöntemler kullanılmıştır. Kişisel bilgiler ile çalışmaya dahil edilen bireylerin psikolojik durumları arasındaki ilişki belirlenirken frekans analizi ile ortalama ve standart sapma gibi dağılım analizleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesi ise %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yapıldı. Buna göre, ikili grupların karşılaştırılmasında t testi ve ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One Way Anova testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkinin belirlenmesinde ise Pearson Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1. Katılımcılar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya toplamda 80 katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcılarla ilgili demografik verilerin analizi ile ilgili sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılarla İlgili Tanımlayıcı Bulgular

		N	%
Cinsiyet	Kadın	48	60,0
	Erkek	32	40,0
Medeni durum	Evli	42	51,9
	Bekar	38	48,1
Çocuk varlığı	Var	36	46,5
	Yok	44	54,5
Meslek	Doktor	16	20,0
	Hemşire	43	53,8
	Banko çalışanı	8	10,0
	Hasta temsilcileri	13	16,3
Çalışılan Birim	Kemoterapi ünitesi	11	13,8
	Kemoterapi/radyoterapi	1	1,3
	Medikal onkoloji	18	22,5
	Onkoloji departmanı	37	46,3
	Radyasyon onkolojisi	13	16,3

Tablo 2 . Katılımcıların Yaş ve Meslek Yılı Ortalamaları

	N	ort±std
Yaş (yıl)	80	39,31±12,62
Meslek yılı	80	12,33±11,73
Ortalama ayda kaç hastanın ölümüne şahit oluyorsunuz (kişi)	80	2,18±0,85

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların %60'ı kadın ve %40'ı erkektir. Katılımcıların medeni durumları değerlendirildiğinde %51,9'unun evli ve %48,1'inin

bekâr olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %46,5'i çocuk sahibidir. Katılımcıların %20'si doktor, %53,8'i hemşire, %10'u banko çalışanı ve %16,3'ü hasta temsilcisi olarak çalışmaktadır. Katılımcıların %13,8'i kemoterapi ünitesi, %1,3'ü Kemoterapi/radyoterapi, %22,5'i medikal onkoloji, %46,3'ü onkoloji ve %16,3'ü radyasyon onkolojisi departmanında çalışmaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların yaş ortalaması $39,31 \pm 12,62$ yıldır. Meslekte çalışma süresi ise ortalama $12,33 \pm 11,73$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama ayda $2,18 \pm 0,85$ hastanın ölümüne şahit oldukları bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Çalıştığı Birim ve Meslekleri İle İlgili Düşünceleri

		N	%
Meslek	Başından beri severek yapıyorum	59	73,8
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	10
	Başından beri sevemedim.	1	1,2
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	12	15
Çalışılan birim	Başından beri severek çalışıyorum.	58	72,5
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	10
	Başından beri sevemedim.	1	1,2
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	13	16,3

Katılımcıların %73,8'inin mesleğini başından beri severek yaptığı bulunmuştur. Mesleğini başında sevenlerin fakat sonradan sevmeyenlerin oranı %10'dur. Katılımcıların %15'i mesleğe başlamanın tesadüf olduğunu fakat sonradan mesleğini sevdiğini bildirmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların %72,5'inin çalıştığı birimi başından beri severek yaptığı bulunmuştur. Çalıştığı birimi başında sevenlerin fakat sonradan sevmeyenlerin oranı %10'dur. Katılımcıların %16,3'ü çalışılan birime başlamanın tesadüf olduğunu fakat sonradan çalıştığı birimi sevdiğini bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Yakınlarının ve Ölümü ve Yaşam Tehdit Edici Durumlarla İlgili Deneyimlerine İlişkin Bilgiler

		N	%
Son bir yıl içinde herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hayır	61	76,3
	Evet	19	23,8
Yakınlarınızda ölümcül hastalığa sahip kimse var mı?	Hayır	67	84,8
	Evet	12	15,2
Kendiniz ciddi ölüm tehlikesi geçirdiniz mi?	Hayır	66	83,5
	Evet	13	16,5

Araştırmaya dâhil olan katılımcıların %76,3'ünün son bir yıl içinde herhangi bir yakınını kaybetmediği ve %23,8'inin ise son bir yıl içinde herhangi bir yakınını kaybettiği gözlemlenmiştir. (Tablo 4).

Katılımcıların %84,8'i yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip olan biri olmadığını ve %15,2'si ise yakınları arasında ölümcül hastalığa sahip olan kişi/kişiler olduğunu bildirmiştir.(Tablo 4).

Ciddi ölüm tehlikesi geçiren katılımcı oranı %16,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %83,5'inin ise ciddi ölüm tehlikesi geçirmediği bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşünce Bulguları

		N	%
Ölüme karşı duyarsızlaşma	Evet	43	53,8
	Hayır	37	46,2
Duygu ve düşünce	Doğal karşılama	28	35
	Kurtuluş olarak düşünme	16	20
	Hiçbir şey hissetmeme	6	7,5
	Başarısızlık-yetersizlik	4	5
	Korkma-üzülme	26	32,5

Katılımcıların %53,8'i ölüme karşı duyarsız olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların ölüme karşı duygu ve düşünceleri değerlendirildiğinde ise %35'inin ölümü doğal

karşıladığı, %32,5'inin korku ve üzülmeye hissettiği, %20'sinin ölümü kurtuluş olarak gördüğü, %7,5'inin hiçbir şey hissetmediği ve %5'inin başarısızlık ve yetersizlik hissettiği ve bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Psikolojik Yardım Alma ile İlgili Bilgiler

		N	%
Psikolojik yardım alma	Hayır	77	96,3
	Evet	3	3,7
Psikiyatri ilacı kullanma	Hayır	73	91,2
	Evet	7	8,8

Katılımcıların sadece %3,8'i psikolojik yardım almaktadır. Psikiyatri ilacı kullanan katılımcı oranı %8,8 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

3.2. Ölüm Kaygısı Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular

Tablo 7. Katılımcıların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

	N	%	ort±std
Çok düşük (0-25 puan)	3	3,75	23±2
Hafif (26-50 puan)	40	50	38,35±5,54
Orta (51-75 puan)	36	45	60±7,11
Çok yüksek (76-100 puan)	1	1,25	93
Toplam	80	100	48,21±4,13

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği değerlendirmesinde katılımcıların %3,75'inde çok düşük, %50'sinde hafif, %45'inde orta ve %1,25'inde çok yüksek ölüm kaygısı olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Bilgilerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p
Cinsiyet	Kadın	48	53,37±12,31	0,147	0,000*
	Erkek	32	40,43±13,25		
Medeni durum	Evli	41	47,75±14,68	0,039	0,874
	Bekar	38	48,26±13,65		
Çocuk varlığı	Var	36	44,50±12,74	0,640	0,043*
	Yok	44	50,93±14,67		
Meslek	Doktor	16	38,0±11,57	5,381	0,002*
	Hemşire	43	48,45±13,94		
	Banko çalışanı	8	55,62±16,50		
	Hasta temsilcileri	13	55,30±8,83		
Çalışılan Birim	Kemoterapi ünitesi	11	43±10,93	0,821	0,516
	Kemoterapi/radyoterapi	1	63		
	Medikal onkoloji	18	46,66±10,71		
	Onkoloji departmanı	37	49,4±16,98		
	Radyasyon onkolojisi	13	50,15±11,5		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Kadın katılımcılarda ölüm kaygısı analizi ortalama 53,37±12,31 ve erkeklerde ise ortalama 40,43±13,25 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalara göre kadın katılımcılarda orta ve erkek katılımcılarda hafif düzeyde ölüm kaygısı varlığı saptanmıştır. Kadın katılımcılarda erkek katılımcılara göre daha yüksek ölüm kaygısı analizi saptanmış olup, cinsiyete göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 8).

Medeni duruma göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Çocuğu olan katılımcılarda ölüm kaygısı analizi ortalama 44,50±12,74 ve çocuğu olmayan katılımcılarda ise ortalama 50,93±14,67 olarak bulunmuştur. Çocuğu olmayan katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri çocuğu olan katılımcıların ölüm kaygısı düzeylerinden daha yüksektir. (Tablo 8).

Meslek grubuna göre en düşük ölüm kaygısı düzeyleri doktorlarda bulunurken (38,0±11,57) en yüksek ölüm kaygısı düzeyleri banko çalışanlarında (55,62±16,50)

bulunmuştur. Meslek grubuna göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 8).

Çalışılan birime göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların Meslek ve Çalışılan Birime Karşı Düşüncelerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p
Meslek	Başından beri severek yapıyorum	59	48,23±14,38	0,088	0,966
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	49,25±10,2		
	Başından beri sevemedim.	1	44±0		
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	12	46,75±16,58		
Çalışılan birim	Başından beri severek çalışıyorum.	58	48,93±14,1	0,366	0,778
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	49,25±10,2		
	Başından beri sevemedim.	1	44±0		
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	13	44,61±17,04		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların çalıştığı birim ve meslekleri ile ilgili düşünceleri göre ölüm kaygısı düzeylerinde istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların Yakınlarının Ölümü ve Yaşam Tehdit Edici Durumlarla İlgili Deneyimlerine İlişkin Bilgilerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p
Son bir yıl içinde herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hayır	61	50,13±13,46	5,039	0,028*
	Evet	19	42,0±14,80		
Yakınlarınızda ölümcül hastalığa sahip kimse var mı?	Hayır	67	48,82±14,24	1,502	0,224
	Evet	12	43,41±12,91		
Kendiniz ciddi ölüm tehlikesi geçirdiniz mi?	Hayır	66	49,03±14,65	0,880	0,351
	Evet	13	45,0±11,06		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Son bir yıl içinde herhangi bir yakını kaybedenlerde ölüm kaygısı ortalama analizi $50,13 \pm 13,46$ ve Son bir yıl içinde herhangi bir yakını kaybetmeyenlerde ölüm kaygısı ortalama analizi $42,0 \pm 14,80$ olarak bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 10).

Katılımcıların yakınlarında ölümcül hastalığa sahip olan birey varlığına ve ciddi ölüm tehlikesi geçirme durumuna bağlı olarak ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. (Tablo 10).

Tablo 11. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşüncelere Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

		N	ort $\pm$ std	F	p
Ölüme karşı duyarsızlaşma	Evet	43	41,74 $\pm$ 12,03	25,377	0,000*
	Hayır	37	55,70 $\pm$ 12,71		
Duygu ve düşünce	Doğal karşılama	28	41,10 $\pm$ 11,26	5,969	0,000*
	Kurtuluş olarak düşünme	16	44,87 $\pm$ 13,79		
	Hiçbir şey hissetmeme	6	49,33 $\pm$ 14,80		
	Başarısızlık-yetersizlik	4	49,50 $\pm$ 7,04		
	Korkma-üzülme	26	57,42 $\pm$ 13,33		

* $p \leq 0,05$ gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların ölüm kaygısı ortalama analizi ölüme karşı duyarsızlaştığını belirtenlerde $41,74 \pm 12,03$ ve ölüme karşı duyarsız olmadığını belirtenlerde ise $55,70 \pm 12,71$ olarak bulunmuştur. Ölüme karşı duyarsız olanlarda hafif ve ölüme karşı duyarsız olmayanlarda orta düzeyde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Katılımcılarda ölüme karşı duyarsızlaşma durumuna göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 11).

Katılımcıların ölüm kaygısı ortalama analizi ölümü doğal karşılayanlarda $41,10 \pm 11,26$, ölümü kurtuluş olarak görenlerde $44,87 \pm 13,79$, ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenlerde $49,33 \pm 14,8$, başarısızlık-yetersizlik hissedenlerde $49,5 \pm 7,04$ ve ölüme karşı korkan-üzülenlerde ise $57,42 \pm 13,33$ olarak bulunmuştur. Katılımcılardan ölümü doğal karşılayanlarda, kurtuluş olarak görenlerde, ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenlerde ve başarısızlık-yetersizlik hissedenlerde hafif; ölüme karşı korkan-

üzülenlerde ise orta düzeyde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Katılımcılarda ölüme karşı duygu ve düşünce durumuna göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Karşılaşılan Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p
Psikolojik yardım alma	Hayır	77	48,29±14,30	0,099	0,754
	Evet	3	45,66±10,50		
Psikiyatri ilacı kullanma	Hayır	73	48,83±14,36	1,702	0,196
	Evet	7	41,57±9,99		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların psikolojik yardım alma ve psikiyatri ilacı kullanma durumlarına göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

3.3. Tükenmişlik Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular

Tablo 13. Katılımcıların Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

	ort±std
Duygusal tükenme	8,57±5,34
Duyarsızlaşma	3,16±2,41
Kişisel başarı hissi	20,68±4,64

Katılımcılar Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutundan ortalama 8,57±5,34, duyarsızlaşma alt boyutundan ortalama 3,16±2,41 ve kişisel başarı hissi alt boyutundan ortalama 20,68±4,64 analizi almıştır. Ölçek alt boyutlarında duygusal tükenme için 0-36 arasında, duyarsızlaşma için 0-20 arasında ve kişisel başarı için de 0-32 arasında analiz alınabilmektedir. Buna göre katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin çok düşük olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı hissi ise orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. Katılımcıların Cinsiyete Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Kadın	48	9,10±5,89	1,181	0,281
	Erkek	32	7,78±4,35		
Duyarsızlaşma	Kadın	48	2,70±2,33	4,427	0,039*
	Erkek	32	3,84±2,41		
Kişisel başarı hissi	Kadın	48	20,62±3,77	0,021	0,884
	Erkek	32	20,78±5,77		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi alt boyutlarında cinsiyete göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise erkekler (3,84±2,41) kadınlardan (2,7±2,33) daha yüksek analizi almış olup, cinsiyete göre duyarsızlaşma düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Evli	41	7,12±4,63	6,510	0,013*
	Bekâr	38	10,10±5,73		
Duyarsızlaşma	Evli	41	2,85±2,12	1,290	0,26
	Bekâr	38	3,47±2,42		
Kişisel başarı hissi	Evli	41	21,65±4,34	2,946	0,09
	Bekâr	38	19,94±4,51		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutlarında medeni duruma göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. Duygusal tükenme alt boyutunda ise bekârlar (10,10±5,73) evlilerden (7,12±4,63) daha yüksek analizi almış olup, medeni duruma göre duygusal tükenme düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 16. Katılımcıların Çocuk Varlığına Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p
Duygusal tükenme	Var	36	6,69±3,81	8,737	0,004*
	Yok	44	10,1±16		
Duyarsızlaşma	Var	36	3,05±2,24	0,103	0,749
	Yok	44	3,23±2,59		
Kişisel başarı hissi	Var	36	22,22±4,36	6,308	0,11
	Yok	44	19,67±4,28		

Katılımcılarda tükenmişlik duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutlarında çocuk varlığına göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. Duygusal tükenme alt boyutunda ise çocuğu olmayanlar (10,1±16), olanlardan (6,69±3,81) daha yüksek analizi almış olup, çocuk varlığına göre duygusal tükenme düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Katılımcıların Mesleğine Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Doktor	16	6,56±4,54	0,975	0,409
	Hemşire	43	9,00±5,41		
	Banko çalışanı	8	8,87±4,29		
	Hasta temsilcileri	13	9,46±6,45		
Duyarsızlaşma	Doktor	16	3,31±2,35	0,430	0,732
	Hemşire	43	3,27±2,57		
	Banko çalışanı	8	3,37±3,02		
	Hasta temsilcileri	13	2,46±1,50		
Kişisel başarı hissi	Doktor	16	23,18±5,19	3,939	0,016*
	Hemşire	43	20,09±4,38		
	Banko çalışanı	8	17,37±5,34		
	Hasta temsilcileri	13	21,61±2,56		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında mesleğe göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. Kişisel başarı hissi alt boyutunda ise en yüksek analizi doktorlar ($23,18 \pm 5,19$) ve en düşük analizi banko çalışanları ($17,37 \pm 5,34$) almış olup, mesleğe göre kişisel başarı hissi düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Tükenmişlik Alt Boyutları Ortalama Analizleri

		N	ort $\pm$ std	F	p*
Duygusal tükenme	Kemoterapi ünitesi	11	9,09 $\pm$ 3,50	1,357	0,257
	Kemoterapi/radyoterapi	1	19 $\pm$ 0		
	Medikal onkoloji	18	7,28 $\pm$ 4,44		
	Onkoloji departmanı	37	8,97 $\pm$ 5,96		
	Radyasyon onkolojisi	13	8 $\pm$ 5,47		
Duyarsızlaşma	Kemoterapi ünitesi	11	4,36 $\pm$ 2,65	2,112	0,088
	Kemoterapi/radyoterapi	1	8 $\pm$ 0		
	Medikal onkoloji	18	3,22 $\pm$ 2,3		
	Onkoloji departmanı	37	2,78 $\pm$ 2,12		
	Radyasyon onkolojisi	13	2,76 $\pm$ 2,65		
Kişisel başarı hissi	Kemoterapi ünitesi	11	18,72 $\pm$ 5,25	0,617	0,652
	Kemoterapi/radyoterapi	1	20 $\pm$ 0		
	Medikal onkoloji	18	20,77 $\pm$ 5,42		
	Onkoloji departmanı	37	21,24 $\pm$ 4,57		
	Radyasyon onkolojisi	13	20,69 $\pm$ 3,14		

Katılımcılarda tükenmişlik alt boyutlarında çalışılan birime göre istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 19. Katılımcıların Ölüme Karşı Duyarsızlaşma Durumlarına Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Evet	43	9,30±5,05	1,740	0,191
	Hayır	37	7,72±5,60		
Duyarsızlaşma	Evet	43	5,39±2,82	19,567	0,000*
	Hayır	37	2,67±2,63		
Kişisel başarı hissi	Evet	43	21,23±4,97	1,284	0,261
	Hayır	37	20,05±4,20		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi alt boyutlarında ölüme karşı duyarsızlaşma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise en yüksek analizi ölüme karşı duyarsızlaşanlar (5,39±2,82) ve en düşük analizi ölüme karşı duyarsızlaşmayanlar (2,67±2,63) almış olup, ölüme karşı duyarsızlaşma durumuna göre duyarsızlaşma düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Katılımcıların Ölüme Karşı Duygu ve Düşüncelerine Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Doğal karşılama	28	9,21±5,41	3,593	0,01*
	Kurtuluş olarak düşünme	16	7,62±4,06		
	Hiçbir şey hissetmeme	6	5,33±5,53		
	Başarısızlık-yetersizlik	4	7±1,63		
	Korkma- üzülmeye	26	7,15±5,25		
Duyarsızlaşma	Doğal karşılama	28	4,92±2,41	12,540	0,000*
	Kurtuluş olarak düşünme	16	5,06±2,88		
	Hiçbir şey hissetmeme	6	8,66±2,16		
	Başarısızlık-yetersizlik	4	1,25±0,50		
	Korkma- üzülmeye	26	2,11±2,30		
Kişisel başarı hissi	Doğal karşılama	28	21,35±5,07	0,759	0,555
	Kurtuluş olarak düşünme	16	21,37±5,12		
	Hiçbir şey hissetmeme	6	18,16±4,62		
	Başarısızlık-yetersizlik	4	19,75±4,03		
	Korkma- üzülmeye	26	20,26±3,97		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda kişisel başarı hissi alt boyutlarında ölüme karşı duygu ve düşünce durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 20).

Duygusal tükenme alt boyutunda ise en yüksek analizi ölüme karşı doğal karşılayanlar (9,21±5,41) ve en düşük analizi ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenler (5,33±5,53) almış olup, ölüme karşı duygu ve düşünce durumuna göre duygusal tükenme düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 20).

Duyarsızlaşma alt boyutunda ise en yüksek analizi ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenler (8,66±2,16) ve en düşük analizi ölüme karşı kendini başarısız-yetersiz hissedenler (1,25±0,50) almış olup, ölüme karşı duygu ve düşünce durumuna göre duyarsızlaşma düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 21. Katılımcıların Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Hayır	77	8,40±5,16	2,171	0,145
	Evet	3	13±9,16		
Duyarsızlaşma	Hayır	77	4,20±3,07	1,094	0,299
	Evet	3	2,33±1,52		
Kişisel başarı hissi	Hayır	77	20,81±4,65	1,638	0,204
	Evet	3	17,33±3,21		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik alt boyutlarında psikolojik yardım alma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo 22. Katılımcıların Psikiyatri İlacı Kullanma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Ortalama Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Duygusal tükenme	Hayır	73	8,23±4,96	3,553	0,064
	Evet	7	12,14±7,69		
Duyarsızlaşma	Hayır	73	4,16±3,14	0,064	0,801
	Evet	7	3,85±1,95		
Kişisel başarı hissi	Hayır	73	20,95±4,69	2,961	0,092
	Evet	7	17,85±3,02		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda tükenmişlik alt boyutlarında psikiyatri ilacı kullanma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 22).

3.4. Anksiyete Durumuna İlişkin Ölçekle İle İlgili Bulgular

Tablo 23. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği Ortalama Analizleri

	N	%	ort±std
Hafif anksiyete (8-15 puan)	7	8,75	11,7±12,81
Anksiyete yok	73	91,25	2,97±1,44
Toplam	80	100	3,79±3,02

Katılımcıların %91,25’inde anksiyete varlığı bulunmamıştır. %8,75’inde ise hafif düzeyde anksiyete varlığı saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 24. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulgularına Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Cinsiyet	Kadın	48	3,41±3,17	0,938	0,324
	Erkek	32	3,09±3,18		
Medeni durum	Evli	41	3,51±2,07	0,189	0,665
	Bekar	38	3,79±3,38		
Çocuk varlığı	Var	36	3,37±1,78	0,659	0,420
	Yok	44	3,89±3,40		
Meslek	Doktor	16	3,66±3,49	0,579	0,631
	Hemşire	43	3,92±2,81		
	Banko çalışanı	8	2,33±0,51		
	Hasta temsilcileri	13	4,23±3,78		
Çalışılan Birim	Kemoterapi ünitesi	11	3,70±4,02	0,152	0,928
	Kemoterapi/radyoterapi	1			
	Medikal onkoloji	18	3,88±3,14		
	Onkoloji departmanı	37	3,96±3,16		
	Radyasyon onkolojisi	13	3,30±1,60		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılarda cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, meslek ve çalışılan birime göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Katılımcıların Meslek ve Çalışılan Birime Karşı Düşüncelerine Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Meslek	Başından beri severek yapıyorum	59	3,50±2,83	0,768	0,516
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	5,14±3,43		
	Başından beri sevmedim.	1	5,00±0,00		
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	12	4,25±3,72		
Çalışılan birim	Başından beri severek çalışıyorum.	58	3,56±2,87	0,613	0,609
	Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.	8	5,14±3,43		
	Başından beri sevmedim.	1	5,00±0,00		
	İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim	13	3,92±3,56		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların çalıştığı birim ve meslekleri ile ilgili düşünceleri göre anksiyete düzeylerinde istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 26. Katılımcıların Yakınları ve Kendileri İle İlgili Bilgilerine Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Son bir yıl içinde herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hayır	61	3,58±3,04	1,807	0,301
	Evet	19	4,44±2,95		
Yakınlarınızda ölümcül hastalığa sahip kimse var mı?	Hayır	67	3,50±2,66	1,131	0,291
	Evet	12	4,45±3,17		
Kendiniz ciddi ölüm tehlikesi geçirdiniz mi?	Hayır	66	3,60±2,89	1,019	0,316
	Evet	13	4,53±3,66		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların son bir yıl içinde herhangi bir yakınını kaybetme durumu, yakınlarında ölümcül hastalığa sahip olan birey varlığına ve ciddi ölüm tehlikesi geçirme durumuna bağlı olarak anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 26).

Tablo 27. Karşılaşılan Ölüm Olayları İle İlgili Duygu ve Düşüncelere Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Ölüme karşı duyarsızlaşma	Evet	43	3,46±2,34	1,119	0,294
	Hayır	37	4,21±3,70		
Duygu ve düşünce	Doğal karşılama	28	3,75±2,96	0,570	0,685
	Kurtuluş olarak düşünme	16	4,00±2,75		
	Hiçbir şey hissetmeme	6	5,60±5,41		
	Başarısızlık-yetersizlik	4	3,50±3,10		
	Korkma-üzülme	26	3,36±3,02		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların ölüme karşı duyarsızlaşma durumları ve ölüme karşı duygu-düşüncelerine göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 27).

Tablo 28. Karşılaşılan Psikolojik Yardım Alma ve Psikiyatri İlacı Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Ölçeği Analizleri

		N	ort±std	F	p*
Psikolojik yardım alma	Hayır	77	3,67±3,02	2,877	0,094
	Evet	3	6,66±1,15		
Psikiyatri ilacı kullanma	Hayır	73	3,68±3,07	0,946	0,334
	Evet	7	4,85±2,47		

*p≤0,05 gruplar arası farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların psikolojik yardım alma ve psikiyatri ilacı kullanma durumlarına göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır (Tablo 28).

3.5. Beck Depresyon Ölçeği ile ilgili bulgular

Tablo 29. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği Analizi Ortalamaları

	N	%	ort±std
Depresyon yok	80	100	3,95±4,27

Araştırmamızda katılımcılar kesme analizinin (17 puan) altında kaldığı için depresyon varlığı saptanmamıştır (Tablo 29).

3.6. Ölçekler Arasındaki Korelasyon İle İlgili Bulgular

Tablo 30. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Düzeyleri

		Ölüm kaygısı	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı hissi	BDÖ	BAÖ
Ölüm kaygısı	r	1	-0.001	-.249*	-0.125	-0.014	0.080
	p		0.990	0.026	0.268	0.901	0.498
	N	80	80	80	80	80	74
Duygusal tükenme	r	-0.001	1	.514**	-0.184	.330**	.303**
	p	0.990		0.000	0.102	0.003	0.009
	N	80	80	80	80	80	74
Duyarsızlaşma	r	-.249*	.514**	1	-0.073	-0.069	0.000
	p	0.026	0.000		0.518	0.542	0.998
	N	80	80	80	80	80	74
Kişisel başarı hissi	r	-0.125	-0.184	-0.073	1	-0.054	-0.062
	p	0.268	0.102	0.518		0.632	0.601
	N	80	80	80	80	80	74
BDÖ	r	-0.014	.330**	-0.069	-0.054	1	.710**
	p	0.901	0.003	0.542	0.632		0.000
	N	80	80	80	80	80	74
BAÖ	r	0.080	.303**	0.000	-0.062	.710**	1
	p	0.498	0.009	0.998	0.601	0.000	
	N	80	80	80	80	80	80

*. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcılarda ölüm kaygısı düzeyleri ile tükenmişlik alt boyutu duyarsızlaşma düzeyleri arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,249$ $p=0,026$). Bu duruma göre ölüm kaygısı düzeyleri arttıkça/azaldıkça duyarsızlaşma düzeyleri buna bağlı olarak azalmak/artmaktadır. Katılımcılarda ölüme karşı duyarsızlaşmak ölüm kaygısı azaltmaktadır (Tablo 30).

Katılımcılarda duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.514$ $p=0.000$). Bu duruma göre duygusal tükenme arttıkça/azaldıkça duyarsızlaşma düzeyleri buna bağlı olarak artmakta/azalmaktadır. Katılımcılarda duygusal tükenmeye bağlı olarak duyarsızlaşma artmaktadır (Tablo 30).

Katılımcılarda duygusal tükenme ile depresyon düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.330$ $p=0.003$). Bu duruma göre duygusal tükenme arttıkça/azaldıkça depresyon düzeyleri buna bağlı olarak artmakta/azalmaktadır (Tablo 30).

Katılımcılarda duygusal tükenme ile anksiyete düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.303$ $p=0.009$). Bu duruma göre duygusal tükenme arttıkça/azaldıkça anksiyete düzeyleri buna bağlı olarak artmakta/azalmaktadır (Tablo 30).

Katılımcılarda depresyon ile anksiyete düzeyleri arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.710$ $p=0.000$). Bu duruma göre depresyon arttıkça/azaldıkça anksiyete düzeyleri buna bağlı olarak artmakta/azalmaktadır (Tablo 30).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı onkoloji biriminde çalışan bireylerin anksiyete, ölüm kaygısı, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bu alanda sağlık çalışanlarına verilecek eğitim ve destekler noktasında kullanılabilecek etkin verilerin elde edilmesidir.

Araştırmaya dahil edilen 80 sağlık çalışanının %60'ı kadın ve %40'ı erkek, %51,9'u evli, %20'si doktor, %53,8'i hemşire, %10'ı banko çalışanı ve %16,3'ü hasta temsilcisidir. Katılımcıların yaş ortalaması $39,31 \pm 12,62$ ve meslekte çalışma süresi ortalama $12,33 \pm 11,73$ yıldır. Katılımcıların çoğu mesleğini ve çalıştığı birimi başından beri severek çalışmaktadır. Katılımcıların %53,8'i ölüme karşı duyarsız olduğunu bildirmiştir. Ölümle ilgili olarak katılımcıların %35'inin doğal karşıladığı ve %32,5'inin korku ve üzülmeye hissettiği görülmüştür. Katılımcıların psikolojik yardım alma oranı çok düşüktür.

Pek çok psikolojik durumun altında yatan temel bir endişe olarak ölüm kaygısı (Iverach ve ark., 2014) çoğu insan tarafından düşük veya yüksek seviyelerde yaşanabilir. Genel anlamda yaşanacak kayıp, acı, yalnızlık ve akrabalarından ayrılma olarak anksiyete ölüm kaygısına neden olur. Ölüm kaygısı, önemli psikolojik güdülerin temelinde yatar. Bu nedenle, bu kaygıyı görmezden gelmek, insan davranışının önemli bir yönünü ihmal etmek anlamına gelir (Pyszczyński ve ark., 2015). Hemşirelerin ölüm kaygısının belirlendiği bir çalışmada, en düşük ölüm kaygısına sahip olanların mesleğini sevenler ve çalıştıkları birimlerde hastalarını kaybettiklerinde bundan etkilenen katılımcıların olduğu bildirilmiştir (Taka, 2010). Araştırmamızda ise katılımcıların %50'sinde hafif ve %45'inde orta düzey ölüm kaygısı bulunmuştur.

Araştırmamızda kadın katılımcılarda orta ve erkek katılımcılarda hafif düzeyde ölüm kaygısı varlığı saptanmıştır. Kadın katılımcılarda erkek katılımcılara göre daha yüksek ölüm kaygısı analizi bulunmuştur. Araştırmamıza benzer nitelikte literatürde yapılan araştırmalarda da kadınlarda ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Ecehan ve Eker, 2013; Ertufan, 2008; Meşeli, 2020; Özdemir, 2014). Bu durum kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması ve kadınların erkeklerden daha fazla duygularına odaklanmaları ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmada medeni duruma göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Öztürk (2011)'ün araştırmasında ise evli ve bekar olan katılımcılar arasında ölüm kaygısı düzeyleri farklılık göstermemiştir. Özdemir (2014) çalışmasında ise evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre ölüm kaygısı analizlerinin daha yüksek olduğu fakat istatistiksel anlamlılık bulunmadığı bildirilmiştir. Mevcut araştırma sonuçları literatür ile uyum sağlamaktadır.

Araştırmamızda meslek grubuna göre en düşük ölüm kaygısı düzeyleri doktorlarda, en yüksek ölüm kaygısı düzeyleri banko çalışanlarında bulunmuştur.

Mevcut araştırmada son bir yıl içinde herhangi bir yakını kaybedenlerde ölüm kaygısı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Özdemir (2014)'in çalışmasında yakını kaybeden hemşirelerin yakını kaybetmeyen hemşirelere göre daha yüksek ölüm kaygısı düzeyleri bulunduğu belirtilmiştir. Ertufan (2008)'in çalışmasına araştırmaya dâhil edilen hekimlerden yakını kaybedenlerin ölüm kaygısı düzeyleri yakını kaybetmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Meşeli (2020)'nin çalışmasında ise farklı olarak yakını kaybeden ve kaybetmeyenler arasında ölüm kaygısı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarımız Meşeli (2020)'nin araştırmasına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığının Meşeli (2020)'nin çalışmasının yoğun bakımda çalışan hemşirelere uygulanması ve yoğun bakımda ölüm oranlarının diğer servislere göre yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların yakınlarında ölümcül hastalığa sahip olan birey varlığına ve ciddi ölüm tehlikesi geçirme durumuna bağlı olarak ölüm kaygısı düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Ancak ciddi sağlık sorunu olan hemşirelerin ciddi sağlık sorunu olmayan hemşirelere göre daha yüksek ölüm kaygısı düzeylerinin olduğunu bildiren çalışmalar bulunduğu için bu bulgu literatürle uyumlu değildir. (Akça ve Köse, 2008; Özdemir (2004). Araştırmamızdan elde edilen bulgunun literatüre göre farklılık göstermesinin nedeni araştırmaya dahil edilen katılımcılarda ciddi ölüm geçirme tehlikesi oranının düşük olması olarak düşünülmektedir.

Araştırmamızda ölüme karşı duyarsız olanlarda hafif, ölüme karşı duyarsız olmayanlarda orta düzeyde ölüm kaygısı bulunmuştur. Özdemir (2014) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre ölüm kaygısı düzeyleri arasında farklılık olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Meşeli (2020)'nin çalışmasında da ölümü

daha çok düşünen katılımcılarda daha yüksek kaygı düzeyleri belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyum sağlamaktadır.

Çalışmamızda katılımcılardan ölümü doğal karşılayanlarda, kurtuluş olarak görenlerde, ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenlerde ve başarısızlık-yetersizlik hissedenlerde hafif; ölüme karşı korku – üzüntü hissedenlerde ise orta düzeyde ölüm kaygısı bulunmuştur.

Araştırmamızda duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi alt boyutlarında cinsiyete göre farklılık bulunmazken, duyarsızlaşma alt boyutunda ise erkekler kadınlardan daha yüksek analizi almıştır. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bildirilmiştir. Aslan ve Özata (2008) ve Akyüz'ün (2015) çalışmalarında tükenmişlik düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirtilmiştir. Ayraller ve ark. (2011)'nın çalışmalarında duygusal tükenme alt boyutunda kadınların, erkeklere göre daha yüksek analizi aldıkları bildirilmiştir. Altay ve Akgül, (2010) ve Helvacı ve Turhan (2013)'ın çalışmalarında ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında erkeklerin daha yüksek analizi aldıkları belirtilmiştir. Ayrıca Uluköy (2014)'ün yaptığı araştırmada da duyarsızlaşma alt boyutunda erkeklerin kadınlara göre daha yüksek tükenmişlik puanları aldığı görülmüştür. Araştırma sonuçlarımız Altay ve Akgül, (2010), Helvacı ve Turhan (2013) ve Uluköy (2014)'ün araştırmaları ile kısmen uyum sağlamaktadır.

Araştırmamızda medeni duruma göre duygusal tükenme alt boyutunda ise bekârların evlilerden daha yüksek analizi aldığı bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Öztürk ve ark. (2008)'ün çalışmasında bekâr çalışanların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Akyüz (2015) ve Uluköy (2014) çalışmalarında ise duyarsızlaşma alt boyutunda bekârların evlilere göre daha yüksek analizi aldığı bildirilmiştir. Çalışmalarda analizlerin yüksek çıkmasının nedeni olarak bekâr çalışanların sosyal destek sistemlerinin evlilere göre daha yetersiz olması ileri sürülmüştür.

Araştırmamızda kişisel başarı hissi alt boyutunda ise en yüksek analizi doktorlar ve en düşük analizi banko çalışanlarının aldığı bulunmuştur. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut analizleri meslek durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Helvacı ve Turhan (2013)'ın araştırmasında doktorların duygusal tükenme ve

duyarsızlaşma eğilimlerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Uluköy (2014) 'ün araştırmasında doktorlar ve idari personelin duyarsızlaşma eğilimlerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Fakat yapılan bazı çalışmalarda ise tükenmişlik alt boyut analizlerinin mesleğe göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (Altay ve Akgül, 2010; Tekir ve ark., 2016; Yıldız ve ark., 2018). Araştırmalar arasındaki bu farklılığın araştırmaların uygulandığı örneklemin demografik yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda duyarsızlaşma alt boyutunda ise en yüksek analizlerin ölüme karşı duyarsızlaşanlar ve ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenler alırken, en düşük analiz ölüme karşı kendini başarısız-yetersiz hissedenlerin aldığı görülmüştür. Duygusal tükenme alt boyutunda ise en yüksek analiz ölümü doğal karşılayanlar ve en düşük analiz ölüme karşı hiçbir şey hissetmeyenler almıştır.

Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunda anksiyete varlığı bulunmamıştır. Ayrıca demografik özellikler ile anksiyete düzeyleri arasında da farklılık saptanmamıştır. Bunun nedeni olarak araştırmaya dâhil edilen katılımcıların sadece %8,75'inde hafif düzeyde anksiyete bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde yer alan bir çalışmaya göre sağlık meslek gruplarında hastaya direkt müdahale edenler ile dolaylı müdahale edenler arasında kaygı incelendiğinde ve hastaya direkt müdahale edenlerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada kadın çalışanlarda anksiyete düzeylerinin erkek çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (Çöl, 2008). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha yüksek anksiyete yaşadığı sonucu bulunmuştur (Muşlu, 2012). Literatür incelendiğinde yapılmış bir çalışmada ameliyathanede ve dâhiliye kliniklerinde çalışan sağlık personellerinde anksiyete düzeylerine bakılmıştır. Çalışmada ameliyathane grubunun anksiyete düzeyinin dâhiliye grubundan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baş, 2012). Yapılan bir diğer araştırmada ise yoğun bakım ünitelerinde ve acil ünitelerinde çalışanların da anksiyete düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Arslan ve ark., 2017). Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarında anksiyete seviyelerinin çeşitli değişkenlere göre farklılaştığı görülmektedir. Araştırmamızda anksiyete düzeylerinde farklılık bulunmaması katılımcılarda anksiyete varlığının çok minimal düzeyde bulunmuş olmasında kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde, katılımcılarda depresyon varlığı gözlemlenmemiştir.

Araştırmamıza göre ölüm kaygısı düzeyleri arttıkça/azaldıkça buna bağlı olarak duyarsızlaşma düzeyleri azalmak/artmaktadır. Katılımcılarda ölüme karşı duyarsızlaşmak ölüm kaygısı azaltmaktadır. Ayrıca duygusal tükenme arttıkça buna bağlı olarak duyarsızlaşma düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Duygusal tükenme ve depresyon düzeyleri arasında doğru orantı saptanmıştır. Katılımcılarda depresyon varlığı bulunmamasından dolayı duygusal tükenme ve depresyon arasındaki ilişkinin minimal düzeyde olduğu söylenebilir. Katılımcılarda duygusal tükenme ile anksiyete düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada anksiyete ile depresyon arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin nedeni araştırmaya dâhil edilen katılımcılarda anksiyete düzeylerinin düşük olması ve buna bağlı olarak da depresyon varlığının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma verileri sadece 80 katılımcı ile sınırlıdır. Alanda daha geniş örneklemli araştırmaların yapılması daha geniş bir alanda kullanılabilecek verilerin elde edilmesini sağlayacaktır.

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların çoğunluğu hemşiredir. Farklı alanlarda görev yapan sağlık çalışanlarının dâhil edildiği araştırmaların yapılması daha genellenebilir sonuçların ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Araştırmaya dâhil edilen katılımcılarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin minimal düzeyde olması ölüm kaygısı ile minimal ilişkinin bulunmasını sağlamıştır. Farklı anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip katılımcıların araştırmaya dâhil edilmesi alanda daha etkili ve güvenilir sonuçların oluşmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Khalek, A. M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68, 924–926.
- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Does war affect death anxiety level? Seven readings of measurements (1988–2002) before and after the Iraqi invasion of Kuwait. *Omega*, 49, 287–297.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29, 251–259.
- Abdel-Khalek, AM. ve Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud*, 29:157-69.
- Acehan, G. ve Eker, F. (2013). Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1).
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. ve Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
- Adwan, J. Z. (2014). Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 329-336.
- Ainsworth, P. (2000). Understanding depression, University Press of Mississippi.
- Akça, F. ve Köse, A. (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11:7-16.
- Akyüz, İ. (2015). Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 21-34.
- Allen, J., ve Mellor, D. (2002). Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24(8), 905-917.
- Alper, Y. (20019). *Depresyon psikoterapisi*, Baskı, Alfa yayınları, İstanbul, 86-93,1.

- Altay, H. ve Volkan, Akgül. (2010). Seyahat Acentaları Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi: Hatay Örneği/Burnout Level Of Travel Agencies' Employees: Hatay Sample. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(14).
- Amiri, M., Khosravi, A., Eghtesadi, A. R., Sadeghi, Z., Abedi, G., Ranjbar, M. ve Mehrabian, F. (2016). Burnout and its influencing factors among primary health care providers in the north east of iran. *PLoS ONE* 11(12), 1-11.
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K. ve Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4), 401-410.
- Angelo, R, P. (2015). Chambel MJ. The reciprocal relationship between work 49 characteristics and employee burnout and engagement: a longitudinal study of firefighters. *Stress Health*, 31(2), 106-114.
- APA (Amerikan Psikiyatri Birliği). Anxiety. <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>. Erişim Tarihi:11/02/2018.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J. ve Gómez-Benito, J. (2012). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega*, 66:39-55.
- Arı, GS. ve Bal, EÇ. (2008). Tükenmişlik kavramı Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1): 131-148.
- Arslan, S., Taylan, S. ve Deniz, S. (2017). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 17-21.
- Aslan, Ş. ve Musa, Özata. (2008). Duygusal Zekâ ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (30), 77-97.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2009). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*, 93-335
- Ayraller, A. (2011). Diyaliz Ünitesinde Çalışan Sağlık Ekibinde Tükenmişlik Sendromu. *Journal Of Academic Research In Medicine*, 1, 52-56.

- Baran, G., Bıçakçı, M. Y., İnci, F., Öngör, M., Ceran, A. ve Atar, G. (2010). Analysis of burnout levels of teacher. *Procedia Social and Behavioral 50 Sciences*, 9, 975-980.
- Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies*, 31, 727-750.
- Baş, M. (2012). *Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mobbing ve Anksiyete*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Beck AT. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1967.
- Benli, SS. ve Yıldırım, A. (2017). *Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4): 167-179.
- Benton, J. P., Christopher, A. N. ve Walter, M. I. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*, 31, 337-350.
- Braun, M., Gordon, D. ve Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37:E43-9.
- Chan, WC., Tin, AF. (2012). Beyond knowledge and skills: Self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Studies*, 36:899-913.
- Chen, YC., Del Ben, KS., Fortson, BL. ve Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30:919-29.
- Ciccarello, GP. (2003). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22(5): 216-222.
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology*, 61, 75-81
- Cotter, R. P. (2003). High risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *Omega*, 47, 119-137.

- Craiovan, P. M. (2014). Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field. *ProcediaSocial and Behavioral Sciences*, 127, 529-533.
- Çakırcalı, E. (2010). *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*, 3. Baskı, s.24, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Çevik, B. (2010). *Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Çınar, M. (2016). Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. *İLTED* 45: 313- 338.
- Çöl, SÖ. (2008). İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, *Çalışma ve Toplum*, 4,122-28.
- De Araujo, MMT. ve Da Silva, MJP. (2004). Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Reviews* (51): 149-58.
- De França, F., M., Ferrari, R., Ferrari, D. C. ve Alves, E. D. (2012). Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev Lat Am 53 Enfermagem*, 20(5), 961-970.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. ve Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- DePaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R. ve Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes towards the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335–54.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. ve Sanavio, E. (2013). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and health*, 18:677-84.
- Dunn, K., Otten, C. ve Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32:97-104.
- Düzyürek, S. ve Ünlüoğlu, G. (1992). Hekimde tükenmişlik sendromu. *Psikiyatri Bülteni*, 1:108-13.

- Ebadi, A., Ahmadi, F., Ghanei, M. ve Kazemnejad, A. (2009). Spirituality: A key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. *Nursing and Health Sciences*, 11:344-50.
- Engelbrecht, M. C., Bester, C. L. ve Van Den Berg, H. (2008). A study of predictors and levels of burnout: The case of professional nurses in primary health care facilities in the free state province, South Africa. *Journal of Economy*, 76(1), 15-27.
- Eren, I., Sahin, M., Tunc, SE. ve Cure, E. (2006). Psychiatric symptoms and quality of life in patients with Behçet's disease. *Neurol Psychiatr Brain Res*, 13:169-74.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Ertufan, H. (2008). *Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi*. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Firestone, R. W. (1993). Individual defenses against death anxiety. *Death Studies*, 17, 497-515.
- Fortner, B. V. ve Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.
- Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia*. Ed: J. Strachey, Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14th edition, Hogarth Press, London.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gaillot, M. T., Schmeichel, B. J. ve Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying . *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 49-62.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jime'nez, B. ve Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.

- Geçtan, E. (1989). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. Remzi Kitabevi, İstanbul, 103-110, 7.
- Glas, G. (2007). Anxiety, anxiety disorders, religion, and spirituality. *Southern Medical Journal*, 100, 621–625.
- Gotlib, IH., Robert, JE. ve Gilboa, E. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research* 22: 401-423.
- Göka, E. (2009). *Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi*, Timaş Yayınları, İstanbul, s. 138-144.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L. ve Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 627–637
- Halliday, LE. ve Boughton, MA. (2008). The moderating effect of death experience on death anxiety: Implications for nursing education. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10:76-82.
- Helvacı, I. ve Mithat, Turhan. (2014). Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke’de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68.
- Hick, J. (1990). Değişen ölüm sosyolojisi (Çev. Koç T), *Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 7: 235-249.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:13.
- Hökelekli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. Uludağ Üniversitesi, *İlahiyat Fakültesi* 3(3).
- Hyeda, A. ve Handar, Z. (2012). Productivity evaluation in Burnout. *Rev Bras Med Trab*, 9(2), 78-84.
- Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B. ve Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A

- cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37.
- Iqbal, M. (2017). Mortality and Beyond: Redefining Our Life Politics. *Sosyal Bilimler Dergisi* 1(1): 130-145.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H. ve Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative and Supportive Care*, 6:363-9.
- Işık, E., Işık, U. ve Taner, Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 312-323.
- Işıksan, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23: 34-44.
- Iverach, L., Menzies, R. G. ve Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.
- Jawahar, I. M., Stone, T. H. ve Kisamore, J. L. (2007). Role Conflict and Burnout: The Direct and Moderating Effects of Political Skill and Perceived Organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 142-159.
- Jost, J. T., Napier, J. L., Thorisdottir, H., Gosling, S. D., Palfai, T. P. ve Ostafin, B. (2007). Are needs to manage uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological extremity? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 989–1007.
- Karaca, F. (2000). *Ölüm Psikolojisi*. Beyan Yayınları, İstanbul, s.44-49.
- Karaca, F. ve Yıldız, M. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Tabula-Rasa*, 1(1):43-55.
- Karakuş, G., Öztürk, Z. ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1):42-79.
- Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, YA., Yılmaz, TT. ve Öngel, K. (2011). Anxiety distribution observed at surgery patients. *Smyrna Medical Journal* 1: 22-26.

- Kartopu, S. (2013). Kaygının kader algıları ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2(3): 238-260.
- Kastenbaum, R. (1996). A world without death? First and second thoughts. *Mortality*, 1, 111–121.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1). New York: Norton.
- Kent, B., Anderson, NE. ve Owens, RG. (2012). Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49:1255-65.
- Kımtır, N., Köftegöl, Ö. (2017). *Yetişkinlerde ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir inceleme*. On Sekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Kırlı, S. (2008). *Güncel Klinik Psikiyatri*, Ankara, s.131- 155.
- Knight, K. H. ve Elfenbein, M. H. (1993). Relationship of death education to the anxiety, fear, and meaning associated with death. *Death Studies*, 17, 411–425.
- Koç, M. (2002). Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi* 6: 7-21.
- Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., SchulzNieswandt, F. ve Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research on Developmental Disabilities*, 31(2), 470-479.
- Köroğlu, E. (2004). *Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir*. 1. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara., s. 91-93,
- Kübler Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine* (Çev. Büyükal B). Boyner Holding Yayınları, İstanbul, s. 35-42.
- Kübler-Ross, E. (2002). *On death and dying; Questions and answers on death and dying; On life after death*. New York: Quality Paper Book Club.

- Landau, M. J., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T. ve Martens, A. (2006). Windows into nothingness: Terror management, meaninglessness, and negative reactions to art. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 879–892.
- Lange, M., Thom, B. ve Kline, NE. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35:955-9.
- LeDoux, J. (2008). Remembrance of emotions past. In K. Fischer & M. H. Immordino-Yang (Eds.), *The Jossey-Bass reader on the brain and learning* (pp. 151–179). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lewinsohn, PM., Hoberman, H., Teri, M. ve Hautzinger M. (1985). *An integrated theory of depression*. Ed: Reiss S, Bootzin R, Theoretical issues in behavior therapy, New York Academic Press, New York, 331-359.
- Lin, F., John, W. ve Veigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Nurse Management*, 17, 294-301.
- Martini, S., Arfken, C. L. ve Balon, R. (2006). Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Academic Psychiatry*, 30(4), 352-355.
- Maslach, C. (1976). The client role in staff burnout., *Journal of Social Issues*, 34:111-124
- Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- Maslach, C. ve Jackson, SE. (1981). The measurement of experienced bornout. *Journal of occupational Behaviour*, 2:99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matsui, M. ve Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults. *International Journal of PalliativeNursing*, 16:593-8.

- Meşeli, N. (2020). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Kaygısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Momeyer, R. W. (1988). *Confronting death*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Morrow, FRM. (2007). Death anxiety: Living your dying: A theoretical and heuristical study of the anxiety of death and the sacred. *Dissertation Abstracts International*, 67(10)6070B.
- Muşlu C., Baltacı D., Kutanis, R. ve Kara İH. (2012). Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 4;17-23.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J. ve Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309–340.
- Neimeyer, RA. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, RA. ve Moore, MK. (1994). Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103–117). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 573–593). New York: Guilford.
- Özdemir, K. (2014). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Özler, DE. ve Atalay, CG. (2011). A research to determine the relationship between organizational cynicism and burnout levels of employees in health sector. *Business & Management Review*, 1(4), 26-38.
- Öztürk, A. (2008). Evaluation Of Burnout Levels Of Health Managers in Kayseri City. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(2), 92-99.

- Öztürk, KÖ. (2010). *Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana.
- Öztürk, Z., Karakuş, G. ve Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12:37-43.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press
- Patrick, PK. (2007). Burnout: job hazard for health workers., *Hospitals*, 16:87-90
- Peters, L., Cant, R. ve Payne, S. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal*, 7:14-21.
- Peterson, J., Johnson, MA. ve Halvorsen, B. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16:181-7.
- Pierce, J. D. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among U.S. high school and college students. *Mental Health, Religion, and Culture*, 10, 143–150.
- Polat, S., Alemdar, DK. ve Gürol, A. (2013). Paediatric nurses' experience with death: The effect of empathic tendency on their anxiety levels. *International Journal of Nursing Practice*, 19:8-13.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G. ve Campagna, M. (2014). Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control. *Safety and Health at Work*, 5(3), 152-157.
- Pysczynski, T., Solomon, S. ve Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 52, pp. 1-70). Academic Press.
- Robbins, I., Lloyd, C., Carpenter, S. ve Bender, M. P. (1992). Staff anxieties about death in residential settings for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 548–553.

- Rojas, B. M. ve Grisales, R. H. (2011). Burnout syndrome in professor from academic unit of a Colombian university. *Investigación Y Educación en Enfermería*, 29(3), 427-434.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M. ve Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studie s* , 31, 549–561.
- Sayıl, I. (2004). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, 1.baskı, Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, İstanbul.
- Schumaker, J. F., Warren, W. G. ve Groth-Marnat, G. (1991). Death anxiety in Japan and Australia. *Journal of Social Psychology*, 131, 511–518.
- Sharif Nia, H., Ebadi, A., Lehto, RH. ve Peyrovi, H. (2015). The experience of death anxiety in Iranian war veterans: a phenomenology study. *Death Stud*, 39:281-7.
- Singh Madnawat, A.V. ve Singh Kachhawa, P. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, 31, 763–769.
- Sirati Nir, M., Ebadi, A., Fallahi Khoshknab, M. ve Tavallae, A. (2013). Spiritual Experiences of War Veterans Who Suffer from CombatRelated Post-Traumatic Stress Disorder: A Qualitative Study. *J Relig Health*, 52:719-29.
- Solmuş, T. (2011). Çift, Evlilik ve Aile Terapisi. Doruk Yayınları, İstanbul, s. 104-128.
- Spooner-Lane, R. ve Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital Nurses. *AJAN*, 25(1), 8-16.
- Sterling, C. M. ve Van Horn, K. R. (1989). Identity and death anxiety. *Adolescence*, 24, 321– 326.
- Stewart, K. L. (2009). Nurse manager’s knowledge of staff nurse burnout [Dissertation]. Western Carolina University.
- Sukhwinder, K., Arindam, KB. ve Neha, R. (2015). A descriptive survey of death anxiety among young drugaddicts in relation to their education and locale. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 14(10): 73-78.

- Taka, F. (2010). *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tanhan, F. (2007). Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Tekir, Ö., Çevik, C., Arık, S. ve Çetin, G. (2016). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 51-63.
- Thorsen, V. C., Tharp, A. L. ve Meguid, T. (2011). High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study. *BMS Nursing*, 10(1), 1-7.
- Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life, theoretical perspectives . *Death Studies*, 16, 475–506.
- Tomer, A. ve Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343–365.
- Tucker, S. J., Weymiller, A. J., Cutshall, S. M., Rhudy, L. M. ve Lohse, C. M. (2012). Stress ratings and health promotion practices among RNs: a case for action. *Journal of Nurse Administration*, 42(5), 282-292.
- Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_tarama&view=tarama. Erişim Tarihi:05/03/2020
- Ulla, SM., Coca, C. ve Del, C. (2003). Coping with Death: Perceptions of Health Care Professionals Working in a Pediatric Intensive Care Unit and in a Geriatric Service. *Illness, Crisis & Loss*, 11:318-36.
- Uluköy, M. (2015). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısı İle Tükenmişlik Duyguları Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39(39), 213-226.
- Ünal, MS. (2011). Zamansız ölüm: geleneksel ve modern toplum karşıtlığında ölümün yeri. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11(2): 121-133.

- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A. ve Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A crosssectional study. *Nurs Outlook*, 64(6), 542-556.
- White, KR. ve Coyne, PJ. (2011). Nurses' perceptions of educational gaps in delivering endof-life care. *Oncology Nursing Forum*, 38:711-7.
- Yanbastı, G. (1990). *Kişilik Kuramları*. Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, s. 44-52.
- Yıldız, A., Çiçek, İ. ve Şanlı, M. E. (2018). Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 126-132.
- Yıldız, M. ve Bulut, BM. (2017). Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. *International Periodical for the Languages. Literature and History of Turkishor Turkic* 12(13): 659-676
- Zeyrek, E. Y. (2006). Death anxiety and a Taoist orientation in two cultures. *Perceptual and Motor Skills*, 103, 70-78.
- Zyga, S., Malliarou, M. ve Lavdaniti, M. (2011). Greek renal nurses'attitudes towards death. *Journal of Renal Care*, 37:101-7.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

.....

2. Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

3. Medeni Durumunuz:

1. Evli 2. Bekar

4. Çocuğunuz var mı?

1. Var 2. Yok

5. Mesleğiniz nedir?

1.Doktor 2. Hemşire 3. Desk (Banko çalışanı) 4. Hasta Temsilcisi

6. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?

....yıl

7.Mesleğinizle ilgili ne düşünüyorsunuz?

1. Başından beri severek yapıyorum.
2. Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.
3. Başından beri sevemedim.
4. İşe başlamam tesadüf oldu ama zamanla sevdim,

8.Çalıştığınız birim?

9.Çalıştığınız birim hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Başından beri severek çalışıyorum.
2. Başlangıçta seviyordum. Artık sevmiyorum.
3. Başından beri sevemedim.
4. Başlangıçta severek başlamadım ama zamanla sevdim

10. Son bir yıl içinde herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi ?

1. Hayır 2. Evet ise belirtin.....

11. Yakınlarınız içinde ölümcül bir hastalığa sahip herhangi bir kimse var mı?

1. Hayır

2. Evet ise belirtiniz.....

11.b Cevabınız evet ise şu andaki sağlık durumu:

1. Tedavisiz iyi durumda
2. Tedaviyle iyi durumda
3. Tedaviye rağmen ciddi sağlık sorunları var
4. Tedaviye rağmen çok kötü durumda, (bakıma muhtaç)

12. Hiç kendiniz kaza, doğal afet, hastalık vb gibi ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaştınız mı ?

1 Hayır 2. Evet ise belirtiniz.....

13. Ortalama kaç hastanın ölümüne tanık oluyorsunuz?

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

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

1. Evet. 2. Hayır

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

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

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

1. Hayır 2. Evet ise

tanınız?.....

17. Son bir yılda psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

1. Hayır 2. Evet ise belirtin.....

EK-2: Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıda ölüme ilişkin tutum ve düşüncelerinizi ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. İfadeler, “Fikrime çok uygun, Fikrime uygun, Kararsızım, Fikrime aykırı, Fikrime çok aykırı” karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. İfadeler birbiri ile aynı görülebilir, fakat her biri küçük de olsa bazı farklılıklar içermektedir.

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

EK-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Yaşadığınız durumların sıklığı, 0-4 rakamları arasında belirtilmektedir. Toplam 22 cümle vardır. Her cümle için uygun olduğunu düşündüğünüz sıklığa X işareti koymanız gerekmektedir. İlginiz için teşekkür ederiz.

	0 Hiçbir Zaman	1 Çok Nadir	2 Baz en	3 Çoğu Zaman	4 Her Za man
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum					
6. Bütün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözümleri bulurum					
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum					
19. Bu yolda birçok kayda değer başarı elde ettim					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21. İşimdeki duygusal konulara soğukkanlılıkla yaklaşırım					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum					

EK-4: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtilerin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0. Hiç

1. Hafif derecede

2. Orta derecede

3. Ciddi derecede

Son bir hafta içinde;	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
	0	1	2	3
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi ve sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK-5: Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını belirten bazı cümleler verilmiştir. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirten 4 seçenek vardır. Şu an da dahil olmak üzere son bir haftaki ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Her şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 - (1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 - (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - (3) Cezalandırıldığımı düşünüyorum.
7. (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime çok kızıyorum.
 - (3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.

- (2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay kızıyorum.
- (2) Şimdi kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- (2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
- (3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
13. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
14. (0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
16. (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
17. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
18. (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda kilo kaybetmedim.
- (1) Son zamanlarda istemedığım halde iki kilodan fazla kilo kaybettim.
- (2) Son zamanlarda istemedığım halde dört kilodan fazla kilo kaybettim.
- (3) Son zamanlarda istemedığım halde altı kilodan fazla kilo kaybettim.
20. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep YILMAZ; Lisans eğitimini 2018 yılında Sabancı Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde onur derecesi ile tamamladı. Mezun olduğu yıl İstanbul Kent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladı. Hem alanındaki gelişmeleri takip etmek hem de sağlık sektöründe kendisini geliştirmek için özel bir hastanede idari kadroda halen çalışmaktadır.

