

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**COVID 19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERİN TANATOFOBİ
DURUMLARININ BELİRLENMESİ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

İclal HALICI

Şubat, 2022

TRABZON

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

COVID 19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERİN TANATOFOBİ
DURUMLARININ BELİRLENMESİ

İclal HALICI

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN

Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde

YÜKSEK LİSANS

Ünvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :28.03.2022

Tezin Savunma Tarihi : 28.02.2022

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN

Trabzon 2022

T.C.
AVRASYAÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

KABULVE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Dr. Öğr.Üyesi Belkız KIZILTAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi İclal ÖZAY HALICI tarafından hazırlanan “**COVID 19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Tanatofobi Durumlarının Belirlenmesi**” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 26/07/2021 gün ve 2021-25 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda oy birliğiyle **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
JÜRİ BAŞKANI

Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN

ÜYE

Prof.Dr. Gülay YEGİNOĞLU

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Cemal BIYIK

ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla dinleyen, danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN'a teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum. Yine çalışmamda konu, kaynak ve yöntem açısından bana her daim yardımda bulunarak yol gösteren ve her zaman örnek aldığım kıymetli hocam Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan kıymetli eşim Prof. Dr. Zekai HALICI'ya ve maddi manevi yanımda olan aileme sonsuz teşekkürler ediyorum.

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “COVID 19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Tanatofobi Durumlarının Belirlenmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

İclal HALICI

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ	3
KABUL VE ONAY	3
ÖNSÖZ	IV
TEZ BEYANNAMESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID 19 Pandemisi.....	3
2.2. COVID 19 Epidemiyolojisi.....	3
2.3. COVID 19 Bulaş Yolları.....	4
2.4. COVID 19 Klinik Bulguları.....	5
2.5. COVID 19 Tanısı.....	5
2.6. COVID 19 Korkusu.....	6
3.1. Tanatofobi.....	7
3.1.1. Ölüm.....	7
3.1.2. Ölüm Korkusu.....	7
3.1.3. Ölüm Korkusunu Etkileyen Faktörler.....	8
3.1.4. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar.....	11
3.1.5. Ölümü Kabullenmeme.....	11
3.1.6. Ölüme Meydan Okuma.....	12
3.1.7. Ölümü Kabullenme.....	12
3.1.8. Ölüm İsteme.....	13
3.2. Hemşirelik ve COVID 19.....	13
3.3. COVID 19 Sürecinde Hemşirelik ve Tanatofobi Durumu.....	14
4. GEREÇ VE YÖNTEMLER	18

4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	18
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
4.4. Veri Toplama Araçları.....	18
4.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	18
4.4.2. Tanatofobi Ölçeği	19
4.4.3. Verilerin Toplanması.....	19
4.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
4.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
4.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	20
4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	20
4.9. Araştırma Soruları	21
5. BULGULAR	22
6. TARTIŞMA.....	27
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	30
8. KAYNAKLAR.....	31
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-1.Etik Kurul Onay Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Etik Kurul Kararı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	22
Tablo 2. Hemşirelerin COVID 19 ile ilgili Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 3. Hemşirelerin Tanatofobi Ölçeğinden Aldıkları Min-Max Puanlar ve Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	24
Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tanatofobi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması.....	25
Tablo 5. Hemşirelerin COVID 19 Özellikleri ve Tanatofobi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması.....	26

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

COVID 19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERİN TANATOFOBİ DURUMLARININ BELİRLENMESİ

İclal HALICI

Avrasya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışmanlar: Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN
2022, 41 (Tez Sayfa), 2 (Ek Sayfalar)

COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev alan hemşireler ile Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan 260 hemşire oluşturdu. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Tanatofobi Ölçeği" kullanılarak toplandı. Hemşirelerin %20'sinin COVID 19 tanısı aldığı, %30.8'inin ailesinde COVID 19 tanısı alan bireyin olduğu, %96.2'sinin COVID 19 sürecinde koruyucu önlemler aldığı, %98.8'inin COVID 19'un yakınlarına bulaşmasından korktuğu, %84.2'sinin COVID 19'un kendisine bulaşmasından korktuğu, %60.8'inin COVID 19 sürecinde ölmekten korktuğu, %59.6'sının COVID 19 sürecinde uyku problemi yaşadığı, %76.9'unun COVID 19 döneminde baş etme stratejileri ile ilgili eğitim almadığı, %66.9'unun COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin Tanatofobi ölçek puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, sürekli ve kalıcı olarak ölüm kaygısı ve korkusu yaşama durumlarının önemsenecek ölçüde olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, hemşire, tanatofobi, pandemi

Master Thesis

ABSTRACT

**DETERMINING THE TANATOPHOBIA STATUS OF NURSES
DURINGTHECOVID-19 PANDEMIC PROCESS**

İclal HALICI

**Avrasya University
Institute of Graduate Sciences
Nursing Department**

**Supervisor's: Dr. Öğr. Belkız KIZILTAN
2022, 41 (Pages), 2 (Appendix)**

The descriptive research, which was conducted to determine the tanatophobia status of nurses during the COVID 19 pandemic, was carried out with nurses working at Atatürk University Research and Application Hospital between October and December 2020. The research population consisted of 260 nurses who voluntarily accepted to participate in the research and were not on leave at the time of the research. Data were collected using the "Descriptive Information Form" and "The Thanatophobia Scale". 20% of the nurses were diagnosed with COVID 19, 30.8% had a family history of COVID 19, 96.2% took protective measures during the COVID 19 pandemic, 98.8% feared the transmission of COVID 19 to their relatives, 84.2% 19 were afraid of getting infected with COVID 19, 60.8% were afraid of dying during the COVID 19 pandemic, 59.6% had sleep problems during the COVID 19 process, 76.9% did not receive training on coping strategies during the COVID 19 period, 66.9% were experienced helplessness, hopelessness, anxiety during the COVID 19 period. It was concluded that the mean score of the Thanatophobia scale of the nurses was at a moderate level, and that the state of constantly and permanently experiencing death anxiety and fear was significant.

Keywords: COVID 19, nurse, tanatophobia, pandemic

1. GİRİŞ

COVID 19 pandemisi, 2019 yılı aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde patojeni tanımlanamayan bir alt solunum yolu enfeksiyonu olarak ortaya çıktı [1]. Pandemi etkeni olan coronavirüsler, üç kere pandemiye neden olmuşlardır. SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Sendrome) 2002 yılında Çin'de yarasa ve misk kedilerinin rezervuar olarak düşünüldüğü ilk coronavirüs pandemisidir [2]. İkinci coronavirüs salgını ise (Middle East Respiratory Sendrome) 2012 yılında Suudi Arabistan'da başlamış ve salgının rezervuarı develer olarak gösterilmiştir [3]. Üçüncü coronavirüs salgını (Severe Acute Respiratory Sendrome) 2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinden dünyaya yayılmış ve salgının etkisi halen devam etmektedir [3]. Salgın, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edildi [4]. Bu son pandemi sürecinde hastalığın ciddi solunum yetmezliğine de yol açtığı için virüse SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Sendrome) adı verildi [5].

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun klinik tabloları hastadan hastaya değişmektedir. Bazı hastalar asemptomatik olarak hastalığı geçirirken bazı hastalar ise ciddi solunum sıkıntısı ile mücadele etmek için yoğun bakım ünitesine yatırılmışlardır [6]. Yaş ve komorbidite gibi erkenler klinik tabloların farklılaşmasına sebep olmaktadır [7]. En sık görülen semptomları ateş, kuru öksürük ve yorgunluk olan SARS-CoV-2'nin anoreksi, ishal, kusma, göğüs ağrısı, dispne, tat ve koku kaybı, hipoksi, dispne ve görüntüleme akciğer değişiklikleri, ARDS'den kaynaklı solunum yetmezliği, septik şok ve multi organ yetmezliği gibi klinik semptomları bulunmaktadır [8].

Bu klinik tablo içerisinde hastaların bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerini karşılayan hemşireler, hızla pandemiye dönüşen COVID 19 ile mücadelede olağanüstü bir rol oynamışlardır [9]. Pandemi içerisinde hem hastaların olağan durumu hem de henüz bir aşının ve etkili tedavi yönteminin bulunmamış olması da bu zorlu sürecin nereye doğru evrileceğine dair belirsizlik oluşturmuş ve tüm sağlık profesyonelleri içerisinde endişe, korku ve kaygıya sebep olmuştur [10]. Bu pandemi koşulları sağlık çalışanları içinde belirsizlik, kaygı ve korku duygularına neden olmaktadır [11].

Tüm dünyada hemşireler; sıkı ve yorucu çalışma, kaynak yetersizliği ve belirsizlik gibi problemlerle baş etmek zorunda kalarak stres ve korku düzeylerinin arttığı ve uykusuzluk ve depresif belirtiler gibi durumlarla psikolojik olarak savaştıkları bildirilmiştir [12, 13]. Hemşireler yoğun bakım ve tedavi süreçlerini yönetirken sürekli olarak duygusal tükenmeye neden olan stresli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle COVID 19 pandemisi sırasında stres ve belirsizliğin yüksek olduğu bir ortamda uzun süreler çalışmak, yoğun bakım ünite veya servisleri içerisinde sürekli yerlerini değiştirmek ve artan iş yükü hemşirelerin daha hızlı tükenmişlik yaşamasına neden olduğu görülmüştür [14]. Bu durum da hemşirelerin, psikolojik sorunlar yaşamasına ve ilerleyen dönemlerde tanatofobi olarak adlandırılan ölüm korkusuna sebep olmaktadır.

Bu araştırmada, COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeli kullanılarak dizayn edilmiştir. Araştırmada, aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır.

- COVID 19 pandemi döneminde hemşirelerin tanatofobi düzeyleri nasıldır?
- Hemşirelerin tanatofobi düzeyleri tanıtıcı ve COVID 19 ile ilgili bazı özelliklerine göre değişmekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID 19 Pandemisi

Coronavirüsler, Coronaviridae ailesi, orthocoronavirinae alt ailesine mensup, tek zincirli, pozitif polariteli, viralkapsiti zarfla çevrili zoonotik virüslardır. Orthocoronaviridae alt ailesinin 4 farklı alt grubu vardır. Bunlar alfa, beta, gama ve delta yeni coronavirüs etkeni betacoronaviridae genusuna mensuptur [5, 15].

Coronavirüsler isimlerini yüzeylerinde varolan bir çıkıntıdan almaktadırlar. Bu çıkıntı elektron mikroskopunda taca benzediği için Latince de taç anlamına gelen 'corona' ismi bu virüslara verilmiştir. Yapısal olarak 4 önemli proteini mevcuttur. Bunlar diken (spike, S) proteini, nükleokapsid (N) proteini, membran (M) proteini ve zarf (envelope, E) proteindir. S proteini virüsün konak hücreye tutunmasına, füzyonuna ve konak hücreye girişini sağlar [16].

Coronavirüsler, 20. Yüzyılın başından beri üç defa pandemiye neden olmuşlardır. Bunların ilki SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Sendrome) 2002 yılında Çin'de ortaya çıkmıştır. Yarasa ve misk kedileri bu ilk salgında rezervuar olarak iddia edilmişlerdir [2]. Salgın yaklaşık olarak 9 ay sürmüştür. 8422 vaka kayıt altına alınmış ve bunların 916'sı hayatını kaybetmiştir [17]. Salgının ölüm oranı %10,9'dur.

İkinci coronavirüs salgını (Middle East Respiratory Sendrome) 2012 yılında Suudi Arabistan'da başlamış ve salgının kaynağı olarak develer gösterilmiştir. İkinci salgın ilk salgına göre çok daha ölümcül seyretmiş olup, ölüm oranı yüzde 34,4'tür [3].

Üçüncü coronavirüs salgını (Severe Acute Respiratory Sendrome) 2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinden dünyaya yayılmış ve salgının etkisi halen devam etmektedir. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre, an itibariyle salgının başlangıcından bu yana 280 milyondan fazla vaka görülmüş ve beş milyon dört yüz binden fazla insanda yeni coronavirüs salgınına bağlı hayatını kaybetmiştir [3].

2.2. COVID 19 Epidemiyolojisi

2019 yılı aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde patojeni tanımlanamayan alt solunum yolu enfeksiyonları bildirildi [1]. Yapılan çalışmalarda bildirilen vakaların Wuhan'da deniz

ürünleri pazarı ile ilişkisi olduğu ortaya çıktı [18]. Genetik bazlı çalışmalar neticesinde patojenin coronavirus ailesine mensup olduğu anlaşıldı. Hastalığın ciddi solunum yetmezliğine de yol açmasından dolayı virüse SARS-CoV-2 adı verildi [5]. Hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte salgının kaynağı hayvanlar olarak düşünüldü. Hastalığın insandan insana bulaşmasının da anlaşılmasıyla birlikte salgın bütün dünyaya yayıldı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020’de pandemi olarak tanımlandı [4].

2.3. COVID 19 Bulaş Yolları

SARS-CoV-2’nin temel bulaş yolu respiratuvar damlacıklardır. Hastaların öksürük, aksırık, hapşırma gibi hareketlerinden sonra havada asılı kalan damlacıklar virüsün insandan insana bulaşını sağlar. Hastaların nefes alıp konuşması bile bulaşa neden olabilir. SARS-CoV-2 aynı zamanda direk temas ile de bulaşabilir. Hasta kişilerin oral, nazal mukozaları ile direk temas da bulaşa neden olabilmektedir [19]. SARS-CoV-2 zarflı bir virüstür. Bundan dolayı herhangi bir yüzeyde bulunabilseler de ortamın nem ve sıcaklığına oldukça duyarlıdır. SARS-CoV-2 diğer korona virüs etmenleri olan SARS-CoV-1 ve MERS’e göre daha bulaşıcı görünmektedir. Epidemiyolojide R_0 değeri bir hastanın hastalığı ortalama kaç kişiye bulaştırabileceğini yansıtan matematiksel bir değerdir. Bu değer 1’den büyük olması hastalığın büyüyeceği, hastalığa yakalanacak insan sayısının artacağını ve bunun bir salgına dönüşeceğini işaret eder [20]. Salgının başlangıcında R_0 değeri 2,97 idi [6].

SARS-CoV-2’nin inkübasyon süresi salgınla mücadelede ve alınacak önlemleri belirlemede açısından oldukça önemlidir. Genel olarak inkübasyon süresi 14 gün olarak kabul edilmektedir. SARS- CoV-2 enfeksiyonunun inkübasyon süresi yaklaşık 5,2 gündür [21]. COVID 19 vakalarında inkübasyon süresi yaşa bağlı olarak değişmektedir. 14 yaşından küçük ve 64 yaşından büyük hastaların inkübasyon süreleri daha uzun olmaktadır [22]. Hastaların semptomlarının başlamasından bir iki gün önce bulaş başlamakta ve semptomatik olduğu sürece bulaş devam etmektedir. Virüs önce hastaların burun boşluğunda ve boğazında çoğalmaktadır. Semptomatik hastalarda viral bulaş oranı semptomatik olmayanlara göre daha fazladır [23].

2.4. COVID 19 Klinik Bulguları

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun klinik dışavurumları da oldukça farklıdır. Bazı hastalar asemptomatik olarak prezente olurken, bazı hastalar ise yoğun bakım ünitesine yatırılıp ciddi solunum sıkıntısı ile mücadele edip hayatlarını kaybedebilmektedirler [6]. Yaş ve komorbidite klinik dışavurum farklılıklarının başlıca sebebidir. Özellikle 60 yaşın üstünde komorbiditesi olan hastalar hospitalizasyon gerektiren ciddi solunum sıkıntılarını yaşamaktayken daha genç hastalar ve çocuklar SARS- CoV-2 hastalığını asemptomatik, hafif ya da hafif pnömoni şeklinde geçirmektedirler [7].

En sık görülen semptomlar ateş, kuru öksürük ve yorgunluktur. Bununla birlikte anoreksi, ishal, kusma, göğüs ağrısı, dispne, tat ve koku kaybı gibi şikayetler daha az sıklıkta görülen şikayetlerdir. Hastalığın şiddeti arttıkça hastaların kliniği de ağırlaşır. Hastaların bir kısmında hipoksi, dispne ve görüntülemelerde akciğer değişiklikleri görülürken, hastaların bir diğer kısmında ARDS'den kaynaklı solunum yetmezliği, septik şok ve multi organ yetmezliği görülür [8].

4-14 günlük bir inkübasyon süresinden sonra hastalar asemptomatik ya da hafif bir hastalıktan, fulminant hastalığa kadar çok geniş bir skalada klinik durum gösterebilirler [21, 24].

COVID 19 semptomları çok spesifik değildir ve diğer viral enfeksiyonlarla benzer klinik özellikler göstermektedir. Ateş, öksürük, yorgunluk, iştahsızlık ve miyalji en sık görülen semptomlardır [25]. Tat ve koku kaybı da COVID-19'da sık görülmekle birlikte COVID 19'a spesifik semptomlar değildirler [26]. Bazı hastalarda ise kusma, ishal, karın ağrısı gibi gastrointestinal şikayetler de görülebilmektedir. Hastalık her yaş ve grupta görülebilmektedir. Hastaların bir kısmında hipoksi, dispne ve görüntülemelerde akciğer değişiklikleri görülürken, hastaların bir diğer kısmında ARDS'den kaynaklı solunum yetmezliği, septik şok ve multi organ yetmezliği görülür [8].

2.5. COVID 19 Tanısı

COVID 19'un hem ülkemizde hem de dünyada oldukça yaygın olması, hastaların ayakta basit bir soğuk algınlığı gibi geçirdiği gibi yoğun bakım ünitelerinde tedavi görüp hatta ölebildikleri bir hastalık olmasından dolayı doğru teşhisin konulması oldukça önem arz

etmektedir. Bunun için en sık kullanılan tanı aracı gerçek zamanlı revers transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonudur [27]. Bu yöntemle nükleik asit amplifiye edilir. Patojene özgü bazı RNA dizileri saptanır. Bu işlem biyogüvenlik seviyesi (BSL) 2 kabinlerde yapılmalıdır. Yani PCR aslında Nükleik Asit Amplifikasyon Testidir [5, 28].

Moleküler testler için genel olarak Nükleokapsid geni, Envelope geni ve Spike geni gibi genler kullanılmıştır. Ancak hastaya COVID 19 pozitif diyebilmek için bunlardan herhangi birisinin rRT-PCR ile taranması yeterlidir [28].

PCR yönteminde genelde nazofaringeal sürüntü test için kullanılmakta olan materyaldir. Ancak alınan bu sürüntü ile yapılan PCR testinde bazı tanıları gözden kaçabildiği için gerektiğinde derin bronkoskopinin de test materyali olarak alınabileceği bildirilmiştir [29].

Sekanslama yöntemi SARS-CoV-2 enfeksiyonunun kaynağını nereden yayıldığını anlamak için kullanılan DSÖ'nün önerdiği bir yöntemdir [5]. Bu yöntem aynı zamanda patojenin genom baz dizisini ortaya çıkardığı için patojenin mutasyon geçirip geçirmediği araştırmaya ve virüsün epidemiyolojik çalışmalarının yapılmasına olanak sağlar [30].

Serolojik testler hastaların SARS-CoV-2'ye verdikleri cevabı ölçmek için hali hazırda kullanılmaktadırlar. Ancak akut enfeksiyonun genel göstergesi IgM en erken 6-7 günde ortaya çıkmakla birlikte genelde ortalama 10 günde pozitifleşmektedir [31].

Bilgisayarlı tomografi PCR testi negatif olup, anamnezi, fizik muayenesi ve klinik bulguları ciddi manada COVID19 tanısını destekleyen hastalarda etkili bir tanı yöntemidir. Yöntem ayrıca COVID 19'un progresyonunu, üzerine eklenebilecek enfektif ve nonenfektif birçok respiratuvar ve kardiyovasküler patolojiyi de gösterebileceğinden dolayı önemli bir tanı aracıdır. Ancak bilgisayarlı tomografi hastaların iyileşmesinin takibinde kullanılması önerilmez. Gerek periferik bilateral gerek de multifokal buzlu cam opasiteleri ve ters hale ile organize pnömoninin diğer bulgularının varlığı BT'de COVID 19 pnömonisi düşündürülen bulgulardır [5, 32].

2.6. COVID 19 Korkusu

COVID 19 pandemisi tüm sağlık profesyonelleri ve halk içerisinde endişe, korku ve kaygıya sebep olmuştur [10]. Pandemi içerisinde hem hastaların olağan durumu hem de henüz bir aşının ve etkili tedavi yönteminin bulunmamış olması da bu zorlu sürecin nereye

doğru evrileceğine dair belirsizlik oluşturmuştur. Belirsizlik, yani geleceğin ve gelecek ile ilgili beklentilerin net olmaması hali insan psikolojisi üzerinde olumsuz etkiler bırakabilen bir kavram olarak tanımlanmaktadır. İnsanoğlu, yaratılışı gereği geleceğinden emin olmak istemekte [33] ve pandemi koşulları insanoğlunda belirsizlik, kaygı ve korku duygularına yol açmaktadır [11]. Pandemi sürecinde kaygı, korku ve belirsizlik çok yönlü etkileşim halinde olmaktadır. Belirsiz olay ve durumlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak negatif reaksiyon gösterme yatkınlığı tahammülsüzlük olarak kendini göstermektedir [34].

3.1. Tanatofobi

3.1.1. Ölüm

Yaşam, doğumla başlayıp ölümle biten evrensel bir gerçekliktir. Bu sürecin sonunda gerçekleşen ölüm; değişen toplumlara, kültürlere, bireylere ve coğrafyalara bağlı olarak her zaman farklı şekilde tanımlanmıştır [35]. Farklı inançlar ve kültürel özelliklere göre ya yeni bir hayatın başlangıcıdır ya da bir yok oluştur. Ölüm olgusu, dşnrlere tarafından, bazen “kaçınılması, uzak durulması, unutulması gereken bir olgu” olarak değerlendirilirken, bazen de “hayatın kaçınılmaz gerçeği”, “hayata anlam kazandıran, hayatı tamamlayan bir unsur” olarak değerlendirilmiştir [36]. Biyolojik olarak tanımı; hücrelerin, organların veya organizmanın yaşamsal faaliyetlerini tam olarak kaybetmesi, fiziksel ve kimyasal etkinliğini yitirmesi veya canlılık durumunun sonlanmasıdır [37].

3.1.2. Ölüm Korkusu

Thanatofobi; Yunanca “Thanatos” ve “phobos” kelimelerinin birleşmesiyle oluşturulmuş bir tanımlamadır ve ölüm korkusu anlamına gelmektedir. Ölüm süreci veya ölümden sonra ne olduğu düşünüldüğünde ortaya çıkan anormal derecede büyük bir korku veya endişe duyulması halidir. Doğumdan itibaren başlayıp yaşam boyu süren, insanın artık var olmayacağının, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin fark edilmesi sonrası gelişen bir duygudur [38].

Ölüm korkusunun ne olduğu tam olarak üzerinde uzlaşılmış bir kavram değildir. Ölüm kaygısını ilk tartışan teorisyenlerden birisi olan Freud’a göre bilinçaltı kendi ölümünü

kabullenmez ve ölümsüz olduğuna inanır [39]. Yalom, "Ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunur ve ölüm korkusu o kadar büyüktür ki, hayat enerjisinin büyük bir bölümü ölümün inkarında harcanır" der [40]. Tomer ve Eliason; ölüm korkusunu, benliğin var olmadığı bir durum beklentisiyle kışkırtılan olumsuz bir duygusal tepki [41], Farley; ölme veya var olmayı bırakma süreci düşünüldüğünde ortaya çıkan korku veya endişe duygusu olarak tanımlamışlar [42]. Aslında ölüm korkusu doğuştan var olan bir korkudur. Tanımı ne olursa olsun dünyaya gelen her canlı varlık ne kadar ölüm kavramını tanımıyor olsa da ölüm korkusunu beraberinde getirir. Bu korkunun, aslında bireyin yaşama isteğinden kaynaklandığı düşünülmektedir [43].

Ölümün bilinemezliği ve öngörülemezliği ölüm konusunda insanları kaygıya sürüklemektedir. Ölüm anının ve acını varlığı, insanın öncelikle kendi bedeni olmak üzere, sahip olduğu sevdiği şeyleri kaybedecek olduğu düşüncesi, ölümün ne zaman ve ne şekilde olacağının öngörülemez olması ve ölüm sonrası neyin olacağının bilinemez olması ölüm konusunda kaygı sebebi olarak görünmektedir [41]. İnsan hayattaki en temel kaygı olan ölüm kaygısı, pek çok kaygının da temel sebebidir. Özellikle varoluşçu psikologlara göre, ölüm kaygısı pek çok kaygının ve fobinin temelinde olan unsurdur. İnsanlar, enerjilerinin büyük bir kısmını bu kaygıyı kontrol etmeye harcarlar [44].

3.1.3. Ölüm Korkusunu Etkileyen Faktörler

Ölüm korkusunun varlığını neyin etkilediği hala tartışmalıdır. Ölüm korkusunu etkileyen faktörler üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kompleks bir varlık olan insan için herhangi bir duygu durumunu tek bir koşula bağlamak doğru değildir, hele ki söz konusu duygu durumu ölüm korkusu gibi bir mesele ise birçok unsur birlikte ele alınmak daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Dindarlık, cinsiyet, psikolojik durum ve yaş gibi birçok değişkenin ölüm kaygısını etkilediği öne sürülmüştür. Ölüm kaygısını etkileyen birbiri ile ilişkili ya da bağımsız sayısız faktör olabileceği bir gerçektir [45].

Cinsiyetin ölüm korkusu ile ilişkisini inceleyen pek çok çalışma literatürde mevcuttur. Ancak cinsiyet ile ölüm korkusu arasındaki ilişki hala tartışılmalı bir konudur. Çünkü bazı raporlar erkeklerde daha fazla ölüm kaygısı yaygınlığı olduğunu ve diğerleri de kadınlarda daha fazla ölüm kaygısı yaygınlığı olduğu tanımlamaktadır. Dolayısıyla cinsiyetin koruyucu veya zararlı bir etki oluşturup oluşturmadığı hala belirsizdir. Fortner ve Neimeyer'in yaşlı

yetişkinlerde ölüm kaygısı üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerde ölüm kaygısı yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuştur [46]. Beshai, ölüm kaygısının kadınlarda daha sık olduğunu bildirmiştir [47]. Benzer şekilde kanser hastalarının yakınlarının ölüm kaygısı üzerine yapılan bir çalışmada kadınlarda ölüm korkusunun erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [48]. Ertufan, çeşitli branşlardan hekimler üzerinde yaptığı araştırmasında kadın katılımcıların ölüm kaygısı seviyelerinin anlamlı biçimde erkeklere göre daha yüksek olarak ölçümlenmiştir [49]. Yapılan araştırmalardan kimilerinde erkeklerde ölüm korkusunun kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu saptamıştır, kadınların ölümü tarafsız şekilde kabullendikleri ileri sürülmüştür [50, 51]. Ek olarak erkeklerin ölüm kaygısının soyunu sürdürememe kaygısı ile paralel olduğu kadınların kaygılarının ise kendi vefatlarının ardından aile düzeninin bozulacağı ile ilgili olduğu düşünülmüştür [52]. Kastenbaum yaptığı çalışmada ölüm korkusunun kadınlarda daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ancak bu durumun esasen erkek kadın arasında bir fark nedeni ile olmadığını, kadınların ölüm korkusunu daha fazla ifade ettikleri için ortaya çıktığını söylemiştir [53]. Bazı çalışmalarda da cinsiyet değişkeni ile ölüm korkusu arasında herhangi bir ilişki olmadığı bulgulanmıştır [38, 54].

Yaş faktörü ile ölüm korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi için ilgili literatüre bakıldığında bu konu üzerine bir fikir birliği olmadığı görülmektedir. Kastenbauma göre, ölüm korkusu ile yaş değişkeni arasında yapılan araştırmaların çoğunda ölüm korkusunun yaşlılarda; genç yetişkin ve erkeklere kıyasla daha düşük olduğu gözlemlenebilmiştir [53]. Benzer bir çalışmada ölüm kaygısı ile yaş arasında negatif korelasyon olduğu bildirilmiştir [55]. Aksine ölüm kaygısının 20'li yaşlardaki gençlerde belirgin bir şekilde daha fazla olduğu başka bir çalışmada belirtmiştir [56]. Yine Russac tarafından, kadın ve erkeklerin 20'li yaşlarında ölüm korkularının en yüksek seviyeye ulaştığı gözlemlenmiştir, ayrıca 50 yaşlara gelindiğinde ise sadece kadınların bir zirve daha yaşadıkları gözlemlenmiştir [57]. Öte yandan kimi araştırmacılar da ölüm kaygısı ile yaş arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadığını belirtmiştir [58, 59]. Ölüm korkusunu açık ve gizli boyutları ile ele alan bir çalışmanın sonuçlarına göre genç erişkinlerin gizli boyuttaki ölüm kaygıları yaşlı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaşlı bireylerin açık ölüm kaygısı daha yüksek bir değer göstermiştir [60]. Ölüm, her yaş grubundan insanda rastlanabilen bir olgu olduğundan, ölüm korkusu ile yaş faktörü arasındaki ilişkiye dair bulguların çelişkili olması doğal karşılanabilir. Dolayısıyla bu konudaki çelişkili bulguları, daha çok ilgili çalışmalardaki

katılımcıların kişisel yaşantılarındaki farklılıklara bağlamak daha makul görünmektedir. Ölüm kaygısının kişinin yaşamayı umduğu süre ile tıbbi olarak öngörülen ömür arasındaki farktan kaynaklandığını belirten düşünürler de vardır [61]. Bu yargı da ölüm korkusu ile yaş arasındaki ilişkinin göreceliliğine dair fikir vermektedir.

Literatür incelendiğinde çalışmaların din ile ölüm kaygısı arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koydukları açıkça saptanmıştır [62, 63]. Birçok çalışma, dindar bireylerin daha az düzeyde ölüm kaygısı hissettiğini saptasa da bunun tersi sonuçlara da rastlanmak mümkündür. Bu doğrultuda dini özellikler ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını, aşırı dindar ve dinsiz insanların ölüm kaygısının bu doğrultuda açıklanamayacağını, ölümü hatırlamanın dini inancı geçici bir süre güçlendirdiğini ancak tutarlı sonuçlar elde edilmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur [64, 65]. Aslında ölüme ve ölümden sonraki yaşam inançlarına yönelik tutumlardaki kültürler arası çeşitlilik olması, hem kültürler arası araştırma yapılmasını gerektir hem de ölçüm zorluklarını artırır. Ölüm korkusunun dini inancı motive ettiği, yani ölüm korkusunu fazlaca yaşayan bireylerin dine daha fazla ilgi duyduklarını ya da dini inancın ölüm korkusunu azalttığı yani dindar bireylerin ölüm korkusunu daha az yaşadıklarını savunan görüşler mevcuttur [66].

Araştırma sonuçları incelendiğinde ölüm korkusu ile medeni hal arasındaki ilişkinin çelişkili sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bekar ve evli bireylerin ölüm korkuları incelenmiş, bekar bireylerde ölüm korkusunun anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu ilişkinin evlilik hayatının kişiye sağladığı sosyal imkanlar ve güvenlik hissinden dolayı beklenebilir bir durum olduğu belirtilmiştir [67]. Başka bir araştırma ise, literatürde bu konuda ifade edilenlerden farklı olarak evli olan bireylerde bekar bireylere kıyasla ölüm korkusu daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun evli olanların eş ve çocuklarına karşı olan sorumluluklarından kaynaklandığı düşünülmüştür [49]. Hekimler üzerinden yapılan bir çalışmada medeni hal ile ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aynı çalışmada boşanmış bireylerin diğerlerine göre daha fazla ölüm korkusu taşıdıkları bildirilmiştir [68]. Başka bir çalışmada evli katılımcıların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, medeni hal ile ölüm korkusu arasındaki ilişkiye dair birbiri ile çelişen sonuçların literatüre yansdığı görülmektedir.

Ölüm düşüncesi bazı bireyler için stres kaynağıdır. Bazıları için ise stresten kurtulma yoludur. Yani kimileri için bir yok oluşken, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır.

Ölüm, bazı bireyler için aslında daha önce ölmüş sevdiği bir kişiye kavuşma inancıdır [69]. Ölümü yok oluş olarak değerlendiren bireyler ise yaşam ile ilişkilerini kesen bir tehdit olarak algılamaktadırlar. Aslında yaşamın doğumdan ve ölüme kadar olan bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekir. Ölümün yaşam sürecinin bir parçası olduğunu kabullenebilmek kendimizi bütün olarak algılamamızı sağlar [70]. Zaman zaman ölüm düşüncesinin aklımıza gelmesi normal bir durumdur. Ancak bunun bir sınırının olması gerekir. Aşırı ve sürekli olarak ölümün düşünülmesi ruh sağlığımızı olumsuz olarak etkileyebilir. Bireylerin ölüm karşısında geliştirdiği tutumlar belirli bir denge içinde olmalıdır. Aksi bir durumda kaygı düzeyimiz artar [71].

3.1.4. Ölüme Karşı Geliştirilen Tutumlar

Kişinin kendi ölümü karşısındaki tutumları; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört ana başlık altında toplanabilirken; başkalarının ölümünde buna yas tutma süreci de eklenmektedir [72].

3.1.5. Ölümü Kabullenmeme

Günümüzün modern toplumlarında; cinsellik, refah ve mutluluk düşüncesi ön planda yer almaktadır. Hatta ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek her şeyden uzak kalmak çağdaş bir davranış biçimi olarak yer almaya başlamıştır. Birey ölümü yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır [73]. Modern insan, yaşamının her alanından uzaklaştırmak istediği ölümü, hastane odalarına taşımakta, ayrıca ölüleri gözden ve şehirden uzak, mezarlıklara veya film sahnelerine hapsedmeye çalışarak ölümün duygusal yükünden kurtulmaya çalışmaktadır. Ölüm, insan yaşamının sınırlarının dışına itilmiş bir durumdadır. Ölümü hatırlamamak, onunla hiç karşı karşıya gelmemek, onun hakkında düşünme fırsatı bulmamak için kendini günlük işlerine, çalışmalarına vermek, hayatı çok yoğun olarak yaşamaktır [52].

3.1.6. Ölüme Meydan Okuma

Ölümsüzlük arzusu; bireylerin hem ölümü kabullenmesi hem de ölümsüz olmayı arzulaması olarak tanımlanmaktadır [74]. Bu arzu insanlığın varoluşundan bu yana farklı kültürlerde farklı biçimde sergilenmiştir. Piramitlerin inşa edilmesi bunun güzel örneklerinden birisidir. Firavun öldükten sonra hayatına kaldığı yerden devam edebilmesi için inşa edildiği kayıtlara geçmiştir. Sonsuza dek yaşama arzusunun ve ölüme meydan okumanın ifade edilmesidir [75].

3.1.7. Ölümü Kabullenme

Ölümü kabullenme tutumunda ölümün , hayatın bir parçası olduğu kabul edilir. Ölümün yaşam sürecinde kaçınılamaz bir parça olduğunu ve ölümden sonraki hayata bir geçiş olduğuna inanmak tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme olarak tanımlanmaktadır. Ölümün bireyi yaşamda karşılaşılan ve baş edilmek zorunda kalınan her türlü zararlardan kurtaracağına inanmak kaçış kabullenme olarak tanımlanmıştır. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ise kişinin ölüme yaklaştığı sürede hissettiği korku ile ölümün neden olduğu kaygı duygusunu azaltmak amacıyla ölüm olgusunu düşünmekten veya bununla ilişkili konuları konuşmaktan kaçınma olarak adlandırılmıştır [74]. Ölümü kabullenme tutumunda, ölüm hayatın bir parçası olarak kabul edilir. Bazı düşünürler ölümü hayatı sürdürmemizdeki temel sebep olarak görürler. Heidegger, her insanın kendi ölümlülüğünü iç tecrübe ile kavraması gerektiği ancak bu durumda hayatın gerçek anlamını bulabileceği savunmaktadır. İnsan ölüm yönünde varlık olduğunu kabul ettiği sürece dünyadaki sorumluluklarının farkına varacaktır. Kierkegaard ölüm olgusunun kavranması önemini benzer şekilde desteklemiştir [76]. Genel olarak hayatını iyi bir şekilde değerlendirdiği duygusuna sahip olan kimseler, ölümü sükunetle kabullenme tutumu gösterirler. Dini bakış açısının ölüme yaklaşımda sükunet, boyun eğme ve kabul tutumunu doğuracağı tahmin edilebilir. Bununla birlikte bütün dindarlarda aynı eğilimin ortaya çıkmasını beklemek de gerçekçi olmaz. Yaşanan dinin özelliği ve kişinin dini inanç ve görevlere kendisini veriş derecesi bu hususta önemli bir etken olarak gözükmektedir [77].

3.1.8. Ölüm İsteme

Bilinçli ya da bilinçsiz olarak yaşanan ölüm isteği, çağdaş kültürde tahmin edildiğinden daha yaygın olarak gözlenmektedir. Freud'un hayatın aslı olan cansız maddeye dönmeye duyulan istek ve eğilimi biyolojik temelli bir içi güdüdür. Jung ise manevi hayata işaret eden içgüdüyü desteklemektedir [69]. Ölümün bireyin kendi iç derinliklerine doğru tehlikeli bir özlem duyması, kendi iç kaynağında yok olup gitme özlemi ve cennete gitme özlemi olduğu ifade eden düşünürler mevcuttur. Bazı araştırmacılar, insanın bilinçaltında varlığını güçlü bir şekilde hissettiren ölüm arzusu ve hasretini, ana rahmindeki rahat ve huzurlu yaşama dönmenin bir ifadesi olarak yorumlamaktadır [78].

3.2.Hemşirelik ve COVID 19

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan COVID 19 virüsü, damlacık yoluyla bulaşmasından dolayı hızla tüm dünyaya yayıldı. Ülkemizde ise ilk vaka 10 Mart 2020 tarihinde görüldü ve hızla vaka sayısı arttı [79]. Türkiye'de ilk vakanın görülmesiyle virüsün yayılımını azaltmak ve geciktirmek amacıyla geniş çapta önlemler alındı. Bu önlemler alınırken özellikle sağlık alanındaki meslek grupları önemli görev ve sorumluluk üstlendi [80].

En büyük küresel sağlık işgücü olan hemşireler, COVID 19 salgınında servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde, hastaların bakım ve tedavilerinde etkin rol almışlardır. Bu salgınla mücadele için kaliteli bakım sağlamayı taahhüt etmektedirler. Çeşitli stratejiler geliştirme ve uygulama, acil servislerde triaj sağlama, test alanlarındaki uzun kuyruklarda insanları tarama, halkı eğitme ve personele enfeksiyon kontrol teknikleri hakkında bilgiler verme, halk sağlığının sağlanmasına katkıda bulunma gibi hayati öneme sahip konularda önemli roller üstlenmişlerdir [81].

COVID 19 pandemisinin başlamasından sonra yapılan bir çalışmada hemşirelerin, %36.3'ünün mental sağlık üzerine kitaplar okudukları, %50.4'ünün sosyal medyadan üstesinden gelmeyi güçlendirici etkinlikler yaptığı, %17.5' inin ise profesyonel psikolojik destek aldığı bildirilmiştir [82].

Çin'de çoğunluğu hemşirelerden oluşan büyük bir örneklem üzerinde yapılan bir araştırmada COVID 19 salgınının sağlık çalışanları üzerinde yarattığı psikolojik stresi

araştırıldı ve sonuçlar, katılımcıların önemli bir bölümünün depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve sıkıntı belirtileri bildirdiğini göstermiştir. Çin'in Wuhan kentinde pandemi için ön saflarda çalışan sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin ruh sağlığı semptomlarının, diğer sağlık çalışanlarından daha ağır derecede olduğu bildirmiştir [83].

Bununla birlikte, bazı araştırmalar, güvenli bir çalışma ortamına ve iyi bir sosyal destek sistemine sahip olmanın, pandemiler sırasında hemşireler arasındaki stresi ve olumsuz duyguları hafifleteceğini öne sürmektedir [84].

3.3. COVID 19 Sürecinde Hemşirelik ve Tanatofobi Durumu

Tüm sağlık profesyonelleri içerisinde hemşireler, hızla pandemiye dönüşen COVID 19 ile mücadelede olağanüstü bir rol oynamaktadırlar. Pandemi süresi boyunca acil servislerde, enfeksiyon kontrol ünitelerinde, yoğun bakım ünitelerinde ve COVID 19 hasta servislerinde hayatlarını riske atarak yoğun çaba harcayan hemşireler; hastaların bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerini karşılamışlardır [9].

Vakaların ilk görülmeye başladığı Wuhan kenti başta olmak üzere hemşireler; sıkı ve yorucu çalışma, kaynak yetersizliği ve belirsizlik gibi problemlerle baş etmek zorunda kaldılar. Bu nedenle hemşirelerin zamanla stres ve korku düzeylerinin arttığı ve pandemi sırasında uykusuzluk ve depresif belirtiler gibi durumlarla psikolojik olarak savaştıkları bildirilmiştir [12, 13].

Çin'de sağlık profesyonelleri üzerinden yapılan bir çalışmada depresyon oranı %50, anksiyete oranı %45 ve uykusuzluk oranı %34 olarak bulunmuştur [83]. 509 hekim ve hemşire ile yapılan bir çalışmada şiddetli anksiyete oranı %25,9 ve yüksek stres oranı %56,4 olarak bulunmuştur [13]. 994 sağlık uzmanıyla yapılan bir diğer çalışmada da bu sağlık profesyonellerinde görülen semptomların %36,9'u ruh sağlığı bozuklukları olarak tanımlanmıştır [82][80]. 85 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan bir ankette de COVID 19 sürecinde temel belirtilerin iştah azalması veya hazımsızlık (%59) olduğu ve yorgunluk (%55), uyku güçlüğü (%45), sinirlilik (%28), sık ağlama (%26) semptomlarının takip ettiği bildirilmiştir [85, 86]. Aralarında 78 hemşirenin bulunduğu 317 sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bir ankette pandemi sırasında %65,5'i kaygıyla ilişkili semptomlar yaşadığı ve psikolojik sıkıntıya ilişkin olarak %37,5'inin patoloji göstermediği, %26,5'inin olası

psikolojik patoloji gösterdiği ve %36.0'nın psikolojik patoloji belirtileri gösterdiği bildirilmiştir [87].

Hemşireler yoğun bakım ve tedavi süreçlerini yönetirken sürekli olarak duygusal tükenmeye neden olan stresli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle COVID 19 pandemisi sırasında stres ve belirsizliğin yüksek olduğu bir ortamda uzun süreler çalışmak, yoğun bakım ünite veya servisleri içerisinde sürekli yerlerini değiştirmek ve artan iş yükü hemşirelerin daha hızlı tükenmişlik yaşamasına neden olduğu görülmüştür [14].

İş yükü oldukça fazla olan hemşireler, klinik birimlerde depresif ve stresli semptomlar, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü ve hafıza sorunları gibi ciddi problemler yaşadığı gözlemlenmiştir [88]. Ayrıca hemşirelerin yoğun iş stresinin yanında bu süreçte aile üyelerinden ve sevdiklerinden izole yaşaması, yüksek riskli bölgelerde çalışması ve enfekte bireylere bakım sağlaması zorlayıcı faktörler arasındadır [82]. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerdeki stres nedenlerinden birinin enfekte olma korkusu olduğunu göstermiştir. Ön saflarda bulunan hemşireler, genel sağlıklarının değiştiği ve fiziksel ve zihinsel yorgunluk, yüksek düzeyde kaygı ve depresyon, diğer duygusal bozukluklar, işlevsiz bilişsel tepkiler, uyku sorunları, kişilerarası ilişkilerde güçlük, madde kullanımı ve hatta travma sonrası stres gözlemlenmiştir [89, 90]. Yapılan bazı araştırmalarda sağlık profesyonelleri arasından COVID 19 ile enfekte hastalarla doğrudan teması giren hemşirelerin, pandemi sırasında bu olumsuz sonuçları geliştirme riskinin en yüksek olduğu sonucuna varmıştır.

Pandemi sürecindeki bu olumsuz durumlara sürekli maruz kalma, aile üyelerine bulaşma korkusu ve birçok kez maruz kaldıkları izolasyon veya sosyal ayrımcılığa maruz kalmaları, profesyonel işlevlerini yerine getirmelerini etkilemekte ve dikkat sürelerini, anlayışlarını ve karar verme yeteneklerini önemli ölçüde azaltmaktadır [83, 91]. COVID 19 pandemisi ile ilgili stres, ölüm korkusu, sevdiklerine bulaştırdıkları için suçluluk duygusu, olası şiddete ilişkin endişe başlıca stres yaratan konular arasındadır [92]. COVID 19'dan etkilenen hastalarla doğrudan temas veya hastalığa yakalanma korkusu, genel bir stres, etkisizlik ve de karar verme stresinin ortaya çıkmasına neden oldu [93, 95]. Bir başka araştırmada da pandemide ki stresle ilgili olası faktörlere ilişkin sağlık profesyonellerine sorular sorulduğunda pandemi konusunda belirsizlik, ölüm korkusu, suçluluk duygusu ve şiddet olasılığı konusunda endişe duyduklarını dile getirmişlerdir [92].

Hemşirelerin işlerinin doğası gereği hastalarla yakın temas halinde olmaları gerektiğini ve bunun enfekte olma riskinden dolayı zihinsel sıkıntıya neden olabileceğini

bildirdiler. Ayrıca, bu yakın ilişkinin ve kirli ortamın onları yeterli uyku ve dinlenmeden geri bıraktığını ve stres ya da kaygıyı daha da artırdığını belirttiler. Yapılan bir araştırmada bir hemşire "...Bu her an bana bulaşabilecek kişilerle ilgilenmem gereken bir durum ve bu durumda enfeksiyonu aileme bulaştırabileceğim veya ölebileceğim gerçeği bile korkutuyor, benim hayatıma ne olacak..." diyerek ölüm kaygısı ve korkusunu dile getirmiş ve başka bir hemşire de "... Korkumun yanı sıra korkmama ve hastalarla iyi iletişim kuramama gibi nedenlerden dolayı hastalarla iletişim kurmaktan kaçınmaktayım ve genel olarak, hiç iyi bir duygu değil, kendime üzülüyorum. Her an bana bulaşabilir, ben de aileme bulaştırabilirim, veya ölebilirim bile..." [96] söylemlerini dile getirmiş ve COVID 19 pandemisinin hemşireler üzerindeki olumsuz etkilerini göstermiştir [97].

COVID 19 hastalarının ölümü ve hemşirelerin enfekte olma riski hemşireler üzerinde ölüm kaygısı yaşatmaktadır. Ölüm kaygısı bilişsel, duygusal ve deneyimsel yönleri içeren çok boyutlu bir yapıdır [98]. 'Kendini var olmadığı bir durumun beklentisiyle indüklenen olumsuz bir duygusal tepki' olarak tanımlanan 'ölüm kaygısı' [99], COVID 19 sürecinde hemşireler üzerinde etik zorluklar sunar ve hastaları sağlığına kavuşturmaya güçlü bir şekilde odaklanan hemşirelerin bu tıbbi görevinde eksiklikler oluşturmaya başlar [100]. Hemşirelerin hem ölmekte olan hastalar ve aileleri ile iletişim kurmaya hazır olmayabileceklerini [101, 102] hem de ölmekte olan hastaları gözlemlerken endişeli olabileceklerini göstermiştir [103]. Ayrıca, hemşirelerin ölüme yönelik tutumları, hastalara yönelik empatilerini [104], bakımın kalitesini [100] ve hastaların ölümünün stresiyle başa çıkma yollarını [105] etkilemektedir.

Herhangi bir hemşirenin ölüme karşı güçlü inançları ve tutumları göz önüne alındığında, hemşirelerin bakıma karşı olumsuz tutumlar geliştirmekte olduğu ve kendilerini ölümden uzaklaştırarak veya ölümden kaçma davranışları uygulayarak ölüm korkusu ile başa çıkma yöntemleri uyguladıklarını göstermiştir. [100] COVID 19 pandemisinde hemşirelerin yaşadığı bu zorluklara ve psikolojik sorunlarla ortaya çıkan ölüm korkusu, ölen kişinin bakımına yönelik tutumla negatif ilişkili olmasına rağmen çoğu hemşirenin yaşamın sonunda insanlara bakım ve duygusal destek vermesi ve dinin güçlü bir aracı olması muhtemelen hemşirelerin psikolojisi üzerinde olumlu etkilere neden olmuştur. Hatta 'hemşirelerin çoğu' ölümü yaşamın doğal bir parçası ve öbür dünyaya açılan bir 'geçit' olarak kabul etmiştir [100].

Japonya'da FATCOD-B formu (Japon versiyonu) ve Ölüm Tutumu Envanteri (ÖTE) kullanarak 178 hastane hemşiresiyle yapılan bir çalışmada hemşirelerin, ölen kişinin bakımına yönelik olumlu tutum sergilediği gözlemlenmiştir [106]. Ayrıca Japonya'da yapılan bir başka çalışmada da huzur ve yaşlı bakım evlerinde 177 bakım çalışanının yaşam sonu bakımında iyi tutumlara sahip olanlarının daha az ölüm korkusu yaşadığı ve ölümü bir kaçış yolu olarak daha az kabul ettiği bildirilmiştir [107]. Benzer şekilde ABD'de Dunn ve arkadaşlarının 58 onkoloji ve tıbbi-cerrahi hemşiresi ile yaptığı bir ankette, hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımına yönelik olumlu tutumları olduğunu ve ölmekte olan hastalarla ilişki geliştirmede tereddüt etmediklerini bulguladı [104]. Dikkat çekici bir şekilde, onkoloji ve diğer hemşireler arasında da ölen hastalara karşı tutumun benzerlik gösterdiği görülmüştür. Kısacası, hemşirelerin ölüme karşı tutumu ile ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumları arasında ters bir ilişki vardır. Yani, ölüm konusunda daha endişeli olan hemşirelerin daha az olumlu olduğunu söylenebilir. Bu değişken durum hemşirelerin yaşı, hemşirelik iş deneyiminin uzunluğu, ölüm ve ölümdaki eğitim düzeyi, kültürleri ve ayrıca dinleri gibi bir çok faktörle ilişkilendirilebilir [100].

4. GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak tasarlanmış ve uygulanmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeli kullanılarak hazırlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev alan 640 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan, araştırmaya katılmayı kabul edip online anketi eksiksiz dolduran hemşireler araştırmanın örneklemini (n=260) oluşturmuştur.

4.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kullanılan araçlar;

4.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır [108]. Form Hemşirelerin tanıtıcı ve COVID 19'a yönelik durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayıları, nasıl bir aile tipine sahip oldukları, kronik hastalıklarının varlığı, alışkanlıklar (sigara, alkol) ve COVID 19'a yönelik durumlarını sorgulayan 10 soruyu içeren toplam 19 maddeden oluşmaktadır .

4.4.2. Tanatofobi Ölçeği

Merrill ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarının ölüm korkusunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve 2019 yılında iftioğlu ve Harmancı Seren tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır [109]. Ölçek toplamda yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerine verilecek yanıtlar yedi dereceli likert tipte olup, maddeler “Kesinlikle katılmıyorum” kategorisinden başlayarak “Kesinlikle katılıyorum” kategorisine doğru 1'den 7'ye doğru puanlanmıştır. Ölçekten alınan ortalama puan arttıkça kişinin ölüm korkusunun arttığı şeklinde değerlendirilmekte ve yorumlanmaktadır.

iftioğlu ve Harmancı Seren'in çalışmasında, Cronbach Alfa Katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa Katsayısı 0.96 olarak bulundu. Cronbach Alfa katsayısı 0.80-1.00 arasındaysa yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir [110].

4.4.3. Verilerin Toplanması

Veriler toplanmaya başlamadan önce hastane yönetiminden izin alındı ve sonra hemşirelerin bağlı oldukları online gruplar ile anketler paylaşılarak çalışmanın amacı anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin online anketi doldurmaları ifade edildi. Bu gruplarda bulunmayan hemşirelere Whatsapp telefon uygulamalarından ya da sosyal medya hesaplarından ulaştırılarak çalışmanın amacı anlatılmış, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmaya çalışılmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve ölçeğin uygulanması hedef kitleye Google form kullanılarak bir kere gönderilmiştir. Google form tarafından bir soru cevaplanmadan diğerine geçilemeyeceği için eksik veri olmamıştır. Test yaklaşık 5-7 dakika srmştir. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

4.5. Araştırmanın Değerşkenleri

Bağımsız Değerşkenler: Hemşirelerin tanıtıcı ve COVID 19'a yönelik durumlarına ait zellikleri.

Bağımlı Değerşkenler: Tanatofobi lek puan ortalamaları.

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdeler, dağılımlar, varyans analizi, ANOVA Testi, bağımsız gruplarda t testi ve Cronbach alfa analizi kullanıldı. İstatistiksel farklılık incelenirken; anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı varsayıldı.

4.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (B.30.2.ATA.0.01.00/401 – 01.10.2020) (EK-1). Araştırmaya katılacak hemşirelere araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve araştırma için ayırmaları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları açıklandı. Araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve araştırmaya katılmanın herhangi bir risk taşımadığı belirtildi ve sözel izin alındı. Elde edilen bilgilerin ve kimliğinin gizli tutulacağı hemşirelere açıklandı ve araştırmaya katılan her bireye eşit davranıldı. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirildi. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı.

Kullanılan ölçek izni Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan alındı.

4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmadan elde edilen sonuçlar Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları çalışma kapsamına alınan hemşirelere genellenebilir.

4.9. Araştırma Soruları

- COVID 19 pandemi döneminde hemşirelerin tanatofobi düzeyleri nasıldır?
- Hemşirelerin tanatofobi düzeyleri tanıtıcı ve COVID 19 ile ilgili bazı özelliklerine göre değişmekte midir?



5. BULGULAR

COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	240	92.3
Erkek	20	7.7
Eğitim Durumu		
Lise	30	11.6
Lisans	192	73.8
Lisansüstü	38	14.6
Medeni durum		
Evli	187	71.9
Bekar	73	28.1
Çocuk Sayısı		
Yok	89	34.2
1-2	136	52.3
3 ve üstü	35	13.5
Aile Tipi		
Çekirdek	240	92.3
Geniş	17	6.5
Parçalanmış	3	1.2
Kronik Hastalığın Varlığı		
Evet	60	23.1
Hayır	200	76.9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	82	31.5
Hayır	174	66.9
COVID döneminde başlanan	4	1.6
Madde Bağımlılığı Durumu		
Evet	0	0.0
Hayır	260	100.0
Yaş (Min:20, Max:60)		35.40±8.34
Ort.±SS		

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir. Hemşirelerin yaş ortalamasının 35.40 olduğu, %92.3’ünün kadın, %71.9’unun evli, %73.8’inin lisans mezunu, %65.8’inin çocuk sahibi olduğu, %92.3’ünün

çekirdek aileye, %23.1'inin kronik hastalığa sahip olduğu ve %66.9'unun sigara kullanmadığı bulunmuştur.

Tablo 2. Hemşirelerin COVID 19 ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
COVID 19 Tanısı Alma Durumu		
Evet	52	20.0
Hayır	208	80.0
Ailesinde COVID 19 Tanısı Alma Durumu		
Evet	80	30.8
Hayır	180	69.2
COVID 19 Sürecinde Sağlığı Koruyucu Önlemleri Alma Durumu		
Evet	250	96.2
Hayır	10	3.8
COVID 19 Sürecinde Yakınlarınıza Bulaşmasından Korkma Durumu		
Evet	257	98.8
Hayır	3	1.2
COVID 19'un Kendisine Bulaşmasından Korkma Durumu		
Evet	219	84.2
Hayır	41	15.8
COVID 19 Sürecinde Ölmekten Korkma Durumu		
Evet	158	60.8
Hayır	102	39.2
COVID 19 Sürecinde Ailenizdeki Bireylerin Ölmesinden Korkma Durumu		
Evet	251	96.5
Hayır	9	3.5
COVID 19 Sürecinde Uyku Problemi Yaşama Durumu		
Evet	155	59.6
Hayır	100	40.4
COVID 19 Sürecinde Baş etme Stratejileri Konusunda Eğitim Alma Durumu		
Evet	60	23.1
Hayır	200	76.9
COVID 19 Sürecinde Çaresizlik, Ümitsizlik, Anksiyete Yaşama Durumu		
Evet	174	66.9
Hayır	86	33.1

Tablo 2'de hemşirelerin COVID 19 ile ilgili özellikleri verilmiştir. Araştırmada hemşirelerin %20'sinin COVID 19 tanısı aldığı, %30.8'inin ailesinde COVID 19 tanısı alan birey olduğu, %96.2'sinin COVID 19 sürecinde koruyucu önlemler aldığı, %98.8'inin COVID 19'un yakınlarına bulaşmasından korktuğu %84.2'sinin COVID 19'un kendisine bulaşmasından korktuğu, %60.8'in COVID sürecinde ölmekten korktuğu, %59.6 sının COVID 19 sürecinde uyku problemi yaşadığı, %76.9'unun COVID 19 döneminde baş etme stratejileri ile ilgili

eğitim almadığı, % 66.9' unun COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Tanatofobi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Min-Max	Ort.±SS
Tanatofobi Ölçeği	7-49	31.07±14.43

Hemşirelerin Tanatofobi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3'de görölmektedir. Hemşirelerin Tanatofobi Ölçeğinden en düşük 7, en yüksek 49 puan aldıkları ve puan ortalamalarının 31.07±14.43 olduğu belirlendi.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tanatofobi ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında (Tablo 4.); kadın, 26-33 yaş aralığında, lisans mezunu, evli, 1 veya 2 çocuğu olanların, çekirdek aile yapısına sahip, kronik hastalığı olan, COVID 19 döneminde sigara kullanmaya başlayan hemşirelerin Tanatofobi ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hemşirelerin yaş, eğitim, aile tipi durumları ile Tanatofobi ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, kronik hastalık bulunma ve sigara kullanma durumları ile Tanatofobi ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hemşirelerin COVID 19 özellikleri ile Tanatofobi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5); ailesi ve kendisi COVID 19 tanısı alan, COVID 19 sürecinde sağlığı koruyucu önlemleri almayan, COVID 19 sürecinde yakınlarına bulaşmasından korkmayan, COVID 19'un kendisine bulaşmasından korkan, COVID 19 sürecinde kendisinin ölümünden korkan fakat yakınlarının ölümünden korkmayan, COVID 19 sürecinde uyku problemi yaşayan, baş etme stratejileri konusunda eğitim almayan, COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşayan, birimde bakım veren/alan kişinin kaybına tanık olmayanların Tanatofobi ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tanatofobi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	Toplam Puan($\bar{X} \pm SS$)
Cinsiyet Kadın Erkek Test p değeri	31.32±14.50 28.00±13.48 t=0.991, p=0.322
Yaş 18-25 yaş 26-33 yaş 34 ve ↑ Test p değeri	3.47±1.99 4.68±2.04 4.57±2.02 F=5.372 p=0.005
Eğitim Sağlık meslek lisesi Lisans Lisansüstü Test p değeri	23.16±16.69 32.22±14.30 31.07±14.43 F=5.300 p=0.006
Medeni durum Bekar Evli Test p değeri	30.36±13.74 31.34±14.72 t=0.490, p=0.624
Çocuk sahibi olma durumu Yok 1 ve 2 3 ve üstü Test p değeri	29.44±1.53 32.66±1.20 29.00±2.65 F=1.386 p=0.080
Aile Tipi Çekirdek Geniş Parçalanmış Test p değeri	31.73±14.26 24.58±15.07 14.66±5.03 F=3.998 p=0.020
Kronik Hastalık Durumu Evet Hayır Test p değeri	33.26±14.64 30.41±14.34 t=1.344 p=0.180
Sigara Kullanma Durumu Evet Hayır COVID döneminde başlamış Test p değeri	30.63±15.32 30.97±14.04 44.25±5.85 F=1.718 p=0.182

t: Bağımsız gruplarda t testi F: ANOVA Testi

Hemşirelerin COVID 19 bulaşmasından korkma ve COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşama durumları ile Tanatofobi ölçeği puan ortalamaları arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p < 0.05$), hemşirelerin COVID 19'a yönelik diğer durumları ile Tanatofobi ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 5. Hemşirelerin COVID 19 Özellikleri ve Tanatofobi Ölçeği Puan Ölçeği Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	TOPLAM PUAN ($\bar{X} \pm SS$)			
	Evet	Hayır	Test	P Değeri
COVID 19 Tanısı Alma Durumu	33.76±12.90	30.39±14.74	t=1.510	p=0.132
Ailesinde COVID 19 Tanısı Alma Durumu	31.45±13.35	30.90±14.92	t=0.280	p=0.780
COVID 19 Sürecinde Sağlığı Koruyucu Önlemleri Alma Durumu	30.85±14.40	36.50±14.86	t=-1.213	p=0.226
COVID 19 Sürecinde Yakınlarınıza Bulaşmasından Korkma Durumu	31.03±14.43	34.00±17.43	t=-0.353	p=0.725
COVID 19 Bulaşmasından Korkma Durumu	32.19±14.02	25.07±15.27	t=2.942	p=0.004
COVID 19 Sürecinde Ölmekten Korkma Durumu	31.25±14.75	30.79±14.00	t=0.250	p=0.803
COVID 19 Sürecinde Ailenizdeki Bireylerin Ölmesinden Korkma Durumu	30.88±14.44	36.44±13.74	t=-1.137	p=0.257
COVID 19 Sürecinde Uyku Problemi Yaşama Durumu	32.01±14.50	29.67±14.27	t=1.286	p=0.200
COVID 19 Sürecinde Başetme Stratejileri Konusunda Eğitim Alma Durumu	30.25±15.37	31.32±14.17	t=-0.503	p=0.616
COVID 19 Sürecinde Çaresizlik, Ümitsizlik, Anksiyete Yaşama Durumu	33.07±14.42	27.02±13.65	t=3.238	p=0.001
Birimde Bakım Veren/Alan Kişinin Kaybına Tanık Olma Durumu	29.73±15.20	31.44±14.23	t=-0.784	p=0.434

6. TARTIŞMA

COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları benzer araştırma bulguları ve ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma da hemşirelerin tanatofobi ölçeği toplam puan ortalamasının 31.07 ± 14.43 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçekten alınan ortalama puan değerinin ölüm korkusunu ortaya koyduğu, dolayısıyla puan değerindeki artışın ölüm korkusundaki artışı yansıttığı kabul edilmektedir [110]. Ölçekten alınan toplam puan 49 olarak düşünüldüğünde çalışma da hemşirelerin tanatofobi düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Üstükuş ve arkadaşlarının (2021) pandemi öncesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin hafif düzeyde ölüm korkusu yaşadıkları bildirilmiştir [111]. Hu ve arkadaşları tarafından COVID 19 hastalarına bakım veren hemşireler ile yapılan çalışmada hemşirelerde ölüm korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır [112]. Benzer şekilde Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin ölüm anksiyetesi seviyelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir [113]. Kackin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, COVID 19 salgınına bağlı hasta ve ölüm sayısında artış olması, kişisel koruyucu ekipmanların sınırlılığı, sağlık çalışanlarının yaşamını kaybetmesi, artan iş yükü ve sosyal desteğin yetersiz olması; hemşirelerin bulaş ve ölümlerle ilgili yoğun bir şekilde kaygı ve korku hissetmelerine neden olduğu bildirilmiştir [114]. Pandemi döneminde yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin ölüm kaygılarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır [115, 116]. Literatürde yaşam konusunda endişe duymanın temelinde virüsün ne zaman biteceğine ve geleceğe dair belirsizlik olduğu vurgulanmıştır [117]. COVID 19 salgınının beklenmedik ve hızlı bir şekilde ortaya çıkarak tüm dünyayı etkisi altına alması, sürecin gidişatının belirsiz olması ve bunlara ek olarak COVID 19'dan hayatını kaybedenlerin anormal koşullarda defnedilmesi gibi durumlar; bu süreci daha da zorlaştırmaktadır. Tüm bu zorluklar COVID 19'u bir tehdit olarak algılayan bireylerde dolaylı olarak ölüm anksiyetesine de sebep olmaktadır [118]. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçları ve literatür ile benzerlik göstermektedir. COVID 19'un oldukça bulaşıcı bir hastalık olması, salgının biteceğine dair belirsizlik, çalışmanın yapıldığı tarihlerde sağlık çalışanları arasında artan hastalık ve ölüm vakaları hemşirelerin ölüme yönelik korkularını artırdığını göstermektedir.

Çalışmada 26-33 yaş aralığında olan hemşirelerin tanatofobi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Abu Hasheesh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 20-29 yaş arasında olan hemşirelerin ölüm korkusu puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [119]. Aynı çalışmada 40 yaşın üzerindeki hemşirelerin, 20-39 yaşlarındaki hemşirelere göre ölümü ne hoş karşılanan ne de korkulan bir durum olarak algıladıkları bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde genç erişkinlerin ölüm anksiyetesini yaşlılardan fazla yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır [55]. Yaşın ilerlemesi ile yaşanan hayatta zamanla ölüm gerçeğinin kabul edilmesi, ölüm anksiyetesi düzeylerinin gençlere oranla yaşlılarda daha düşük düzeyde olması sonucunu açıklamaktadır. Bu durum yaşın ilerlemesiyle birlikte olgunluk ve geçen süre boyunca ölümü kabullenişe bağlanabilir [120]. Ölüm kavramı, orta yaştaki bireyler için işlerini yarım bırakma ya da tamamlayamama ve çevresine karşı sorumluluklarını yerine getirememiş olma nedeniyle ortaya çıkan bir kaygı şeklinde de kendini göstermektedir [121]. Bu bulgu çalışma bulgusunu ve literatürü destekler niteliktedir. 26-33 yaş aralığında olan hemşirelerin genellikle evli olması, kendisine ve çevresine karşı sorumluluk sahibi olması ve özellikle COVID 19 kliniklerinde çalışmalarının tanatofobi düzeyini artırmış olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışma da lisans mezunu olan hemşirelerin tanatofobi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Pandemi öncesinde hemşireler ile yapılan çalışmalarda, eğitim durumu ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [122, 123]. Benzer şekilde Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise çoğunlukla lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ölümü doğal bir durum olarak kabul ettiği bulunmuştur [123]. Bu farklılık çalışmanın COVID 19 pandemi döneminde yapıldığı ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanede lise mezunu hemşirelerin genelde ileri yaş ağırlıklı olması, lisans mezunu hemşirelerin sayısının fazla olması ayrıca bu hemşirelerin COVID 19 servislerinde daha fazla çalışmaları bu sonucu etkilemiş olabilir. COVID 19 tanılı hastalara birebir ve uzun süre bakım verilmesi, virüs nedeniyle birçok sağlık çalışanının hayatını kaybetmesi, yakın çevrelerine virüsü bulaştırma korkusu, çalışma süresi bittikten sonra izole olma ve aileleriyle yüz yüze görüşememe nedeniyle tanatofobi düzeyi artmış olabilir.

Çekirdek aile yapısına sahip olan hemşirelerin tanatofobi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Arpacioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında eş/eş ve çocukları ile yaşayan sağlık çalışanlarının COVID 19'a yönelik daha fazla korku yaşadıkları bulunmuştur. Bu

sonuç çalışma bulgusunu destekler niteliktedir [124]. Çekirdek aileye sahip hemşirelerin yetersiz sosyal desteğinin olması, çalışma saatlerinin uzun olması ayrıca bu dönemde evlerinin dışında izole olmaları tanatofobi düzeyini etkilemiş olabilir.

Çalışmada hemşirelerin COVID 19 bulaşmasından korkanlarda tanatofobi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin anksiyete ve ölüm kaygısı düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [123]. Neto ve arkadaşlarının çalışmasında COVID 19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yoğun olarak anksiyete ve ölüm korkusu yaşadığı belirlenmiştir [125]. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarına ilişkin psikolojik destek sistemlerinin artırılması gerektiği vurgulanmıştır [125]. Yapılan başka bir çalışmada COVID 19 döneminde sahada aktif olarak çalışan hemşirelerin enfeksiyon ve ölüm korkusu nedeniyle daha fazla anksiyete hissettikleri vurgulanmıştır [82]. Bu sonuçlar doğrultusunda COVID 19'un ölümcül bir hastalık olarak algılanması nedeniyle bireylerde ölüm anksiyetesini tetiklemesi beklenen bir durumdur.

Çalışmada COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşayan hemşirelerin tanatofobi düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. COVID 19 döneminde ümitsizlik, çaresizlik gibi ruh hali ile ilgili duygusal problemlerin yanı sıra, özellikle, korku, panik, tanatofobi, damgalanma ve izole edilme korkusu gibi psikolojik belirtilerle sıklıkla karşılaşmaktadır [126]. Yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıktığında, hastalığın bulaşma yolu net olmadığından, hastalarla temas halinde olan sağlık çalışanları, hastalığın bulaşma ve ölümle ilgili endişeleri nedeniyle daha fazla korku hissedebilmektedirler [31, 127-129]. Yiğit ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin toplam %78,4'ü enfeksiyondan, %96,1'i ise ailesine enfeksiyon bulaştırmaktan korktuğu ve yüksek anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir [129]. Aynı çalışmada hemşirelerin anksiyete ve ölüm kaygısı düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bazı mesleklerde, meslek üyelerinin ölüm anına tanıklık etme sıklığının ölümle ilgili düşüncelerini ve anlamlandırmalarını etkileyebileceği üzerinde durulmaktadır. Özellikle ölüm vakalarının fazla sayıda meydana geldiği birimlerde çalışan hemşireler de bu açıdan risk grubunda sayılabilir. Literatürde ölüm olaylarının fazla görüldüğü kliniklerde çalışan hemşirelerin daha fazla ölüm korkusu yaşadığı vurgulanmaktadır [67]. Bu sonuçlar doğrultusunda COVID 19 sürecinde çalışan hemşirelerin çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşamasının ölüm korkusu oluşmasına zemin hazırladığı düşünülebilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID 19 pandemi sürecinde hemşirelerin tanatofobi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonucunda;

1. Hemşirelerin tanatofobi ölçeğinden en düşük 7, en yüksek 49 puan aldıkları ve puan ortalamalarının 31.07 ± 14.43 olduğu,
2. Hemşirelerin yaş, eğitim ve aile tipi durumları ile tanatofobi ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
3. Hemşirelerin COVID 19 bulaşmasından korkma ve COVID 19 sürecinde çaresizlik, ümitsizlik, anksiyete yaşama durumları ile tanatofobi ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Korku ve ölüm anksiyetesine sahip olan hemşirelerin psikolojik sağlıklarının daha yakından takip edilmesi,
2. Meslek hayatları boyunca psikolojik desteğin sağlanmasına yönelik yapılan girişimlerin artırılması,
3. Çalışmanın farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem grubu ile yapılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Bogoch, II, et al., *Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel*. J Travel Med, 2020. **27**(2).
2. Menachery, V.D., et al., *A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence*. Nat Med, 2015. **21**(12): p. 1508-13.
3. de Wit, E., et al., *SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses*. Nat Rev Microbiol, 2016. **14**(8): p. 523-34.
4. Haake, C., et al., *Coronavirus Infections in Companion Animals: Virology, Epidemiology, Clinical and Pathologic Features*. Viruses, 2020. **12**(9).
5. Grekin, R. and M.W. O'Hara, *Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 2014. **34**(5): p. 389-401.
6. Singh, R., et al., *COVID-19: Current knowledge in clinical features, immunological responses, and vaccine development*. FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology, 2021. **35**(3): p. e21409-e21409.
7. Hasöksüz, M., S. Kiliç, and F. Saraç, *Coronaviruses and SARS-COV-2*. Turk J Med Sci, 2020. **50**(Si-1): p. 549-556.
8. Singh, S., et al., *A brief molecular insight of COVID-19: epidemiology, clinical manifestation, molecular mechanism, cellular tropism and immuno-pathogenesis*. Mol Cell Biochem, 2021. **476**(11): p. 3987-4002.
9. Catton, H., *Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere*. International Nursing Review, 2020. **67**(1): p. 4-6.
10. Ahorsu, D.K., et al., *The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation*. International Journal of Mental Health and Addiction, 2020.
11. Sarı, S., Dağ, İ., *Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, endişe ile ilgili olumlu inançlar ölçeği ve endişenin sonuçları ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. geçerliliği ve güvenilirliği*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009. **10**(70).
12. Pappa, S., et al., *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Brain Behavior and Immunity, 2020. **88**: p. 901-907.
13. Badahdah, A., et al., *The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic*. International Journal of Social Psychiatry, 2021. **67**(1): p. 90-95.
14. Drennan, V.M. and F. Ross, *Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change*. Br Med Bull, 2019. **130**(1): p. 25-37.
15. Malik, Y.A., *Properties of Coronavirus and SARS-CoV-2*. Malays J Pathol, 2020. **42**(1): p. 3-11.
16. Duan, L., et al., *The SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein Biosynthesis, Structure, Function, and Antigenicity: Implications for the Design of Spike-Based Vaccine Immunogens*. Front Immunol, 2020. **11**: p. 576622.

17. Park, M., R.S. Thwaites, and P.J.M. Openshaw, *COVID- 19: Lessons from SARS and MERS*. European Journal of Immunology, 2020. **50**(3): p. 308-311.
18. Lu, H., C.W. Stratton, and Y.W. Tang, *Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle*. J Med Virol, 2020. **92**(4): p. 401-402.
19. Lotfi, M., M.R. Hamblin, and N. Rezaei, *COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities*. Clin Chim Acta, 2020. **508**: p. 254-266.
20. Issever H, T. Issever, and Oztan G. *Epidemiology of COVID-19*. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi, 2020. **3**: p. 1-13.
21. Li, Q., et al., *Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia*. N Engl J Med, 2020. **382**(13): p. 1199-1207.
22. Yang, L., et al., *Estimation of incubation period and serial interval of COVID-19: analysis of 178 cases and 131 transmission chains in Hubei province, China*. Epidemiol Infect, 2020. **148**: p. e117.
23. Phan, T., *Novel coronavirus: From discovery to clinical diagnostics*. Infect Genet Evol, 2020. **79**: p. 104211.
24. Lauer, S.A., et al., *The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application*. Ann Intern Med, 2020. **172**(9): p. 577-582.
25. Mao, L., et al., *Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China*. JAMA Neurol, 2020. **77**(6): p. 683-690.
26. Giacomelli, A., et al., *Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study*. Clin Infect Dis, 2020. **71**(15): p. 889-890.
27. Udugama, B., et al., *Diagnosing COVID-19: The Disease and Tools for Detection*. ACS Nano, 2020. **14**(4): p. 3822-3835.
28. Waller, J.V., et al., *Diagnostic Tools for Coronavirus Disease (COVID-19): Comparing CT and RT-PCR Viral Nucleic Acid Testing*. AJR Am J Roentgenol, 2020. **215**(4): p. 834-838.
29. Loeffelholz, M.J. and Y.W. Tang, *Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections - the state of the art*. Emerg Microbes Infect, 2020. **9**(1): p. 747-756.
30. Tang, Y.W., et al., *Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges*. J Clin Microbiol, 2020. **58**(6).
31. Lee, J.Y., J.H. Hong, and E.Y. Park, *Beyond the fear: Nurses' experiences caring for patients with Middle East respiratory syndrome: A phenomenological study*. Journal of Clinical Nursing, 2020. **29**(17-18): p. 3349-3362.
32. Pontone, G., et al., *Role of computed tomography in COVID-19*. J Cardiovasc Comput Tomogr, 2021. **15**(1): p. 27-36.
33. Grenier, S., A.-M. Barrette, and R. Ladouceur, *Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences*. Personality and Individual Differences, 2005. **39**(3): p. 593-600.
34. Buhr, K. and M.J. Dugas, *The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version*. Behav Res Ther, 2002. **40**(8): p. 931-45.

35. Mohammadzadeh, A. and M. Najafi, *The Comparison of Death Anxiety, Obsession, and Depression Between Muslim Population with Positive and Negative Religious Coping*. J Relig Health, 2020. **59**(2): p. 1055-1064.
36. Tomer, A.E., G.T., *Existentialism And Death Attitudes*”, *Existential And Spiritual Issues In Death Attitudes*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2007: p. 11-14.
37. Nia, H.S., et al., *Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article*. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2016. **4**(1): p. 2-10.
38. Erdoğan, M.Ö.M., *Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler Ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler*. İnönü Univ Tıp Fak Derg, 2007(14): p. 171-179.
39. Freud, S., *Uygarlık, Din Ve Toplum*. 1995, Ankara: Öteki Yayınları.
40. Yalom, *Varoluşçu Psikoloji*, ed. Z. Babayigit. 2000, İstanbul: Kabalıcı Yayınları.
41. Juckel G., M.P., [*Death anxiety and its importance for psychiatry*]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2018. **86**(4): p. 226-232.
42. Farley, G., *Death Anxiety And Death Education: A Brief Analysis Of The Key Issues*. 2014.
43. Koç, E., *Schopenhauer Felsefesinde ‘Ölüm’ Ve ‘Ölüm Korkusu’ Üzerine*”, *Dört Öge*. 2018: p. 21-41.
44. Patricia, F.W., J., *Death Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach*. Journal Fo Cognitive Psychotherapy: A International Quarterly, 2008: p. 167-182.
45. Gonen, G., et al., *The factors contributing to death anxiety in cancer patients*. J Psychosoc Oncol, 2012. **30**(3): p. 347-58.
46. Fortner, B.V. and R.A. Neimeyer, *Death anxiety in older adults: a quantitative review*. Death Stud, 1999. **23**(5): p. 387-411.
47. Beshai, J.A., *Are cross-cultural comparisons of norms on death anxiety valid?* Omega (Westport), 2008. **57**(3): p. 299-313.
48. Beydag, K.D., *Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment*. Asian Pac J Cancer Prev, 2012. **13**(5): p. 2405-8.
49. Ertufan, H., *Hekim Uygulamalarında Ölümle Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi*. izmir.
50. Lester, D., *The need to achieve and the fear of death*. Psychol Rep, 1970. **27**(2): p. 516.
51. Bilge, A.E., N.; Kaya, FG. , *The Attitudes Of The Students Who Will Become Madicalcare Professional Aganist The Death And The Relations With These Attitudes And Their Death Anxieties And The Variables Which Affect Attitudes*. J Psychiatr Nurs., 2013(4): p. 24.
52. Karakuş G, Ö.Z., Tamam L. , *Ölüm ve ölüm kaygısı*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012. **21**(42): p. 79.
53. Kastenbaum, R., *Death writ large*. Death Stud, 2004. **28**(4): p. 375-92.
54. Rhudick, P.J.D., *Attitudes Toward Death In Older Persons: A Symposium Age, Personality, And Health Correlates Of Death Concerns In Normal Aged Individuals*. GERONJ, 1961.

55. Chopik, W.J., *Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety*. Death Stud, 2017. **41**(2): p. 69-77.
56. Kalish R. A., R.D.K., *The role of age in death attitudes*. Death Educ, 1977. **1**(2): p. 205-30.
57. Russac, R.J., et al., *Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects*. Death Stud, 2007. **31**(6): p. 549-61.
58. Templer, B.D., I.; Caro, I F.;F, , *Death Anxiety: Age, Sex, And Parental Resemblance İn Diverse Populations*. Developmental Psychology, 1971: p. 108.
59. Cynthia, P.G., M.S.;Hayslip, B. , *Age Differences İn Levels Of Overt And Covert Death Anxiety*. OMEGA - Journal Of Death And Dying, 1998(3).
60. Rainsford, S., R.D. MacLeod, and N.J. Glasgow, *Place of death in rural palliative care: A systematic review*. Palliat Med, 2016. **30**(8): p. 745-63.
61. Schumaker, J.F., W.G. Warren, and G. Groth-Marnat, *Death anxiety in Japan and Australia*. J Soc Psychol, 1991. **131**(4): p. 511-8.
62. Arrowood, R.C., CR.;Weinstock, M.; Hoffman, J. , *Intrinsic Religiosity Protects Believers From The Existential Fear Of A Human Jesus*. Ment Heal Relig Cult, 2018(5): p. 534--545.
63. Pandya, A.K., T. , *Death Anxiety, Religiosity And Culture: Implications For Therapeutic Process And Future Research*. Religions, 2021(1).
64. Jong, J., *Death anxiety and religion*. Curr Opin Psychol, 2021. **40**: p. 40-44.
65. Jong j., R.R., *The Religious Correlates Of Death Anxiety: A Systematic Review And Meta-Analysis*. Brain & Behavior, 2018. **8**: p. 4-20.
66. Macleod, R., Crandall, J., Wilson, D. , *Death Anxiety Among New Zealanders: The Predictive Role Of Gender And Marital Status*. Mental Health. Religion And Culture, 2016(4): p. 339-349.
67. İnci F, Ö.F., *Palyatif bakım ve ölüm kaygısı*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2012. **4**: p. 178-187.
68. Yakıt, İ., *Batı Düşüncesi Ve Mevlana*. 1993, İstanbul: Ötüken Yayınları.
69. Hökelekli, H., *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi Ve Din*. 2008, İstanbul: Dem Yayınları.
70. Howze, R., *Death Anxiety And Psychotherapy: An Examination Of Counselor Trainees Reactions To Death-Related İssues*. 2001, Texas.
71. Zimmermann, C. and G. Rodin, *The denial of death thesis: sociological critique and implications for palliative care*. Palliat Med, 2004. **18**(2): p. 121-8.
72. Ward Platt, M., *Fear of death and dying*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2007. **92**(2): p. F81-2.
73. Renz, M., et al., *Fear, Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes*. Am J Hosp Palliat Care, 2018. **35**(3): p. 478-491.
74. Koç, M., *Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme*. Sak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derg, 2002(6): p. 7-20.

75. Sönmez, B.Y., A. , *Hemşirelerde Yaşam Doyumu Ve Ölümüne Karşı Tutum Arasındaki İlişki*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg., 2017(4): p. 167-179.
76. Moestrup, L. and H.P. Hansen, *Existential concerns about death: a qualitative study of dying patients in a Danish hospice*. Am J Hosp Palliat Care, 2015. **32**(4): p. 427-36.
77. Gökmen, A., *Bir Ruh Çözümsel Okuma: Tezer Özlü'nün İçsel Dünyasına Öyküleriyle Yaklaşım*. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2001(5).
78. Saleem, T. and S. Saleem, *Religiosity and Death Anxiety: A Study of Muslim Dars Attendees*. J Relig Health, 2020. **59**(1): p. 309-317.
79. Lee, P.I. and P.R. Hsueh, *Emerging threats from zoonotic coronaviruses-from SARS and MERS to 2019-nCoV*. J Microbiol Immunol Infect, 2020. **53**(3): p. 365-367.
80. Xiang, Y.T., et al., *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. Lancet Psychiatry, 2020. **7**(3): p. 228-229.
81. Treston, C., *COVID-19 in the Year of the Nurse*. J Assoc Nurses AIDS Care, 2020. **31**(3): p. 359-360.
82. Kang, L.J., et al., *Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study*. Brain Behavior and Immunity, 2020. **87**: p. 11-17.
83. Lai, J.B., et al., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. Jama Network Open, 2020. **3**(3).
84. Hiçdurmaz D , Ü.Ö.Y., *COVID-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2020. **7**(Özel Sayı): p. 1-7.
85. Brooks, S.K., et al., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet, 2020. **395**(10227): p. 912-920.
86. Marjanovic, Z., E.R. Greenglass, and S. Coffey, *The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies, 2007. **44**(6): p. 991-998.
87. Martínez-Caballero, C.M., et al., *Analyzing the Impact of COVID-19 Trauma on Developing Post-Traumatic Stress Disorder among Emergency Medical Workers in Spain*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(17): p. 9132.
88. Pradas-Hernandez, L., et al., *Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis*. Plos One, 2018. **13**(4).
89. Luan, R., et al., *Comparison of Psychological Stress Levels and Associated Factors Among Healthcare Workers, Frontline Workers, and the General Public During the Novel Coronavirus Pandemic*. Frontiers in Psychiatry, 2020. **11**(1368).
90. van Roekel, H., et al., *Healthcare Workers Who Work With COVID-19 Patients Are More Physically Exhausted and Have More Sleep Problems*. Front Psychol, 2020. **11**: p. 625626.
91. Wei, J.T., et al., *Epidemiology of and Risk Factors for COVID-19 Infection among Health Care Workers: A Multi-Centre Comparative Study*. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(19).

92. George, C.E., et al., *Challenges, experience and coping of health professionals in delivering healthcare in an urban slum in India during the first 40 days of COVID-19 crisis: a mixed method study*. *BMJ Open*, 2020. **10**(11): p. e042171.
93. Ilczak, T., et al., *Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic*. *Int J Occup Med Environ Health*, 2021. **34**(2): p. 139-149.
94. Maiorano, T., et al., *COVID-19: Risk Factors and Protective Role of Resilience and Coping Strategies for Emergency Stress and Secondary Trauma in Medical Staff and Emergency Workers—An Online-Based Inquiry*. *Sustainability*, 2020. **12**(21): p. 9004.
95. Vagni, M., et al., *Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers*. *Sustainability*, 2020. **12**(21): p. 9071.
96. Du, J., et al., *Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan*. *General Hospital Psychiatry*, 2020. **67**: p. 144-145.
97. Amin, S., *The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?* *International Journal of Healthcare Management*, 2020. **13**(3): p. 249-256.
98. Lehto, R.H. and K.F. Stein, *Death anxiety: an analysis of an evolving concept*. *Res Theory Nurs Pract*, 2009. **23**(1): p. 23-41.
99. Tomer, A. and G. Eliason, *Toward a comprehensive model of death anxiety*. *Death Stud*, 1996. **20**(4): p. 343-65.
100. Peters, L., et al., *How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature*. *Open Nurs J*, 2013. **7**: p. 14-21.
101. Peterson, J., et al., *What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences*. *Int J Palliat Nurs*, 2010. **16**(4): p. 181-7.
102. White, K.R. and P.J. Coyne, *Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care*. *Oncol Nurs Forum*, 2011. **38**(6): p. 711-7.
103. Kent, B., N.E. Anderson, and R.G. Owens, *Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand*. *Int J Nurs Stud*, 2012. **49**(10): p. 1255-65.
104. Dunn, K.S., C. Otten, and E. Stephens, *Nursing experience and the care of dying patients*. *Oncol Nurs Forum*, 2005. **32**(1): p. 97-104.
105. Ulla, S., et al., *Coping with Death: Perceptions of Health Care Professionals Working in a Pediatric Intensive Care Unit and in a Geriatric Service*. *Illness, Crisis & Loss*, 2003. **11**: p. 318 - 336.
106. Miyashita, M., et al., *Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients*. *Am J Hosp Palliat Care*, 2007. **24**(3): p. 202-10.
107. Matsui, M. and K. Braun, *Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan*. *Int J Palliat Nurs*, 2010. **16**(12): p. 593-8.
108. Çam, O., et al., *Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005. **6**(2): p. 213-220.

109. Merrill, J., et al., *Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses, and medical students*. Psychological reports, 1998. **83**(1): p. 123-128.
110. Çiftçiöğlü Z, H.S.A., *Tanatofobi ölçeği'nin türkçe formunun hemşirelerde geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 2019, İstanbul Okan Üniversitesi.
111. Üstükuş, A. and Z. Eskimez, *The effect of death anxiety in nurses on their approach to dying patients: A cross-sectional study*. Perspect Psychiatr Care, 2021. **57**(4): p. 1929-1936.
112. Hu, D., et al., *Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study*. EClinicalMedicine, 2020. **24**: p. 100424.
113. Yigit, D. and A. Acikgoz, *Anxiety and Death Anxiety Levels of Nurses in the COVID-19 Pandemic and Affecting Factors*. Journal of Education and Research in Nursing, 2021. **18**(S1): p. 85-93.
114. Kackin, O., et al., *Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study*. International Journal of Social Psychiatry, 2021. **67**(2): p. 158-167.
115. Cheong, C.Y., et al., *Attitudes towards the dying and death anxiety in acute care nurses - can a workshop make any difference? A mixed-methods evaluation*. Palliat Support Care, 2020. **18**(2): p. 164-169.
116. Pehlivan, S., et al., *Relationship Between Death Anxiety of Turkish Nurses and Their Attitudes Toward the Dying Patients*. OMEGA - Journal of Death and Dying, 2020. **82**(1): p. 128-140.
117. Turhan, E.H., *Ölüm Sosyolojisi Ekseninde Ölüm Kaygısı ve Koronavirüs*. HABITUS Toplumbilim Dergisi, 2021. **2**: p. 85-101.
118. Kavakli, M., et al., *The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety*. 2020. **23**.
119. Hasheesh, M.O., et al., *Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan*. Health Science Journal, 2013. **7**: p. 384-394.
120. Tepe, F., *Varoluşsal Bir Sorun Olarak Ölüm Kaygısının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. İstanbul: Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. 2020.
121. Özen, D., *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi*, in *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 2008, Haliç Üniversitesi.
122. Işık E, F.Ç., Demir Y., *Ölüme karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009. **2**: p. 28-43.
123. Yılmaz E, V.S., *Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi, 2015. **2**(41): p. 6.
124. Arpacioğlu MS, B.Z., Ünübol B. , *COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler*. 46, 2021. **1**(100).
125. Neto, M.L.R., et al., *When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak*. Psychiatry Res, 2020. **288**: p. 112972.

126. Pfefferbaum, B. and C.S. North, *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. N Engl J Med, 2020. **383**(6): p. 510-512.
127. Al-Rabiaah, A., et al., *Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia*. J Infect Public Health, 2020. **13**(5): p. 687-691.
128. Yang, C.H. and H. Jung, *Topological dynamics of the 2015 South Korea MERS-CoV spread-on-contact networks*. Scientific Reports, 2020. **10**(1): p. 4327.
129. A., Y.D.A., *Anxiety and Death Anxiety Levels of Nurses in the COVID-19 Pandemic and Affecting Factors*. Journal of Education and Research in Nursing, 2021. **18**: p. 85-92.



