

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA ÖLÜMLE KARŞILAŞMA DURUM  
VE SIKLIĞININ HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI ÜZERİNE  
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DİDEM AYHAN**

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

ANKARA  
Ocak 2013

**KABUL VE ONAY**

**T.C.**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde  
yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans  
Tezi olarak kabul edilmiştir.**

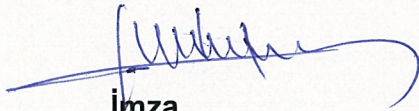
**Tez Savunma Tarihi : 12.10.2013**



**İmza**

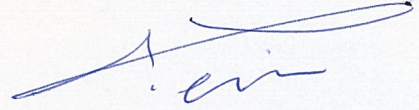
..... Celale Tançül ÖZCAN  
..... GAZİ Üniversitesi

**Jüri Başkanı**



**İmza**

..... Cahit Petyardımcı  
..... GAZİ Üniversitesi



**İmza**

..... Sati Ünal  
..... GAZİ Üniversitesi

## İÇİNDEKİLER

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Kabul ve Onay</b>                                 | <b>i</b>  |
| <b>İçindekiler</b>                                   | <b>ii</b> |
| <b>Tablolar Listesi</b>                              | <b>iv</b> |
| <b>Kısaltmalar</b>                                   | <b>v</b>  |
| <br>                                                 |           |
| <b>1. GİRİŞ</b>                                      | <b>1</b>  |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi                       | 1         |
| 1.2. Araştırmanın Amacı                              | 3         |
| 1.3. Araştırmanın Soruları                           | 3         |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b>                             | <b>4</b>  |
| 2.1. Kavramsal Çerçeve                               | 4         |
| 2.1.1. Ölümün Tanımları                              | 4         |
| 2.1.2. Biyolojik Açıdan Ölüm                         | 6         |
| 2.1.3. Psiko-Sosyal Açıdan Ölüm                      | 7         |
| 2.1.4. Kültürel Açıdan Ölüm                          | 9         |
| 2.1.5. Sağlık Disiplininde Ölüm Kavramı              | 12        |
| 2.1.5.1. Sağlık Çalışanlarının Ölümüne Karşı Tutumu: | 14        |
| 2.1.5.2. Kayıp ve yas                                | 16        |
| 2.2. Kuramsal Çerçeve                                | 20        |
| 2.2.1. Varoluşçu Kuram                               | 21        |
| 2.2.2. Psikanalitik Kuram                            | 29        |
| <b>3. YÖNTEM VE GEREÇ</b>                            | <b>34</b> |
| 3.1. Araştırmanın Tipi                               | 34        |
| 3.3. Evren ve Örneklem                               | 35        |
| 3.4. Araştırmanın Değişkenleri                       | 35        |
| 3.5. Verilerin Toplanması                            | 35        |
| 3.5.1. Veri Toplama Araçları                         | 35        |
| 3.5.2. Genel Bilgi Formu (EK 1 )                     | 36        |
| 3.5.3. Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği (EK 2)             | 36        |

|                                                                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması                                                                            | 37        |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi                                                                                       | 38        |
| 3.7. Etik Konular                                                                                                      | 38        |
| <b>4. BULGULAR</b>                                                                                                     | <b>39</b> |
| <b>5. TARTIŞMA</b>                                                                                                     | <b>54</b> |
| <b>6. SONUÇ</b>                                                                                                        | <b>63</b> |
| 6.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi                        | 63        |
| 6.2. Hemşirelerin Çalışma İle İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi                     | 64        |
| 6.3. Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi | 64        |
| 6.4. Öneriler                                                                                                          | 65        |
| <b>7. ÖZET</b>                                                                                                         | <b>67</b> |
| <b>8. SUMMARY</b>                                                                                                      | <b>68</b> |
| <b>9. KAYNAKLAR</b>                                                                                                    | <b>69</b> |
| <b>10. EKLER</b>                                                                                                       | <b>81</b> |
| 10.1. Genel Bilgi Formu                                                                                                | 81        |
| 10.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği                                                                                         | 83        |
| 10.3. Etik kurul onayı                                                                                                 | 85        |
| <b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>                                                                                                    | <b>86</b> |
| <b>12. TEŞEKKÜR</b>                                                                                                    | <b>87</b> |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1: Yas Sürecinin Fiziksel, Bilişsel, Duygusal Ve Davranışsal Tepkileri                                                                              | 18 |
| Tablo 2: Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri                                                                                                        | 39 |
| Tablo 3: Hemşirelerin çalışma ile ilgili özellikleri                                                                                                      | 40 |
| Tablo 4: Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler                                                                                  | 41 |
| Tablo 5: Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar                        | 42 |
| Tablo 6: Hemşirelerin Çalışma İle İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar                      | 45 |
| Tablo 7: Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar | 49 |

## KISALTMALAR

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| <b>ANOVA</b> | : Analysis Of Variance              |
| <b>ARK.</b>  | : Arkadaşları                       |
| <b>ATT</b>   | : Acil Tıbbi Teknisyeni             |
| <b>ÇEV.</b>  | : Çeviren                           |
| <b>DAP-R</b> | : Death Attitudes Profile – Revised |
| <b>ED.</b>   | : Editör                            |
| <b>GATA</b>  | : Gülhane Askeri Tıp Akademisi      |
| <b>HAST.</b> | : Hastalıkları                      |
| <b>KBB</b>   | : Kulak Burun Boğaz                 |
| <b>KDC</b>   | : Kalp Damar Cerrahisi              |
| <b>ÖTKÖ</b>  | : Ölüme Karşı Tutum Ölçeği          |
| <b>S.S.</b>  | : Standart Sapma                    |
| $\bar{x}$    | : Ortalama                          |

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ölüm, insanoğlunun yaşamı boyunca farkında olduğu ve hiç kimsenin kaçamadığı bir sonudur. Yaşamın tüm adımları ölüme doğrudur. Ölüm, tüm dönem ve kültürlerde yaşamın önemli bir olayı olarak kabul edilmiştir.<sup>1</sup>

Ölüm olgusu karşısında insanoğlu ona bir takım anlamlar yüklemiştir. Bu anlam doğrultusunda ölüm, bazıları için bir stres kaynağı, bazıları için ise stresten kurtulmanın yolu olabilmekte; bazılarına göre bir yok oluş iken, bazılarına göre de ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olarak değerlendirilmektedir<sup>1</sup>. Bireyin ölüm olgusuna karşı tavrı, onun duygusal yeteneği, dini inançları, etnik ve toplumsal yapısıyla ilgili olarak değişebilmektedir. Ölüm düşüncesinin yaşamımıza olumlu katkıda bulunduğunu savunmak çoğu zaman zor olsa da ölüm düşüncesinin olmadığı bir yaşamın anlamından çok şey kaybedeceği, insanın ancak ölümlü olduğunun bilinciyle daha canlı, daha farklı, bencillikten, sıgılıktan ve katılıktan uzak bir şekilde yaşayabileceği savunulmaktadır.<sup>1,2,3,4</sup>

Ölüm bireyin birebir deneyimledikten sonra tutum geliştirdiği olgu değil, başkalarının deneyimlerinden yola çıkarak ve birçok etkenle sentezleyip bir tutum geliştirdiği durumdur. Bu belirsizlik ve değişkenlik –benzer algılara sebep olsa da- her birey için farklı bir ölüm algısı demektir. Ölüm düşüncesi hem kendi varoluşuna bir tehdit iken hem de yakınlarının kaybı demektir. Bu durum temelde üzüntü ve kaygının üzerine yapılır. Yalom'a göre<sup>5</sup> tüm psikopatolojilerin ana kaynağı ölüm kaygısıdır. Ölümün kaçınılmaz ve korunulmazlığına karşın ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmaların amacını Yalom<sup>5</sup> şöyle açıklamıştır :

“Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değil” . Kişisel ölüm kaygıları ve altındaki dinamikler, ölümle ilgili fantezileri, inançları, yaşam tarzını ve seçimleri etkilemektedir.<sup>6</sup> Anamlı, doyumlu ve üretken bir hayat ölüm kaygısını bastırmadan daha etkin bir yoldur.<sup>7</sup>

Kişinin hayatında yaşam ve ölüm bir bütünü oluşturur. Bazı görüşlere göre, yaşamın amacı ölümdür. Yaşamın ortaya çıkışı ve gelişimi bu amaca dönük araçlardır. Yani yaşamın ortaya çıkışının, devamının bir amacı olduğu gibi ölümün kendisinin de bir amacı vardır. Bir amacının olması ile ölüm, yaşamı tamamlar. Bu yüzden ölümü, sadece anlamsız bir son olarak değil, yaşamın bütünlenmesi ve onun en gerçek yönüyle, amacı olmasıyla, uyumlu olduğu şeklinde ele alabiliriz.<sup>8,9</sup>

Ölümün insan yaşamını olumlu yönde etkileyen yönleri olduğu tanımlanmıştır. Bunlar; ölümün, bireye var olduğunu ve yaşıyor olduğunu hissettirmesi, yaşamın ne derece anlamlı olduğunun anlaşılmasına yardım etmesi, bireye, o güne kadar olan başarılarını değerlendirme fırsatı vermesi, o güne kadar geçirilen yaşamın analizini sağlaması, bireye, inançlarını açıklama gücü vermesi, dostlukların önemini ortaya çıkarmasıdır.<sup>10</sup>

Modernleşme sürecinde ölüm, dışlanmakta, mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel haline gelmiştir. Böylece modern insan, yaşamın her alanından uzaklaştırmak istediği ölüm olgusunu hastanelere hapsetmek istemekte, bu da ölümün tüm duygusal yükünü sağlık personelinin üzerine yıkmaktadır.<sup>1,11,12,13</sup> Oysa tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten kaçınabilmekte ve ölüm karşısında kaygı duyabilmektedirler. Öte yandan sağlık çalışanları, çalışma koşulları nedeniyle sık sık ölüm olgusu ile

karşılaşmakta ve ölümcül hastaya yaşam sonu bakım vermek durumunda kalmaktadırlar. <sup>1</sup>

Ölüm olayıyla sık karşılaşılan ünitelerde çalışan sağlık personelinin ölümle ilgili yerleşmiş duygularını önce kendisinin anlaması, bu duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölümü, ölümü yaklaşan hastanın ve bu hastanın yakınlarının biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının olduğunun ve bunlarında neler olduğunun farkında olması gerekir.<sup>14</sup>

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ölümcül hastalığı olan ve olmayan bireylerle çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını ve tutumlarını etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

- Hastalığı ölümcül olan bireyle çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları nedir?
- Hastalığı ölümcül olmayan bireyle çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları nedir?
- Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kavramsal Çerçeve

#### 2.1.1. Ölümün Tanımları

Günümüze kadar ölüm kavramı üzerine çeşitli tanımlar yapılmıştır. Amerikan Tıp Derneği'nin tanımına göre ölüm; “fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması” olarak tanımlanmaktadır .<sup>15,16</sup> Ölme süreci ve bu sürecin sonucuyla ilgili pek çok tıbbi-teknik tanım yapılabilmektedir. Tüm bu tanımlarda ortak olan nokta ise canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi veya hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirmesiyle hayatın sona ermesidir .<sup>17,18</sup>

Badur<sup>19</sup>, ölüm; en yalın biçimde, insanların başına gelen en belirleyici, en nihai, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz gerçek olarak tanımlamıştır. Ölüm, doğal ve kaçınılmaz olmasına rağmen yaşamın bir döneminde gelişir. Bilimsel ve tıbbi ilerlemeler ölümü geciktirmekte ve buna bağlı olarak “terminal dönem”, ve “bu dönemin bakımı” kavramları önem kazanmaktadır .<sup>16,20,21</sup>

Phlippe Aries<sup>11</sup>, ölümün inkâr edilmesine atıfta bulunarak “ölüm süreci” olarak tanımladığı dönemi ‘ölüm süreci bir dizi aşamayı takiben, minik parçalara ayrılmakta ve sonunda hangi aşamanın gerçek ölüm olduğu bilinmemektedir; aşamalardan birinde bilinç kavramı kaybı gerçekleşmekte, bir başkasında solunum sonlanmaktadır. Tüm bu küçük ölümler, esas ölümün yerini alarak onu ortadan kaldırırılar’ şeklinde tanımlamıştır. Ölmek bir süreçtir, ölüm ise olaydır. Ölüm anlık bir olgu

olmayıp kısa veya uzun bir zaman diliminde gerçekleşir. Diğer bir deyişle ölüm sözcüğü hem bir olayı hem de bu olayın sonucunu gösterir.<sup>22,23</sup>

Jung<sup>24</sup> ise ölümü insanın güçsüzlüğü ile bağdaştırmıştır. Bu güçsüzlük, insan ölümü erteleyebilse de, fiziki ağrılarını yok etse de ve doğal varlığını yadsıyabilse bile ölümden kaçamamasından kaynaklanmaktadır.<sup>24,25</sup>

Ölüm farklı disiplinler tarafından farklı tanımlanabilse de, insan varlığının ölümü genellikle solunumun tersine çevrilemez duruşu ve sonucu olan insan bedeninin oksijen sağlama kaybı olan biyolojik (somatik veya doğal) ölümü ifade eder.<sup>22</sup>

Ölümün dört şekli vardır. Bunlar<sup>14</sup> ;

- Fiziksel Ölüm: Beyin, kalp gibi hayati fonksiyonların durması,
- Zihinsel (entelektüel) Ölüm: İnsanın kavramaya ait fonksiyonlarının olmaması,
- Psikolojik Ölüm: Hayatta olmanın daha fazla nedeninin olmadığına inanma,
- Toplumsal Ölüm: Bireyin kendini daha fazla düşünmesi, başkalarını düşünmemesidir (egoizm ).

### 2.1.2. Biyolojik Açıdan Ölüm

Geleneksel olarak ölümün ortaya çıktığı zaman, hep belli bir an olarak ele alınmış ve ölüm belirli bir süreçte oluşan olaylar zinciri değil de bir anda meydana gelen olay olarak kabul edilmiştir. <sup>26</sup>

İnsan organizması birbiri ile birlikte ve koordineli çalışan bir dizi olayla yaşamı sürdürmektedir. Zaman içerisinde bunlardan bazıları aksayabilir veya geçici olarak sona erebilir. Fakat organizma temel fonksiyonlarını devam ettirebildiği sürece canlı olarak kabul edilir. <sup>27</sup>

Organizmada temel fonksiyonlar bozulursa sonunda hücre ölümünün gerçekleştiği süreç başlar. Biyolojik olarak ölüm olgusu bu olaydır. Biyolojik açıdan olaya yaklaştığımızda ölümün bir anda oluşmadığı ve vücutta kısım kısım belli aşamalarda meydana geldiğini görürüz. O yüzden de ölüm anı tanımlamasını ancak yaşayan kişide geri dönüşümsüz olarak canlılık aktivasyonunun kaybolduğu kabul edilen an olarak yapabiliriz. <sup>28</sup>

Spontan (kendiliğinden) solunum ve dolaşımın yaklaşık 4-5 dakika kadar durması, beyinde geri dönülemez hasarlanma yapar. Bunun sonucunda organizma yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirme özelliğini yitirir. Geriye dönüşümü olmayan bu olaya somatik ölüm denir. Bu aşamada vücut dokularının büyük çoğunluğu halen canlılığını korumaktadır. Oksijene olan gereksinimi ile düz orantılı olarak bu süre dokudan dokuya farklı olarak birkaç dakikadan birkaç saate kadar değişebilir. En gelişmiş organ olan beyindeki ganglionlarda (hücre bağlantı noktaları) bu süre 3-5 dakika iken, bağ dokusu hücrelerinde bu süre birkaç saate kadar uzamaktadır. Bu olaya hücre ölümü (biyolojik ölüm) denilmektedir. <sup>27</sup>

Somatik ölüm başka bir söyleyişle vücut ölümü, yaşamsal sistemlerin geri dönüşümsüz olarak fonksiyonlarını yitirmesi olgusu, kanunun kabul ettiği ölüm tanımıdır. Bunun saptanmasındaki temel kriterler spontan solunumun ve kan dolaşımının durmasıdır.<sup>27</sup>

Bunun yanında elektriksel olarak "ölü" kabul edilen beynin bir müddet sonra düzelebildiği ve tekrar eski fonksiyonlarını sürdürebildiği olgular da saptanmıştır. Bu yüzden geri dönüşümsüz olarak solunum ve dolaşımın durmasının en güvenilir kriter olarak kabul edilmesi gerektiği görüşü yaygındır.<sup>26</sup>

Harvard Üniversitesi'nde kurulan bir komitenin verdiği rapora göre ölüm, beynin ölümü olarak benimsenmiş ve bu konuda bir dizi temel unsurlar gösterilmiştir.

Bunlar<sup>10,14,29</sup>,

1. Bilinç kaybının tam ve sürekli olması,
2. Solunumun sürekli olarak durması,
3. Dıştan gelen tüm uyarılara karşı bütün tepkilerin ve reflekslerin yok olması,
4. Tüm kaslarda gevşeme görülmesi,
5. Beden ısının kaybolması,
6. Beynin elektriksel faaliyetlerinin yok olması

### 2.1.3. Psiko-Sosyal Açıdan Ölüm

Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesi, sosyal ölüm ise kişinin bilincinin yerinde olmadığı halde tıbbi teknolojinin yardımıyla fiziksel işlevlerini yerine getirdiği, ancak diğer kişilerle etkileşim

kurma anlamında sosyal işlevlerini yerine getiremediği durumu tanımlar.<sup>1,22,30</sup>

Sosyal olarak ölü terimi ayrıca deliliğin şiddetli biçimlerini tanımlamak için de kullanılmaktadır.<sup>22,31</sup> Yaşlı bireylerin, AIDS ve benzer hastalık tanısı almış bireylerin etiketlenmesi, izole edilmesi bu bireylerin sosyal etkileşimini kesmekte ve bu bireyleri birer “sosyal ölü” konumuna getirmektedir.<sup>31</sup>

Duyguları ve sembolleri bir yana bıraktığımızda ölüm biyolojik bir olgudur. Yine de ölümcül hastalık tanısı almanın ve bundan kurtulabilmenin etkisi sosyal, duygusal ve psikolojiktir. Bu kısımda psikolojik ve sosyal açıdan ölüm olgusunu nesnelleştirmek de mümkün.<sup>22</sup>

Ölüm olgusu evrensel olduğu bir kavram olduğu için, birçok açıdan ele alınmış, birçok bilim dalı tarafından incelenmiş ve yorumlanmıştır. Bu nedenle insanla ve diğer canlılarla ilgilenen bütün alanlara konu olmuştur. Siyasi, ekonomik, dinsel, medyatik ve sanatsal alanda da ilgi uyandırmış, merak konusu olmuştur. Bu alanlarda ölümle ilgili birçok eser ortaya konmuştur.<sup>9,16</sup>

Ölümün ritüel anlamları, ölümün toplumsal süreçlerinin içerisinde yer alan bireylerin başına gelmesi, kişilerde, toplumlarda sosyal tepkiler, anlamlar ortaya çıkarır. Bu anlamlar, toplumsal yapıların birbirleri ile benzerlik veya farklılıklarını ortaya koyabilen kriterlerdir.<sup>22</sup> Ölüm algısı ve gerçekleşme biçimi, insanın yaşına, cinsiyetine, mesleğine, yaşadığı yere, kişisel alışkanlıklarına ve karakteristik özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir. Yaş, ırk, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve diğer demografik değişkenlere göre değişiklik göstermesini ölümün sosyal boyutu ile ilişkilendirebiliriz.<sup>7</sup>

Her çağda insanoğlunun yaşamını yakından etkileyen ölüm, düşüncelere şekil vermiş ve bununla beraber de yaşam tarzının belirlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Aralarında gerek coğrafi, gerekse kültürel bakımdan ayrımlar bulunan değişik yapıdaki toplumların konuyla ilgili inançları, adetleri ve işlemleri arasında çoğu zaman benzerlikler görülebilir. Bu da dünyanın her yanında ölüm çevresinde toplanan adetler ve işlemler evrensel bir karakter kazanmıştır.<sup>22</sup>

Ölme süreci ve ölümün anlamı, insanlığın daimi bir kaybını cisimleştirdiği için, sosyo-kültürel düşünceler olarak ileri sürülebilir. Ölüm, bedenlerin, öznelerin ve öznelliklerin dönüşümleri sosyal, yapısal içeriklerde meydana geldiği için karmaşık bir süreçtir.<sup>22,32</sup>

Ölmekte olan birinin ve etrafındakilerin hissettikleri, ailesi ve arkadaşlarının, sevdikleri birini kaybetmelerinin ya da kaybedecek olduklarının yasını tutmaları sosyal, duygusal ve psikolojik olarak değerlendirilir. Dolayısıyla ölüm, sonuçları ve bu süreç içinde bireyin kendisini, sonrasında da çevresini etkileme biçimiyle sosyal bir olgu olarak ele alınabilir.<sup>9,14</sup>

#### 2.1.4. Kültürel Açıdan Ölüm

İnsanoğlunu bu denli meşgul eden ölüm kavramının farklı kültürlerde ve toplumlarda farklı tanımları yapılmıştır. “Ölüm, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelememek üzere sona ermesi, hayatın sonu, yaşamın bitişi, ömrün sona ermesi veya bir insan, hayvan ya da bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesidir.” şeklinde tanımlanmıştır.<sup>18,33</sup>

Ölüm, tüm kültürlerde yaşayan insanlar için evrensel bir deneyimdir. Kültür bireylerin yaşamları süresince geliştirdiği ve öğrendiği inançları, normları ve bireysel değerlerinin göstergesidir. Bireylerin yaşam biçimi, yaşam süresi, çevresel konular kişilerin kültürel deneyimlerine katkıda bulunur.<sup>16,34</sup>

Topluluklar, dünyanın ilk kuruluşundan bugüne ölüme ve ölümlle ilişkili olarak ortaya çıkan dünyayı semboller ve kültürel motifleriyle anlamlandırmaya çalışmışlardır. Irvin Yalom ölüm kaygısını, “her yerde ve yaşta var ve insan hayat enerjisinin bir bölümünü bu kaygıyı kontrol etmeye harcıyor” şeklinde ifade etmiştir.<sup>5,24</sup>

Toplumların ölüme yüklediği anlam, inanç, ritüel, algılama biçimi ve ölüm süreci başladığında ve sona erdiğinde yaptığı merasimler, ölüme dair korkular, farklı toplumlarda farklı şekillerde günümüze kadar varlığını devam ettirmiştir. Ölüm sürecinde ve sonrasında yerine getirilen gelenekler, törenler, yas dönemi yansıtmakla beraber, bir dayanışma ortamı yaratmaktadır. Ölüm, geride kalanları sosyal etkileşime sokan bir kavram olduğu gibi bu gelenekler de sosyal destek haline gelmektedir.<sup>6</sup>

Ayrıca, kültür terminal dönemdeki hastanın ağrı, rahatsızlık, yas ve kayıp sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Ölüm insan için kaçınılmaz olmasına rağmen, bazı kültürlerde çok rahatça tartışılıp konuşulabilirken bazı kültürlerde ölüm konusu üzerinde konuşulmamaktadır.<sup>25</sup>

Geleceğe yönelik sürekli sağlığı geliştirmeye yönelik plan yapan ve sağlığa değer veren, daha genç olabilme çabasında olan toplumlarda ölüm başarısızlık olarak görülebilir. Kore’de yapılan araştırmalarda Kore’li hemşirelerin gelişmiş modern tıp ve bilime

dayanarak yaşam süresini uzatamamayı başarısızlık olarak düşündükleri ve ölümü kabul etmek istemedikleri bulunmuştur.<sup>35</sup>

Farklı inanışlar ve farklı dinler ölüme değişik bakış açıları getirmiştir. Yahudiliğe göre ölüm cezaların en ağırıdır ve o korkunç bir gerçek olarak algılanmaktadır. Hristiyanlığa göre, insan ruh ve bedenden oluşmaktadır ve ölen sadece bedendir. Ölümle hayat sona ermemekte daha güzel ve daha değişik bir şekle bürünmektedir. Müslümanlara göre ise ölüm, insan ruhunun bedenden alınarak Allah'ın katına yükseltilmesi şeklinde değerlendirilmektedir.<sup>36,37</sup>

Dini inanç, kültürlerin ölüm sürecindeki tutumları etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Kültürel yapının önemli birer taşıyıcıları ve yansıtıcıları olan bu tören ve ritüellerde günümüzde belirgin değişimler olmuştur. Burada "ölüm" algısının değişmesinin de belirgin bir etkisi vardır. Değişimin temel niteliğini şu şekilde betimlemek mümkündür. Geleneksel toplumlarda ölüme ve ölüm olayına verilen tepkiler, toplumsal hayatla iç içe geçen pratikler üretmiştir. Kapalı topluluk olma özellikleri, toplumsal ilişkilerin yüzyüze ve samimiyete dayanması ve statü/rollerin kesin sınırlarla tanımlanmış olması özelliklerinden dolayı ölümün yarattığı boşluğun hızlıca kapatılma ihtiyacı, bu pratiklerin oluşmasında önemli bir rol oynamıştır. Ancak modern toplumlarda bireyselleşme ve farklılaşma üzerinden yürütülen tartışmalar ölüm ve ölüm olayına verilen tepkilerin değişmesine neden olmuştur. Geleneksel toplumlarda özellikle din ve inançların ölüm sonrası hayat için sunduğu seçenekler, modern dönemin getirdiği sekülerlik ve pozitivist algılama biçimlerinin dışladığı bir alana atılmıştır. Artık aslolan, ölüm geciktirilmesi ve üstesinden gelinmesi gerekliliğidir. Modern tıp hizmetleri, teknolojik imkanlar, bu durumu desteklediği gibi geleneksel hayat içerisinde ölüm ile iç içelikler, soyutlanmış ve dışlaştırılmıştır.<sup>25</sup>

### 2.1.5. Sağlık Disiplininde Ölüm Kavramı

Ölen kişinin bakımında, aile ve dostların, din adamlarının, doktorların, hemşirelerin, eczacıların, sosyal hizmet uzmanlarının, uğraş ve eğlence terapistlerinin, fizyoterapistlerin, hastane gönüllüleri ve idarecilerinin önemli roller üstlendikleri görülür.<sup>14,38,39,40,41</sup>

Günümüzde, özellikle kritik hastaların hastaneye yatırılması ve ölümlerin hastanede olması nedeniyle ev ortamından uzakta olan hastalar fiziksel bakım açısından olduğu kadar, psikolojik destek açısından da hastane personeline bağımlı kalmaktadır.<sup>14</sup> Yoğun Bakım Ünitesi, hastanın çoğunlukla tanımadığı kişiler arasında yalnız kaldığı izole bir ortamdır. Yoğun bakım ünitesine yatmak, hasta açısından son anına kadar sevdikleri ile birlikte olma ümidinin sona ermesidir. Bu anlamda hasta, her ne kadar profesyonel tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarının arasında olsa da, ailesinin ona ulaşması, beklediği desteği vermesi, yoğun bakım ünitesi koşulları açısından mümkün olmadığından bir anlamda terk edilmiş de hissedebilir. Nuland, Fransız sosyal tarihçisi Philippe Aries'in bu modern fenomenini "Görünmez Ölüm" olarak adlandırdığını yazmıştır. Ölüm, kirli ve çirkindir. Sağlık çalışanları, özellikle de yoğun bakımcılar insanların kendi yakınlarının kirli ve çirkin anlarından kaçtıkları bir devirde hiç tanımadıklarının varoluş sorumluluklarını üstlenen bir gruptur. Ölümün profesyonellere devredilmesi 1930'larda başlayıp gün geçtikçe yaygınlaşmıştır.<sup>7,42,43</sup>

20. yüzyılda gerçekleşen bilimsel ve tıbbi ilerlemeler, yaşamı uzatıp, kolaylaşmasını sağlarken, ölümün gerçekleşmesine ilişkin süreç uzamıştır. Biyomedikal ve klinik tıptaki ilerlemeler, birçok hastalığın önlenmesini ya da tedavisini olanaklı hale getirmiştir. Teknolojideki gelişmeler, daha önceleri ölen prematüre bebeklerin artık yaşamasını

sağlamaktadır. Çocukluk çağlarında görülen bir çok hastalık, beslenme, bağışıklama ve sanitasyon gibi önlemlerle öldürücü olmaktan çıkmıştır. Rehabilitasyon hizmetlerindeki gelişmeler ise, daha önceleri hastalık ya da sakatlık nedeniyle bağımlı yaşam sürdüren bireylerin, bağımsızlaşmasına ve üretken olmasına zemin hazırlamıştır. Ancak insanların yakında gerçekleşeceğinden korktukları ölüm eyleminin gerçekleşmesini ertelemek yolu olarak gördükleri tedaviler, bazen hastalar için oldukça yıpratıcı bir hal alabilmektedir. Ameliyat, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemleri aynı zamanda hastanın acı çekmesine de yol açmaktadır. Hasta bir yandan acı çekmek istemezken, diğer taraftan yaşam süresinin uzamasını da arzulamaktadır. Ayrıca sevilen bireye, tıbbi müdahaleler ve değişik araçlarla acı çektirilmesi, aile üyelerinde öfke ve keder duygularına yol açmaktadır.<sup>1,21,30,44,45</sup>

Ölüm ne kadar gerçekse ve tek kişilikse ölüme verilen tepkilerde o kadar çeşitli ve tek kişiliktir. İki insan ölüm eylemine ve kendi ölümlülüğüne tam olarak aynı biçimde tepki veremez.

Ölüm, kayıp gibi hüznün olaylarına karşı bireylerin algılamalarını bilmek, ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda hemşireye yardımcı olur. Kültür grupları kendilerine has iletişim, sosyal kültürel ihtiyaçlara sahiptir. Kültürel farklılıkları idrak etmek ve saygı göstermek kültürel uyumu kabullenmeye yönelik atılan ilk adımdır. Kişinin görüşü ne olursa olsun hemşireler ve diğer sağlık personelleri hastaya ve ailesine saygılı ve erdemli davranmalıdır.<sup>18,46</sup>

Hemşireler ölüm halindeki hastalara bakım verirken, engellenmiş hissettiklerinden öfke ve inkâr duyabilirler. Hemşireler, ölüm halindeki hastanın yanında rahatsızlık duygularının ve bunların anlamlarının farkında olamayabilirler. Bu duyguları Mc Carron şöyle

açıklar: ‘Bir hasta öldüğü zaman biz bunu en önemli amacımızın başarıya ulaşmadığını ve engel olduğunu düşünülebilir, kızgınlık ve suçluluk duygusuna kapılarak ölmekte olan hastaya bakma arzusunu zora sokabiliriz. Sonra insan olarak hemşire, ölümle ilgili olan duygularını ve düşüncelerini benimseyebilme zorluğunu çekebilir. Ölümle ilgili duygularımızı bastırmak ve onlardan kaçmak çabasında, hastanın yakınında gerçekleşecek ölümünü inkâr etmek bizim için kolay bir yoldur. Bunu çeşitli biçimlerde gösterebiliriz. Bunlardan bir tanesi hastalığını bilmek ve bu konuda konuşmak isteyen hastayı susturmaktır. Bizim için rahat olan ne varsa onu seçer ve gerisini duymamazlıktan geliriz. Böylelikte ölmekte olan bir hasta genellikle izole edilmiş, yardıma en çok gereksinimi olduğu anda yapayalnız bırakılmış olur’. Mc Carron ayrıca der ki, ‘ölmekte olan her hastaya ve onların ailesine ölümü huzur içinde karşılamalarına yardım edebileceğimizi söylemek gerçekçi olmaz. Ama eğer hastaları izole etmekten vazgeçersek ve onlardan kaçmama yürekliliğini gösterebilirsek ilk büyük adımı atmış oluruz. Bunu elli hastadan birine uygularsak bile daha insancıl olmakta ilerleme göstermiş oluruz’ .<sup>10,47</sup>

#### 2.1.5.1. Sağlık Çalışanlarının Ölümüne Karşı Tutumu:

Sağlık çalışanları, hastanın, ölümcül hastalık tanısı kesinleştğinde inkâr yaşarlar. İnkâr, bir süre rahatlama sağlar. Ancak bu sağlık elemanı hastanın yalnızca hastalığını tedavi etmeye ve teknik işlemleri gerçekleştirmeye odaklandığı için, bakımın diğer boyutları eksik kalır. Ayrıca, hastanın yakınında ölebileceğini inkâr eden sağlık elemanları, hastalık tedavi edilemeyecek durumda olsa da ısrarla tedaviyi sürdürebilir. Bütün bunlar, hastanın acı çekmesi ile sonuçlanır. Bunun sebebi sağlık çalışanları için de –diğer insanlar açısından olduğu gibi- ölümün kabullenilmesinin zor olmasıdır.<sup>10,14,48,49</sup>

Hastadan, ailenin ve sağlık çalışanın uzaklaşmaları, çaresizlik duygusu ve başka yapacak bir şey olmadığı duygusunun sonucu olarak görülür.<sup>16</sup> aresizlik duygusunun yanında, sağlık çalışanları ve özelikle bu grup içinde hasta yakınlarıyla daha fazla vakit geçiren hemşireler, ölümcül hastalığı olan bireye hizmet verirken, başka duygularda yaşayabilirler. Bunlar;<sup>10,48</sup>

- Ölmekte olan hastayı kaybetmenin acısından kaçmak için ondan kopabilir.
- Hastanın nasıl ölmesi gerektiği konusunda (yani, tüm aile bireylerinin başarabileceği) gerçekçi olmayan beklentilere sahip olabilir.
- Meslektaşlarının olduğu kadar hastanın ve ailesinin yanında kendi duygularının kontrolünü kaybetmekte korkabilir.
- Agresif semptom yönetimi gerektiğinde veya hasta tüple beslenme gibi yaşamı uzatan tedbirlerin durdurulmasını istediğinde hastanın ölümünü hızlandırmaya katılmaktan korkabilir.
- Aynı yaş veya koşullara sahip bir hastayla zdeşleşebilir. Bu da daha fazla kaygıya yol açabilir.
- Bir hastanın ölümüyle karşılaşmak hemşirenin eski çözümlenmemiş kayıplarını karıştırabilir. Keder ve öfke duygularına yol açabilir.
- Ölmekte olan bir hastanın hemşirenin uygun olduğunu düşündüğü destek tipini sunmayan ailesine yoğun öfke duyabilir.

Bu duygular hemşirelerin hastaya olan yaklaşımlarına değişik şekillerde yansır. Bunlar , hastadan kaçmak, hastayı bir eşya gibi

tedavi etmek, hastayla konuşmaktan kaçınmak, donuk bir yüz ifadesi takınmak, hasta ve ailesiyle duygusal ilişkiden kaçınmak, gelecekle ilgili konuşmalardan kaçınmak, hastanın durumuna ilişkin çok az bilgi vermek, hasta ve ailesinin soruları için zamanı olmadığı havasını yaratmak, karşılıklı konuşmayı kontrol altında tutmak için bazı şeyleri duymamazlıktan gelmek, hastanın öleceğini belirtmekten kaçınmak, enerjisini iyileşecek hastaya ayırmaktır.<sup>41,50</sup>

Bu yaklaşım ve tutumlar aynı zamanda hemşirelerin ölen hastalara verdiği bakımı büyük ölçüde etkileyebilir. Hemşireler ölümü bir yenilgi gibi düşünmemeli ve görev ve fonksiyonlarını hasta ve yakınları için etkili bir biçimde yerine getirmeye devam etmelidir.<sup>14</sup>

#### 2.1.5.2. Kayıp ve yas

Yas süreci bir kayıp ya da kayıp tehdidi sonrası başlar. Dolayısıyla her insan yaşamı boyunca kayıplarla ve doğal olarak yas ile karşı karşıya kalmaktadır. Kavramsal olarak yas, bir kayıp sonrası ortaya çıkan şiddetli ve uzun süreli acı olarak tanımlanmaktadır.<sup>51,52</sup> Üzüntü ve yas süreci, kaybedilen kişiyle olan ilişkilere, kaybın yaşandığı ortama ve kişiye olan bağlılığa göre değişmektedir.<sup>53,54</sup>

Yas kavramsal olarak normal yas, karmaşık yas ve travmatik yas olarak 3'e ayrılır:

Normal yas; bir kayıp sonrası doğal bir sonuç olarak bireylerde gözlenen ortak fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin varlığını tanımlamaktadır.<sup>51,52,55</sup> Normal yas yaşayan insanlar yaklaşık olarak 6 ay sonra hayatlarını normal düzeyde devam ettirebilmelilerdir.<sup>56</sup>

Karmaşık yas; kaybın ardından en az 6 ay geçmesine rağmen bireyin sosyal ve mesleki yaşam alanlarındaki işlevselliğin giderek bozulması olarak tanımlanmıştır .<sup>51</sup>

Prigerson ve Maciejewski'ye<sup>57</sup> göre; karmaşık yas tanı kriterleri; Kaybedilen kişiyle ilgili kalıcı ve kronikleşmiş yas tutma, özleme, karmaşık yas semptomlarının -ölümü kabullenememe, diğerlerine güvenememe, ölüme bağlı aşırı öfke ve acı, hayata devam etmede zorluk, duygusal boşluk yaşama ve diğerleri ile ilişki kurmada zorluk, kaybedilen kişi olmadan hayatın boş ve anlamsız olduğu düşüncesi, geleceğin karanlık olduğu düşüncesi, tedirginlik- gün içinde birkaç kere zorlayıcı, bozucu derecede görülmesi, belirtilen semptomların kişinin işlevselliğini bozması ve bu belirtilerin en az altı ay sürmesi.

Travmatik yas; Beklenmedik bir anda ve özellikle şiddet ya da korkunç bir olay sonucu meydana gelen ölüm sonucu sevilen birinin kaybı ardından bireyde oluşan tepkilerdir. Bu tepkiler aynı zamanda travmatize olmanın yasa özgün belirtileridir. Bunlar; kişinin yitirdiği kişi ile ilgili uğraşlar (arama, özleme, hasret çekme) içinde olması, geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın anlamsız ve boş olduğu hissi, kaybedilen kişi olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğunu düşünme, emniyette olamama, güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğiğine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissidir. Bu tepkiler, psikososyal işlevlerde aksama yaratmaktadır.<sup>56,58,59</sup>

Ayrıca genel olarak yas süreci incelendiğinde, kayıp yaşayan bireylerde fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkiler içerdiği görülmektedir.<sup>51</sup>

Tablo 1: Yas Sürecinin Fiziksel, Bilişsel, Duygusal Ve Davranışsal Tepkileri

| <b>Fiziksel Tepkiler</b>                                                                                                                                                                                     | <b>Bilişsel Tepkiler</b>                                                                                                                                                                   | <b>Duygusal Tepkiler</b>                                                                                                                                   | <b>Davranışsal Tepkiler</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Midede boşluk hissi<br>-Nefes alamama<br>-Boğulacakmış gibi olma<br>-Ağız kuruluğu<br>-Güç kaybı<br>-Çabuk yorulma<br>-Seslere aşırı duyarlık<br>-Gerçek dışılık<br>-Göğüs ve boğazda gerginlik<br>-Tükenme | -İnanmama<br>-Konfüzyon<br>-Konsantrasyon bozukluğu<br>-Karar verme güçlükleri<br>-Kayba yönelik aşırı zihinsel meşguliyet<br>-Rahatlama<br>-Kaybın varolduğuna yönelik inanç<br>-Sanrılar | -Şaşkınlık ve şok<br>-Üzüntü<br>-Kızgınlık ve öfke<br>-Suçluluk<br>-Kaygı<br>-Çaresizlik<br>-Bitkinlik<br>-Uyuşukluk<br>-Yalnızlık<br>-Özlem<br>-Rahatlama | -Uyku düzensizliği<br>-İştah düzensizliği<br>-Ağlama<br>-Sosyal içe çekilme<br>-Tekrarlayan rüyalar<br>-Kaçınma<br>-İç çekme<br>-Aşırı hareketlilik<br>-Anlamsız etkinlikler<br>-Sürdürme<br>-Organize bir etkinliği sürdürmememe<br>-Sürekli ölen kişiyi hatırlatıcı yerlere gitme ya da ona ait eşyaları taşıma |

Gizir ve Storobe'nin<sup>51,60</sup> aktardığına göre, yas süreci ilk kez Freud tarafından tanımlanmış ve normal yas sürecinin aşamalarından da ilk kez Lindemann söz etmiştir. Ardından, bir çok önemli araştırmacı yas sürecinin belirli aşamalardan oluştuğunu belirterek bu aşamaları betimlemeye çalışmışlardır: Bowlby yas sürecini dört döneme ayırmıştır. Bu dönemler uyuşukluk, kaybedilen kişiyi arama, umutsuzluk ve yeniden organize olma olarak nitelendirilmiştir.

Rando<sup>61</sup> ise yas sürecini kaçınma, yüzleşme ve uyum olarak üç temel boyutta ve altı aşamada açıklamıştır. Buna göre; kaçınma, kaybı farketme, yüzleşme, kayba tepki verme, ölen kişi ile ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, ölen kişiye yönelik bağlanmadan feragat etme, uyum ise ölen kişiyi unutmadan yeni ortama alışma, duygusal enerjinin yeniden kazanılmasıdır.<sup>62</sup>

Kübler-Ross<sup>40</sup> ise yas sürecini inkâr, öfke, pazarlık etme, çökkünlük ve kabul etme olarak beş aşamada değerlendirmiştir.

- İnkâr : Bu dönem tüm insanlar için benzer olarak karar vermekten ya da bu yönde girişim yapmaktan çekinildiği bir dönemdir. İnkârı yaşayan kişi kendinin ya da yakınının öleceğine inanmaz ve yanlışlık olduğunu ümit eder.
- Kızgınlık-Öfke: Bu evredeki kişi, daha yapacak çok şey varken, ölümü haksızlık olarak görür. Engellenmiş kişi tedirgin olarak “neden ben/neden benim .....m” sorusunu sorar. Bazen hastalığın bir ceza olarak verildiği düşüncesi ile öfkeyi kendine yöneltir. Bu dönem de müdahale edilmeyen kızgınlık-öfke depresyona neden olabilir.

- Pazarlık: Bu evrede yaşanan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşı çocukça bir güçlülük duygusu vardır. Bu sayede kişiler kaybettiklerini geri getirebilecekleri ya da gerçeği değiştirebilecekleri duygusunu yaşayabilirler. Pazarlık aslında bir ertelemedir.
- Depresyon: Bireyin fiziksel durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyetini inkâr, öfke ve pazarlık etme anlamsız hale gelir ve bunun sonucunda derin kayıp duygusu ve depresyon görülür. Bu dönemde bireyin duygularını ifade etmesine olanak verilmeli ve birey etkili bir şekilde dinlenerek desteklenmelidir. Bireyin kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey kabullenme evresine daha rahat geçer.
- Kabullenme: Durumunu kabullenen birey, daha gerçekçi davranmaya, yarım kalan işlerini düzene sokmaya başlar.<sup>40,51,63</sup>

Sağlık çalışanları içinde en çok hastayla zaman geçiren hemşirelerin hasta öldüğünde etkilenmeleri ve değişik derinlikte kayıp ve yas yaşayabilecekleri, bu durumun da ölüme karşı tutumu etkileyebileceği açıktır. Burada hemşirelerin, kendilerini değerlendirmeleri, duygularını tanımları, ihtiyaç duydukları desteği vaktinde ve tam olarak almaları, tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği gibi profesyonel kimliklerini de eksiksiz yerine getirmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2.2. Kuramsal Çerçeve

Ölümü, tüm insanların kendiliğinden felsefi uğraşlarının ana teması olarak tanımlamak mümkündür.<sup>22,64</sup> Ölüm ve ölüme ilişkin düşünceler felsefenin temel taşlarından biri olsa da bu çalışmanın

kuramsal boyutu varoluşçu felsefenin ölümü ele alış biçimi ve psikanalitik kuram açısından değerlendirilecektir.

### 2.2.1. Varoluşçu Kuram

Bilen ve 'ne bildiğinin bilincinde olan bir varlık' olma özelliğindeki insan için 'sonlu varoluş' ya da ölüme dair bilinç en sarsıcı farkındalık halidir. İnsanın ölüme yönelik bu bilinçli farkındalığı nedeniyle, felsefenin temel ilgisinin ölüm olduğuna, insanın ölümü anlaması ve kendini ona hazırlaması, 'ölümü öğrenmesi' gerektiğine dikkat çeken klasik bir yaklaşım vardır.<sup>64</sup>

Ancak ölüm problemi, çağdaş felsefi ekoller arasında varoluşçu felsefenin dışında, felsefi tartışmalarda gerektiği yeri alamamış, çoğu kez yan bir konu olarak değerlendirilmiştir. Varoluşçu felsefenin ilgisi var olana ya da var olanın "varoluşuna dönüktür." Söz konusu felsefe, genellikle zihinsel eğitimimizin bir sonucu olarak bireylerin ortaklaşa özelliklerine dikkat çeken 'tipleştirmeye' yönelik yaklaşımları reddederek, bireylerin kendilerine özgü olan, 'biriciklik' gösteren yönlerini ön plana çıkarır.<sup>65</sup>

Varoluşçu felsefenin yönelimi bireydir. Bireylerin içinden çıkılamaz bir biçimde ölümleri ile bağlantılı oldukları kabul edilmektedir. Chamaz<sup>66</sup> ve Aksu'nun<sup>18</sup>, aktardığına göre Kenneth Harris 1971'de her bireyin ölümünü o kişinin kişisel özelliği ve o kişi için kişisel öneme sahip bir durum olarak açıklamıştır. Varoluşçular toplumu, bilimsel düşüncüyü veya tarihsel süreci bireyin öznel deneyiminden daha yüksek bir seviyede görmezler. Temel olarak varoluşçular bunların öncelikli veya daha büyük gerçekliğini ileri süren ön önermeleri inkâr ederler.

Varoluşçu felsefe, insanı bireyselliği ve somut tecrübeleri ile ‘kendine özgü’ bir varlık olarak değerlendirir. Varoluşçu filozoflar açısından, soyut düşünce insanı varoluş yolundan uzaklaştırır ve yaşamı anlamsızlaştırır. Yaşamın anlamsızlığına dikkat çeken ve onun değersizliğini gösterebilen en temel kavram ise ölümdür, özellikle kişinin kendi ölümüdür. İnsan ölümlülüğün farkında olan tek canlıdır. İnsan bilir ki bir gün herkes ölecek. Burada herkes ölecek ile birgün ben de öleceğim düşüncesi arasında anlamlı bir fark vardır ki bu da; ölümün herkese geleceğini düşünmek dışsal, nesnel bir olayken, kendi ölümümüzü düşündüğünmeye başladığımız an ölüm, içsel ve kişisel olur.<sup>67,68</sup>

Heidegger’e<sup>67</sup> göre öleceğimizi bilmek, kendimizi gerçekleştirebilmek ve yaşamımızı tamamen bize ait kılacak projeleri önümüze serer. Öyle ki bu projeleri gerçekleştirmek için kişinin bir gün öleceğini bilmesi ama bunun nerede, ne zaman ve nasıl gerçekleşeceğini bilmemesi bir iç motivasyon ve yaşamın anlamıdır. Anlamlı bir yaşam ise ancak kişinin kendini gerçekleştirmesi ve “ben” olabilmesiyle mümkündür. Ölümlü olduğunu bilen insan, doğumu ile ölümü arasındaki kısa süre içerisinde kendini gerçekleştirme, projelerini hayata geçirme durumunda olan bir varlıktır.

S. Kierkegaard, M. Heidegger, E. Becker gibi bazı düşünürler ölümlülüğü en acı verici bir kaygı hali olarak ele almışlardır ve bu düşünürlere göre kişinin kendi ölümünü tam anlamıyla kabul etmesi oldukça güçtür. Bunu yapabilen kişi için ölüm bir dönüşümdür. Antik çağın büyük filozofu Sokrates ise, alt düzeyde bir yaşam biçimini devam ettirmektense, savunulan ahlaki değerler adına ölümü tercih etmenin daha iyi olabileceğini söylemektedir.<sup>67</sup>

Varoluşçu yaklaşıma göre, bu dünyaya öylece bırakılmışızdır. Dolayısıyla kendi varlığımızı oluşturma özgürlüğüne de zorunlu olarak bırakılmışızdır. Yani düşmüşlüğüümüz bir seçim sonucu değildir. Dolayısıyla biz bu düşmüşlük içinde seçimlerimizle kendi yaşamımızı geleceğe doğru kurarız. Bu aynı zamanda kendi varlığımızı ölüme kadar kurmamız anlamına gelir. Çünkü insan bu düşmüşlükte aynı zamanda ölüme yazgılıdır ve varoluşunu buna göre gerçekleştirmek zorundadır. Dolayısıyla ölüm bu düşmüşlük durumunu ansızın sekteye uğratar. Gündelik olanda kendimizi yitirmeden toplum içinde “biri” olmaktan çıkar bir “benlik” olmaya doğru yöneliriz. Bu varoluşumuzu açığa çıkarır. Dolayısıyla “benlik” olmak “birisi” olmaktan daha zordur. <sup>69</sup>

Varoluşçu yaklaşımda otantik olma önemli bir yere sahiptir. Otantik olma, hakiki, gerçek, aslına uygun olarak tanımlanır. Otantik varoluş, kişinin sosyal çevresinin egemenliği altına girmeden sahip olduğu potansiyeli kullanmasıyla mümkündür. Eğer kişi çevresindeki diğer insanlardan gelen baskılardan kurtulamaz ve potansiyelini sergileyemezse otantik olmayan bir yaşamı sürmeye başlar. Otantik varoluş, bireyin istemediği yanlarının açığa çıkacağına dönük bir korku yaşamamasıdır. Ancak otantik varoluşun sağladığı bütün avantajlara rağmen birey otantik olmaktan kaçınır ve kaygı duyar. Ölümlülük otantik olmayı sınırlar. Yaşamın sınırlılığı insanı kabul gören davranışlara yöneltir ve bu da otantik olmaya engeldir. Bu açıdan ölüm olgusu varoluşçu yaklaşımda oldukça önemlidir. <sup>70</sup>

Ölüm-için-varlık özsel korkudur. Bu korku sebebiyle biz Hiç'le karşı karşıya geliriz. Korkunun en büyük özelliği Hiç'i ortaya çıkarmasıdır. Heidegger varolmak için sürekli korku içinde sarsılmak zorunda olmadığımızın da altını çizmektedir. Korku hep vardır, uyumaktadır ve yalnızca varolma sesini duyduğunda uyanır. Fakat bizler hep bu korkudan yani ölümden kaçırız. Oysa ölüm benim için kimsenin bir şey

yapamayacağı bir realite ve asla inkâr edilemez bir fenomendir. Çünkü ölümle tek başına yüzleşmesi gerektiğinin bilincine varan insan, aslında kendi bireyselliğini deneyimler ve onu açığa çıkarır.<sup>69</sup>

Kaygı, Dasein'ın dünya ile olan ilişkisidir. Çünkü Dasein 'ötekilerle birlikte' varlıktır. Dünya benim ötekilerle paylaştığım dünyadır. Dolayısıyla Dasein'ın başkalarıyla olan ilişkisi kaygı ilişkisidir. Kaygı hiçliği açığa çıkarır. Kaygının korku gibi bir kaynağı yoktur, onun kaynağı hiçliktir. Kaygı, hiçliği bize tanıtan bir ruh halidir.<sup>71</sup>

Bu kaygının ortaya çıkmasına kaynaklık eden nedenler şöyle sıralanabilir:<sup>72</sup>

1. Ölümlülük; bilinmeyen bir zamanda ölüme yazılı olması.
2. Özgürlük; insanoğlunun bilinçli ve özgür bir varlık olması onu kendi seçimlerinin sorumluluğunu almaya zorlar.
3. Anlamsızlık; herşeyin bir anda saçmalaşabileceği tehdidinin varlığı (tüm çabaların, oluşturulan değerlerin her an yitirilebilir olması).
4. Yalnızlık/Yalıtılmışlık; birgün çevresindekileri yitirme korkusu.

Heidegger'e<sup>68</sup> göre insanın varlığının gerçek özünü keşfetmek için büyük öneme sahip olan şey onun ölümle olan ilişkisidir. Dahası, varlığı kavrayış ölümle ilişkide ortaya çıkar. Kaygı ölüme doğru varlığın sahip olduğu ruh halidir. Heidegger, ölüme doğru varlığın temelde kaygı olduğunu iddia eder.<sup>68</sup> Yani Dasein tasadır, kaygıdır. O, ...-den kaygılanmaktadır. Daima öleceğini bilen biri olarak yaşamak yolu dışında, sahte, bezgin ve tükenmiş bir varoluştan kaçamaz. İnsan sadece ölüme yönelmesi ile kendi asıl var olabilirliğine ulaşabilir ve onun varlığı, ölüm için

belirlenmiş bir varlık, gelecek için verilmiş bir karar (ölüm) varlığıdır. Korkunun temel ruh hali içinde insan hiçliğin önüne getirilir.<sup>71,73,74</sup>

Varoluşçu yaklaşıma göre, herşeyin temelinde ölüm kaygısı vardır. Kaygı her an oluşabilecek bir olgudur ve var olmanın hissedildiği her anda yükselebilir. Varoluşçuluğun kurucularından Kierkegaard, temel kaygının hiçlik korkusu olduğunu belirtmiştir. Hiçlik korkusu, basitçe fiziksel ölümün tehdidi değildir. Ama ölüm bu kaygının en temel ve en çok gözlenen klinik biçimidir. Kierkegaard'ın yaklaşımı kaygının özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu yönündedir.<sup>69</sup>

Kaygı insanın sınırlılığı gibi, onun geçiciliğini yani onun ölüm yönünde varlığını da açığa çıkarır. Heidegger'in fenomenolojik analizinde incelenen ölüm, biyolojik hayatın sonu değildir. Heidegger'in bahsettiği 'ölüm yönünde varlık' bir şahsın subjektifliği ile iç içe bulunan ölüm denemesini ifade eder. Böyle bir ölüm ise ancak egzistansiyel (varoluşsal) ilgilerle anlaşılır. Ölüm, Dasein'in bulunduğu durumla ilgili imkânların sınırında, teslim olacağı bir varoluş yönüdür. Ölüm, bütün hayatı kucaklayan ve ona sorumluluk getirerek değer katan bir fenomendir . Bir gün gerçekleşecek bir olanak olarak ölümle meşgul olma, kişiyi yaşama ilişkin yüzeysel ve kendini aldatıcı anlayışlardan kurtarır. Kişi varoluşunda ölümün güç sahibi olmasına izin verdiği zaman ölüm için özgür olduğunu anlayabilir.<sup>71</sup>

Tüm bu varoluşsal kaygı kaynaklarına dikkatle bakılacak olursa, hepsinin ortak yanının insan sonluluğu ile ilgili olduğu görülür. Ölüm bireyin zamanının, gücünün, bilgisinin, değerlerinin sınırlılığını göstermektedir.<sup>70</sup>

Diğer taraftan Heidegger ölümü dünyaya ait bir olgu olarak ele alır ve inceler. Çünkü ona göre ölüm, insanın bulunduğu yerde "Varlık'ın bir sığınağı olarak" karşımıza çıkmaktadır. Daha açık ifadeyle ölüm Hiç'liğin kalesi ve aynı zamanda Dasein'in değişmez mekânıdır. Bu bağlamda onu yaşamın amacı gibi ele almamız gerekir. Diğer boyutuyla o, Dasein'e gerçek kimliğini kazandıran ve bizlere varoluşumuzu hatırlatan bir fenomendir. Heidegger'e göre bu fenomen Dasein'in yalnız varlığı değil, aynı zamanda onun sonudur.<sup>69</sup>

Ölüme yönelik farklı yaklaşımlar söz konusu olsa da, ölüm gerçeği ister istemez insanın dikkatini kendi üzerine yönelterek, 'Yaşam ile ölüm arasındaki ilişki nasıl anlaşılmalıdır?' 'Ölümün etkisi yaşamı anlamdan yoksun bir serüven haline getirmesinden mi ibarettir? Yoksa ölüm bir anlamlılık kaynağı mıdır?' gibi varoluşsal nitelikteki sorularla kişiyi karşı karşıya getirmekte ve insan olmanın paradoksunu gözler önüne sermektedir: 'Ölüm gerçeği' ile 'ölüme karşı koyma' arzusu.<sup>65</sup>

Ölüme karşı koyma, öncelikle insana özgü tasar ve projeleri hayata geçirip bir tür ölümsüzleşebilme arzusu şeklinde olabilir. Eğer 'ortalarda olmama', 'gözden kaybolma', 'unutulmuş olma', insana acı veriyorsa; ölmek, ama unutulmamak, yaşarken kalıcı projeleri hayata geçirmekle, ölümsüz eserlere imza atmakla mümkün olabilecektir. Diğer taraftan ölüme karşı koyma, bir bakıma ölümü reddetme öncelikle onun sizin başınıza gelebileceğine inanmamak şeklinde de olabilir. Başka bir deyişle insan, gündelik yaşamın sorunlarına odaklaşarak ölümü bir başkası için kolayca kabullenirken, kendisi adına onu cesaretle kabullenme sorumluluğundan uzaklaşabilme eğiliminde olabilir. Hatta ölümden duyulan korku, ölmüş olanın bir başkası olmasından duyulan memnuniyete bile dönüşebilir. Oysaki insan, kendi ölümünü kabullenme cesaretinden yoksun olsa da, yaşam ile ölüm arasındaki bütünsel ilişkinin göz ardı edilmemesi, yaşam ile ölümün bağlaşıklık bir biçimde anlaşılması

gerekir.<sup>65,75</sup> Çünkü Heidegger'e göre, her daim mevcut olan bir olanak olarak ölümle ilgilenen kişi, yaşamında sahte ve aldatıcı anlayışlardan kolaylıkla uzaklaşacaktır.<sup>70</sup>

Ölüm nasıl ve ne zaman dünyaya gelmiştir? Var olan şeyler evreninde kötülük ve acı çekme olarak hangi anlamı taşır ve taşıması gerekir? gibi sorular, ölümün kötü ve olumsuz varlık bilimsel anlayışını ortaya çıkarır. Ölme bir olay değil, ama varoluşsal olarak anlaşılacak bir fenomendir ve daha da yakından sınırlanması gereken ayırt edici bir anlamda alınmalıdır. Varoluş felsefesinin kast ettiği ölüm insanın kendi hayatının ölüm tarafından nasıl tehdit edildiğidir. Ölüm bu manası içinde insanın kendi varlığının yaşayacağı bir imkândır ve her insan için varlığın bir imkânı olan akıbetir. O daima benim olandır ve her varlığın kendisinin üstlenmek zorunda olduğu şeydir. Varoluş felsefesinde bahsedilen ölüm insanın her hangi bir zaman diliminde başına ölümün gelecek olması ve o an artık hayatta olmaması değildir. Ölüm, belli bir zaman dilimine yayılan can çekişme hadisesi de değildir. Mesele, bu hadisenin bugün ve şu anda yaşamakta olduğum hayat için ne mana ifade ettiğidir ve ölümü bilmenin insan hayatı üzerinde nasıl bir dönüştürücü kuvvet uyguladığıdır.<sup>71,76</sup>

Varoluşçu Sartre'ın<sup>68</sup> analizinde, sıradan bir kişinin günlük yaşamın rutinlerine kaçıışı otonomi sahibi olmamasına tanık olarak durmaktadır. Bu tip bir kaçış gerçekte bireyi kim ve ne olduğu ile yüzleşmekten korur. Bununla beraber Heidegger'in görüşünde ölüm insan varlığına insan özgürlüğünü sunar. Ama paradoksal biçimde ölüm kaçınılmaz olduğundan bu özgürlüğü sınırlar. Heidegger'in çalışmasında ölümle öznel yüzleşme, duygusal varlık için her türlü ayrıntıya sahip olan kişisel bir durumdur. Heidegger için ölümle yüzleşmek Sartre için olduğu gibi endişe, korku ve iğrenme gibi duygusal yanıtlarla belirmemektedir. Heidegger ve onun kişisel çizgisini takip edenlerde vurgu öznellik birinin ölümlülüğünün kaçınılmazlığı ve imkansızlığının kişisel yansıması ve daha

sonra inanılır biçimde yaşamanın ve ölmenin imkanı üzerinedir. Heidegger'in aksine Sartre ölümü bir olanak olarak değil her bireyin sonunda yüzleşmesi gereken zorunlu bir durum olarak nitelendirir. Sartre için ölüm saçmadır, deneyimlenemez veya beklenemez. Sartre ve Heidegger'in uyuşmazlığı ölümün insan varlığını bireyleştirdiği noktasında yatmaktadır. Sartre için ölümün kendisi insan varlığına anlam veremez. İmkânları sunmak yerine, ölüm imkânları tahrip etmektedir. Sartre<sup>68</sup> ölümün parçasının ve kendisinin yaşama anlam veremeyeceğini vurgular. Bunun yerine Sartre için ölümün farkındalığı insanın özgürlüğe mahkum oluşunu meydana çıkarır.

Varoluşçular, ölüm düşüncesinin insan yaşamını anlamlandıran ve sağaltıcı etkisi yanında korkutucu yanı üzerinde de durmaktadırlar. Varoluşçu filozofların ileri sürdükleri temel tezler farklı isimler altında, çoğunlukla aynı kapıya, ölüm korkusuna çıkmaktadır. Yani, insandaki temel kaygı, asıl olarak ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Örneğin, bu filozoflardan Jaspers, "varlığın kırılabilirliği'nin farkına varmaktan", Kierkegaard, "varolmama korkusundan", "gelecekteki imkânların imkansızlaşması"ndan, Tillich "ontolojik bunalım"dan söz eder.<sup>1,19,64</sup>

Her zaman 'doğum ile ölüm arasında' var olduğumuz ölçüde, varlığımız zaman içerisine bir 'yayılma'dır. 'Doğumdan itibaren' var olmaktadır ve her zaman "ölüme-doğru-varlık" anlamında zaten doğumdan itibaren ölmekteyizdir. Böylece zamansal geçmiş ve gelecek ufuklarına şimdi de her zaman açıktır. Ölüm beklemek zorunda olduğumuz bir şey değildir: O zaten şimdiki varoluşumuzun 'içinde durur', ve burada ve şimdi varlığımızda zaten her zaman içerilir.<sup>71,77</sup> "Ölüm ile Dasein tamamlanmıştır." diyemeyiz. Tersine, nasıl ki Dasein var olduğu sürece sürekli olarak daha kendi henüz olmamışlığı ise, bir o kadar da her zaman daha şimdiden kendi sonudur. Ölüm Dasein'ın var olur olmaz

üstlendiği bir olma yoludur. Yani yaşama gelir gelmez ölecek kadar yaşıyızdır aslında.<sup>71</sup>

### 2.2.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalizm denilince ilk akla gelen isimlerden biri olan Sigmund Freud<sup>78</sup>, insanların ölüm hakkındaki bilinçaltı isteklerinin ve düşüncelerinin ilkel insanlarınkini kopya ettiğini öne sürmektedir. Medenileşme insan türünün öldürmeyi korkuyla düşünmesini sağlarken, bilinç görüşlerimizin altında yalnız yabancılarla değil, aynı zamanda yakınlarımıza karşı da olan ölüm yatmaktadır. Bundan dolayı bilinçaltı çelişkisinin insanların ölüme karşı duruşunu karakterize ettiğine inanılmaktadır.<sup>22,66</sup> Freud<sup>79</sup>, bir başkasına karşı abartılı ilginin veya bir ölümden sonra sebepsiz kendini azarlamaların bilinçaltı ölüm isteklerinin derecesini ve önemini belirttiğini ileri sürmektedir.

Freud, ölümün göçmek, merhum, vb. inceltilmiş sözcüklerle nitelendirildiğinin altını çizerek, gerçekte kimsenin kendisinin öleceğine inanmadığını ve bilincin sanki ölümsüzmüş gibi davrandığını belirtir. Bundan dolayı Freud ilk başlarda ölüm konusuna hiç değinmemişse de, daha sonra yaşam ve ölüm içgüdüleri (eros ve thanatos) kuramını ortaya koyarak ölümün insan üzerindeki etkisini vurgulamıştır; bunu da “yaşamın gayesi ölümdür.” sözüyle özetlemiştir.<sup>80,81</sup>

Psikanalitik perspektife göre, ölüm hakkındaki düşünce ve duygularımızın temelini oluşturan, bizim bilinçli bir biçimde anlayamadığımız veya yüzleşemediğimiz ruhsal madde stoğudur. Düşüncelerimizin pek çoğunun, bastırılmış endişelerin, gerilimlerin ve çözölemeyen ruhsal gerilimlerin parçası veya sembolik temsilleridir.<sup>1,80</sup>

Freud'un görüşünde, asosyal id'in sosyal olarak dolu olan süperego ile çatışma içinde olmasına benzer biçimde, ölüm içgüdüleri yaşam içgüdüleriyle çatışma içinde varolmaktadır. Bundan dolayı, ölüm içgüdüleri ego aracılığıyla bireyin kendisinin dışında yer alan agresif eylemlere aracılık eder hale gelmektedir.<sup>22</sup>

Psikanalitik yaklaşımda kabul gören düşünce, ölümlerimizle yüzleşemeyeceğimiz yönündedir. Bu bağlamda psikanalitik yaklaşımı ölümün inkârı tezinin kaynağı olarak görebiliriz. Bu yaklaşımda kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesinin çok zor olduğuna inanılmaktadır. Çünkü, insanlar kendini ölü olarak düşünememektedirler. Freud'un belirttiğine göre, kimse kendisinin öleceğine inanmaz ve bilincimiz sanki bizler ölümsüzmüşüz gibi davranır.<sup>80,81</sup> Freud, kişi ölümü hiçbir zaman deneyimleyemediği için, bilinçaltının da ölümün hiçbir şekilde temsiline sahip olmadığını ileri sürer.<sup>78,79</sup> Psikanalitik çerçevede ölüm korkusu, deneyimle daha doğrudan ilişkili olan korkulara ve bu deneyimlerden çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm korkusunun izleri, sıklıkla çözülemeyen erken deneyimlere kadar sürdürülebilir. Ölümün bilinçaltı temsili olmadığı için, onun korkusu ebeveyne ilişkin korumanın kaybolmasında deneyimlenmiş olan çocukça güçsüzlüğün korkularını temsil eder. Benzer biçimde ölüm korkularının ilk olarak ayrılmadan doğan kimsesizlik, haksızlık, terk edilme korkularından kaynaklandığı ileri sürülebilir.<sup>1,22,66,82</sup>

İnsan davranışlarına yön veren içsel dürtü süreçlerine odaklanan Freud, iki temel içgüdüden söz eder: Ölüm (thanatos) ve Yaşam (eros) içgüdüleri. Yaşam içgüdüleri (Life Instincts), yaşamın sürekliliğini sağlayan dürtülerdir. Açlık, susuzluk ve cinsellik bu dürtüler arasında sayılabilir. Freud, yaşam içgüdülerini harekete geçiren enerjiye "libido" adını verir. Freud, yıkıcı olarak tanımladığı ölüm içgüdülerini (death Instincts) daha kapalı olarak ele almıştır. "Yaşamın amacı ölümdür." diyen

Freud, her insanda bilinç düzeyine çıkmamış bir ölme isteğinin olduğunu düşünür. Freud, ölüm içgüdülerinin bedensel kaynaklarına yer vermemiş olsa da, alınan besinlerin bedende yakılmalarını içeren katabolik süreçlerin ölüm içgüdülerinin kökenini oluşturduğu söylenebilir. Freud, ölüm içgüdü varsayımını, Fechner tarafından geliştirilen “tüm yaşayan süreçler sonunda maddesel dünyanın sürekliliğine dönüşürler” ilkesi üzerine kurmuştur.<sup>83,84</sup> Freud’un ölüm içgüdü düşüncesi açık olarak değişmezlik ilkesi ve nirvana ilkesi ile ilişkilidir. Nirvana organizmanın içsel gerilimi azaltarak gerilimsiz düzeye geçmeye çabaladığı varsayımına dayanır.<sup>77,85</sup>

Ölüm içgüdüünün önemli bir türevi, saldırganlık dürtüsüdür. Freud’a göre saldırganlık, insanın kendisine yönelik yıkıcı eğilimlerin dış dünyadaki objelere çevrilmesidir. İnsanın diğer insanlarla savaşı ya da onlara karşıt davranışlar geliştirir. Çünkü ölüm ve yaşam içgüdüleri, birbirlerini etkisiz kılabilir ya da biri diğerinin yerine geçebilir. Bunun yanında, ölüm içgüdü dış nesnelere doğru yönelmiş de olabilir ve o zaman da saldırganlık, yok etme, el koyma, güç istemi ile kendini gösterir. Bu, Psikanalitik açıdan cinsel bağlamda, sadizm ve mazoşizmi açıklayan bir süreç karşılık gelir.<sup>77,86</sup>

Freud<sup>78</sup>, ruh ve ölümden sonraki yaşam kavramlarının ölümün dehşetini anlama eksikliğini yatıştırma girişiminden dolayı ortaya çıktığını belirtmiştir. Bunun, ölümden sonraki yaşamın şimdiki yaşamdan daha çok istenir olduğu düşüncesini sunan dinin temeli olduğunu söyler. Freud, ölümlerin varoluşları, yaşayanlara karşı kıskançça serzenişlerini temsil eden hayaletler gibi insanın ruh dünyası ve ölümden sonra yaşama ilişkin buluşunun ölümün inkârı için olduğunu düşünür.<sup>22,87</sup>

Freud’un duruşuna benzer bir biçimde C.Jung<sup>24</sup> da ölüm sonrası yaşam inancını ölüm korkuları ile başa çıkmanın tek umudu olarak

görür ve bunu olumlu biçimde yaşamın ikinci yarısını dayanılabilir kılmak için tavsiye eder.

Jung'a göre<sup>24</sup>, ölüm korkusunun temelinde yaşama korkusu vardır. Ölümden en çok korkan insanlar, yaşamaktan en fazla korkanlardır. İnsandaki yaşama korkusu, yaşama tam uyum sağlayamama endiseşi ile ortaya çıkar. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya baslama sıkıntı doğurur. Böyle bir gerçek karşısında insanın bilinç dışı olarak tecrübe ettiği bu sürekli geriye gitme, yaşamı gerçek anlamıyla yaşayamama ve ölmeyi düşünme onda korku meydana getirir. Bu nedenle ölümü, anlamdan yoksun, basit bir duruş olarak görmek kaygıya neden olur.<sup>8,74,83</sup> Jung'a göre kaygı, kolektif bilinçaltından gelen irrasyonel güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşın kişinin reaksiyonudur.<sup>25</sup>

Norman O.Brown<sup>82</sup> bastırılmış ölümün sonucunun kültürün yaratılması olduğunu ileri sürmektedir. Hayvanların ölüm içgüdüsünü ölmek için kullanırken, insanların bunu medeniyet inşa etmek için ve ölümle savaş çabalarında, tarih yapmak için saldırgan biçimde kullandıklarını ifade etmektedir.

Camus<sup>88</sup>, ölüm korkularının ilk olarak ayrılmadan doğan kimsesizlik, haksızlık, terk edilme korkularından çıktığını ileri sürer.

Solomon'un aktardığına göre<sup>77</sup>; Horney'e göre, kaygı bir bakıma çaresizlik durumuyla beraber yaşanır. Birey ölüm karşısında kendini çaresiz hisseder ve bu da kaygıya neden olur.

Horney, insanın ölüm ve doğa kuvvetleri karşısında duyduğu kaygıyı "normal kaygı" olarak, nörotik savunmaların oluşmasına yol açan

kaygıyı da “temel kaygı” olarak adlandırır. Horney’e göre, “temel kaygı” doğumdan itibaren var olur. Temel kaygının ortaya çıkmasında doğadaki çeşitli güçler ve ölüm olgusu rol oynar.<sup>77</sup>

### **3. YÖNTEM VE GEREÇ**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

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

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 19 Şubat 2004 tarihinde itibaren sağlık alanında hizmetlerine devam etmekte olan hastanede 417 yatan hasta kapasitesi olup, 512 ebe-hemşire bulunmaktadır.

GATA: 30 Aralık 1898 yılında açılmış olan hastane, Ekim 1971'de şu an hizmet verdiği yer olan Etlik/Ankara'ya taşınmıştır. Hastane 1000+200 yatak kapasitesine sahiptir ve 660 hemşire bulunmaktadır.

Bu hemşirelerden çalışmaya katılanların 76'sı dahili klinikler, 77'si cerrahi klinikler ve 61'i acil servis ve yoğun bakımda çalışmaktadır. Çalışmaya katılan;

- Dahili klinikler: Çocuk Sağ.- Dahiliye- Endokrin- Enfeksiyon- Göğüs Hast- Kardiyoloji- Nöroloji- Onkoloji- Hematoloji- Psikiyatri,
- Cerrahi klinikler: Beyin Cerrahi- Genel Cerrahi- Göz- Doğum ve Kadın hast.- KBB- KDC- Ortopedi- Reanimasyon- Üroloji

### **3.3. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Atatürk eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise her iki hastaneden çalışmaya katılmayı kabul eden 214 hemşire oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, çalışmaya katılan hemşirelerin, yaşı, medeni durumu, çocukları olup olmaması, ekonomik düzeyi, meslekte çalışma yılı, ölüm riskli hasta durumu, hastalarının arasında sağlık çalışanı olup olmaması, yılda tahmini karşılaştığı ölüm sayısı, katılımcıların sağlık durumu, ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadıkları, katılımcıların 1. derece yakınlarının sağlık durumu ve 1. derece yakınlarını kaybedip kaybetmemeleri oluşturmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise, hemşirelerin ölüme karşı tutum puanlarıdır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında ; Genel Bilgi Formu ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

### 3.5.2. Genel Bilgi Formu (EK 1 )

Hemşirelerin, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, ekonomik durumu, çalıştıkları birimle ilgili bilgileri, hastaları, ölümle karşılaşma sıklıkları, kişisel ölüm deneyimleri, sağlık durumları ve yakınlarının sağlık durumu ile ilgili olmak üzere toplam 17 soru yer almaktadır.

### 3.5.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (EK 2)

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, Wong, Reker ve Gesser tarafından geliştirilmiş ve orijinal adı “Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)” dır. “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için güvenirlik ve geçerlik çalışması 2008 yılında Işık tarafından hemşireler üzerinde yapmıştır. Bu çalışmada “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği”nin iç tutarlılık katsayısını hesaplamak amacıyla Cronbach Alpha katsayısı değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda yapılan analizler sonucunda, 32 maddelik “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.<sup>10</sup> bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı 0,73 olarak ve istatistiksel açıdan kabul edilebilir bulunmuştur.

Ölçek 7 puanlı Likert tipi (kesinlikle katılmıyorum – kesinlikle katılıyorum arası) bir ölçektir. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmuştur; Ölüm Korkusu alt boyutu; 7 madde (1,2,7,18,20,21,32), Kaçış Kabullenme alt boyutu; 5 madde (3,10,12,19,26), Tarafsız Kabullenme alt boyutu; 5 madde (6,14,17,24,3), Yaklaşım Kabullenme alt boyutu; 10 madde (4,8,13,15,16,22,25,27,28,31), Ölümden Kaçınma alt boyutu; 5 madde (5,9,11,23,29). Toplam ölçek puanını her bir ölçeği oluşturan madde sayısına bölerek her boyut için bir ortalama ölçek puanı hesaplanır.<sup>10</sup>

Ölçek alt boyutlarının tanımı aşağıda yer almaktadır:

1. Ölüm Korkusu, korku bir kimse ölüme yaklaştığında meydana gelir.
2. Ölümden Kaçınma, bir kimsenin sayesinde ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizmasıdır.
3. Tarafsız Kabullenme, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu anlamaktır.
4. Yaklaşım Kabullenme, ölümden sonraki hayata, ölümün diğer hayata bir geçiş olduğuna inanma.
5. Kaçış Kabullenme, ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik açısından kurtaracağına inanma.

Ölçek güvenilir geçerlilik çalışmasında 3 alt boyuta indigenmiştir ve bu çalışmada da değerlendirmeler bu gruplandırma üzerinden yapılmıştır.

- Alt boyut 1: Kaçış kabullenme ve Yaklaşım kabullenme alt boyutlarının birleşimidir.
- Alt boyut 2: Tarafsız kabullenme
- Alt boyut 3: Ölümden kaçınma ve Ölüm korkusu alt boyutlarının birleşimidir.

#### 3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulama kısmı Aralık 2011-Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Genel bilgi formu ve ölüme karşı tutum ölçeği

araştırmacı tarafından hemşireler elden verilmiştir. Doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından teslim alınmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 (Statistical Package For The Social Sciences 15.0 for Windows) programında yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslekte çalışma yılı, ölüm riskli hasta durumu, hastalarının arasında sağlık çalışanı olup olmaması, yılda tahmini karşılaştığını ölüm sayısı, katılımcıların ve yakınlarının sağlık durumu, ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadıkları, ve 1. derece yakınlarını kaybedip kaybetmemeleri değişkenleri için frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Bu değişkenlerin ölüme karşı tutum açısından değerlendirilmesinde ise; grup sayısı ikiden fazla olan bağımsız değişkenler için (yaş, ekonomik durum, meslekte çalışma yılı) tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup sayısı iki olan bağımsız değişkenler için (medeni durum, ocuk durumu, görev şekli,ölümle karşılaşma sayısı vb. gibi ) bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır.

### **3.7. Etik Konular**

Araştırmaya başlanmadan önce 1 Kasım 2011’de etik kurul onayı alınmıştır (EK 10.3). Araştırmacı uygulama öncesi hemşirelerle yüzyüze görüşerek çalışma ile ilgili bilgi vermiştir. Araştırmaya katılmanın gönüllölük esasına dayandığı belirtilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Tablo 2: Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

| Çalıştığı Yer                         | N          | %            |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 150        | 70.0         |
| GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi    | 64         | 30.0         |
| <b>Yaş</b>                            |            |              |
| 17-25                                 | 102        | 47.6         |
| 26-34                                 | 80         | 37.4         |
| 35 ve Üzeri                           | 32         | 15.0         |
| <b>Medeni Durum</b>                   |            |              |
| Evli                                  | 93         | 44.5         |
| Bekâr                                 | 121        | 56.5         |
| <b>Çocuk Durumu</b>                   |            |              |
| Var                                   | 78         | 36.5         |
| Yok                                   | 136        | 63.5         |
| <b>Ekonomik Durum</b>                 |            |              |
| İyi                                   | 91         | 42.6         |
| Orta                                  | 115        | 53.7         |
| Kötü                                  | 8          | 3.7          |
| <b>Toplam</b>                         | <b>214</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 2’de hemşirelerin sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Buna göre; çalışmaya katılan hemşirelerin %70’i Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve %30’u ise GATA’da görev yapmaktadır.

Hemşirelerin yaşları 17 ile 42 arasında değişmektedir, yaş ortalamaları  $27,87 \pm 6,12$ ’dir ve %46,7’si 17-25 yaş aralığındadır. Hemşirelerin; %56.5’i bekârdır, %63,5’nin ise çocuğu yoktur. Ekonomik durumu düşük ile iyi arasında değişen hemşirelerin yarısından fazlası (%53,7) ekonomik durumunu orta olarak tanımlamaktadır.

Tablo 3: Hemşirelerin çalışma ile ilgili özellikleri

| Görev Şekli                                 | N   | %     |
|---------------------------------------------|-----|-------|
| Klinik Hemşiresi                            | 131 | 61.0  |
| Yoğun Bakım Hemşiresi                       | 83  | 39.0  |
| Meslekte Çalışma Yılı                       |     |       |
| 0-5 yıl                                     | 107 | 50.0  |
| 6-10 yıl                                    | 67  | 31.3  |
| 11-15                                       | 24  | 11.3  |
| 16 yıl ve üzeri                             | 16  | 7.4   |
| Toplam                                      | 214 | 100.0 |
| Ölüm Riskli Hasta                           |     |       |
| Yok                                         | 33  | 15.4  |
| Var                                         | 181 | 84.6  |
| Hastalar Arasında Sağlık Çalışanı Bulunması |     |       |
| Yok                                         | 175 | 81.8  |
| Var                                         | 39  | 8.2   |
| Ölümlle Karşılaşma Sayısı                   |     |       |
| 0-25                                        | 153 | 71.0  |
| 26 ve üzeri                                 | 61  | 29.0  |
| Toplam                                      | 214 | 100.0 |

Tablo 3’de hemşirelerin çalışma ile ilgili özellikleri verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin, %61’i kliniklerde görev yapmaktadır. Hemşirelerin %50’si mesleklerinin ilk yılındadır. Hizmet süresi en az 1 yıldan az ve en fazla 24 yıldır. Hemşirelerin ortalama hizmet yılı ise  $7,64 \pm 6,65$ ’dir. Hemşirelerden %84.6’sı çalışmaya katıldıkları dönemde ölüm riski olan hastalarla çalışmaktadır. Bu hastaların %18.2’si sağlık çalışanı iken, %81.8’i sağlık çalışanı değildir. Çalışmaya katılan hemşirelerin 1 yılda toplam gördükleri, tanık oldukları ölüm sayısını incelediğimizde; %71’i 25’ten az ölüm görmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin yılda ortalama  $33.71 \pm 51.50$  ölüme tanıklık ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4: Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

| Sağlık problemi                         | N          | %            |
|-----------------------------------------|------------|--------------|
| Yok                                     | 201        | 93.9         |
| Var                                     | 13         | 6.1          |
| <b>Geçirilmiş Ruhsal Hastalık</b>       |            |              |
| Evet                                    | 17         | 7.9          |
| Hayır                                   | 197        | 92.1         |
| <b>Halen Devam Eden Ruhsal Hastalık</b> |            |              |
| Evet                                    | 6          | 2.8          |
| Hayır                                   | 208        | 97.2         |
| <b>Ölüm Tehlikesi Atlatma</b>           |            |              |
| Hayır                                   | 188        | 87.9         |
| Evet                                    | 26         | 12.1         |
| <b>Yakın Kaybı</b>                      |            |              |
| Evet                                    | 31         | 14.5         |
| Hayır                                   | 183        | 85.5         |
| <b>Yakının Ölümcül Hastalığı</b>        |            |              |
| Evet                                    | 19         | 9.9          |
| Hayır                                   | 195        | 91.1         |
| <b>Toplam</b>                           | <b>214</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 4'te hemşirelerin ve yakınlarının sağlık durumuna ilişkin özellikler verilmiştir. Buna göre; çalışmaya katılan hemşirelerin %93,9'unun ciddi bir sağlık problemi bulunmazken,. %7.9'u bir ruhsal hastalık geçirmiş ve %2.8'inin devam eden bir ruhsal hastalığı bulunmaktadır. Hemşirelerin %87.9'u ölüm tehlikesi geçirmemiştir. Yakınlarının sağlık durumuna bakıldığında; %91.9'unun birinci derece yakınlarının ciddi bir sağlık problemi yoktur ve hemşirelerin %85.5'i birinci derece yakınlarından birini kaybetmemiştir.

Tablo 5: Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar

|                        | N   | ÖKTÖ                        | Tarafsız Kab. ve Yaklaşım Kab. | Kaçış Kab.                | Ölüm Kork. ve Ölümünden Kaçma |
|------------------------|-----|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Yaş*                   |     | $\bar{X} \pm s.s$           | $\bar{X} \pm s.s$              | $\bar{X} \pm s.s$         | $\bar{X} \pm s.s$             |
| 17-25                  | 102 | 109.35±18.01 <sup>a</sup>   | 60.60±11.98 <sup>a</sup>       | 16.78±6.96                | 31.96±10.64                   |
| 26-34                  | 80  | 114.67±17.31 <sup>b</sup>   | 62.65±12.78 <sup>b</sup>       | 18.20±6.92                | 33.82±11.31                   |
| 35 ve üzeri            | 32  | 102.90±16.25 <sup>a,b</sup> | 53.46±15.02 <sup>a,b</sup>     | 15.75±6.06                | 33.68±9.85                    |
| F/p                    |     | 5.501/.005                  | 5.963/.003                     | 1.768/.173                | .765/.467                     |
| <b>Medeni** Durum</b>  |     |                             |                                |                           |                               |
| Evli                   | 93  | 112.36±16.70                | 60.80±12.50                    | 16.87±6.44                | 34.68±10.68                   |
| Bekâr                  | 120 | 108.71±18.65                | 59.81±13.52                    | 17.33±7.16                | 31.56±10.74                   |
| t/p                    |     | 1.502/.427                  | .553/.435                      | -.494/.622                | 2.110/.949                    |
| <b>Çocuk Durumu**</b>  |     |                             |                                |                           |                               |
| Var                    | 79  | 110.94±18.55                | 60.12±14.16                    | 16.56±6.62                | 34.25±11.18                   |
| Yok                    | 135 | 110.04±17.52                | 60.40±12.42                    | 17.50±6.97                | 32.13±10.49                   |
| t/p                    |     | .351/.533                   | -.146/.884                     | -.976/.331                | 1.368/.455                    |
| <b>Ekonomik Durum*</b> |     |                             |                                |                           |                               |
| İyi                    |     | 109.94±15.78                | 58.94±10.90                    | 16.05±6.57 <sup>a,c</sup> | 34.94±10.32 <sup>a</sup>      |
| Orta                   |     | 109.74±18.76                | 60.94±14.48                    | 17.62±6.82 <sup>b</sup>   | 31.16±10.99 <sup>a,c</sup>    |
| Kötü                   |     | 124.50±22.89                | 66.25±12.84                    | 22.75±7.51 <sup>c,a</sup> | 35.50±9.03 <sup>c</sup>       |
| F/p                    |     | 2.638/.074                  | 1.463/.234                     | 4.235/.016                | 3.432/.034                    |

\* Tek yönlü ANOVA Testi p<0.05 Düzeyinde anlamlı

\*\* Bağımsız Gruplarda t-testi p<0.05 Düzeyinde anlamlı

a,b,c = Tek yönlü ANOVA Testine göre istatistiksel olarak önemli fark vardır; p<0.05

Tablo 5'te Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÖKTÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, yaşa göre ÖKTÖ puan ortalamaları; 35 ve üstü yaş arası grubunda da 102.90±16.25 bulunmuştur. Hemşirelerin, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; 35 ve

üstü yaş arası grubunda da  $53.46 \pm 15.02$  , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; 17-25 yaş arası grubunda  $16.78 \pm 6.96$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; 26-34 yaş arası grubunda  $33.82 \pm 11.31$  bulunmuştur.

Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F: 5.501; p:0.005). Bu fark incelendiğinde ölçek alt boyutlarından Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme’den kaynaklandığı görülmektedir (F: 5.963; p:0.003). Bu farkı belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde (Tukey’s Testi) farkın 35 ve üstü yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme ölçek alt boyutu ile yaş arasında istatistiksel olarak önemli ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin yaşı arttıkça Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puanları düştüğü gibi 35 yaş ve üzeri grubun puanı diğer gruplardan anlamlı derecede düşük çıkmıştır. 35 yaş ve üzeri grup ile 17-25 yaş aralığındaki grup karşılaştırıldığında p:0.017 - 35 yaş ve üzeri grup ile 26-34 yaş aralığındaki grup karşılaştırıldığında p:0.002 bulunmuştur.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; evli hemşirelerde,  $112.36 \pm 16.70$  olarak bulunmuştur. Medeni durum ile ölçek alt grupları incelendiğinde Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları, bekâr hemşirelerde  $59.81 \pm 13.52$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları, evli hemşirelerde  $16.87 \pm 6.44$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları, bekâr hemşirelerde,  $31.56 \pm 10.74$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde hemşirelerin medeni durumuna göre ÖKTÖ puan ortalamaları ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre ÖKTÖ puanları değerlendirildiğinde; çocuğu olmayan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamaları  $110.04 \pm 17.52$  olarak bulunmuştur. Çocuğu olmayan hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları,  $60.40 \pm 12.42$ , çocuğu olan hemşirelerin Kaçış Kabullenme puan ortalamaları  $16.56 \pm 6.62$ , çocuğu olan hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları  $34.25 \pm 11.18$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile hemşirelerin çocuğu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışmaya katılan hemşirelerin ÖKTÖ puanları ile ekonomik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; ekonomik durumunu “orta” olarak tanımlayan hemşirelerin  $109.74 \pm 18.76$  olarak bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olan hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları,  $58.94 \pm 10.90$  olarak bulunmuştur. Ekonomik durumu düşük olan hemşirelerin Kaçış Kabullenme puan ortalamaları,  $22.75 \pm 7.51$  olarak bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olan hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları,  $34.94 \pm 10.32$  olarak bulunmuştur.

Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $F: 2.638$  ;  $p: 0.074$ ) Ölçek alt grupları ve ekonomik düzey arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Tukey’s Testi’nde Kaçış Kabullenme ve Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma ile ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p: 0,016$ ;  $p: 0.034$ ). Bu farkın; Kaçış Kabullenme alt boyutu için ekonomik durumu kötü olan gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin kaçış kabullenme puanları diğer hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek çıkmıştır ( $p: 0,016$ ). Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyutu incelendiğinde

ise; ekonomik durumunu orta olarak ifade eden hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puan ortalamaları daha düşüktür(p:0.038).

Tablo 6: Hemşirelerin Çalışma İle İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar

|                              | N   | ÖKTÖ                          | Tarafsız Kab.<br>ve Yaklaşım | Kaçış Kab.        | Ölüm Kork.<br>ve Ölümden |
|------------------------------|-----|-------------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------|
|                              |     |                               | Kab.                         |                   | Kaçma                    |
| Görev<br>Şekli**             |     | $\bar{X} \pm s.s$             | $\bar{X} \pm s.s$            | $\bar{X} \pm s.s$ | $\bar{X} \pm s.s$        |
| Klinik<br>Hemşiresi          | 131 | 110.63±17.59                  | 60.45±13.88                  | 16.87±6.49        | 33.29±10.78              |
| Yoğ.Bakım<br>Hemşiresi       | 83  | 109.97±18.39                  | 60.06±11.72                  | 17.60±7.38        | 32.31±10.81              |
| t/p                          |     | .262/.717                     | .225/.289                    | -.732/.465        | 650/.943                 |
| Meslekte<br>Çalışma<br>Yılı* |     |                               |                              |                   |                          |
| 0-5 yıl                      | 112 | 109.82±18.76 <sup>a</sup>     | 61.06±12.82 <sup>a</sup>     | 17.01±6.63        | 31.74±10.71              |
| 6-10 yıl                     | 29  | 115.55±13.96 <sup>b</sup>     | 62.72±8.55 <sup>b</sup>      | 17.68±7.41        | 35.13±11.22              |
| 11-15                        | 39  | 114.02±17.8 <sup>c</sup>      | 62.46±12.79 <sup>c</sup>     | 17.56±7.68        | 34.00±11.28              |
| 16 yıl ve<br>üzeri           | 34  | 103.61±16.03 <sup>a,b,c</sup> | 53.26±15.29 <sup>a,b,c</sup> | 16.70±6.26        | 33.64±9.98               |
| F/p                          |     | 3.099/.028                    | 4.293/.006                   | .167/.918         | 1.038/7.377              |

Tablo 6: Hemşirelerin Çalışma İle İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar(Devamı)

|                                                      | N   | ÖKTÖ              | Tarafsız Kab. ve Yaklaşım Kab. | Kaçış Kab.        | Ölüm Kork. ve Ölümden Kaçma |
|------------------------------------------------------|-----|-------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|
|                                                      |     | $\bar{X} \pm s.s$ | $\bar{X} \pm s.s$              | $\bar{X} \pm s.s$ | $\bar{X} \pm s.s$           |
| <b>Ölüm Riskli Hasta**</b>                           |     |                   |                                |                   |                             |
| Yok                                                  | 44  | 111.97±16.33      | 62.51±13.44                    | 16.11±6.48        | 33.34±11.15                 |
| Var                                                  | 170 | 109.97±18.25      | 59.74±12.94                    | 17.42±6.92        | 32.80±10.71                 |
| t/p                                                  |     | .701/.486         | 1.214/.229                     | -1.163/.249       | .287/.775                   |
| <b>Hastalar Arasında Sağlık Çalışanı Bulunması**</b> |     |                   |                                |                   |                             |
| Yok                                                  | 175 | 110.48±18.53      | 60.20±12.90                    | 17.19±7.03        | 33.08±11.02                 |
| Var                                                  | 39  | 109.89±14.74      | 60.74±13.91                    | 17.00±5.99        | 32.15±9.69                  |
| t/p                                                  |     | .214/.831         | -.221/.826                     | .177/.860         | .529/.599                   |
| <b>Ölümle Karşılaşma Sayısı**</b>                    |     |                   |                                |                   |                             |
| 0-25                                                 | 153 | 111.56±17.90      | 60.15±12.94                    | 17.30±6.97        | 34.10±10.54                 |
| 26 ve üzeri                                          | 61  | 107.40±17.57      | 60.67±13.45                    | 16.80±6.56        | 29.93±10.86                 |
| t/p                                                  |     | 1.552/.123        | -.256/.799                     | .492/.624         | 2.556/.012                  |

\* Tek yönlü ANOVA Testi p<0.05

\*\* Bağımsız Gruplarda t-testi p<0.05

a,b,c = Tek yönlü ANOVA Testine göre istatistiksel olarak önemli fark vardır; p<0.05

Tablo 6'da hemşirelerin çalışma ile ilgili özelliklerine göre ÖKTÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin görev şekli grubu açısından ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yoğun bakımda çalışanlarda 109.97±18.39 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, Tarafsız

Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; klinikte çalışanlarda  $60.45 \pm 13.88$  , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; klinikte çalışanlarda  $16.87 \pm 6.49$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; yoğun bakımda çalışanlarda  $32.31 \pm 10.81$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile hemşirelerin klinikte ya da yoğunbakımda çalışıp çalışmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı açısından ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; görev süresi 16 yıl ve üzeri olan grupta  $103.61 \pm 16.03$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; görev süresi 16 yıl ve üzeri olan grupta  $53.26 \pm 15.29$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; görev süresi 0-5 yıl olan grupta,  $17.01 \pm 6.63$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; görev süresi 6-10 yıl olan grupta  $35.13 \pm 11.22$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Tek Yönlü ANOVA” analizinde meslekte geçirilen süre ile ölüme karşı tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $F:3.099$   $p:0.028$ ). Bu fark ölçek alt gruplarından Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme’den etkilenmektedir ( $F:4.293$   $p:0.006$ ). Meslekte geçirilen süre ile ÖKTÖ puanı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre arttıkça tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puanları düşmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde ölüm riski olan hasta olup olmaması açısından ÖKTÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ölüm riski olan hastası olanlarda  $109.97 \pm 18.25$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; ölüm riski olan hastası olmayanlarda  $62.51 \pm 13.44$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; ölüm riski olan hastası olanlarda  $17.421 \pm 6.92$ , Ölüm Korkusu

ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; ölüm riski olan hastası olmayanlarda  $33.34 \pm 11.15$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile ölüm riski olan hastayla çalışıp çalışmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan hemşirelerin ÖKTÖ puanları ile hastaları arasında sağlık çalışanı olup olmadığı ve varsa sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; hastaları arasında sağlık çalışanı olmayan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamaları  $110.48 \pm 18.53$  olarak bulunmuştur. Hastaları arasında sağlık çalışanı olmayan hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları;  $60.20 \pm 12.90$ , hastaları arasında sağlık çalışanı olan hemşirelerin Kaçış Kabullenme puan ortalamaları;  $17.00 \pm 5.99$ , hastaları arasında sağlık çalışanı olan hemşirelerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları;  $32.15 \pm 9.69$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile hemşirelerin hastalarının arasında sağlık çalışanı olup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin yılda tahmini karşılaştıkları ölüm sayısı grubuna göre ÖKTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yılda 0-25 arası ölüm olayına tanık olan hemşirelerde  $111.72 \pm 17.84$ , Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; yılda 26 ve üzeri ölüm olayına tanık olan hemşirelerde  $60.67 \pm 13.45$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; yılda 26 ve üzeri ölüm olayına tanık olan hemşirelerde  $16.80 \pm 6.56$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; yılda 0-25 arası ölüm olayına tanık olan hemşirelerde  $34.10 \pm 10.60$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız gruplar için t-testi” analizinde Ölçek alt gruplarından ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ölçek alt grubu ile ölümlerle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Yılda tahmini karşılaşılan ölüm sayısı ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ölçek alt grubu arasında ters yönde anlamlı bir ilişki vardır. Karşılaşılan ölüm sayısı azaldıkça ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanı arttığı gibi, ölüm olayıyla daha sık karşılaşan hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanı daha düşüktür (t: 2.556, p:0.012).

Tablo 7: Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar

|                                   | N   | ÖKTÖ              | Tarafsız Kab. ve Yaklaşım |                   | Ölüm Kork. ve Ölümden |
|-----------------------------------|-----|-------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|
|                                   |     |                   | Kab.                      | Kaçış Kab.        | Kaçma                 |
|                                   |     | $\bar{X} \pm s.s$ | $\bar{X} \pm s.s$         | $\bar{X} \pm s.s$ | $\bar{X} \pm s.s$     |
| <b>Sağlık Problemi</b>            |     |                   |                           |                   |                       |
| Var                               | 13  | 110.26±18.92      | 58.11±13.64               | 16.92±7.43        | 35.21±11.07           |
| Yok                               | 201 | 110.43±17.70      | 60.74±12.88               | 17.26±6.70        | 32.42±10.65           |
| t/p                               |     | -.053/.958        | -1.131/.263               | -.266/.791        | 1.475/.145            |
| <b>Geçirilmiş Ruhsal Hastalık</b> |     |                   |                           |                   |                       |
| Evet                              | 17  | 107.58±24.85      | 53.64±20.28               | 18.00±7.96        | 35.94±10.43           |
| Hayır                             | 197 | 110.61±17.20      | 60.87±12.15               | 17.08±6.76        | 32.65±10.79           |
| t/p                               |     | -.670/.504        | -2.209/.028               | 459/.652          | 1.243/.229            |

Tablo 7: Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuna ilişkin Özelliklerine Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (Devamı)

|                                   | N   | ÖKTÖ              | Tarafsız Kab.<br>ve Yaklaşım<br>Kab. | Kaçış Kab.        | Ölüm Kork.<br>ve Ölümünden<br>Kaçma |
|-----------------------------------|-----|-------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
|                                   |     | $\bar{X} \pm S.S$ | $\bar{X} \pm S.S$                    | $\bar{X} \pm S.S$ | $\bar{X} \pm S.S$                   |
| <b>Devam Eden Ruhsal Hastalık</b> |     |                   |                                      |                   |                                     |
| Evet                              | 6   | 116,83±30,72      | 56,50±22,80                          | 21,83±11,12       | 38,50±13,27                         |
| Hayır                             | 208 | 110,19±17,45      | 60,41±12,75                          | 17,02±6,67        | 32,75±10,69                         |
| t/p                               |     | .897/.017         | -.723/.471                           | 1.704/.036        | 1.050/.340                          |
| <b>Ölüm Tehlikesi Atlatma</b>     |     |                   |                                      |                   |                                     |
| Hayır                             | 188 | 108.92±19.13      | 59.76±11.54                          | 18.19±7.98        | 30.96±12.62                         |
| Evet                              | 26  | 110.57±17.73      | 60.37±13.28                          | 17.01±6.68        | 33.18±10.50                         |
| t/p                               |     | -.417/.679        | -.247/.806                           | .718/.154         | -.858/.398                          |
| <b>Yakın Kaybı</b>                |     |                   |                                      |                   |                                     |
| Evet                              | 31  | 114.19±19.73      | 61.45±14.25                          | 18.67±6.71        | 34.06±10.03                         |
| Hayır                             | 183 | 109.73±17.51      | 60.10±12.88                          | 16.90±6.85        | 32.72±10.91                         |
| t/p                               |     | 1.182/.244        | .491/.626                            | 1.357/.182        | .680/.500                           |
| <b>Yakının Ölümcül Hastalığı</b>  |     |                   |                                      |                   |                                     |
| Evet                              | 19  | 107.05±21.05      | 58.00±11.32                          | 16.84±7.86        | 32.21±12.18                         |
| Hayır                             | 195 | 110.70±17.55      | 60.52±13.22                          | 17.18±6.76        | 32.98±10.66                         |
| t/p                               |     | -.731/.473        | -.914/.370                           | -.186/.854        | -.267/.792                          |

Bağımsız Gruplarda t-testi p<0.05

Tablo 7’de hemşirelerin ve yakınlarının sağlık durumuna ilişkin özelliklerine göre ÖKTÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin kendilerinin sağlık problemi olması açısından ÖKTÖ puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık problemi

olanlarda ÖKTÖ puan ortalaması  $110.26 \pm 18.92$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; sağlık problemi olmayanlarda  $60.74 \pm 12.88$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; sağlık problemi olanlarda  $16.92 \pm 7.43$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; sağlık problemi olmayanlarda  $32.42 \pm 10.65$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile sağlık problemi olan ve olmayan hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

ÖKTÖ puan ortalamaları katılımcılarda geçirilmiş ruhsal hastalık açısından incelendiğinde; ruhsal hastalık geçiren hemşirelerde ÖKTÖ puan ortalaması  $107.58 \pm 24.85$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; ruhsal hastalık geçirmeyen hemşirelerde  $60.87 \pm 12.15$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; ruhsal hastalık geçiren hemşirelerde  $18.00 \pm 7.96$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; ruhsal hastalık geçiren hemşirelerde  $35.94 \pm 10.43$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde geçirilmiş ruhsal hastalık değişkeni ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buna göre daha önce ruhsal hastalık öyküsü olmayan hemşirelerin, daha önce bir ruhsal hastalık geçirmiş hemşirelere göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puanları daha yüksektir ( $t: -2.209$ ;  $p: 0.028$ ).

ÖKTÖ puan ortalamaları katılımcılarda devam eden ruhsal hastalık açısından incelendiğinde; ruhsal hastalığı olan hemşirelerde ÖKTÖ puan ortalaması  $116.83 \pm 30.72$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; ruhsal hastalığı olmayan hemşirelerde  $60.41 \pm 12.75$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları ruhsal hastalığı olan hemşirelerde  $21.83 \pm 11.12$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları ruhsal hastalığı olmayan hemşirelerde  $32.75 \pm 10.69$  olarak bulunmuştur.

Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanında ruhsal hastalığı olan ve ruhsal hastalığı olmayan hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p:0.017$ ;  $t:0.897$ ). Ölçek alt boyut puanları incelendiğinde ise; ruhsal hastalığı olan hemşirelerin, ruhsal hastalığı olmayan hemşirelere göre kaçış kabullenme alt ölçek puanı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ( $t: 1.704$ ;  $p:0.036$ ).

Hemşirelerin ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadıkları açısından ÖKTÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ölüm tehlikesi atlatanlarda, ÖKTÖ puan ortalaması  $108.92 \pm 19.13$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; ölüm tehlikesi atlatmayanlarda  $60.37 \pm 13.28$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; ölüm tehlikesi atlatanlarda  $18.19 \pm 7.98$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; ölüm tehlikesi atlatmayanlarda  $33.18 \pm 10.50$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile ölüm tehlikesi atlatıp atlatmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin 1. derece yakınını kaybetme durumu açısından ÖKTÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1. derece yakınını kaybetmiş olanlarda ÖKTÖ puan ortalaması  $114.19 \pm 19.73$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; 1. derece yakınını kaybetmemiş olanlarda  $60.10 \pm 12.88$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; 1. derece yakınını kaybetmiş olanlarda,  $18.67 \pm 6.71$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; 1. derece yakınını kaybetmemiş olanlarda  $32.72 \pm 10.91$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile 1. derece yakınını kaybeden ve kaybetmeyen hemşirelerin ölüme karşı tutumları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin 1. derece yakınının sağlık problemi olması açısından ÖKTÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1. derece yakınında ciddi bir sağlık problemi olanlarda ÖKTÖ puan ortalaması  $107.05 \pm 21.05$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları; 1. derece yakınında ciddi bir sağlık problemi olmayanlarda  $60.52 \pm 13.22$ , Kaçış Kabullenme puan ortalamaları; 1. derece yakınında ciddi bir sağlık problemi olanlarda  $16.84 \pm 7.86$ , Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma puan ortalamaları; 1. derece yakınında ciddi bir sağlık problemi olmayanlarda  $32.98 \pm 10.66$  olarak bulunmuştur. Yapılan “Bağımsız Gruplar için t-testi” analizinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile 1. derece yakınının ciddi bir sağlık problemi olan ve olmayan hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelerin mesleki ve kişisel değişkenlerinin, ölüme karşı tutumlarını nasıl etkilediği belirlenmeye çalışılmıştır. Asıl değişken ölümle karşılaşma sıklığı ya da karşılaşp karşılaşmama durumu olmasına rağmen bir çok faktör açısından tutum belirleme çalışması yapılmıştır.

Ölüm olgusu gündelik yaşamın bir parçası olmasına rağmen, bazı meslek grupları görevleri ve çalışma koşulları itibariyle ölümle daha fazla yüz yüze kalmaktadır ve hemşirelik ölümle sık karşılaşmak zorunda kalınan bir meslektir. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını incelediğimizde; yaş, ekonomik düzey, meslekte geçirilen süre, yılda tahmini karşılaşılan ölüm sayısı, hastaların arasında sağlık çalışanı olması, önceden geçirilmiş ve halen süregelen ruhsal hastalığın olmasının bu tutumu anlamlı düzeyde etkilediğini görmekteyiz.

Rooda<sup>90</sup>, Clements ve Jordan ; bir özel hastane ve hemşireler derneğinde 403 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, yüksek ölüm korkusu taşıyan hemşirelerin ölümlü hastaların bakımlarında daha az pozitif tutum sergilediğini tespit etmiştir. Ölümü, ölümden sonra daha mutlu bir yaşama geçiş kapısı olarak gören hemşirelerin ise, bakımda daha pozitif tutum sergilediğini tespit etmiştir. Özellikle terminal dönemdeki hastalarla olan ilişkileri bu tutumların önemli bir göstergesi olmuştur. Bu çalışmayı, yaptığımız çalışmayla kıyasladığımızda, ölüm korkusu yaşayan hemşirelerin kaçınma davranışı sergilemesi açısından örtüşmektedir.

Dunn, Otten ve Stephan<sup>91</sup>, aynı çalışmayı 58 onkoloji ve cerrahi hemşiresi üzerinde uyguladığında, ölmekte olan hastalara daha çok maruz kalan hemşirelerin daha pozitif tutumlar sergiledikleri tespit

edilmiştir. Ayrıca bunlar, hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile ölmekte olan hastaya bakım vermeleri arasında herhangi bir yeterli ilişki tespit edememişlerdir. Bizim çalışmamızda ise, bir yılda gördüğü ölüm sayısı daha az olan hemşirelerin, çok ölüm olayı gören hemşirelerden ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt ölçek puanı daha yüksektir. Dunn ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışma ile bizim çalışmamız kıyaslandığında, ölümle karşılaşma sıklığı ve ölüme karşı tutum arasında ters ilişki vardır.

Frommelt<sup>92</sup> yaptığı çalışmada bir dönemde uzun bir eğitim programına dahil olan 115 hemşirelik öğrencisinin, ölüme karşı tutumlarının, bu dersi aldıktan sonra değişip değişmediğini incelemiştir. Çalışma yapılan grupta; kontrol grubuna göre ölüme karşı daha pozitif tutumlar geliştirildiği tespit edilmiştir. Bu sonuç daha küçük gruplara yapılan 34 hemşirenin ölüme karşı tutumlarının eğitim öncesi ile sonrasında daha pozitif bir değişme olduğu sonucu ile benzer sonuçlar vermiştir.<sup>93</sup>

Wessel ve Routledge'in<sup>94</sup> yaptığı çalışmada da, video, okuma ve yazma temeline dayanan testte, ev bakımı ve hastanede bakım yapan 33 hemşirenin ölüme karşı tutumlarının test öncesi ve sonrasında değişip değişmediği kontrol edildiğinde; test öncesi ve sonrasındaki analizlerde pozitif yönde tutum değişikliği saptamıştır. Yukarıdaki iki çalışmada eğitimin ölüme ve ölümcül hastalığı olan bireye yaklaşımda pozitif katkı sağladığını göstermektedir. Bizim çalışmamız açısından değerlendirdiğimizde, özellikle ölüme karşı negatif tutumu olduğu ortaya çıkan gruplara, görev yaptıkları kliniklerde hizmet içi eğitimlerle, ölümcül hastaya bakım ve ölüm eğitimleri verilmesinin faydalı olacağı düşünülebilir.

Mesleki tecrübesi daha çok olan hemşireler, daha uzun palyatif bakım eğitimi alan hemşireler ile daha yüksek umut skoru olan

hemşirelerin ölen çocuklar ve ailelerinin bakımlarında daha rahat olduğu tespit edilmiştir. Bu hemşirelerle ölüm ve ölmek hakkında daha rahat konuşabildiği görülmüştür. Böyle bir eğitim almamış palyatif bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.<sup>95</sup> Bu çalışma, bizim çalışmamızda da anlamlı sonuç veren meslekte geçirilen süre ile ölüme karşı tutum arasındaki anlamlı ilişkiyi desteklemektedir.

Frommelt<sup>93</sup> yaptığı çalışmada “ölüm ve ölmek” başlıklı derslerde hemşirelerin daha mutsuz olduğu tespit etmiştir.

Linda ve Phyllis<sup>96</sup> hemşirelik programına yeni kayıt olmuş 49 öğrenci üzerinde, öğrencilerin geçmişteki ölüm tecrübeleriyle ilgili bilgi elde etmek ve ölümlle ilgili ortak fikirler, duygular, kaygılar ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada belirledikleri tutumlar; korku, ölümden sonra yaşam olduğuna dair inanç, kaçınma eğilimi veya gerçekleri inkâr ve önceden hazırlık yapılmış ve huzurlu bir ölüm arzusunun bir karışımıdır. Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin genel görüşleri, her bir ölçek alt boyutu için; ölümden sonra yaşam olduğuna inanma, ölümün ne iyi ne de kötü olduğunu düşünme, ölüm korkusunun ölüm sonrasındaki belirsizlikten kaynaklanması şeklindedir.

Lange ve Kline<sup>97</sup>, kapsamlı bir kanser merkezinde çalışan hemşirelerin ölüm ve ölen hastalar hakkında neler hissettiğini ve bunların tutumları ile demografik faktörler arasındaki ilişkinin ne olduğunu incelemek amacıyla 355 onkoloji hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada; daha fazla tecrübeye sahip hemşirelerin daha az tecrübelilere göre ölüme karşı daha nötr ve daha pozitif açıdan baktıklarını göstermektedir. Ayrıca uzun tecrübeye sahip hemşirelerin ölen hastalara karşı daha pozitif tutum sergiledikleri görülmektedir. Hemşirelerin tutumlarının diğer uzmanlıkların tutumlarına bağlı olduğu ve Dunn vd.’nin sonuçlarını desteklediği

görülmektedir. Hemşirenin rolünün etkinliği modeli (Irvine, Sid ve Hall) eğitim ve iş tecrübesi gibi hemşireliğin yapısal değişkenlerinin iletişimde pozitif etkisi olduğunun ve hasta gelişimine katkı sağladığını göstermiştir.

Iranmanesh ve Savenstedt' nin<sup>98</sup>, güneydoğu İran'da hemşirelik öğrencilerinin ölüm ve ölüme karşı tutumları çalışmasında İran'ın Kerman ve Bam şehirlerindeki hemşirelik öğrencileri üzerinde çalışılmıştır. Bam şehrindeki öğrenciler; 2003 Aralığındaki deprem nedeniyle ölüm konusunda daha deneyimlidirler. Bu nedenle Kerman'daki meslektaşlarına göre ölümden ve yaşamın sonuna gelmiş hastalara bakım vermekten daha az korkmaktadırlar. Her iki şehirde ölümle ilgili eğitim almış olan öğrenciler, eğitim almayanlara göre daha pozitif tutum sergilemektedirler. Bam'daki katılımcılar, Kermen'dekilere göre yaşam sonundaki bir hastaya bakım verme eğilimindedirler. Ayrıca eğitim alanların yaşam sonundaki hastalara bakım vermeye daha eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Bam'daki katılımcılar Kermen'dekilere göre ölümden daha az korkmaktadırlar. Bam'dakiler diğerlerine göre; ölümü korkunç bir yaşamdan kaçış olarak görmektedirler. Kermen'dekiler ise ölümü yaşamdan sonra yeni bir hayata geçiş olarak görmektedirler. Her iki grupta yaşamının sonundaki hastalara bakım vermedeki pozitif tutumun, ölüm korkusu ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Ölümü hem korkunç bir hayattan kaçış olarak gören hemde yaşamdan sonraki hayata geçiş olarak gören her iki grupta bakım verirken pozitif tutum sergileyip, daha az ölümden korkma ve yaklaşımdan kaçınma eğilimi göstermişlerdir. Ayrıca sonuçlar bakımdaki pozitif tutumun, kaçınma eğilimi ve daha önceki ölüm tecrübeleriyle pozitif ilişkili olduğu göstermektedir. Bu yaptığımız çalışma ile uyumlu sonuçlar göstermektedir. Daha önce daha çok ölüm tecrübesine sahip olanlar ile ölümü korkunç bir yaşamdan kaçış olarak görenlerin daha az pozitif tutum sergiledikleri anlamına gelmektedir. Ayrıca bu çalışmada da yine eğitimin ölüme karşı tutum üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Smith ve Feldman<sup>99</sup>, 83 ATT üzerinde yaptığı, bir ölüm eğitimi programı öncesi ve sonrasında ölüme karşı tutumları çalışmasında eğitim öncesi ve sonrasında ölüme karşı tutumun değiştiğini belirlemişlerdir. Eğitim öncesinde ATT'lerin ölüm haberini verirken rahatsız olma, ailenin yanında olma ve duygularını paylaşmadan kaçınma tutumu sergilerken, eğitim sonrasında bu rollerini yerine getirirken daha az rahatsızlık hissettikleri ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadan ölüm eğitiminin, ölümlü algılayış şeklini ve ona karşı tutumu olumlu yönde etkilediği ve bu eğitimin özellikle sağlık çalışanlarına verilmesi gerektiği, hem hasta/hasta yakınlarına karşı davranışı hem de sağlık personelinin kendi duygularını kontrol etmesi ve tanınması açısından gerekli olduğu görülmektedir. Çalışmanın eğitim öncesi skorları, ATT'lerin ölüme karşı tutumu, meslekte geçirilen süre açısından çalışmamızla benzer sonuçlar vermiştir.

Mola ve Crisci<sup>100</sup>, 829 kişi üzerinde yaptığı İtalya'da çaresiz hastalıklara, ölüme ve ölmeye ilişkin tutumlar ve yaşam sonuyla-terminal dönemdeki hastaların bakımı adlı çalışmalarında; katılımcıların çoğunun kafalarındaki ölüm imajı kanserken, sağlık personelinin bekledikleri davranış; ölüm kaçınılmaz bir sona ölmekte olan bir hastaya doğruyu söylemeleri, yaşam süresi düşünülmeden acılarının hafifletilebilmesi gerektiği ve ölümcül hastalığı olan kişi açısından ise; eğer yaşam süresi uzatılabilecekse, fiziksel acılarla başa çıkmak için hazırlanabileceğini ifade etmişlerdir. Bu bizim çalışmamızda yaş ve meslekte geçirilen süre değişkenlerine denk gelmektedir ve bakım süresi uzadıkça ve terminal dönemdeki hastayla çalışırken umut düzeyi ve pozitif tutum azalırken, bu evredeki hasta yaşam süresi düşünülmeden, sanki çok kısa bir süre sonra ölmeyecekmiş gibi hizmet almak istediğini ifade etmiştir. Bu sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından değerlendirilmesini, hizmet içi eğitimleri ve gerekirse rotasyonun gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Braun ve Gordon<sup>101</sup>, İsrail’de tamamı yahudi 147 hemşire üzerinde yaptığı, onkoloji hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ölmekte olan hastalara bakımları arasındaki ilişkiler adlı çalışmalarında, Çalışmada dindar ve geleneksel hemşirelerde; ölüm kabulü, ölümden sonra daha iyi bir hayata geçiş olarak kabul edilmiştir. Hemşirelerin çoğu ayda 0-5 ölmek üzere olan hastaya bakım vermekte, yüksek ölümden kaçınma oranlarına sahiptir. Ölen hastaların bakımı ve ailelerine karşı örneklem hemşire grubunun pozitif tutum sergilediği görülmüştür. Ölen hastaların bakımındaki tutum ile ölümden kaçma, ölüm korkusu ve yaklaşım kabulü ile negatif ilişkilidir. Bu nedenle yüksek ölüm korkusu ve ölümden kaçınma hali tespit edilen hemşireler ölmekte olan hastaların bakımında daha az pozitif tutum içindedirler.

Wessel ve Routledge, Reade vd.<sup>94</sup> çalışmasında yaklaşım kabulü ile ölmekte olan hastalara verilen bakımdaki tutum arasında negatif bir ilişki olduğu kabul edilmiştir. Ancak Braun ve Gordon’un yaptığı çalışma sonucu iki değişken arasında pozitif ilişki bulunmuş ve önceki çalışmalarla tutarsızlık göstermiştir.

Matsui ve Braun<sup>102</sup>, 367 sağlık çalışanı üzerinde (190 hemşire ve 177 hasta bakıcı) yaptığı “Japonya’da hemşire ve bakım işçilerinin (hasta bakıcıların) ölmekte olan yetişkin hastaların bakımı ve ölüme karşı tutumları” adlı çalışmalarında; sağlık çalışanlarının pozitif tutum puanları düşük çıkmıştır. ABD’de yapılan çalışmadakinden (Dunn, 2005) ve İsrail’de yapılan çalışmadan (Braunn, 2010) daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum, Japon hemşire ve bakım işçilerinin; ölmekte olan hastalara verilen bakımda; diğer ülkelerdeki hemşirelere göre daha az pozitif tutum içinde olduklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise diğer üç çalışmayla kıyasladığımızda, ölüme karşı tutumun daha çok tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme olduğu görülmektedir.

Dezutter ve ark.<sup>103</sup> Belçika'da 471 kişi üzerinde yaptığı “Ölüm Tutumlarında Dinin Rolü: Dini inanç ve Dinsel İçerikleri İşleme Tarzlarının Ayırıştırılması” adlı çalışmasında; dindar insanların ölüme karşı daha çok yaklaşım kabulünü benimsedikleri görülmüştür. Buna göre dindarlık, yaşamdan sonra bir hayat olduğunu gösterir. İnsanların dine karşı tam bir tutum (literal) içinde olanların, daha çok ölüm kaygısı içinde oldukları bulunmuştur. Buna göre; dini içerikler doğrultusunda ilerleyenlerin ölüme karşı savunma halinde oldukları görülmüştür. Son olarak; bu iki tutumun karışımı olarak, tarafsız kabul tutumu tahmininde önemli olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında ölüm kaygısı ile ölüme verilen anlam arasında bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Dini bir inancın olması ya da öteki dünyanın varlığına inanma ölüm kaygısını azaltan faktör olabilirken, inancı gereği öteki dünyada cezalandırılacağını düşünmek ölüm kaygısını artırabilmektedir. Ölümün mutlak bir son olarak değerlendirilmesi varoluşa güçlü bir tehdit olarak algılandığı için ölüm kaygısını artırabilmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde elde edilen sonuçların zaman zaman birbiriyle çelişkili olduğu da görülmektedir.

Akın'ın<sup>104</sup> bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ölümcül hastaya yaklaşımlarını incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, hemşirelerce genel olarak terminal dönemdeki hasta bakımının güç olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %29.1'i ölüm karşısında korku, %17.3'ü yalnızlık ve %29.1'i boşluk hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bir başka üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise, hemşirelerin bakım verdikleri hastanın ölümü karşısında;

ölümü kabullenmede, ölen hastanın yakınları ile karşılaşmada ve ölüm haberini bildirmede güçlük yaşadıkları saptanmıştır.<sup>105</sup>

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma ise, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin de terminal dönemdeki hasta bakımında zorlandıklarını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları hemşirelerin yarısının bakım verdikleri hastanın ölümünde yoğun üzüntü duyduklarını, hemşirelerin %20'sinin çaresizlik, %13'ünün de başarısızlık hissettiklerini göstermiştir.<sup>14</sup> Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada benzer şekilde hemşirelerin yarıdan fazlasının (%65.7) ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hissettiklerini ortaya koymuştur. Ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hisseden hemşirelerin, ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puan aldığının belirlendiği çalışma, ölüm karşısında hissedilen olumsuz duyguların ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır.<sup>1,105</sup> Bizim çalışmamızda ise ölümle karşılaşma sıklığının ölüme karşı tutumu etkilediği bulunmuştur.

İnci<sup>1</sup>, yaptığı çalışma ile ölüme ilişkin eğitim programının; araştırmaya katılan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puanları anlamlı düzeyde azalttığını ortaya koymuştur. Eğitim öncesi kaygı puanları bizim çalışmamızdaki yaş değişkeninin ölüme karşı tutum açısından çıkardığı anlamlı farklılıkla örtüşmektedir.

Tanhan<sup>80</sup>, 37 kişi üzerinde yaptığı ölüm eğitiminin ölüm kaygısına etkisini incelediği çalışmada, "Ölüm Kaygısıyla Baş etme Eğitimi"ni almak, deneklerin ölüm kaygısı puanlarının düşmesinde etkili olurken; psikolojik iyi olma puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmadığını ortaya koymuştur. Bu çalışma da yukardaki

araştırmalarla uyumlu olarak ölüm eğitiminin ölüme karşı tutumu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir.

Çevik<sup>16</sup>, 300 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada Hemşirelerin dini inancı zayıf/ orta olanların “ölüm korkusu”, “ölümden kaçınma” davranışı dini inancı güçlü/ çok güçlü olanlara göre daha yüksek bulmuştur. Dini inancı güçlü/ çok güçlü olan hemşirelerin “kabul edici yaklaşım” ve “ölümü kabullenme” puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur. Ayrıca bu çalışmada terminal dönemdeki hastalarla çalışan hemşirelerin keder ve çaresizlik duyduğu belirtilmiştir. Bu hemşirelerin çalışma yılı ile ölüme karşı tutumları arasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışma yılı arttıkça tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ölçek alt boyut puanı düşmektedir.

Wong ve ark.<sup>106</sup> ölüme karşı tutumu; Ölüm Korkusu, Ölümden Kaçınma, Yaklaşım Kabullenme, Tarafsız Kabullenme ve Kaçış Kabullenme olarak kavramsal bir yapı sunmaktadır. Ölüm korkusunun güçlü ve evrensel bir algı olduğu düşünüldüğünde; açıklanan diğer dört boyut ölüm kaygısı ile baş etmeye yönelik bir savunma mekanizması olarak yorumlanmaktadır.<sup>107</sup> Dolayısıyla ölüme karşı tutum ile yaşanan ölüm kaygısı arasında bir ilişki düşünülebilir.<sup>100</sup> Yapılan çalışmalarda ölüm, çok boyutlu bir kavram olarak görülmüş ve çeşitli yönleriyle incelenmiştir. Nitekim, ölüm kavramına temel ilkeleri arasında önemli yer veren varoluşçu psikolojiye göre ölüm, insanı bir takım ikilemlerle karşı karşıya bırakarak onun hayata ilişkin korkular, kaygılar ve anlamsızlıklar yaşanmasına neden olmaktadır.<sup>10,108</sup>

## 6. SONUÇ

Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

### 6.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

- Çalışmaya katılan. %46,7'si 17-25 yaş aralığında, %37,4'si 26-34 yaş aralığında, geriye kalan %15'i ise 35 yaş ve üzeridir. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının yaş değişkeninden etkilendiği ve yaş arttıkça özellikle tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme tutumunun azaldığı belirlenmiştir. Bunda da en belirgin fark 35 yaş ve üzeri guruptadır.

- Hemşirelerin %54'ü ekonomik durumunu “orta” diye tanımlarken %42'si “iyi” şeklinde tanımlamıştır. Geriye kalan %4'lik kısım ise ekonomik durumu için “kötü” demiştir. Farklı ekonomik düzeydeki hemşirelerin ölüme karşı tutumları da farklı bulunmuştur. Ekonomik durumun “kötü” olarak algılanması negatif tutumu arttırmıştır. Ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin ölüme karşı tutumu kaçış şeklindeyken, ekonomik durumu orta düzeyde olan hemşirelerin ölüme korkusu ve ölümden kaçma tutumu ekonomik durumu iyi olan hemşirelerden daha düşüktür. Ekonomik durum düzeldikçe ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanı artmıştır.

## **6.2. Hemşirelerin Çalışma İle İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi**

- Hemşirelerin %50'si mesleklerinin ilk yılındadır. Hemşirelerin, %61'i kliniklerde, %39'u yoğun bakımlarda görev yapmaktadır. Çalışılan birimin ölüme karşı tutumu etkilemediği bulunmuşken, mesleki tecrübenin ölüme karşı tutumda farklar yarattığı bulunmuştur. Meslekte 16 yıl ve üzeri süre çalışan hemşirelerin, kabullenme ve yaklaşım kabullenme puanı diğer meslekte geçirilen süre gruplarından anlamlı derecede düşüktür. "Meslekte geçirilen süre arttıkça tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme tutumu azalmaktadır" diyebiliriz. Bu aynı zamanda yaş bulgusuyla da doğru orantılı sonuçlar vermiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun bir yılda toplam gördükleri, tanık oldukları ölüm sayısı 25'ten azdır ve bu grubun ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları daha yüksektir. Görülen ölüm sayısının azlığı ölüme karşı negatif tutuma sebep olurken, daha çok ölüm olayına tanıklık eden hemşirelerin ölüme karşı tutumları daha olumludur.

## **6.3. Hemşirelerin ve Yakınlarının Sağlık Durumuile İlgili Özelliklerine Göre Ölüme Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi**

- Hemşirelerin, %20.5'inin ölüm riski bulunan hastası yokken, %79.5'i ölüm riski olan hastalarla çalışmaktadır. Bu hastaların sadece %18,2'si sağlık çalışanıdır. Bu değişkenler açısından ölüme karşı tutum araştırıldığında, bir fark bulunamamıştır.

- Katılımcıların %7,9'u bir ruhsal hastalık geçirmişken, %2,8'inin halen devam eden bir ruhsal hastalığı bulunmaktadır. Daha önce ruhsal hastalık geçirmiş olan hemşirelerin, ruhsal hastalık geçirmeyen hemşirelere göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt ölçek puanı daha düşük çıkmıştır. Herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış/geçirmemiş hemşirelerin tutumları daha pozitifdir. Devam eden bir ruhsal hastalığı olan hemşirelerin, ruhsal hastalığı olmayan hemşirelere göre kaçış kabullenme alt ölçek puanı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu da ruhsal hastalığı olan hemşirelerin daha çok ölümden kaçınma ve ölüm korkusu yaşadığı anlamına gelmektedir.

- Ruhsal hastalık dışında sağlık problemi açısından hemşireleri değerlendirdiğimizde ise herhangi bir sağlık problemi olan ya da olmayan hemşirelerin tutumlarının birbirlerinden farklı olmadığı bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin ölüm tehlikesi atlatıp atlatmadıkları yine tutumları üzerinde fark yaratan değişkenler arasından değildir.

- Yakınını kaybetme ve yakınlarından birinde ciddi bir sağlık problemi olan hemşirelerin, olmayan hemşirelerden istatistiksel olarak tutum farkları olmadığı bulunmuştur.

#### **6.4. Öneriler**

- Hemşireler dışındaki sağlık çalışanları ile de benzer çalışmalar yapılabilir.

- Özellikle yoğun bakımlarda ve ölümü bekleyen hastalarla çalışan sağlık çalışanları tükenmişlik açısından değerlendirilebilir ve buna yönelik önlemler alınabilir.

- Ölüm çok fazla değişkenin etkilediği bir kavram olduğu için mevcut ölçme araçlarıyla ölçüm sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak araştırmalarda, ölüm kavramı ilgili daha derin bilgilerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlayacak niteliksel araştırmaların yapılması önerilebilir.

## 7. ÖZET

Bu çalışma hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını ve ölümlerle karşılaşma durumunun bu tutuma etkisini belirlemek amacıyla olarak tanımlayıcı türde, tutum belirleme çalışması olarak yapılmıştır. Araştırma, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve GATA (Ankara)'da, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler arasında yapılmıştır. İki hastanede toplam 214 hemşire, çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verileri genel bilgi formu ve 2008 yılında güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış olan ölüme karşı tutum ölçeği ile, hemşirelerle yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik değerlendirmeleri yapılmış, t-testi ve ANOVA testi kullanılarak istatistiksel analiz ve yorumları yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre yapılan karşılaştırmalarda, hemşirelerin ölüme karşı tutumları, ölümlerle karşılaşma sıklığından, meslekte geçirdiği süreden, ekonomik durumundan, yaşından, daha önce bir ruhsal hastalık öyküsü olmasından ve devam eden bir ruhsal hastalığının olmasından etkilendiği bulunmuştur. Karşılaştırma yapılan diğer değişkenlerle hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında ise bir fark bulunamamıştır.

**Anahtar Kelimeler;** Ölüm, Ölüme karşı tutum, Hemşirelik, Tutum

## 8. SUMMARY

The aim of this study is to determine nurses attitudes towards death and effects of confrontation of deaths' on this attitudes. A descriptive method is used to analyze nurses' attitudes towards death. This research was applied to the nurses who were volunteer to attend this research and who worked in Ataturk Tranining and Research Hospital and Gulhane Military Medical Academy. The sample of this research is consisted of 214 nurses who work in both hospital. The data of this research was collected within face to face interviews by the help of general information collecting form (individual data collecting form) and "Death Attitudes Profile – Revised ( DAP-R)". The reliability and validity tests of DAP-R were made in 2008. Descriptive statistical methods were used in data analyses. Statistics were analyzed and interpreted via t-test and ANOVA test.

The findings of this study showed that nurses' attitudes toward to death were effected by frequencies of confrontations of death, economic conditions of nurses, their ages, prior their psychiatric illness and their ongoing psychiatric illness. There was no difference between nurses' attitudes towards death and the other variables was used in this study.

**Key Words;** Death, Attitudes towards death, Nursing, Attitude

## 9. KAYNAKLAR

1. İnci F. Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
2. Frankl EV. Duyulmayan Anlam Çılgılığı: Psikoterapi Ve Hümanizm. Budak S (Çev), Ankara: Öteki Yayınevi; 1994.
3. İnam A. Olabileceğini Olmada Ölümün Yeri. Düşünen Siyaset 1999; 1(4):17-31.
4. Koestenbaum P. Ölüme Yanıt Var Mı?. Akgünlü Y( Çev), İstanbul: Mavi Okyanus Yayıncılık; 2010.
5. Yalom ID. Varoluşçu Psikoterapi. Babayiğit Zİ (Çev), İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2001.
6. Abdel-Khalek AM, Al-Kandari Y, Death Anxiety İn Kuwaiti Middle-Aged Personnel. The Journal Of Death And Dying 2007; 55(4): 297-310.
7. Ertufan H. Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. İzmir:Ege Üniversitesi; 2008.
8. Jung GC. Ruh ve Ölüm Analitik Psikoloji. Gürol E (Çev), İstanbul: Payel Yayınevi; 1997.
9. Kalaoğlu Öztürk Z. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi;2010.

10. Abalı Işık E. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türk Toplumı İçin Geçerlik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
11. Aries P. Batılının Ölüm Karşısındaki Tavrıları. Kılıçbay MA(Çev), Ankara: Gece Yayınları;1991.
12. Çay F. Ölümcül Hasta ve Hekim. 3P Dergisi 1996; 4(3),35-37.
13. Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' Attitudes To Terminally Ill Patients. Journal Of Advanced Nursing 2001; 34(3), 338-345.
14. Tatar Ü, Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi;1988.
15. Eues SK. End Of Life Care; Improving Quality Of Life At The End Of Life. Professional Case Management 2007;12(6), 339–344.
16. Çevik B. Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri.Yüksek Lisan Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2010.
17. Kübler RE. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Büyükal B(Çev), İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997.
18. Aksu T, Okçay H. Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010(5):14.
19. Badur S, Ölüm Üzerine Çeşitlemeler. [İnternette] 2012, [okundu: 20 Eylül 2012] Erişim Adresi : [www.İzdiham.Com/İndex.Php/Etiket/Cogito-Dergisi](http://www.İzdiham.Com/İndex.Php/Etiket/Cogito-Dergisi)

20. Çimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalara Bütüncül Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002.
21. Uçar H. Hemşirelik Esasları El Kitabı. Ölüm Kavramı ve Ölümcül Hastada Hemşirelik Bakımı. İçinde: Atalay M (Ed.). Hemşirelik Esasları El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd.Şti.; 1997.s195-201
22. Akalın AE, Ölüm Ve Ölmenin Sosyolojisi Üzerine Kuramsal Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi: 2006.
23. Bekir O. Gelişim Psikolojisi; Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. Ankara:İmge Kitabevi Yayınları; 2008.
24. Jung CG. Analitik Psikolojinin Temel İlkeleri: Konferanslar. Şipal K (Çev), İstanbul: Cem Yayınevi; 1992.
25. Sağır A. Toplu Merasimlerden Belediye Hizmetlerine Kurumsallaşan Ölüm Bağlamında Bir Ölüm Sosyolojisi Denemesi. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2012; 7(2), 903-925.
26. <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96l%C3%BCm> (Erişim Tarihi 12 Eylül 2012)
27. <http://www.patoloji.gen.tr/olum.htm> (Erişim Tarihi 12 Eylül 2012)
28. Özel Ç. Medeni Hukuk Açısından Ölüm Anının Belirlenmesi Ve Ceset Üzerindeki Hakka İlişkin Bazı Düşünceler. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2002; 51(1), 43-78.

29. Danacı A. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm ve Ötenazi Hakkındaki Duygu Ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir; Ege Üniversitesi:1997.
30. Lederberg MS, Joshi N. Yaşam Sonu ve Palyatif Bakım. İçinde: Oflaz, F (Çev.). Aydın H, Bozkurt A.(Çev.Ed.). Kaplan &Sadock Comprehensive Textbook Of Psychiatry. İstanbul: Güneş Kitapevi; 2007.
31. Sidel M, Katz JS, Komaromy C. The Case For Palliative Care In Residential And Nursing Homes. In Dickenson D, Johnson M, Katz JS(Eds.) Death Dying And Bereamevent. Second Edition, London: Sage;2000,p.107-122
32. Mama L. Death And Dying. Confluences Of Emotion An Awereness. Sociology Of Health And İllness 1999; 21,1.
33. Widera A. Everyday Awareness Of Death: A Qualitative Investigation. Journal Of Humanistic Psychology 2002;39(3),73-95.
34. Warren B.J. The Cultural Expression Of Death And Dying. Case Manager 2005;16(1),44–47.
35. Jo KH, Doorenbos AZ, Gyeong JA, Effect Of An End-Of- Life Care Education Program Among Korean Nurses Journal Of Hospice And Palliative Nursing 2009;11(4),230–238.
36. Hökelekli H. Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Uludağ Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi 1992;4,57-98.
37. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler

Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(3),171-179.

38. Akbayrak N. Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı. İçinde: Akdemir N(Ed). İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları;1998.s.24-30
39. Astı N. Terapötik Dokunma ve Hemşirelik Bakımındaki Rolü. Hemşirelik Bülteni 1987;1,1-6.
40. Ross Kubler E. Yaşamın Son Günleri. Terakye G(Çev), 2. Basım, Ankara: Aydoğdu Ofset; 1995.
41. Ünsal, S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2008.
42. Nuland SB. How We Die. New York: Alfred A. Knopf Publication; 1994.
43. Kvale J, Berg L, Groff JY, Lange G. Factors Associated With Residents' Attitudes Toward Dying Patients. Family Medicine 1999;318(10),691-696.
44. Super A. The Context Of Palliative Care İn Progressive Illness. İn. Ferrel BR, Coyle N, (Ed.). Textbook Of Palliative Nursing. New York: Oxford; 2001,p.27-36.
45. Taylor GJ, Kurent J.E. A Clinician's Guide To Palliative Care. USA: Blackwell Publishing Company; 2003.
46. Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikososyal Yaklaşım, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4),62-65.

47. Koç M. Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2002;6,7.
48. Gorman ML, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial Nursing For General Patient Care. Second Edition, Philadelphia: F.A.Davis Company; 2002.
49. Neimeyer RA, Moser RP, Wittkowski J. Assessing Attitudes Toward Dying And Death: Psychometric Considerations. Omega: Journal Of Death And Dying 2003;47(1),45-76.
50. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. 3. Baskı. İzmir: E.Ü. Basımevi; 2000.
51. Gizir CA. Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;2(2),195-213.
52. Weiss RS. Grief, Bonds And Relationships. İn. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. (Eds). Handbook Of Bereavement Research: Consequences, Coping, And Care. Washington DC: APA; 2001.p.47-62
53. Yıldız A. Çocuk, Ölüm ve Kayıp. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004; 11, 125-144.
54. Drench M. Loss, Grief And Adjustment. Magazine Of Pysical Therapy 2003; 11(6), 50-61.
55. Bowlby J. Attachment. USA: Penguin Books; 1991.

56. Salman İ. Travmatik Yas [İnternette]. 2012 [3 Kasım 2012 Okundu]. Elektronik Adresi: <http://www.İnploid.Com/Post/Travmatik-Yas/>
57. Prigerson HG, Maciejewski PK, Block SD, Zhang B. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. JAMA 2007;297(7),716-723
58. Özkan S. Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Basımı; 1993.
59. Sezgin U, Yüksel Ş, Topçu Z, Dişçigil A. Ne Zaman Travmatik Yas Tanısı Konur? Ne Zaman Tedavi Başlar?. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;7(3),167.
60. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. Introduction: Concepts And Issues In Contemporary Research On Bereavement. In Stroebe MS, Hansson R, Stroebe W, Schut H(Eds.), Handbook Of Bereavement Research: Consequences, Coping, And Care. Washington DC: APA; 2001, p.3-22.
61. Rando TA. Grief, dying, and death: Clinical Interventions for Caregivers. Champaign, IL: Research Press;1984
62. Oates M. Understanding The Grief Process: A First Step To Helping Clients. TCA Journal 2003;31(1),29-39.
63. Bahar A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6),148-158.
64. Göka E. Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi. İstanbul: Timaş Yayınları; 2009.

65. Koç E. Varoluşsal Bir Problem Olarak Ölüm Üzerine Bir Değerlendirme: Tolstoy'un İvan İlyiç'in Ölümü Adlı Eseri. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;12(22),245-260.
66. Chamaz K. The Social Reality Of Death: Death İn Contemporary America. New York: Random House;1980.
67. Heidegger M. Basic Concepts. Bloomington: Indiana University Press; 1998.
68. Sartre JP. Basic Writings. 11 th Edition. London: Routledge Press; 2001
69. Karakaya T, Martin Heidegger Felsefesinde Ölüm Problemi. Felsefe Dünyası 2003;3:38.
70. Soll I. Ölümün İddia Edilen Önemsizliği Üzerine. İçinde: Malpas J., Solomon R.C.(Ed.). Ölüm ve Felsefe. 1.Baskı. İstanbul: İthaki Yayınları; 2006, s.52-85.
71. Çalışkan Akçetin N. Heidegger'in Düşüncesinde "Ölüm" . Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;3:4.
72. Tanhan F, Arı İnci F, Ölüm Eğitimi. Ankara: Pegem Yayınları; 2009.
73. Cohen RA. Levinas: Thinking Least About Death-Contra Heidegger. International Journal For Philosophy Of Religion 2006;60:21–39.
74. Hübscher A. Çağdaş Filozoflar. Tunalı İ. (Çev), İstanbul: Tur Yayınları; 1980.

75. Barrett W. İrrasyonel İnsan-Varoluşçuluk Üzerine Bir İnceleme. Özer S. (Çev), Ankara: Hece Yayınları; 2003.
76. Bollnow OF. Varoluş Felsefesi. Beyaztaş M. (Çev), İstanbul: Efkâr Yayınları; 2004.
77. Solomon M. Ölüm ve Felsefe, Küçük N.(Çev.), İstanbul: İthaki Yayınları; 2006.
78. Freud S. Group Psychology and the Analysis of the Ego, 5. Edition Mundus Publishing;1949
79. Freud S. A General Introduction to Psychoanalysis, Library of Alexandria;1965
80. Tanhan F. Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi. Ankara; Ankara Üniversitesi; 2007.
81. Bauman Z. Ölüm ve Ölümsüzlük ve Diğer Yaşam Stratejileri. Demirdöven N(Çev), İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2000.
82. Brown ON. Ölüme Karşı Yaşam-Tarihin Psikanalitik Anlamı. Yılmaz A(Çev), İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1996.
83. Freud S. Psikanaliz Üzerine Öneç A(Çev), İstanbul: Say Yayınları; 1997.
84. Hall CS. Lindzey G. Theories Of Personality. 3 rd Ed. Published By John Wiley ve Sons;1978.
85. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul: Metis Yayınları; 2005.

86. Gabbard OG, Person SE, Cooper MA. Textbook Of Psychoanalysis. First edition. Arlington:The American Psychiatric Publishing; 2007.p.563-646.
87. Ruffie J. Cinsellik Ve Ölüm. Acar N(Çev), İstanbul: Sarmal Yayınevi; 1999.
88. Camus A. Christian Metaphysics and Neoplatonism. Missouri: University of Missouri Press; 2007
89. Seale C. Constructing Death, The Sociology Of Dying Of Bereavement. Combrigde University Press; 1998.
90. Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients. Oncology Nursing Forum 1999;26(10):1683–1687.
91. Dunn KS, Otten C, Stephens E, Nursing Experience And The Care Of Dying Patients. Oncology Nursing Forum 2005;32(1):97–104.
92. Frommelt KH. Attitudes Toward Care Of The Terminally İll: An Educational Intervention. American Journal Of Hospice And Palliative Care 2003;20(1):13–22.
93. Frommelt KH. The Effect Of Death Education On Nurses' Attitudes Toward Caring For Terminally İll Persons And Their Families. American Journal Of Hospice And Palliative Care 1991;8(3):37–43.
94. Wessel EM, Rutledge DN. Homecare And Hospice Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For The Dying: Effects Of Palliative Care Education. Journal Of Hospice And Palliative Nursing 2005;7(4):212–218.

95. Feudtner C, Santucci G, Feinstein JS, Snyder CR, Rourke MT, Kang TI. Hopeful Thinking And Level Of Comfort Regarding Providing Pediatric Palliative Care: A Survey Of Hospital Nurses. *Pediatrics* 2007;119(1):186–192.
96. Martin LB, Collier AP. Attitudes Toward Death: A Survey Of Nursing Students. *Journal Of Nursing Education* 1975;14(1):29-36.
97. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum* 2008;35( 6):955-960.
98. Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student Nurses' Attitudes Towards Death And Dying In South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing* 2008; 14(5):214-220.
99. Smith TL, Feldman RH. Emts' Attitudes' Toward Death Before And After A Death Education Program. *Prehospital Emergency Care* 2006;20(1):89-96.
100. Di Mola G, Crisci MT. Attitudes Towards Death And Dying In A Representative Sample Of The Italian Population. *Palliative Medicine* 2001; 15:372–378.
101. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(1):E43-E50.
102. Matsui M, Braun K. Nurses' And Care Workers' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Older Adults In Japan. *International Journal of Palliative Nursing* 2010; 16(12):593-599.
103. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut D. The Role Of Religion In Death Attitudes:

Distinguising Between Religious Belief And Style Of Processing Religious Contents. Death Studies 2009;33:73–92.

104. Akın B. Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 1996.
105. Ökdem Ş. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Görüş Ve Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1978.
106. Wong PTP. Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure Of Attitudes Toward Death. İn. Neimeyer RA, Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation And Application. Washington DC: Taylor & Francis; 1994. p.121-148.
107. Wood G, Haber J. Reliability And Validity, Nursing Research Methods, Appraisal And Utilization, Mosby. St Louis: 2002.p.311-330.
108. Yaparel R, Yıldız M. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Popülasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998;9(3):198- 204.

## 10. EKLER

### 10.1. Genel Bilgi Formu

Bu çalışma, mesleki uygulamalarında ölümle mücadele, ölüme karşı baş etme mekanizmalarının daha fazla devreye giren ve ölüm olayı karşısında sorumluluk alan hemşirelerin, ölümle karşılaşma durum ve sıklığının ölüme karşı tutumlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Kasım 2011 tarihinde etik kuruldan geçen bu çalışmaya katılmak gönüllülük esaslıdır. Teşekkürler.

#### GENEL BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız (dilerseniz) :
2. Doğum Tarihi : ...../...../.....
3. Medeni Durum: Bekâr ( ) Evli ( )
4. Çocuk:
  - a) VAR ( )
  - b) YOK ( )
5. Ekonomik düzey: İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
6. Çalıştığınız birim
7. Mesleğe başlama yılı:
8. Aşağıdakilerden size uygun olanı işaretleyiniz.
  - a) Klinik hemşiresi olarak çalışıyorum.
  - b) Yoğun bakım hemşiresi olarak çalışıyorum.
9. Şu an çalıştığınız klinikte ölüm riski olan hastanız var mı?
  - a) VAR ( )
  - b) YOK ( )
10. Şu anda hastalarınız arasında sağlık çalışanı olan var mı?

a) VAR ( )

b) YOK ( )

11. Bir yılda tahmini olarak kaç hastanın ölüm anına tanık oluyorsunuz?

.....

12. Hiç ciddi ölüm tehlikesi atlattınız mı?

a) EVET( )

b) HAYIR( )

13. Ciddi bir sağlık sorununuz var mı?

a) EVET( )

b) HAYIR( )

14. Geçirdiğiniz bir ruhsal hastalığınız var mı? (Lütfen açıklayınız)

.....

.....

.....

15. Halen süren bir ruhsal hastalığınız var mı? (Lütfen açıklayınız)

.....

.....

.....

16. Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi?

a) EVET( )

b) HAYIR( )

17. Birinci derece yakınlarınızdan ölüm riskli hastalığı olan var mı?

a) EVET( )

b) HAYIR( )

## 10.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Bu formda bir takım ifadeler bulunmaktadır. Her birini okuyunuz ve o ifadeyle ilgili neler hissettiğinize karar veriniz. Daha sonra hislerinizi yansıttığını düşündüğünü kutuyu işaretleyiniz. Her bir ifade için yalnızca tek bir kutuyu işaretleyiniz. Cevaplanmayan sorular testin geçerliliğini olumsuz etkilediğinden lütfen size en uygun olan şekilde tümünü yanıtlayınız.

Ölçek 7'li likert tipi ölçektir ve sıralaması ilk kutu "tamamen katılmıyorum" dan son kutu "tamamen katılıyorum" a kadar 1'den 7'ye kadar değişmektedir.

1: tamamen katılmıyorum

2: katılmıyorum

3: biraz katılmıyorum

4: kararsızım

5: biraz katılıyorum

6: katılıyorum

7: tamamen katılıyorum

Aşağıda bir örnek ile açıklanmıştır:

Örnek:

1

2

3

4

5

6

7

|                       |  |  |   |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| Kitap okumayı severim |  |  | X |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|---|--|--|--|--|

|                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.                                        |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.               |   |   |   |   |   |   |   |
| 7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.                             |   |   |   |   |   |   |   |
| 11. Ölüm; ağır ve acıdan bir kurtuluştur.                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.                                                   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 18. Yoğun bir ölüm korkum var.                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınıyorum.                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 22. Öldükten sonra sevdiklerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 24. Ölüm ne yaşamın bir parçasıdır ne de değildir.                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümünden sonra bir hayata inanmamdır. |   |   |   |   |   |   |   |
| 29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 31. Ölümünden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 32. Ölümünden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.                          |   |   |   |   |   |   |   |

### 10.3. Etik kurul onayı

T.C.  
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI  
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI  
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 182  
OTURUM TARİHİ : 01 Kasım 2011  
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ  
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Alb. Orhan KOZAK

GATA Etik Kurulu'nun 01 Kasım 2011 günü yapılan 182. oturumunda, GATF Kardiyoloji AD'dan Yük. Hem. Didem AYHAN'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi**" başlıklı, çok merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Toplantıya Katılmadı  
Cem TAYFUN  
Prof.Tbp.Tuğa.

ÜYE

Adnan ATAÇ  
Prof.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Orhan KOZAK  
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı  
Ali Uğur URAL  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Y. Meriç TUNCA  
Prof.DışTbp.Alb.

ÜYE

Ali ALBAY  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

F.Mehmet MUTLU  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı  
Şefik GÜRAN  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Fuat TOSUN  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Mahir GÜLEÇ  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Fatih ÖZDAĞ  
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Aygül AKYÜZ  
Doç.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE

Harun TUĞCU  
Doç.Tbp.Yb.

## **11. ÖZGEÇMİŞ**

Didem AYHAN, 1986 yılında İzmit'te doğdu. Merkez Bankası Derince Anadolu Lisesinde 2004 yılında mezun oldu. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulundan 2008 yılında mezun oldu. GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 6 ay kardiyoloji kliniğinde, 6 ay da kalp ve damar cerrahisi klinik ve yoğun bakımında çalıştı. 2009 yılında GATA Eğitim ve Araştırma hastanesi kardiyoloji A.D. Bşk.lığına atandı. Halen kardiyoloji kliniğinde hemşire olarak görev yapmaktadır. 2010 sonbahar döneminde Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Başkanlığı'nda Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

## 12. TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen değerli tez danışman hocam, Sayın Yrd.Doç.Dr. Cahit PEKYARDIMCI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın örneklemini oluşturan ve yoğun iş temposuna rağmen beni geri çevirmeyen meslektaşlarıma, mesai ve nöbet arkadaşlarıma, araştırmamın istatistiksel analizlerinde ve bu analizleri nasıl yorumlamam gerektiği konusunda bana her zaman yardımcı olan Prof. Dr. Selim KILIÇ hocama ve Doç. Dr. Sultan Ayaz hocama minnetlerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Destek ve sabırlarıyla her zaman yanımda bulunan, beni yalnız bırakmayan eşim Fatih AYHAN'a ve bana karşı her zaman özverilerini, emeklerini ve sevgilerini esirgemeyen, Dr. Çiğdem YÜKSEL'e, anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Didem AYHAN