



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**RİSKLİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYLERİ İLE ÖLÜMCÜL HASTAYA TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Nilay GÖKTAŞ

Çankırı 2021

**RİSKLİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYLERİ İLE ÖLÜMCÜL HASTAYA TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Nilay GÖKTAŞ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Satı DİL**

Çankırı 2021

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 188202002 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay GÖKTAŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri ile Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi: 27/Temmuz/2021

Tez Danışmanı:

Doç.Dr. Satı DİL
Çankırı Karatekin
Üniversitesi

.....

İmza

Jüri Üyesi:

Dr. Öğretim Üyesi
Seher GÖNEN
ŞENTÜRK
Çankırı Karatekin
Üniversitesi

.....

İmza

Jüri Üyesi:

Dr. Öğretim Üyesi
Pınar ÇİÇEKOĞLU
ÖZTÜRK
Muğla Sıtkı Koçman
Üniversitesi

.....

İmza

Yukarıdaki sonucu
onaylarım

Prof. Dr. Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdür

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans olarak hazırlayıp sunduğum “Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri ile Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
27/Temmuz/2021
Nilay GÖKTAŞ

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, büyük bir özveri ve sabırla desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. SATI DİL'e

Yüksek lisans eğitimim süresince tanıma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Dr.Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK'e

Bu süreçte desteklerini hiç esirgemeyen, her konu da varlıklarını yanımda hissettiğim canım arkadaşlarım Çiğdem YILDIZ ve Nehir SARI'ya

Eğitim hayatımda tanıma fırsatı bulduğum ve yüksek lisans dönemimi güzel kılan arkadaşlarım Beldanur ÇAĞLAYAN, İnci Ceyda SOYDAŞ, Damla ÖKSÜZ ve Serap YALÇIN'a

Ve en önemlisi hayatım boyunca varlığına şükrettiğim, her an benimle olmayı başaran, beni her anlamda destekleyen canım eşim Emre GÖKTAŞ'a,

Son olarak tez çalışmamın son demlerinde bana eşlik ederek aramıza katılacak olan kızıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iv
ÖN SÖZ.....	v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xI
SUMMARY.....	xII
1.	
GİRİŞ.....	1
1.1 Çalışmanın Amacı	4
1.2 Problemler	4
1.3 Hipotezler	4
1.4 Sınırlılıklar.....	5
1.5 Sayıtlar	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Ölüm Kavramı	6
2.1.1 Biyolojik Açıdan Ölüm	8
2.1.2 Psiko-sosyal Açıdan Ölüm	8
2.1.3 Felsefi Açıdan Ölüm	9
2.1.4 Kültürel Açıdan Ölüm.....	10
3.1 Ölüme Karşı Verilen Tepkiler.....	11
4.1 Farkındalık Kavramı.....	15
4.1.1. Ölüm Farkındalığı.....	16
5.1 Hemşirelerin Ölüm Farkındalığı ve Ölümcül Hastaya Tutumları.....	19
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	25
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	25
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4 Araştırmanın Örneklem Hacminin Belirlenmesi.....	27
3.5 Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.6 Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1 Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.6.2 Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği.....	28
3.6.3 Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği.....	29
3.6.4 Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	30
3.7 Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.8 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	31
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR.....	32
Çizelge 1. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri.....	32
Çizelge 2. Hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özellikleri.....	34

Çizelge 3. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puan dağılımı.....	35
Çizelge 4. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	36
Çizelge 5. Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları.....	38
Çizelge 6. Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları.....	42
Çizelge 7. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre yordanma durumu.....	52
Çizelge 8. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine göre yordanma durumu.....	56
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	83
EK 1 : Kişisel Bilgi Formu.....	83
EK 2 : Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği.....	86
EK 3: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği.....	88
EK 4 : Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği İzin Belgesi.....	87
EK 5 : Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği İzin Belgesi.....	87
EK 6 : Etik Kurul İzin Formu.....	88
EK 7 : Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Belgesi.....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
ÇBÖFÖ	: Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği
ÖÖHYTÖ	: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1: Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri.....	32
Çizelge 2: Hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özellikleri.....	34
Çizelge 3: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puan dağılımı.....	35
Çizelge 4: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	36
Çizelge 5: Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları.....	40
Çizelge 6: Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları.....	44
Çizelge 7: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre yordanma durumu (β katsayıları).....	54
Çizelge 8: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine göre yordanma durumu (β katsayıları).....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: G-Power Analiz Sonucu.....	26
-------------------------------------	----



Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri ile Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ÖZET

GÖKTAŞ, Nilay. Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri ile Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2021.

Araştırma riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ölümüne ilişkin farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Çankırı Devlet Hastanesi, Çankırı Özel Karatekin Hastanesi'nde riskli birimlerde çalışan hemşireler (N: 278), örneklemini ise, dahil edilme kriterlerini taşıyan hemşireler oluşturmuştur (n:190). Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği (ÇBÖFÖ), Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği (ÖÖHYTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler sayı, yüzde, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U, regresyon ve korelasyon analizi testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, meslekte toplam çalışma süresi, görev yaptığı klinik, görev yaptığı klinikte toplam çalışma süresi, görev yaptığı klinikten memnun olma durumu, çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme, kendisinde bir sağlık sorunu varlığı, ölümü düşünme sıklığı, çalışılan birimde ölümle karşılaşma sıklığı ve ölümüne yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumlarının ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarını etkilediği saptanmıştır. ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları arasındaki korelasyon analizinde önemli ilişkiler olduğu, ölümcül hasta ve yakınlarıyla yaklaşımlarda kaçınıcı tutumlar arttıkça, ölüm farkındalığının azaldığı, öz yeterlilik algısı arttıkça ölümü kabul etmenin arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç olarak; çalışma hemşirelerin ölüm farkındalık düzeylerinin, ölümcül hastaya tutumlarını belirlemede önemli bir etken olduğunu göstermiştir. Bu bakımdan hemşirelerin ölüm farkındalığının oluşturulması, ölümüne ve ölümcül hastaya yaklaşım konusunda olumlu tutumlarının geliştirilmesine yönelik eğitim ve geliştirici uygulamalara öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm, Ölüm Farkındalığı, Ölümcül Hasta.

Determining the Relationship Between the Death Awareness Levels of the Nurses Working in Risky Units and Their Attitudes to the Terminally Patient

Abstract

GÖKTAŞ, Nilay. Determination of the Relationship Between the Awareness Levels of the Nurses Working in Risky Units and Their Attitudes to the Terminally Patient, (Master's Thesis), Çankırı, 2021.

The research was conducted in a descriptive manner in order to determine the relationship between the awareness levels of the nurses working in risky units and their attitudes towards approaching the terminally patient. The population of the research is Çankırı State Hospital, nurses working in risky units at Çankırı Private Karatekin Hospital (N: 278); The sample consisted of nurses who met the inclusion criteria (n:190). The data were collected using the Personal Information Form, The Multidimensional Death Awareness Scale (TMDAS) and the Attitude Scale for Approaching the Death and the Terminally Patient (ASADTP). Data were evaluated with number, percentage, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U, regression and correlation analysis tests. In the study, it has been determined that the age, gender, marital status, educational status, choice of profession voluntarily, total working time in the profession, the clinic where they work, the total working time in the clinic, their satisfaction with the clinic, their ability to prevent other patients from being affected in the event of death in the unit, the presence of a health problem, the frequency of thinking about death, the frequency of encountering death in the unit where they work, and finding sufficient in-service training on death are found to be sufficient to affect the scores of ASADTP and TMDAS. It has been determined that the relations between the ASADTP and TMDAS scores are important in the correlation analysis, the awareness of death decreases as the avoidant attitudes increase in the approaches towards the terminally patient and their relatives, and as the self-sufficiency perception increases, the acceptance of death increases ($p<0.05$).

In conclusion, this study shows that nurses' death awareness levels are an important factor in determining their approach to the terminally patient. In this respect, priority should be given to training and development practices aimed at creating nurses' awareness of death and developing positive attitudes towards death and terminally patients.

Keywords: Death, Death Awareness, Terminally Patient.

1. GİRİŞ

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, evrenselliği ile birlikte her bireye özgü bir kavramdır. Ölümün kaçınılmazlığı, insanı yaşamı boyunca ölüm üzerinde düşünmeye sevk etmiştir. Nerede, ne zaman ve nasıl karşılaşılabileceği bilinmeyen ölüm ile her an iç içe olan insan ölüm kavramına ilişkin tutumlar geliştirmektedir (Benli, 2007; Bilge, 2013). İnsan yaşamı boyunca ölüm ile sık sık karşılaşabilmektedir. İnsanın yaşam dönemi boyunca farklı zaman dilimlerinde karşılaştığı ölüm, zamanla değişen ve gelişen bir kavram halini alır. Zamanla değişen ölüm kavramına ilişkin tutumlar ise dinlerin, kültürlerin ve toplumların yapısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Akyol, 2010).

Ölüm kaçınılmaz ve evrensel bir olgudur. Ayrıca, bütün kontrol etme çabalarımıza rağmen, ölüm ve hastalık gibi zorlayıcı durumlar hayatımızın koşulları üzerinde ne kadar az gücümüzün olduğunu hatırlatmaktadır. Bununla birlikte, ölüme yönelik tutumlar ve ölümla karşılaşıldığında yaşanan kaygı düzeyinin bireysel inançlar, gelenekler ve sosyal çevre ile olan ilişkileri nedeniyle kişiden kişiye değiştiği ve kültürel perspektifleri anlamının önemli olduğu görülmektedir (Abdel-Khalek, Lester, Maltby ve Tomás-Sábado, 2009). Freud'a göre ' insanlar hayatı boyunca ölmek için yaşarlar ve bilinçsiz bir ölüm isteği içindedirler (Freud, 1949). Ölüm olgusu bireylerin yaşamına bir anlam katmaktadır. İnsan hayatı fiziki anlamda doğum ile başlar, ölüm ile de son bulur. Yaşam ile ölüm kavramı, aydınlık ve karanlık gibi birbirine zıt bir kavram olarak düşünülse de ölümün varlığı, yaşamın kendisine şekil verip anlam kazandırmaktadır (Koç, 2002; Ay, 2012). Frankl'a göre insanın en önemli motivasyonu "anlam arayışı" dır. Her insana özgü farklılaşan bu anlamda hayatın algılanmasında ölüm önemli bir yer tutmaktadır (Frankl, 2017).

Günümüzde yaşam koşulları ve gelişen teknoloji ile insan ömrü uzamaktadır. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte kronik hastalıklardaki artış, yaşam sonu bakım desteğine ihtiyacı da artırmakta ve bireylerin son dönemlerini daha iyi bir tedavi ve bakım için hastanelerde geçirmeyi tercih ettikleri görülmektedir (Nia ve Diğ, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bu durum her yıl kırk milyon kişinin yaşam sonu destek bakımına ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (WHO, 2018). Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında dünya çapında mortalite 8.9 milyondur (WHO, 2018 E.T: 06.06.2021). Ülkemizde ise Türkiye istatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı

verilerine göre toplam ölüm hızı binde 5,3 ve 2018 yılında ölen kişi sayısı 435.941' olarak bildirilmiştir (TUIK, 2019 E.T: 06.06.2021).

2019 yılı sonunda Çin'in Wuhan kentinde başlayan Koronavirus (Covid-19) hastalığı 11 Mart 2020 tarihi itibariyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak kabul edilmiştir ve Temmuz 2021 itibariyle halen tüm dünyayı etkisi altında tutmaya devam etmektedir. Pandemi sonrası milyonlarca kişinin enfekte olması ve çok sayıda kişinin yaşamını yitirmesiyle küresel sağlık büyük ölçüde etkilenmiştir (WHO, 2021). Dünya Sağlık Örgütü 14.07.2021 tarihi ile 4.035.037 kişinin virüs nedeniyle hayatını kaybettiğini açıklamıştır (<https://covid19.who.int/>). Küreselleşme çağında karşı karşıya kalınan bu salgında sağlık bakım sisteminde hemşireler kilit bir konum üstlenerek, mücadelenin ön planında aktif görevde olarak ölüm olgusu ile yoğun bir biçimde karşı karşıya kalmışlardır. Ani, beklenmedik ve hızlı gidişata sahip bir ölüm olayı karşısında hemşirelerin ölüm farkındalıkları ile ölümcül hastaya tutumları arasında hastalığa özgü zorluklar yaşadıkları görülmektedir (İnci ve Öz, 2012).

Sağlık profesyonellerinin mesleki beceri ve yetenekleri ile kendisinin de bir parçası olduğu terapötik çevrede hasta bireyin gereksinimlerinin, duygularının farkında olması gerekir. Sağlık profesyonelleri hastalarını terapötik çevrede gözlemleyerek, hastaları ve aileleriyle görüşerek gereksinimlerini, yeterliliklerini, çevreyle uyumlarını ve kendilik kavramlarını değerlendirerek kişiye özgü bakım verirler. Sağlık profesyonellerinin farkındalığı ile hastaların son günlerini nasıl deneyimlemek istediklerinin belirlenebileceğini, yaşamlarına uygun ritüellerle sonlandırmanın daha iyi olabileceğini ve yaşam sonu bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı ortaya konulmuştur (Andrews, 2015). Riskli birimler, yaşamı tehdit altında olan bireylerin bulunduğu, girişimsel işlemlerin çok yoğun uygulandığı, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu, çok sayıda yaşam kurtarıcı malzeme ve teknoloji ile olabilecek en iyi bakım kalitesinin sunulmaya çalışıldığı multidisipliner ekip yaklaşımının olduğu alanlardır. Bu birimlerde yaşamı tehdit edici yüksek risk taşıyan ve ciddi sağlık problemleri olan hastalar hospitalize edildiği için sağlık profesyonelleri de çok sık ölümle karşılaşmaktadır (Terzi ve Kaya, 2011).

Ölüm olgusu tüm insanları taşıdığı gizem ile benzer dinamiklerde etkilerken, ölüm ile çok sık karşılaşmakta olan sağlık profesyonelleri için bu durum daha da çok endişe oluşturabilmektedir (İnci ve Öz, 2012). Sağlık hizmetleri alanında özellikle

riskli birimlerde “ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis-poliklinik ve kemik iliği nakil ünitelerinde” (<https://www.resmigazete.gov.tr/>. E.T: 02.06.2021) çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin ölümcül hasta ile daha sık karşılaştıkları görülmektedir. Üst düzey tedavi ve bakımın uygulandığı bu birimlerde sağlık profesyonelleri sıklıkla ölümcül hastaya bakım vermenin getirdiği psikolojik yük ile başetmeye çalışmaktadır (Ören ve Dağcı, 2020). Yaşam sonu bakımda çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin kendi yaşam olayları “kendisine yakın birinin ölümüyle yaşadığı kişisel bir deneyimi” ile mesleki etkileşimleri arasında kişisel-profesyonel bir ara yüz oluşturmak istedikleri görülmektedir. Keder ve yas ile çalışmanın kişilerin kendi kayıplarıyla temas kurmasını, karşılıklı empati ve özdeşleşmeyi artırabileceğini ifade etmiştir (Fisher, 1991). Kişisel yaşamlarında birinin ölümünü kabul etmekte güçlük çeken hemşirelerin, ölmekte olan hasta ile karşı karşıya kaldıklarında savunmasız oldukları görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin ölüm ve ölümcül hastanın bakım sürecinde karşılaştığı eğitim eksikliği ve günümüzde ölüm ile ilgili önyargılı olumsuz düşüncelerin ön planda olması sağlık profesyonellerinin büyük stres ve hayal kırıklığı yaşamasına neden olmaktadır. Sonuç olarak sağlık profesyonelleri bu durum ile başa çıkmak için ölüme yaklaşım ve ölümcül hasta ile konuşmaktan kaçınma, tedaviye odaklanarak hasta ve ailesinin duygusal yükünü görmezden gelme ve olabildiğince az iletişim kurmaya yönelebilmektedirler (Çevik, 2013; Fernandez D. ve Ark., 2020; Işıl ve Karaca, 2009; İnci ve Öz, 2012). Ölüm ile yüzleşmek zor ve karmaşık bir süreçtir. Hastanelerde ölüm sürecinin giderek artan eğilimi dikkate alınarak, sağlık profesyonellerinin duygu durumları, bilgileri ve eylemleri arasındaki çoklu ilişkilerin tanımlanması ve ölüm sürecinin hemşirelik bakımı üzerine araştırma yapmanın önemi göz önünde bulundurulmalıdır.

Aktif çalışmakta olan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri (Yılmaz ve Vermişli, 2015), hemşirelerde ölüm kaygısının artmasıyla ölümcül hastaya ve ailesine yaklaşımda isteksizliklerin olduğu (Deffner ve Bell, 2005) ve ölüme ilişkin korkularını fark edemeyen hemşirelerin ölümcül hastaya karşı sorumluluk almaktan korktuğu ve kaçındığı (Işık, 2008) görülmüştür. İnsanlar kendi duygularıyla başa çıkmaya hazır olmadıklarında, ölümle başa çıkmak için başka birine yardım etme konusunda güçlük çekebilirler. Literatürde hemşirelerin ölüme karşı tutumları, ölüm anksiyetesi ve korkusunu değerlendiren araştırmalar mevcut olmasına rağmen, hemşirelerin çok boyutlu ölüm farkındalık düzeyini ve ölümcül

hastaya yaklaşım tutumlarını inceleyen kısıtlı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ölüm farkındalık düzeyleri ile ölüm ve ölümcül hastaya tutumlarını belirleyerek, hemşirelik alanında ölüm ve ölümcül hastaya tutum konusundaki literatüre ve hemşirelik bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

1.2. Problemler

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır. Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin;

- Hemşirelerin ölüm farkındalık düzeyleri nedir?
- Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya tutumları nasıldır?
- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Hipotezler

H₀: Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ÇBÖFÖ puanları ile ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ÇBÖFÖ puanları ile ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı ilişki vardır.

H₂: Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

H₃: Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırmada örneklemden elde edilen bulgular, sadece Çankırı ili bünyesindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Çankırı Devlet Hastanesi ve Çankırı Özel Karatekin Hastanesinde bulunan riskli birimlerde çalışan hemşirelerden elde edilen veriler olması nedeniyle Türkiye evrenine genellenemez. Çalışmanın yapıldığı dönem Covid-19 salgını nedeniyle sağlık bakım hizmetine talebin artması, hemşirelerin çalışma koşullarının ağırlaşması, Covid-19 ile enfekte olma ya da yakın temaslı olma durumları göz önünde bulundurularak sosyal mesafe kurallarına uygun yüzyüze görüşme ile anket formu uygulanmıştır. Bu nedenle hemşire grubunun tamamına ulaşmakta güçlük yaşanmış olup, ölüme ilişkin farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkiye ilişkin veriler çalışmaya katılan hemşirelerin ankete cevapları ile sınırlıdır.

1.5. Sayıtlar

Araştırma için kullanılan veri toplama yönteminin amacına uygun olduğu, araştırmaya katılan riskli birimlerde çalışan hemşirelerin çalışmaya katılım onamları alınarak çalışma anketini samimi ve özenle cevapladıkları, araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, çalışmada kullanılan ÇBÖFÖ ve ÖÖHYTÖ'nin riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkiyi yansıtacağı sayıtlarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm Kavramı

Geçmişten günümüze kadar ölüm kavramı üzerine çeşitli tanımlar yapılmıştır. Ölüm, bilinmezliğiyle herkes tarafından yaşanan, müdahale edilemeyen ve kaçınılmaz bir son olarak görülen bir kavramdır. Büyük Türkçe sözlükte ölüm; bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedî uyku olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2014).

İnsan yaşamında ölüm kaçınılmazdır. İnsanlar bir gün en temel ihtiyaçlarını ve arzularını kaybedebileceği bilgisi ile yaşamlarını sürdürmek zorundadır (Greenberg Pyszczynski ve Solomon, 1997). İnsanların kendi ölümünü düşünmesi ve bir başkasının ölümünden etkilenmesi sonucu ölüme dair bir bakış açısı oluşmaktadır (Hökelekli, 1991). Bireylerin kendi ölüm düşünceleri ile başka birinin ölümü hakkındaki düşünceleri arasında farklılıklar vardır. Kastenbaum ve Aisenberg (1976), ölümün anlamına ilişkin bazı tanımlamalarda bulunmuşlardır.

✓ Ölümü anlamlandırma, bireyin içinde bulunduğu gelişimsel düzeyine göre farklılıklar gösterir. Bireyin gelişimsel dönemleri doğrultusunda ölüm kavramı değişikliğe uğrar, farklı anlamlar taşıyabilir.

✓ Ölüm, öznel bir kavram olmakla birlikte oldukça karmaşık bir yapıdır.

✓ Ölüm kavramı gelişimsel dönemler açısından bakıldığında henüz belirsiz ve sürekli bir oluşum süreci içerisinde.

✓ Bireyin içinde bulunduğu psikolojik durumuna göre ölüm şeması oluşur. Örneğin, bir hastane odasında yanı başımızda ölmek üzere olan bir hastanın varlığı ölüme verdiğimiz anlamı değiştirebilmektedir.

✓ Ölüme verilen anlam, bireyin davranışlarıyla tutarlıdır. Örneğin; ölüm, birey için sonsuz bir mutluluğa geçiş ise ve bu mutluluğa bir an önce erişmek için intihar ediyorsa, bu beklenen tutarlı bir davranıştır. Bireyler ölümü nasıl anlamlandırıyorsa davranışları da o yönde yeniden bir oluşum içine girmektedir (Hökelekli, 1991; Kastenbaum, 1976).

Varoluşçu psikolojinin temelinde ölüm bilincinin insan yaşamı üzerinde yapıcı etkilerinin olduğu görülmektedir. Varoluşçu yaklaşıma göre insan bir gün öleceğini bilir ve bu gerçek karşısında anlamlı yaşayıp yaşamadığını düşünüp kaygılanır. Varoluşçu filozofların en çok inceledikleri konu olan ölüm, insanların iç

dünyasındaki en büyük ikilem olarak ortaya çıkmaktadır. Kişiler isterse ölümü seçebilirken, istemeseler de ölümün kaçınılmazlığını yaşayacaklardır. Ölüm, varoluşçu yaklaşımın çözemediği, insan hayatının en büyük gizemi olarak düşünülmektedir (Yanbastı, 1990).

Jung, ölümü yaşamın anlamıyla bütünleştiren bir olgu olarak insanın yapısına uygun bir düşünce olarak tanımlar. Yaşam ve ölüm bir amaç içinde birbirini tamamlar. Ölümün bir son değil, yaşamı bütünleyen ve onun nihai amacı olmasıyla uyumlu görür. Ölümden en çok korkan insanların, yaşamaktan en çok korkan insanlar olduğunu belirtmiştir (Jung, 1997). Freud’a göre insanlar hayatı boyunca ölmek için yaşarlar ve bilinçsiz bir ölüm isteği içindedirler. Freud insan hayatının ölüm içgüdüsü ile yaşam içgüdüsü arasındaki dinamik dengede olduğunu ifade eder. Freud’ a göre, insan için yaşam, ölüme giden dolaylı bir yoldur (Freud, 1949; Geçtan, 1997; Koç, 2002). Heidegger’ e göre, ölümün kabul edilmesi bireylerin sağlıklı olabilmesinin tek şartı olduğudur. Ölümün inkarı, ölümden kaçınma, ölümü yenmeye çalışmak bireylerin psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Heidegger, 2004).

Ölüm kavramında, ölüme yaklaşım tarzı ile varoluşsal anlam arasında karşılıklı bir etkileşimden bahsetmek mümkündür (Hökelekli, 1991). Ölüm kavramı bireylerin yaşamına bir anlam katmaktadır. İnsan hayatı fiziki anlamda doğum ile başlar ve ölüm ile de son bulur. Yaşam ile ölüm kavramı, aydınlık ve karanlık gibi birbirine zıt bir kavram olarak düşünülse de ölümün varlığı, yaşamın kendisine şekil verip anlam kazandırmaktadır (Ay, 2012; Koç, 2002). Ölüm ve yaşam kavramlarının anlam kazanmaları için birbirlerine ihtiyacı vardır. Frankl’a göre insanın en önemli motivasyonu “anlam arayışı” dır. İnsana özgü olan bu anlam arayışında, hayatın algılanmasında ölüm önemli bir yere sahip olmuştur. Her canlı, hayatı ve ölümü kendine has yaşar, kendi ölümünü yaşar, başkasının ölümünü yaşayamaz ve tecrübe edemez. Açıkça bir gerçeği görür, o da ölümün kaçınılmaz olduğudur (Frankl, 2017).

Günümüzde yaşam koşulları ve gelişen teknoloji ile insan ömrü uzamaktadır. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte kronik hastalıklardaki artış, yaşam sonu bakım desteğine ihtiyacı da artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (2018) verilerine göre bu durum her yıl kırk milyon kişinin yaşam sonu destek bakımına ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (WHO, 2018). Ölüm konusu son yıllarda bilimsel araştırmalarda sıklıkla ele alınmasına rağmen, henüz tamamen açıklığa kavuşmuş değildir. İnsanın hayatı boyunca bilinçaltında ölümü, ölüm kaygısını bulundurması ve yaşam ile

ölümün iç içe olması bu alanda yapılan çalışmaların giderek artmasına neden olmaktadır (Yalom, 2018). Yalom’a göre, ölüm kaçınılmazdır. Ve tüm psikopatolojilerin altında yatan neden ölüm kaygısıdır. Kişilerin varoluşlarının sonlanacağı gerçeği karşısında hissettikleri korku, ölüm kaygısı olarak da karşımıza çıkmaktadır. Ölüm korkusu kişinin hayatında büyük bir yer kaplar ve kişiler her zaman ölümü inkar etmek için çalışırlar (Yalom, 2018). Ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek kişilerin psikolojik dengesini sürdürmek için gereklidir (Çelikdal, 2019; Yalom, 2019).

2.2. Biyolojik Açıdan Ölüm

Biyolojik açıdan bakıldığında dolaşım ve solunum ölçütleri ile kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşümsüz bir biçimde tamamen kaybolması, ölümün göstergesidir. Tıp teknolojisindeki gelişmeler sonucunda beyin ölümü ölçütünün ortaya çıkmasıyla oluşan yeni tanıma göre ölüm: “Kişiye canlılık niteliğini kazandıran dolaşım, solunum ve sinir sistemi fonksiyonlarının kendi başına çalışmalarının durması ve ancak bir takım yapay araçlarla bu fonksiyonların tekrar kazanılması ile kendi başına çalışmaya gücü olmaması hali” olarak tanımlanmaktadır (Özderin, 2006). Amerikan Tıp Derneği’ inin tanımına göre ölüm; “fizyolojik olarak dolaşım ve solunum işlevlerinin ya da beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması” olarak tanımlanmaktadır (AMA, 1980).

2.3. Psiko-sosyal Açıdan Ölüm

Ölüm ile yaşam arasındaki ayrım biyolojik açıdan açık bir şekilde ortaya konulurken, bu konunun psikolojik ve sosyal açıdan tanımlanması kolay olmamaktadır. *Psikolojik ölüm*, belleğin bilinçli faaliyetlerini gerçekleştirememesi olarak tanımlanır. *Sosyal ölüm* ise, bireyin bilinçli olmamasına rağmen fiziksel faaliyetlerini temel yaşam destek sistemleri aracılığıyla gerçekleştirebildiği, sosyal faaliyetlerini ise diğer bireylerle iletişim kurma becerisini gerçekleştiremediği için yerine getirememesi olarak tanımlanır. Fiziksel ölüm ile sosyal ölümün psikolojik sonuçları birbirinden farklıdır. Yaşamı sonlanan bireyin kendisi için sadece fiziksel ölümü gerçekleşirken, ailesi ve yakınları için sosyal ölümü gerçekleşir. (Ay,2012; İnci, 2009; Tanhan ve Arı, 2006).

Geçmişten günümüze değişen ve gelişen ölüm kavramı yerini “iyi ölüm” kavramına bırakmıştır. Uluslararası bir tanım olmamakla birlikte “iyi ölüm” bireylerin yaşam değerlerine saygılı, biyo-psiko-sosyo-kültürel gereksinimlerinin karşılandığı, ölümün zamanında ve doğallığı ile yakınları ile vedalaşma imkânının sunulduğu, hastalığa dair oluşan semptomların giderildiği bir süreci ifade etmektedir (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

2.4. Felsefi Açıdan Ölüm

Antik çağdan günümüze ölüm konusu birçok filozofun, psikiyatrist ve psikologların aynı zamanda antropolog ve sanatçıların ilgisini çekmiş olup, ölümü konu edinen birçok çalışma yapılmıştır. Nietzsche’nin ilk hocası olan Alman filozof Shopenhauer’a göre yaşama arzusu karşısında ölüm bir ceza olarak tanımlanmaktadır (Carl ve Druyan, 2015). Yalom (2017) göre, aldığımız her nefes bizi hayatın bir parçası olan ölüme götürmektedir. Hayatı yaşarken geçen zaman en nihayetinde ölüm ile sonlanacaktır. Ölüme ilişkin yapılan bu tanımların temelinde ölüm kaygısı yer almaktadır (Nyatanga, 2016). Varlığın yok olması düşüncesi ile oluşan ölüm kaygısını Orwel (1984)’de; “insanlar elbette ki yaşamak ister, ama ölümden korktukları için hayatta kalmak isterler” sözü ile vurgulamıştır.

İnsan yaşamında her an iç içe olan ölüm kavramı, günlük yaşamın akışı içinde unutulur. Antik Yunan-Roma dönemindeki Stoacılığa göre yaşamın en önemli olayı ölümdür. İnsan hayatını iyi yaşarken aynı zamanda da iyi ölüme hazırlamaktadır. İyi bir yaşam ile iyi bir ölüm birbirini tamamlayan olaylardır (Geçtan, 1990). Yunan filozof Epikür bu durumu “...yaşadığımız sürece ölüm yoktur, ölüm geldiğinde ise artık biz yokuz” şeklinde ifade etmiştir (Arslan, 2011; Geçtan, 1990). Aries’e göre, Antik Çağ’dan Ortaçağ’a ve günümüze kadar farklılaşarak gelişmekte olan ölüm kendisini mezar yapımı, defin törenleri, vasiyetler ve matem gösterileri şeklinde göstermiştir. Günümüzde ise ölüme bakış, şehir merkezinden uzakta yer alan mezarlar ile ölüm üzerine konuşmanın rahatsızlık verici olduğu bir hal almıştır (Aries, 1991; Geçtan, 1990).

2.5. Kültürel Açıdan Ölüm

Toplumların kültürel yapılarında ölüm olgusu basit bir algı olmaksızın, ölümün basitliğini kabul etmeyen, ölüm olgusuna sembolik ifadeler yükleyerek ölüm olgusunu anlamlandırma çabaları mevcuttur. Toplumların ölüm kavramına yükledikleri anlamlar, kültürler ve tarihleri boyunca değişiklikler göstermektedir (Hökelekli, 1991). Ölüm, insanoğlunun yaşamını yakından etkileyen, merak uyandıran, düşündüren zaman zaman da korkutan bir kavramdır. Ölüm ile ilgili inançların coğrafi ve kültürel yapıya göre farklı toplumlarda benzer özellikler göstermesi de söz konusu olabilir (Selvi, 2019).

Ölüm karşısındaki tutumlar, 1960'lı yıllardan sonra 'ölüm gerçeğini daha iyi anlamak ve anlatmak için' araştırmaların başlamasına neden olmuştur. Geleneksel kültüre sahip toplumlarda ölüm sonrasında yeni bir hayatın başlangıcı olduğu, hayatın aslında son bulmadığı düşüncesi vardır. Geleneksel bir yapıya sahip olan Türk toplumunda insanlar ölüm karşısında 'üzüntü' duymakta, aile üyeleri teselli amacıyla 'Allah'ın emri, başınız sağ olsun' vb. ifadeler kullanmaktadır. Batı toplumlarında ise ölüme yaklaşımda 'üzgünüm' ifadesi kullanılmakta olup, ölümden duyulan üzüntü yeterince dile getirilememektedir (Cüceloğlu, 1997; Hökelekli, 1991).

Ölüm tüm dinlerde farklı yorumlanmaktadır. Hristiyanlık dininde sadece beden yok olması, hayatın güzel ve değişik bir biçimde devam edeceği inancı vardır. Tüm dinlerde olduğu gibi sonsuz yaşam arayışı söz konusudur. Yahudilik dinine göre tanrının insana üflediği bir nefesten hayat ve ölüm oluşmuştur. Ölümün, hayatın bir sonu olmadığı ancak başka bir dünya olabileceği düşüncesine inanmayarak, insanın etkilerinin öldükten sonra devam edeceği tesellisi olarak görülmektedir. İslam dininde ise ruhu bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak değerlendirilmektedir. İslamiyet'te ölüm ve ölümden sonraki hayata inanıştan sıkça bahsedilmektedir (Hökelekli, 2008). Türk toplumunda dini inançlarına bağlı kişilerin ölümü diğer yaşam olayları gibi kabul ettiği ve "Allah'ın emri" olarak bildiği görülmektedir (Cüceloğlu, 2002). Neredeyse tüm dini yapılarda ölüm ile ilgili bilgi ve uygulamalar geniş yer tutar. Dinler, insanların huzurlu, mutlu, uyumlu bireyler olmasını amaçladığı için, yaşanan ölüm kaygısı ile baş edebilmelerine yardımcı olur (Neimeyer, 2004). Kader ve yas bireylerde ölümcül bir hastalık tanısı konulduğu anda başlar. Bireylerin sahip oldukları kültür yapıları ölme sürecine

verilen acı, rahatsızlık, kader gibi tepkileri büyük ölçüde etkiler. Bireylerin yaşam sonunda yaşam kalitelerini artırmak için sağlık profesyonelleri kendi kültürel inançlarını bir kenara bırakmalı ve ölmekte olan birey ve ailesinin kültürel değer ve inancalarını anlamaya çalışmalıdır (Eues, 2007).

Ölüm durumunda, her birey yaşanan kayba karşı farklı tepkiler gösterebilir. Bireyler ölümü her ne kadar basit bir algı gibi yorumlasa da, ölüm karşısında psikolojik olarak kolayca teslim olamamaktadır. Tüm bireylerde, içgüdüsel olarak “hayatını koruma ve sonsuza kadar yaşama” isteği mutlak bir gerçektir. Bireylerin ölüm karşısında tepkileri, bireylerin yaşadığı sosyal kültürel çevre, coğrafi şartlar ve ekonomik seviye gibi faktörlerden oluşan yaşam biçimi tarzları ve bireysel tutumları ile şekillenmektedir. Bireylerde ölüm kavramına bakıldığında ölüm ile ilgili tutum ve davranışların tespit edilmesi gerekir (İnci, 2009; Koç, 2002; Tanhan ve Arı, 2006). Ölüm kavramının bireyden bireye, kültürden kültürel farklılık gösterdiği unutulmamalı ve bu farklılık göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş holistik yaklaşımı kapsayan hemşirelik bakımı sunulmalıdır (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

3. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler

Bilim ve tıp alanındaki gelişmeler her geçen gün daha çok yaşam süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Birçok hastalığın önlenmesi, tedavilerinin olanaklı hale gelmesi insanların ölümünü geciktirmeyi sağlamaktadır (Filiz ve Dikmen, 2017). Günümüzde modern insanın ölüm deneyimini etkileyen en önemli değişiklik ölüm kavramının toplum içinden alınıp kurumlara verilmesidir. Yani ölümler evlerde değil çoğunlukla kurumlarda gerçekleşmektedir. Zamanla gelişen ve değişen sosyal aile yapısına bakıldığında eskiden ailelerin tek merkezde kalması ve ihtiyaç anında birbirlerine destek olmaları yerini hasta bireyin bakım kurumlarına yerleştirilmesine, ölüm sürecini tek başına yaşamasına bırakmıştır (Amelia, 2003). Bu durum bireylerin ailelerinden ve sevdiklerinden uzak öldükleri anlamına gelmektedir. Aile yakınları ise ölen yakınlarının ağırlığını ve sorumluluğunu hissedemez, ona bakmamanın ve son zamanlarda yanında olamamanın oluşturacağı tatminsizlik duygusu ile baş etmek durumunda kalmaktadırlar (Koç, 2002). Artan hastalıklar, hastaneye yatışların artması ve teknolojinin gelişmesiyle ölmek üzere olan bireylerin bakımı yaşam sonu bakım adı altında ailelerden sağlık profesyonellerine geçmiş durumdadır (Hebert ve

diğ., 2011) ve yaşam sonu bakım uygulamalarında hemşireler önemli bir yere sahiptirler. Çünkü hemşirelik mesleğinin kilit noktası olan bakım, bireylerin ve yakınlarının hastalıkta, sağlıkta ve ölüm sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik her bireye özgü uygulamaları içermektedir (Filiz ve Dikmen, 2017).

İnsan ölümü düşünerek, ölüme ilişkin zihninde dinsel, felsefi, ahlaksal gibi birçok alanda davranış ve tutumlar geliştirmiştir (Bilge, 2013). Elizabeth Kübler-Ross (1969)'un Ölümün Evre Teorisi, sağlık bilimleri alanında ölüm ve ölmekte olan hastaya yaklaşım konusunda en çok bilinen teoridir. Sağlık bakım alanında büyük bir boşluğu dolduran Kübler-Ross'un Evre Teorisi (1969) günümüzde geçerliliğini korumaya devam etmektedir. E. Kübler-Ross (1969), ölüm sürecini inceleyerek beş aşamadan oluşan "ölüm evreleri teorisini" oluşturmuştur. Bu beş aşamanın sıralı bir şekilde ya da karmaşık bir sıra ile yaşanabileceğini öne sürmüştür. Kübler-Ross'a göre bazı bireyler bazı evrelerden geçmeyebilir ve her birey bu aşamaların hepsini tamamlayamayabilir. Aynı zamanda ölmekte olan hastalar ile çalışan sağlık profesyonelleri tarafından da bu aşamalar yaşanabilir. Bu aşamalar ölüme yaklaşmakta olan bireylerin anlaşılabilmesi için bir rehber niteliğindedir. Aşamalar incelendiğinde;

1. İnkâr ve Yalnızlaşma: Ölüme karşı ilk evredir ve bireylerin "Hayır... ben değilim, bir yanlışlık olmalı" gibi ifadeleri ile sıklıkla karşılaşılır. Birey, ölümün kendisi için yakın olduğunu kabullenememektedir. Bu süreç, kısa vadede birey için tampon fonksiyonu görürken, uzun vadede ise daha sağlam savunma mekanizmalarının gelişmesini sağlamaktadır. Bu evredeki bireylerde inkar geçici bir savunma görevi görür, kısa bir süre sonra kabullenmeye dönüşür (Kübler Ross, 2010). Hemşireler, bireylerin inkar ve yalnızlaşma dönemi içinde olduğunu farkında olmalı, bireyin bu inkar durumu ile yüzleşmesi, kabullenmesi sağlanmalıdır. Bireyin inkar durumu desteklenmemeli, birey ile güven ilişkisi sağlanarak tedaviye uyum süreci artırılmalıdır (Ay, 2001; Cimete, 2002).
2. Öfke: Öfke duygusu hâkimdir. Birey kendisine "neden ben?" sorusunu sürekli sorar. Bireyin öfke dönemi ile başa çıkabilmeleri hem kendileri hem de sağlık profesyonelleri açısından oldukça güçtür. Bu aşamada, bireyde tamamlanamayan işler ya da paylaşılmayan duygular pişmanlığa sebep olur. Bireyin orta düzeydeki öfkesi, depresyona karşı koruyucu olarak ele alınmalıdır (Kübler Ross, 2010). Bu süreçte birey nereye baksa öfkelenecek bir şey bulmaktadır ve hemşireler bu öfkeye daha çok maruz kalmaktadır. Birey ölmekte olduğu düşüncesi ile sürekli sesini

yükseltir, isteklerde bulunur ve şikâyetçi olurken bir o kadar da yalnız kalmamak ve ilgi görmek ister. Bu bireyin “ben yaşıyorum, bunu unutmayın, sesimi duyabilirsiniz, henüz ölmedim” deme şeklidir. Kendisine saygı duyulan, değerli olduğu hissettirilen, özen gösterilen ve zaman ayrılan birey kısa bir süre sonra sesini alçaltıp, öfkelerini azaltacaktır (Kübler Ross, 2010; Ay, 2008).

3. Pazarlık: Bu aşamada birey pazarlık yaparak, ölüm sürecini geciktirme çabasıdadır. Birey pazarlık evresinde çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşın güçlülük duygusu göstermektedir (Kübler Ross, 2010). Pazarlık dönemi, inkar döneminde gerçekle yüzleşemeyen öfke döneminde insanlara ve tanrıya öfkeli olan birey için kaçınılmaz olan ölümü erteleme çabasına girdiği bir evredir (Ay, 2008). Bu dönemde bireyler iletişime açık tutulmalı, çaresizlik, umutsuzluk, korku ve suçluluk gibi duygularının ortadan kalkmasına yardımcı olunmalı ve bireylerin tutum ve davranışları eleştirilmemelidir (Kübler Ross, 2010; Ay, 2008; Kaya, 2018).
4. Depresyon: Bu aşamada da bireyin iyileşme olasılığının kalmadığı, artık ölüme karşı daha fazla direnemeyip öfkelenmeyi bırakması ve kayıp duygusunun ortaya çıkmasıyla başlar. Bu süreçte oluşan depresyonu Kübler-Ross, hazırlayıcı ve tepkici depresyon olarak iki şekilde ele alır. Hazırlayıcı depresyon, bireyin dünyadan ayrılırken sevdiği her şeyi, herkesi arkasında bırakmanın hüznünü içerir. Yaşanmış bir kayba değil, yaklaşmakta olan bir kayba dair oluşan genellikle sessiz depresyondur. Tepkici depresyonda ise bireyler gerçekdışı suçluluk yada utanç duygusu içinde hastalığı ile başa çıkamayacağını düşünür ve bu bireylerin profesyonel yardıma ihtiyacı vardır (Kübler Ross, 2010). Bu dönemde bireylerin kendini ifade etmesi sağlanmalı, etkin bir dinleme ile bireyin yanında olduğumuz hissi verilmelidir. Bireyler geçmişini düşünmeyi bırakıp geleceği düşünmeye başladıkları bu dönemde bireylerin yanında olmak iyi gelir (Ay, 2008; Kaya, 2018; Kübler Ross, 2010).
5. Kabullenme: Bireyin inkar, öfke, pazarlık ve depresyon aşamalarını geçmesi sonucunda kabullenme aşaması başlamaktadır. Birey, ölmekte olduğunu bilmektedir. Hayatının son anlarını yaşadığını bilir ve kendini ‘ne mutlu, ne mutsuz’ olarak ifade eder. Birey son olarak dini işlevlerine yönelerek, yarım bırakılan işlerini tamamlamak istemektedir (Kübler Ross, 2010).

İnsanların sürekli ölümü düşünmesi, ölümü düşünmemek için çaba sarf etmesi, ölüm korkusunu yok saymaya ve bastırmaya çalışması ölüm gerçeğini değiştirmek için yeterli gelmemektedir. Ölümün belirsizliği insanlarda ölüm

korkusuna asıl neden olan durumdur. İnsanların ahlaki değerleri, psikolojik özellikleri, felsefi görüşleri, dini inançları ve bunlara olan bağlılığı ölüm karşısında verilen tepkilerini belirlemektedir (Hökelekli, 1992). Bu evreleri sadece ölmekte olan bireyler değil, aynı zamanda kayıp yaşayan bireyler ve en çokta ölüm ile iç içe çalışmakta olan sağlık profesyonelleri de yaşamaktadır. Ölümcül hasta ve ailesine bakım vermede sağlık profesyonellerinin çeşitli savunmalar geliştirdikleri görülmüştür. En sık görülen savunma mekanizmaları yadsıma (inkar etme) ve yer değiştirme olmakla birlikte özetle;

- ✓ Ölümcül hastadan kaçınma, onu eşya gibi görme,
- ✓ Ölümcül hasta ve ailesiyle iletişimden kaçınma,
- ✓ Gelecek hakkında konuşmaktan kaçınma,
- ✓ Ölümcül hasta ile konuşmayı sınırlı tutmak için, meşgul görünme, duymazlıktan gelme,
- ✓ Ölümcül hastaya bakım vermek yerine enerjisini iyileşme olasılığı olan hastalara bakım vermeyi tercih etme gibi davranışlar görülebilmektedir..

Ölüme yönelik duygularını tanımlayamayan, beklenen ölüme ilişkin tepkilerini kontrol edemeyen sağlık profesyonelleri ölümcül hastaya yaklaşımda zorluklar yaşamaktadır (Önsöz, 2013). Bu tutum ve davranışları sergileyen sağlık profesyonellerinin altta yatan nedenleri fark edebilmesi ve gerekli uzman desteği olarak kendilerinde ölüm ile ilgili dinamikleri fark edebilmesi sağlanmalıdır (Ay, 2008; İnci ve Öz, 2009; Kübler Ross, 2010). Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda hemşireler holistik ve hümanistik bir bakış açısıyla hemşireliğin savunuculuk rolünü etkin kullanmaktadırlar (Hanks, 2010). Hemşireliğin savunma rolünün giderek artması profesyonel kimliğin en önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Gültekin ve diğ. 2010; Thacker, 2008).

Günümüzde bireyler ölümü, mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır. Son yüzyılda gelişen bilimsel ve tıbbi ilerlemeler neticesinde birçok hastalığın önlenmesi, tedavi edilmesi ile yaşam süreleri uzatılarak hasta bireylerin ölümü geciktirilmektedir (Özdemir, 2014). National Health Service (NHS) England Commissioning, (2016) iyi bir ölüm için bireylerin bakımında öncelikle ele alınması gereken noktaları şu şekilde belirlemiştir.

- ✓ Kabul et, bireyin ölmekte olduğunun kabul edilmesi ve bireyin ve ailesinin gereksinimlerine uygun bakım planının oluşturulması,

- ✓ İletişim, birey ve ailesi ile tanı, tedavi prognozunun konuşulması, birey ve ailesinin açık net bir şekilde bilgilendirmesi,
- ✓ Dâhil et, birey ve ailesinin tedavi ve bakım sürecine katılımı sağlanmalı,
- ✓ Destekle, bireyin ve ailesinin psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin giderilmesi,
- ✓ Plan yap, bireye özgü bir bakım planı yapılmalı ve devamlılığı sağlanmalıdır.

Hemşirelerin terapötik ortamda ölümcül hastaya bakım verme konusunda bazı önemli mesleki bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir. Hemşireler hastalarını gözlemleyerek, hastaları ve aileleriyle görüşerek, bireylerin sorunlarını, gereksinimlerini, yeterliliklerini, çevreyle uyumlarını ve kendilik kavramlarını değerlendirerek bakım verirler. Hemşirelerin ölümcül hastaya nitelikli bir bakım verebilmesi için öncelikle hastanın gereksinimlerini belirleyebilmesi ve kendisinin ölüm olgusu karşısındaki hislerini tanımlayabilmesi ve hastayı fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve spiritüel boyutlarını ile değerlendirmesi gereklidir (Bilge ve Çam, 2004; Bilge ve diğ. 2013).

Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda önemli kavramlardan birisi de farkındalık kavramıdır. Çünkü insanların ölüm ile yüzleşmesi, kabullenmesi ve bütünleşmesi yaşam deneyimlerinde bütünlük sağlamaktadır. Bu bağlamda ölüm kavramıyla yüzleşme sonucu insanlar; gerçekçi bir varoluş hissi ile yaşamdan tat alma, yaşamı anlamlandırma, yaşamda sorumluluk sahibi olarak, kararlarında cesaret ve bütünlük içinde yaşamsal bir plan oluşturmayı sağlamaktadır (Tanhan, 2013).

4. Farkındalık Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre farkındalık, "Farkında olma durumu" dur. Farkındalık kavramı karşımıza "Psikolojik Bilinç/Farkındalık, Kendilik Farkındalığı ve Bilgece Farkındalık" olmak üzere üç boyutta çıkmaktadır. Farkındalık "Bilinç" ile ilişkilendirilen bir kavram olmakla beraber psikolojik bilincin en önemli boyutudur.

Psikolojik bilinç, insanın kendi yaşantı ve deneyimlerini anlayabilmesi, duygu düşünce ve davranışları arasındaki ilişkiyi fark edebilmesi, kendine bakabilme, inceleyebilme ve kendi üzerine düşünebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Kendilik farkındalığı, insanın kendisi ile ilgili geçmişte olan, şu an olmakta olan ve gelecekte olabilecek olanların bilincinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bilgece farkındalık ise, dikkatin amaçlı ve bilinçli olarak, bedende

ve zihinde o anda olup bitenlere yönlendirildiği, o anda yapılan gözlemlerde ortaya çıkan sonucun merakla, anlayışla ve şefkatle kabullenildiği bir süreçtir (Şahin ve Yeniçeri, 2015).

Gestalt psikolojisine göre “ farkına varmak” büyüme ve gelişmenin temelini oluşturur. Farkındalık sürecinde birey, duygu düşünce ve davranışlarını yaşantısı içinde spontan olarak hissedebilir. Farkındalık gerçekleştiğinde bireyin zihninde bir takım yeni bilişsel şemalar oluşur. Bu alanda davranışlarımıza yön veren duygu ve düşüncelerimiz hakkında farkındalık düzeyimizi artırmamız mümkündür (Çam, 2014; 2006). Farkındalığın doğasını açıklamak için en sık kullanılan Johari penceresi “ açık, kör, özel ve kapalı” olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Açık alan, bireyin bilinçli ve istekli olarak yaptığı, farkında olduğu eylemleri kapsar. Kör alan, kendi inanç ve duygularının bireyde doğal anksiyete oluşturması nedeniyle, diğer insanların değerlendirmelerinden saklanmaktadır. Özel alan, inanç ve duygularını kişinin kendisinin bildiği, amaçlı ve bilinçli olarak diğerlerinden gizlediği, genellikle herkesin yaşamında yer alan bir bölümdür. Kapalı alan ise kişinin bilinç dışında derinlerde saklanmış inanç ve duygularını anlatan, bireyin kendisi ve diğer insanlar tarafından bilinmeyen inanç ve duygularının olduğu alandır (Taylor, 1990). Bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi, duygu ve düşüncelerine yönelik geri bildirimler alma yoluyla farkındalık kazanması bireylerin çevre ile etkileşimini netleştirir. Böylelikle bireyler; dış dünyanın, nesnelerin, olayların, canlıların farkına varabilir, kendi iç dünyasının, duygularının, düşüncelerinin farkına varabilir, diğer bireylerin iç dünyalarının farkına varabilir, evrendeki bütünlüğün farkına varabilir (Dökmen 2000).

4.1. Ölüm Farkındalığı

Tüm canlılar arasında insan, ölüm gerçeğinin farkında olan tek bilinçli varlıktır. Her birey için ölümü bekleme farklı anlamlar taşımaktadır. Ölüm kavramı içinde barındırdığı acı, hastalık, yalnızlık, bedensel veya nesnel kayıp, ölümün zaman ve oluş şeklinin öngörülemez oluşu, ölüm deneyiminin ve ölüm sonrasının bilinmezliği nedeniyle anksiyeteye neden olmaktadır. Bireylerin yaşamış olduğu ölüm kaygısı, ölümün anlamı ve anlamsızlığı, belirsizliği ölüm korkusunu oluşturmaktadır. Bireysel özellikler bu anlamda ön planda olsa da evrensel olarak ölüm karşısında yaşanan duygu “korku”dur (Aydoğan, 2015; Terakye, 1999). Yalom

(2019) göre, insanı insan yapan şey ‘öz-farkındalık’ dır. Bu öz farkındalık hayat kadar değerli bir hazinedir. Varoluşumuz, hayatımız boyunca büyüyüp gelişeceğimiz ve kaçınılmaz gerçek olan, bir gün ölüp yok olacağımız bilgisiyle gölgelenmektedir. Her anı ölümün farkındalığı ile yaşamak kolay olmamakla birlikte Yalom (2019), ‘ölümü tamamen farkında olarak yaşamak, dosdoğru güneşe bakmaya benzer, buna kimse çok dayanamaz’ der. Bireyleri ölüm olgusunu düşünmeye yönelten etkenler; ölümcül hastalıklar, çevrede yaşanan ölüm olayları, cenazeler, mezarlıklar, vücudun fizyolojik olarak yıpranması ve yaşlanması gibi belirtilerdir. Bireylerde ölüm olgusunu düşünmeyi engelleyen etmenler ise; bireylerin genç ve sağlıklı olması, ölüm olayına çok sık tanıklık eden kişilerin ölüm olayına aşina olmalarıdır. (Cüceloğlu, 2002).

Günümüzde çoğu insan hastanelerde ve bakımevlerinde ölmeyi tercih etmektedir. Bu kurumlarda yaşamın son günlerinde hastaların bakımından, kendilerine yabancı olan hemşire ve hekimler sorumludur (Andrews, 2015). Glaser ve Strauss (1965), dört farklı farkındalık bağlamı ortaya çıkmıştır; kapalı farkındalık, şüpheli farkındalık, karşılıklı sözde farkındalık ve açık farkındalık. Glaser ve Strauss (1965), ölüm farkındalığı kavramlarını özetlersek;

Kapalı farkındalık, hastaların kendi yaklaşan ölümlerinin farkında olmadıkları bir bağlamı ifade eder. Hekim ve hemşireler, hastayı kendi ölümünden habersiz tutar. Bu süreçte hekim ve hemşireler, hastanın şüphelerini uyandırmamak için hastalara kısmı bir tanı koymak, konuşmayı manipüle etmek, hasta ile geçirilen zamanı minimum seviyede tutmak gibi taktikler ile kapalı farkındalığı sürdürmeye çalışırlar. Bu süreçte iyileşeceklerine dair yanlış bir inanca sahip olan hastalar için, yaşam sonunda sevdikleriyle, yakınlarıyla kederini paylaşamadığı, yaşam sonu ritüellerini yapamadıkları görülmüştür. Bu sürecin sonunda hasta eğer ölüyor olabileceğinden şüphelenirse, şüpheli farkındalığa geçiş yapar.

Şüpheli farkındalık, hastalar öleceklerini kesin olarak bilmezler, ölmekte olduklarından şüphelenmeye başlayan hastalar bu şüphelerini doğrulamak için hasta yakınlarıyla, hekim ve hemşireler ile iletişime geçmeye çalışırlar. Hekim ve hemşirelere ölmekte olduklarını duyurmaya çalışırlar. Hastalığın semptomlarını sorarak hekim ve hemşirelerin söylediği her kelimeyi ve her hareketi takip edip çıkarımda bulunmaya çalışırlar. Hekim ve hemşireler, hastaların ölümcül hastalıktan şüphelendiklerini anladıkları zaman kapalı farkındalığı sürdürme yöntemlerine

benzer stratejiler kullanmışlardır. Bu farkındalık düzeyinde hastalar ve hasta yakınları ile hekim ve hemşireler ciddi bir baskı ve gerilim ortamındadır. Bu noktada karşılıklı bahane gibi başka türlere dönüşme eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Karşılıklı sözde farkındalık, bu bağlamda tüm taraflar hastanın öldüğünü bilmekte olup bunu kabul etmeyerek, “her şey normal” gibi davranır. Bu durum karşılıklı rahatlık ortamı sunsa da bu bağlamda ilgili herkes için kırılğan bir yanılsamadır. Bu yanılsamayı sürdürmek için, güvenli konulara odaklanılır, tehlike içerikli konulardan uzaklaşılır. Karşılıklı sözde farkındalık, hastalar için mahremiyet ve saygınlık sağlayabilir, yakınları için utanç duygusunu en aza indirebilir. Ancak hasta ve hasta yakınları, hekim ve hemşireler için strese neden olma potansiyeli vardır. Bununla birlikte hasta ve çevresindeki ortamda bir dinginlik mevcuttur. Hastaların ölümle yüzleşemeyeceklerini fark ettikleri anda açık farkındalığa geçiş yaparlar.

Açık farkındalık, hastalar, hasta yakınları, hekim ve hemşireler hastanın durumunun ölümcül olduğunu kabul eder. Hasta ve yakınları ile hastalar için çok üzücü ve rahatsız edici olmayacağını düşünülen konularda ölüm hakkında konuşulabilmektedir. Hekim ve hemşirelerin hastanın ölmekte olan yörünge hakkında bilinçli hale gelmesi, sorumluluk alması gibi beklentileri vardır. Örneğin, hastaların acı çekmelerinin yoğun olmadığı, ölümün hızla yaklaşmadığı zamanlarda hayatta kalma mücadelesine devam etmeleri beklenir. Açık farkındalık hastalara uygun ölümle ilgili kişisel düşüncelerine göre yaşamlarını faydalı bir şekilde sonlandırma ve yakınları ile açık bir şekilde konuşabilme fırsatı verir. Özellikler hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, hastaları rahatlatmaktan memnuniyet duydukları için açık farkındalığını tercih etmektedirler.

Field ve Copp (1999), ölüm ile ilgili iletişim ve farkındalık üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların ölümcül hastalıklarının açıklanmasına yönelik eğilimlerin olmasına rağmen sağlık profesyonellerinin hastalarla günlük karşılaşmalarında tam açıklama yerine koşullu açıklama kullandıklarını gözlemlemişlerdir. Hemşirelerde kapalı farkındalık bağlamında; kaygı, stres, memnuniyette azalma, suçluluk, bastırılmış duygular, hastalarla gerçek olmayan iletişim ve iletişimsizlik, hastalardan kaçınma ve başarısızlık duygusu görülmüştür. Açık farkındalık bağlamında ise; hasta ve diğer sağlık profesyonelleri ile daha etkili bir iletişim, duyarlı bir hemşirelik

bakımı, daha fazla özerklik, ortak karar verme, memnuniyet, azaltılmış stres ve kaygı görülmüştür.

Timmermans (1994), farkındalık bağlamlarını “hastaların bilgilendirildiği bir yapıda etkileşimin odak noktası olan bilgiyi yorumlayan ve bu bilgi ile başa çıkmaya çalışan her bir kişinin, hastanın tanımlanmış statüsüne ilişkin bildiklerinin yanı sıra, kendi farkındalık tanımını kabul etmesi' olarak tanımlanır. Açık farkındalık, tüm tarafların yaklaşan ölümü anladığı ve kabul ettiği, iyileşmenin mümkün olmadığı ve bunun kabul edildiği yerdir. Yaklaşmakta olan ölümü kabul etmenin, ölmenin 'daha iyi' yolu olduğunu ifade eden bir psikodinamik bir modeli olarak görülmektedir. Ölümcül hastalar, açık farkındalığın içine ve dışına doğru hareket eder, bir an farkında olup, kabullenme ile ölüme hazırlanırken daha sonra ölmekte olduklarını inkar edebilmektedirler (Field, 1999). Sağlık profesyonellerinin farkındalığı ile hastaların son günlerini nasıl deneyimlemek istediklerinin belirlenebileceğini, yaşamlarına uygun ritüellerle sonlandırmanın daha iyi olabileceğini ve yaşam sonu bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı ortaya konulmuştur (Andrews, 2015). Glaser ve Strauss’un Ölüm Farkındalığını yayınlamasından bu yana geçen zamanda ölümcül hastalığı olan bireye bu durumun açıklanması açık farkındalık veya klinisyenlerin prognoz farkındalığı olarak adlandırdıkları bu durum artık standart uygulama olarak kabul edilmektedir (Chochinov ve diğ. 2011). Günümüzde açık farkındalık bir norm olmakla birlikte sağlık bakım hizmetlerinin organize edilmesinde önemli bir yere sahiptir (Stacey L. C., 2019).

5. Hemşirelerin Ölüm Farkındalığı ve Ölümcül Hastaya Tutumları

Kübler Ross, günümüzde ölümün insanlıktan uzak, yalnız ve itici hale getirildiğini ve insanın ölümle yüzleşmekten kaçındığını ifade eder. Buna ifadeye dayanarak hemşirelerin ölmekte olan hastalarla çalışmasına rağmen ölümle yüzleşmekten kaçındıkları ve ölmekte olan hasta ve ailelerine bakım vermekte yetersiz hissettiklerini belirtmiştir (Frommelt, 2003; Kübler-Ross, 1997). Yalom’ a (2017) göre ölümle yüzleşebilen insanların ölümün yıkıcılığı karşısında, ölüm ile ilgili duygu ve düşüncelerinin farkındalığı artmaktadır.

Tatar (1988), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin yarısı bakım verdiği hasta birey öldüğünde yoğun üzüntü hissettiklerini, % 20’sinin çaresizlik yaşadığı, %13’ün de başarısızlık hissettiklerini

belirtmiştir. Aynı zamanda ölüm ve ölümcül hasta ve aileleri ile karşılaşmakta olan hemşireler inkar, öfke, suçluluk keder, depresyon, ümitsizlik, korku ve anksiyete gibi bir çok duyguyu yaşamaktadır. Hemşireler bu süreçte hastaların duygusal ve fiziksel bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkmaktadırlar. Bakım gereksinimlerini yeterli düzeyde karşılayabilmek amacıyla hasta ve ailesine gerekli psiko-sosyal desteği sağlayabilmeleri için önce kendi duygularını tanımalıdırlar (Damak, 2020; Yılmaz ve Peker, 2015). Hemşirelerin bireysel gelişimlerinin, kendilerini gerçekleştirebilmelerinin, mesleğini isteyerek ve severek yapma durumlarının yaşam sonu bakımına olumlu yönde güçlü bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür (Cengiz, 2020).

Hemşirelerin ölüm konusunda farkındalıklarının artırılması, ölüme ilişkin tutum ve ölüm kaygı düzeylerinin belirlenmesi, buna yönelik psikolojik destek almaya gereksinim duyduklarını, ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin olumlu tutum geliştirmede eğitimin önemini vurgulamaktadır. Ölüm ile ilgili iletişim ve farkındalık konusunda açık iletişim ihtiyacı ve sağlık profesyonelleri tarafından hasta ile yüz yüze iletişimin geliştirilmesi vurgulanmıştır (Field, 1999).

Hemşireler 'iyi' ölümü bağlamsallaştırırlar yani kendi yaşamları ile ilişkili görürler ve çalışmalarının stresli doğasına bakıldığında şaşırtıcı derecede iyi başa çıktıkları görülmektedir (Mcnamara, 1995). Costello, J., (2005) hemşirelerin ölüm ve ölüm deneyimlerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında farklı ölüm deneyimlerinin hemşirelerin ölüm sürecini yönetmedeki uygulamalarına dayandığını ve hemşireler için önemli bir çatışma kaynağı olduğunu bulmuşlardır. Beckstrand, Callister ve Kirchhoff, (2006) yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaşam sonu bakımını iyileştirilmesi gerektiğine inandıklarını ortaya koymuştur. Çünkü ölüm sürecinin uzun olması, hemşire sayısının yeterli olmaması, ölmekte olan birey ile yaşanan iletişim güçlükleri bireylere sunulmak istenilen kaliteli yaşam sonu bakımı etkilemektedir.

Ölüm gerçeği ile yüzleşmek travmatik bir süreçtir. Sağlık profesyonelleri ölüm ile yüzleştğinde, ölümcül bir hasta ile karşılaştıklarında iletişim sorunları yaşamakta, bilgileri nasıl paylaşacağı konusunda belirsizlik yaşamakta, hastaların tedavi ve klinik durumları ile ilgili konuşmaktan kaçınmaktadır (Abdel Khalek, 2006; Dağ ve Badır, 2017; Koç ve Sağlam, 2008). Ölmek üzere olan hasta ile karşılaştıklarında öfke, çaresizlik, sıkıntı, suçluluk gibi duygularla baş etmek durumunda kalabilirler. Aynı zamanda hemşireler kendi duygularının ve tutumlarının

farkında olamaz ise yetersizlik ve başarısızlık duygusu ile hasta ve ailesine profesyonel hemşirelik bakımı olarak yardım edemeyebilir (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013; Bilge, Embel ve Kaya, 2013). Kavas (2012) yaptığı araştırma çerçevesinde ‘ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım’ konusunda tıp fakültesi öğrencilerine farklı yöntemler ile etik eğitimi vermiştir. Aynı zamanda eğitimler sonrasında “ölümcül hastadan kaçınma, ölümcül hasta ve ailesiyle iletişim, bakım sorumluluğunu devretme ve öz yeterlilik algısı” açısından farklı tutum değişikliklerinin olduğunu gözlemlemiştir. Ölüm eğitimleri teorik bilginin aktarılması ve bireysel tutumların farkındalığının geliştirilmesi şeklinde planlanmalıdır (İnci, 2008). Frommelt (2003), eğitim programına dâhil olan hemşirelerin, ölüme karşı tutumlarının eğitim sonrası değişimin incelediği çalışmasında çalışma yapılan grupta kontrol grubuna göre ölüme karşı pozitif tutumun geliştiğini tespit etmiştir.

Günümüz modern toplumlarında ölüm spiritüelliğini yitirirken, hastanelerde hasta ve sağlık profesyonelleri ölümün duygusal ve fiziksel yükünün altında kalmışlardır. Bu bağlamda tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten kaçınmakta ve ölüm kaygısı yaşamaktadır. Tıbbi bir durum halini alan ölüm, sağlık profesyonellerinde bakım verdiği hastanın ölümü karşısında suçluluk duygusu ve tıbbi başarısızlık olarak görülmüştür. Her hasta için gerekli olan bireyselleşmiş, bütüncül bakım ölmekte olan hastalar için daha da önem kazanmaktadır. Bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal yönden algıladıkları iyi olma halleri yaşam kalitelerini oluşturmaktadır (İnci ve Öz, 2009).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hemşirelik bakım kalitesini, “hastaya tedavi ve bakım sürecinde, gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanmasını sağlayacak aktivitelerin en iyi şekilde sunulması” olarak tanımlamaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011). Riskli birimler, yaşamı tehdit altında olan bireylerin bulunduğu, girişimsel işlemlerin çok yoğun uygulandığı, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu, çok sayıda yaşam kurtarıcı malzeme ve teknoloji ile olabilecek en iyi bakım kalitesinin sunulmaya çalışıldığı multidisipliner ekip yaklaşımının olduğu alanlardır. Bu birimlerde yaşamı tehdit edici yüksek risk taşıyan, ciddi sorunları olan hastalar yattığı için hemşireler çok sık ölümle karşılaşmaktadır (Terzi ve Kaya, 2011). Hasta bireyler ile en çok vakit geçiren hemşireler için ölmekte olan hastaya ve ailesine sunacakları bakımda kendi ölüme yönelik tutumlarından etkilenmektedirler. Hemşirelerin ölüm öncesi hasta bakımında ve sonrası yas sürecinde hastanın ailesine

destek olması, psikososyal açıdan iyilik hallerini sürdürmede profesyonel hemşirelik bakımını devam ettirmesi beklenmektedir (Aksu ve Fadıloğlu, 2012).

Terminal dönem sonunda gerçekleşen ölümlerin %49'unun yoğun bakım ünitelerinde, %24'ünün diğer klinik ortamlarda, %27' sinin ev ortamında gerçekleştiği bildirilmektedir (Abdel-Khalek, 2002). Hemşireler, özellikle riskli birimlerde çalışan hemşireler, çalıştıkları ortamın getirdiği kaygı, stres ve iş yükünün yanı sıra çok fazla ölüm olgusu ve ölüm kaygısı ile karşı karşıyadır. Ölüm olguları ile bu kadar iç içe olan ve ölüm gerçeği ile yüzleşme durumunda, “hemşirelerin kendi ölüm ve genel kaygılarını nasıl etkilediği” sorusunu akla getirmektedir (Özdemir, 2014). Hemşireler saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamak, aile üyelerinin gereksinimlerini göz önüne alarak aile üyelerini desteklemek gibi birçok uygulamada kültürel ve etik değerlere bağlı kalarak kaliteli hemşirelik bakımını sunmaktadırlar (Cimete, 2002; Yılmaz ve Peker, 2015).

İnsan, yaşamının mutlak bir sonu olduğu bilen bir canlı olarak hayatı anlamlı yaşama konusunda oluşan kaygısı aslında bilinçdışında yaşadığı ölüm kaygısıdır. İnsanların yaşadıkları bu ölüm kaygısı, ölüm ve ölümcül hasta bakımı ile yakından ilişkili olan hemşireleri daha çok etkilediği görülmektedir (Dönmez ve diğ. 2015; Gençtan 2004). Literatüre bakıldığında hemşirelerin demografik ve bireysel özellikleri; yaşı, medeni durumları, sosyo ekonomik durumları, aile tipi, eğitim durumu, kültürel değerleri, meslekte çalışma yılı, mesleği severek, isteyerek yapma durumları, ölüme ilişkin deneyimleri, bir yakını kaybetme, ölüm tehlikesi ile karşılaşma durumlarının hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumlarını etkilediği görülmektedir (Menekli ve Fadıloğlu, 2012). Ay (2013) yaptığı çalışmada klinik uygulamaları sırasında ölümle ilk defa karşılaşan öğrencilerin, ölümcül hastaya bakım vermekten korktukları ve kaçındıklarını, eğitim programlarının öğrencileri ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda hazırlamada yetersiz kaldığını belirtmiştir (Ay, 2013). Tanhan (2013), ölüm eğitiminin ölüm kaygısına etkisini incelediği çalışmada “ölüm kaygısı ile baş etme eğitimi” alan hemşirelerin ölüm kaygısı puanlarında düşme olurken, ölüm eğitiminin ölüme karşı tutumu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Aynı zamanda İnci (2008), çalışmada ölüme ilişkin eğitim programına katılan hemşirelerin ölüm

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme esnasında sıklıkla hasta bireylerin tedaviyi reddetme, hasta yakınlarının tutumunun kendilerini zorladığı için bakımda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Temelli, 2018). Hemşirelerin bakım

vermekte olduğu hastanın ölüyor olması ise hemşireler için bir kayıp yaşantısı olarak deneyimlenmektedir. Bir insanın ölümüne tanıklık ediyor olmak veya ölümü yaklaşmakta olan bir hastaya bakım vermek hemşireler için duygusal anlamda zorlu bir süreçtir. Hemşirelerin bu süreçte hastaya vereceği bakımın kalitesi, etkili iletişimi sağlayabilmesi, kendisini terapötik ortamda kullanabilme becerisi, kendi hissettiklerinin farkında olması ve mesleki performansı artırmak için motive olması ile yakından ilişkilidir (Benli, 2017; Ciccarello, 2003; Çam, 2014; Selvi, 2019).

Çok boyutlu ölüm farkındalığı modeli insan varoluş boyutlarını ortaya koyarken, daha önceki mevcut ölçümlere göre ölüm farkındalığının daha iyimser ve bütünlleştirici bir yaklaşımını ele almaktadır (Bulut, Mcdermott ve Mcewan, 2017). Ölüm olgusu karşısında bireysel farkındalığın artırılması, ölüme ilişkin mevcut tutumların tanımlanması açısından oldukça önemlidir (Tanhan, 2013). Çam 2016’da yaptığı çalışmada hemşirelerin farkındalığını artırmaya yönelik uyguladığı eğitim programı sonucunda; hemşirelerin farkındalık becerilerin artması ile kendi duygu ve düşüncelerini tanımlayabilmesi, hasta, hasta ailesi ve ekip üyesi arkadaşları ile etkili iletişim kurabilmesi, geri bildirimler yoluyla etkili profesyonel yaklaşımı sağlayabilecekleri yönünde “farkındalığı geliştirmeye yönelik” eğitimin gerekliliği üzerinde durmuştur (Çam, 2016).

Sürekli ölmekte olan insanlarla çalışan hemşireler kendi ölümlülükleriyle karşı karşıya kalırlar ve çoğu zaman tepkileri entelektüeldir. Hemşireler ölme sürecini yaşama deneyimi ile bilinçli olarak karşılaştırmakta ve aynı zamanda ‘iyi’ bir ölümü kolaylaştırmaya yönelik değil, iyi bir yaşam sürdürmeyi düşünmektedirler. Bazen ölmekte olan hastaların kaybettiği fırsatları ve yaptığı hataları dinleyen hemşireler, kendi yaşamlarını yeniden gözden geçirmektedirler (Mcnamara, 1995). Temelli (2018) çalışmasında ölümle karşılaşan hemşireler, kendi ölümlerini düşünerek empati yaptıklarını, ölen kişinin durumuna göre duygu ve düşüncelerinin değiştiğini belirtmişlerdir. Ölüm ile uzun süre ve sık karşılaşmak durumunda kalan hemşirelerin zamanla ölüm olgusuna karşı duyarsızlaştıkları görölmüştür. Hemşirelik mesleğinin en zorlayıcı kısmı olan ölümcül hastaya bakımda hemşirelerin ölüme dair yaşamış deneyimleri ile ölüm olgusuna dair düşünceleri önemli bir yere sahiptir (Özyalçın, 2019). Benli (2016), hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada hemşirelerin, yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumlarının orta düzeyde olduğu, yaşam doyum düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutum düzeyini arttığını tespit etmişlerdir. Hemşirelerin

iş yaşam kalitesi artırılarak yaşam doyum düzeyinin artırılması ile ölüme ilişkin duyguların farkındalığı ve olumlu tutumlar geliştirilmesi, hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakımının kalitesini artıracaktır.



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Çankırı ili bünyesindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Çankırı Devlet Hastanesi ve Çankırı Özel Karatekin Hastanesinde riskli birimlerde çalışan hemşirelerle birlikte planlanmış zaman dilimlerinde, çalışılan klinik ortamında sessiz ve uyaransız bir alan seçilerek veri toplama araçları uygulanmıştır.

Çankırı Devlet Hastanesi 1946 yılından itibaren sağlık hizmeti vermeye başlamış, 2014 yılında yapımı tamamlanan yeni hastane binası ile tüm poliklinikler, 250 yataklı servis ve diğer sağlık hizmetlerini sunmakta olup, 203 hemşire bulunmaktadır. Çankırı Özel Karatekin Hastanesi 31.12.1997 tarihinden itibaren sağlık hizmeti sunmakta olan, 95 yatak kapasitesine sahiptir ve 75 hemşire bulunmaktadır.

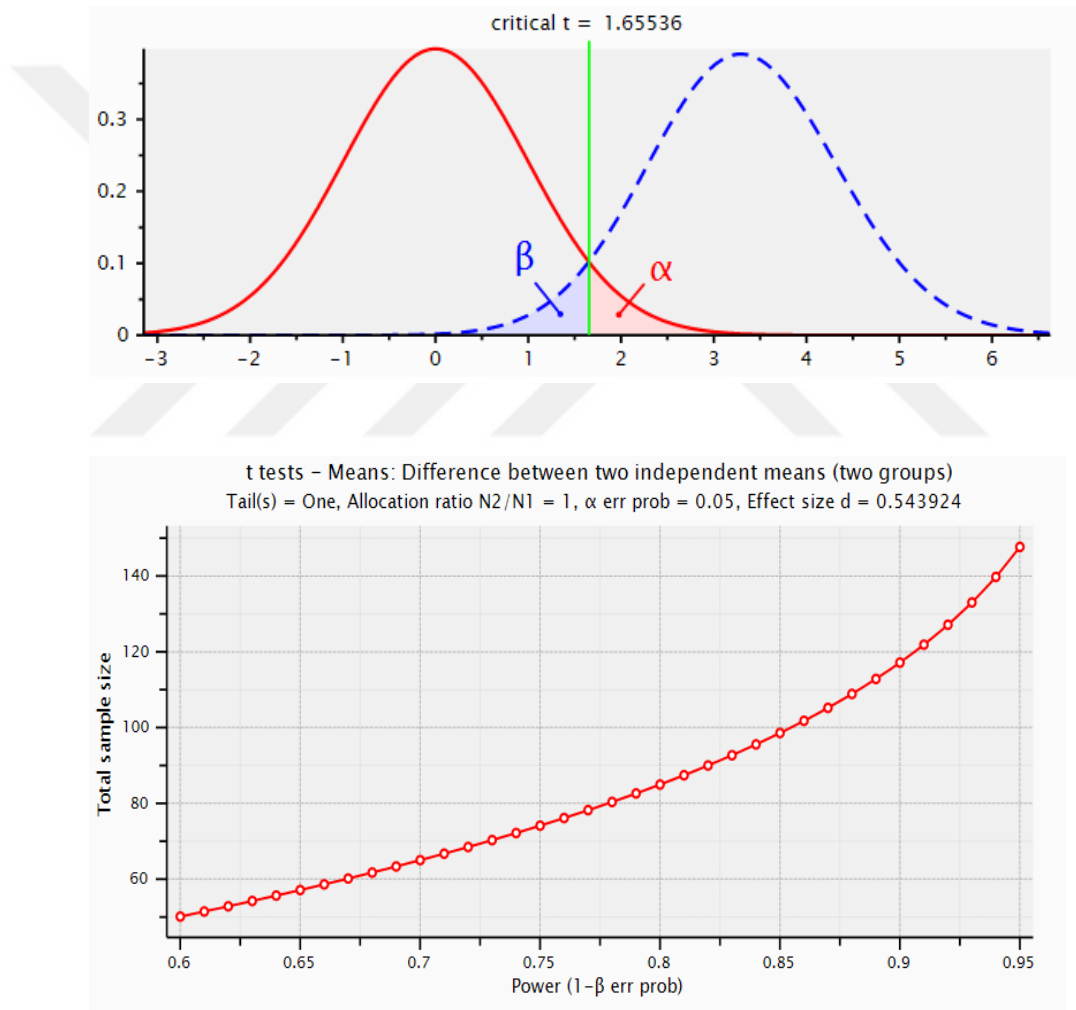
Çalışma pandemi öncesinde planlanmış fakat uygulama aşaması pandemi sürecine tekamül etmiştir. Bu nedenle uygulama tarihi revize olup, yeniden resmi izinleri alınarak 15.06.-30.08.2020 tarihleri arasında riskli birimlerde çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Anketler sosyal mesafe kurallarına uygun yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Hemşirelere araştırmaya katılım onamları alınarak araştırmanın amacı, kapsamı, yöntemi ve uygulama süresi anlatılmıştır. Gerekli hallerde ulaştırılması için iletişim bilgileri bırakılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çankırı İli bünyesindeki İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı; Çankırı Devlet Hastanesi ve Çankırı Özel Karatekin Hastanesinin riskli birimlerinde çalışan toplam N=278 hemşire oluşturmuştur. Örneklemi çalışmaya katılmak isteme durumları göz önünde bulundurularak, ulaşılabilen ve istatistiksel yöntem kullanılarak belirlenen örneklem sayısı da (n=162) göz önünde bulundurularak, 190

hemşireye ulaşılmıştır. Riskli birimlerde çalışan hemşire sayısı, Covid- 19 salgını nedeniyle hemşirelerin enfekte olması, temaslı olması durumlarında izinli olmaları, Covid-19 nedeniyle aktif çalışan hemşirelerin vefat etmesi ve pandemi servislerinde hemşirelerin rotasyona tabi tutularak çalıştırılması hemşire sayılarının sürekli değişmesine neden olmuştur.

Hastanelerin özellik arz eden riskli bölümler ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis-poliklinik ve kemik iliği nakil üniteleri olarak belirlenmiştir (<https://www.resmigazete.gov.tr/>. E.T: 02.06.2021).



Şekil 1: G Power Analiz Sonucu

3.4. Örneklem Hacminin Belirlenmesi

Örneklem evreninin tamamına ulaşmak hedeflense de çalışmanın güvenirliği için istatistiksel örneklem hesabı yapıldı. Araştırmanın evrenini çalışmanın kriterlerine uyan 278 hemşire oluşturmaktadır. Buna göre istatistiksel örneklem hacmi belirlenirken $p=0,5$, $q=0,5$ ve $d=0,05$ olmak şartıyla $\alpha=0,05$ kabul edilerek;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evren

n: Örnekleme alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunun teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

$$n = \frac{(278)(1,96)(1,96)(0,5)(0,5)}{(0,05)(0,05)(278-1) + (1,96)(1,96)(0,5)(0,5)}$$

formülü ile (Trost, 1986) $n=162$ bulunmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ Riskli birimlerde aktif hemşire olarak çalışıyor olmak,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- ✓ Veri toplama formlarını eksiksiz doldurmuş olmayı içermiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Çok Boyutlu Ölüm Farkındalık Ölçeği (Ek 2) ile Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından taranan literatür (Özhan Kıra, 2019; Selvi, 2019; Üstükuş, 2019; Çam, 2014; Ay, 2001) doğrultusunda hemşirelerin ölüm farkındalığını ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını etkileyebileceği düşünülen 18 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, önemli sağlık sorunu gibi bireysel özellikler ile hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özelliklerinden) oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Çok Boyutlu Ölüm Farkındalık Ölçeği

Çok Boyutlu Ölüm Farkındalık Ölçeği (ÇBÖFÖ), Levasseur, McDermott ve Lafreniere (2015) tarafından geliştirilen orijinal adı “The Multi Dimensional Mortality Awareness Scale” dir. Çok Boyutlu Farkındalık Ölçeği, Bulut (2017) tarafından Türkçe ’ye uyarlanmıştır (Ek 2). Ölçeğin, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.79 ve iki yarım güvenirlik katsayısı 0.74 olarak saptanmıştır. ÇBÖFÖ’ni çalışmamızda kullanmak için gerekli olan izinler e-posta aracılığı ile Dr. Öğr. Üyesi, Meryem Berrin Bulut’tan alınmıştır (Ek 4).

ÇBÖFÖ 7’li Likert tipi (1) kesinlikle katılmıyorum ve (7) kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçek 30 madde ve 5 faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, “Miras, Ölüm Korkusu, Ölümü Kabul Etme, Ölümü Güçsüzleştirme ve Ölümü düşünmeme alt boyutlarıdır. Ölçek alt boyutlarının tanımı ve maddeleri aşağıda yer almaktadır.

1. Birinci faktörün (Miras) maddeleri; 5, 6, 10, 14, 18, 20, 28,’dir. Bu faktörün içeriği, ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturmaktır. Ana teması, artık hayatta olmadığım zaman dünya için harika şeyler yaptığım için hatırlanmak istiyorum.

2. İkinci faktörün (Ölüm Korkusu) maddeleri 1, 2, 12, 15, 19, 21, 24, 26, 27, 29,' dir. Bu faktörün içeriği, bireyin hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı oluşan korkudur. Ana tema, ölüm hakkında düşündüğümde gergin hissediyorum.

3. Üçüncü faktörün (Ölümü Kabul Etme) maddeleri 3, 7, 17, 22' dir. Bu faktörün içeriği, ölümün duygusal ve fiziksel gerçekliğinin kabullenilmesidir. Ana tema, ölümün hayatın bir parçası olduğunun farkındayım.

4. Dördüncü faktörün (Ölümü Güçsüzleştirme) maddeleri 9, 11, 13, 16, 25,'dir. Bu faktörün içeriği, ölüm farkındalığı karşısında kişisel önemsizliğin hissedilmesidir. Ana tema, ölüm hakkında düşünmek bana her şeyin anlamsız olduğunu hissettiriyor.

5. Beşinci faktörün (Ölümü Düşünmeme) maddeleri 4, 8, 23, 30' dir. Bu faktörün içeriği, ölümü kabul etmeyi reddetme ve ölümsüzlük duygusuyla ilgilidir. Ana tema, şimdiki anı düşünüyorum ve kendi ölümüm için endişelenmiyorum (Bulut, 2017; Mcdermott ve Mark, 1986).

ÇBÖFÖ ifadeleri 1-2-3-4-5-6-7 olarak puanlanmaktadır ve puan artışı ölüm farkındalık düzeyinin artışı olarak yorumlanmaktadır. Ters kodlanmış madde mevcut değildir. Bizim çalışmamızda ÇBÖFÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0.70 tespit edilmiştir.

3.6.3. Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği

Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği (ÖÖHYTÖ) Kavas ve Öztuna (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Cronbach Alpha katsayısı 0.75 tespit edilmiştir (Ek 3). ÖÖHYTÖ'ni çalışmamızda kullanmak için gerekli olan izinler e-posta aracılığı ile Dr. Öğr. Üyesi, Mustafa Volkan Kavas'tan alınmıştır (Ek 5)

ÖÖHYTÖ, 23 maddeden içeren dörtlü likert tipi bir ölçektir. “Tamamen Katılıyorum (1)” ile “Hiç Katılmıyorum (4)” arasında değişen tepki kategorilerinden oluşur. Ölçek dört faktörlü olup, bu faktörler, “ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim”, “bakım sorumluluğunu devretme”, “ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma” ve “öz-yeterlilik algısı” dır. Ölçek faktörlerinin tanımı ve maddeleri aşağıda yer almaktadır.

Birinci faktörün (ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim) maddeleri; 1, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 19 ve 21'dir. Bu faktörden alınacak puanlardan 10-20 arası yüksek,

20-30 arası orta, 30-40 arası düşük düzeyde ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişimden kaçınıcı tutumu ifade etmektedir.

İkinci faktörün (bakım sorumluluğunu devretme) maddeleri; 7, 9, 14, 18' dir. Bu faktörden alınacak puanlarda 4-8 arası yüksek, 8-12 arası orta, 12-16 arası düşük düzeyde ölümcül hastanın bakım sorumluluğundan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir.

Üçüncü faktörün (ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma) maddeleri 3, 6, 16, 17, 20, 23' dür. Bu faktörden alınabilecek puanlar 6-12 arası yüksek, 12-18 arası orta, 18-24 arası düşük düzeyde ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir.

Dördüncü faktörün (öz-yeterlilik algısı) maddeleri ise 2, 12, 22' dür. Buna göre bu faktörden alınabilecek puanlar 3-6 arası yüksek, 6-9 arası orta, 9-12 arası düşük düzeyde hemşirelerin ölümcül hastanın bakımında kendilerini yetersiz gördüğünü ifade etmektedir.

Ölçekten alınan toplam puanlar, “23-46 arası yüksek, 46-69 arası orta, 69-92 arası düşük düzeyde ölümcül hastadan kaçınıcı tutumu ifade etmektedir (Kavas, 2008). ÖÖHYTÖ'nin ifadeleri 1-2-3-4 olarak puanlanmaktadır ve puan artışı “yaklaşım tutumun” artması olarak yorumlanmaktadır. Ters kodlanmış madde mevcut değildir. Bizim çalışmamızda ÖÖHYTÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0.66 olarak tespit edilmiştir.

3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek için, Çankırı Devlet Hastanesinde çalışan örneklem grubuna uygun 5 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Geribildirimler doğrultusunda anlaşılmayan sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (05.03.2020 tarihli Karar No:184 sayılı) gerekli izin (Ek 6) ve Çankırı İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izinleri alınmıştır (Ek 7). Ayrıca çalışmaya katılan hemşirelerin gönüllük esasına dayalı sözlü onamları alınmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 (IBM SPSS Statistics 22) programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları, tanımlayıcı ve ilişkisel istatistikler kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu kolmogorov-smirnov testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için nonparametrik yöntemler kullanılmıştır. Non parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi”, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” yöntemi kullanılmıştır. Grupların ikili karşılaştırmalar için “Tamhane’s” çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, anlamlılığı ve derecesi “spearman” korelasyon yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Açık uçlu sorular araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır. $p \leq 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları pandemi sürecinde ve 15.06.2020-30.08.2020 tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi ve Çankırı Özel Karatekin Hastanesi riskli birimlerinde çalışmakta olan hemşirelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 1: Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri (n=190)

Özellikler	n	%
Yaş [$\bar{X} \pm S.S \rightarrow 33,24 \pm 7,89$ (yıl)]		
19-30 yaş	82	43,2
31-40 yaş	66	34,7
41 yaş ve üzeri	42	22,1
Cinsiyet		
Erkek	66	34,7
Kadın	124	65,3
Medeni durum		
Bekar	65	34,2
Evli	125	65,8
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	53	27,9
Ön lisans	46	24,2
Lisans	84	44,2
Lisansüstü	7	3,7
Meslekte toplam çalışma süresi		
0-5 yıl	57	30,0
6-10 yıl	45	23,7
11 yıl ve üzeri	88	46,3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	120	63,2
Hayır	15	7,9
Kısmen	55	28,9
Görev yaptığı klinik		
Acil servis-poliklinik	38	20,0
Yoğun bakım servisi	45	23,7
Ameliyathane	35	18,3
Doğumhane	7	3,7
Diyaliz servisi	10	5,3
Yeni doğan-süt çocuğu servisi	14	7,4
Diğer (Pandemi Servisi)	41	21,6
Görev yaptığı klinikteki çalışma süresi		
0-5 yıl	116	61,1
6-10 yıl	38	20,0
11 yıl ve üzeri	36	18,9
Görev yaptığı kliniği isteyerek seçme durumu		
Evet	109	57,4
Hayır	81	42,6
Mesleği severek yapma durumu		
Evet	109	57,4
Hayır	26	13,7
Kısmen	55	28,9
Görev yaptığı klinikten memnun olma durumu		
Evet	139	73,2
Hayır	51	26,8

Çizelge 1’de hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri sunulmuştur. Buna göre hemşirelerin yaş ortalaması $33,24 \pm 7,89$ olup, 82’sinin (%43,2) 19-30 yaş grubunda, 66’sının (%34,7) 31-40 yaş grubunda ve 42’sininde (%22,1) 41 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden 124’ünün (%65,3) kadın, 66’sının (%34,7) erkek, 125’inin (%65,8) evli, 53’ünün (%27,9) sağlık meslek lisesi mezunu, 45’inin (%24,2) ön lisans mezunu, 84’ünün (%44,2) lisans mezunu ve 7’sinin (%3,7) yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır(Çizelge1).

Hemşirelerin meslekte çalışma süre ortalaması $10,99 \pm 7,81$ (yıl) olup, 57’sinin (%30) 0-5 yıl, 45’inin (%20) 6-10 yıl, 88’inin (%46,3) 11 yıl ve üzeri çalışmakta oldukları, 120’sinin (%63,2) mesleğini isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışmakta olduğu birimler, 38’inin (%20) acil servis-poliklinik, 45’inin (%23,7) yoğun bakım servisi ve 35’inin (%18,4) ameliyathane olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Hemşirelerin görev yaptığı klinikte ortalama çalışma süresi $5,70 \pm 5,22$ (yıl) olup, 106’sının (%61,1) 0-5 yıl, 38’inin (%20) 6-10 yıl ve 36’sının (%18,9) 11 yıl üzeri çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerden 109’nun (%57,4) çalıştığı kliniği isteyerek seçtiği, 109’unun (%57,4) mesleğini severek yaptığı ve 139’nun (%79,2) çalıştığı klinikten memnun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 1).

Çizelge 2: Hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özellikleri (n=190)

Özellikler	n	%
Kendisinde bir sağlık sorunu varlığı		
Var	35	18,4
Yok	155	81,6
Yakınlarında ölüm riski taşıyan hastalığa sahip bireylerin varlığı		
Var	72	37,9
Yok	118	62,1
Ölümü düşünme sıklığı		
Hiç Düşünmem	16	8,4
Ara sıra düşünürüm	108	56,8
Sık düşünürüm	51	26,8
Çok sık düşünürüm	15	7,9
Çalıştığınız birimde ölümle karşılaşma sıklığı		
Hiç karşılaşmam	40	21,1
Ara sıra karşılaşırım	70	36,8
Sık karşılaşıyorum	46	24,2
Çok sık karşılaşıyorum	34	17,9
Çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme		
Kısmen	95	50
Evet	64	33,7
Hayır	31	16,3
Ölüm konusunda alınan mesleki eğitimi yeterli bulma		
Yeterli	67	35,3
Yetersiz	123	64,7
Hemşirelerin ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumu		
Yeterli	149	78,4
Yetersiz	41	21,6

Çizelge 2’de hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özellikleri sunulmuştur. Buna göre hemşirelerden, 35’inin (%18,4) mevcut bir sağlık sorununun olduğu, 72’sinin (%37,9) yakınlarında ölüm riski taşıyan hastalığa sahip birey olduğu saptanmıştır. Hemşirelerden, 108’inin (%56,8) ölümü ara sıra düşündüğü, 70’inin (%36,8) çalıştığı klinikte sıklıkla ölümle karşılaştığı ve 95’inin (%50) çalıştıkları kliniklerde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini kısmen önleyebildikleri bulunmuştur. Hemşirelerin ölüm konusunda aldıkları mesleki eğitimi, 123’ünün (%64,7) yeterli bulmadığı, 149’unun (%78,4) ölüme yönelik yapılan hizmet içi eğitimleri yeterli buldukları belirlenmiştir (Çizelge 2).

Çizelge 3: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puan dağılımı (n:190)

Ölçekler		Ortalama ±Standart Sapma	Min.	Max.
ÖÖHYTÖ	Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	24,86±3,27	15	35
	Bakım Sorumluluğunu Devretme	7,80±2,33	4	16
	Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma	15,10±2,87	8	24
	Öz-yeterlilik Algısı	8,03±1,83	3	12
	TOPLAM	55,79±10,3	30	87
ÇBÖFÖ	Miras	34,41±8,53	7	49
	Ölüm Korkusu	35,37±11,23	10	64
	Ölümü Kabul Etme	23,18±4,48	4	28
	Ölümü Güçsüzleştirme	16,17±5,47	5	34
	Ölümü Düşünmeme	11,44±4,83	4	23
	TOPLAM	120,06±19,45	63	175

Çizelge 3’te hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ ilişkin puan dağılımları sunulmuştur (Çizelge 3).

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ’den aldığı toplam puan 55,76 ± 10,3 olup, ÖÖHYTÖ’nin 1. faktörü “ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim” puanı 24,86±3,27, ÖÖHYTÖ’nin 2. faktörü “bakım sorumluluğunu devretme” puanı 7,80±2,33, ÖÖHYTÖ’nin 3. faktörü “ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma” puanı 15,10±2,87, ÖÖHYTÖ’nin 4. faktörü “öz-yeterlilik algısı” puanı 8,03±1,83 olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin ÇBÖFÖ’den aldığı toplam puan 120,06±19,45 olup, ÇBÖFÖ’nin 1. faktörü “Miras” puanı 34,41±8,53, ÇBÖFÖ’nin 2. faktörü “Ölüm Korkusu” puanı 35,37±11,23, ÇBÖFÖ’nin 3. faktörü “Ölümü Kabul Etme” puanı 23,18±4,48, ÇBÖFÖ’nin 4. faktörü “Ölümü Güçsüzleştirme” puanı 16,17±5,47, ÇBÖFÖ’nin 5. faktörü “Ölümü Düşünmeme” puanı 11,44±4,83 olarak saptanmıştır.

Çizelge 4: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=190)

Ölçekler		ÇBÖFÖ					Toplam
		Miras	Ölüm Korkusu	Ölümü Kabul Etme	Ölümü Güçsüzleştirme	Ölümü Düşünmeme	
ÖÖHYTÖ	Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	r -0,025 p 0,737	-0,214 0,003*	0,047 0,522	-0,164 0,024*	0,165 0,023*	-0,118 0,104
	Bakım Sorumluluğu Devretme	r -0,083 p 0,258	-0,018 0,806	-0,186 0,010*	0,026 0,720	0,112 0,124	-0,044 0,543
	Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma	r 0,046 p 0,525	-0,038 0,599	0,040 0,583	-0,145 0,046*	0,098 0,179	-0,019 0,793
	Öz-yeterlilik Algısı	r 0,080 p 0,270	-0,106 0,146	0,161 0,027*	-0,050 0,494	0,128 0,078	0,004 0,961
	Toplam	r -0,009 p 0,897	-0,148 0,021*	0,002 0,978	-0,145 0,046*	0,175 0,016*	-0,085 0,245

*p değeri <0.05 den temsil etmektedir

Çizelge 4’te hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ arasındaki ilişkinin puan dağılımı sunulmuştur.

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ’nin 1. faktör “ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim” puanı ile ÇBÖFÖ’nin 2. faktör “ölüm korkusu” ($r=-0,214$, $p=0,003$), 4. faktör “ölümü güçsüzleştirme” ($r=-0,164$, $p=0,024$) ve 5. faktör “ölümü düşünmeme” puanları ($r=0,165$, $p=0,023$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4). Hemşirelerin ÖÖHYTÖ’nin 1. faktör “ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim” puanı ile ÇBÖFÖ’nin 1. faktör “miras” ($r=-0,025$, $p=0,737$), 3. faktör “ölümü kabul etme” ($r=0,047$, $p=0,522$) ve ÇBÖFÖ toplam puanı ($r=-0,118$, $p=0,104$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4).

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ’nin 2. faktör “bakım sorumluluğunu devretme” puanı ile ÇBÖFÖ’nin 3. faktör “ölümü kabul etme” puanı ($r=-0,186$, $p=0,010$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4). Hemşirelerin ÖÖHYTÖ’nin 2. faktör “bakım sorumluluğunu devretme” puanı ile

ÇBÖFÖ'nin 1. faktör "*miras*" ($r=-0,083$, $p=0,258$), 2. Faktör "*ölüm korkusu*" ($r=-0,018$, $p=0,806$), 4. faktör "*ölümü güçsüzleştirme*" ($r=0,026$, $p=0,720$), 5. faktör "*ölümü düşünmeme*" ($r=0,112$, $p=0,124$) ve ÇBÖFÖ toplam puanı ($r=-0,044$, $p=0,543$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4).

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin 3. faktör "*ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma*" puanı ile ÇBÖFÖ'nin 4. faktör "*ölümü güçsüzleştirme*" puanı ($r=-0,145$, $p=0,046$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4). Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin 3. faktör "*ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma*" puanı ile ÇBÖFÖ'nin 1. faktör "*miras*" ($r=0,046$, $p=0,525$), 2. faktör "*ölüm korkusu*" ($r=-0,038$, $p=0,599$), 3. faktör "*ölümü kabul etme*" ($r=0,040$, $p=0,583$), 5. faktör "*ölümü düşünmeme*" ($r=0,098$, $p=0,179$) ve ÇBÖFÖ toplam puanı ($r=-0,019$, $p=0,793$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4).

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin 4. faktör "*öz yeterlilik algısı*" puanı ile ÇBÖFÖ'nin 3. faktör "*ölümü kabul etme*" puanı ($r=0,161$, $p=0,027$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4). Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin 4. faktör "*öz yeterlilik algısı*" puanı ile ÇBÖFÖ'nin 1. faktör "*miras*" ($r=0,080$, $p=0,270$), 2. faktör "*ölüm korkusu*" ($r=-0,106$, $p=0,146$), 4. faktör "*ölümü güçsüzleştirme*" ($r=-0,050$, $p=0,494$), 5. faktör "*ölümü düşünmeme*" ($r=0,128$, $p=0,078$) ve ÇBÖFÖ toplam puanı ($r=-0,004$, $p=0,961$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4).

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin toplam puanı ile ÇBÖFÖ'nin 2. faktör "*ölüm korkusu*" puanı ($r=-0,148$, $p=0,021$), 4. faktör "*ölümü güçsüzleştirme*" ($r=-0,145$, $p=0,046$) ve 5. faktör "*ölümü düşünmeme*" ($r=0,175$, $p=0,016$) puanı arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4). Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin toplam puanı ile ÇBÖFÖ'nin 1. faktör "*miras*" ($r=-0,009$, $p=0,897$), 3. faktör "*ölümü kabul etme*" ($r=0,002$, $p=0,978$) ve ÇBÖFÖ toplam puanı ($r=-0,085$, $p=0,245$) arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4).

Çizelge 5: Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları

Özellikler	n	ÖÖHYTÖ				
		Ölümçül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	Bakım Sorumluluğu Devretme	Ölüm ve Ölümçül Hastadan Kaçınma	Öz-yeterlilik Algısı	ÖÖHYTÖ Toplam Puanı
Cinsiyet						
Kadın	124	24,62±2,74	7,68±2,18	15,29±2,94	7,97±1,80	55,57±7,01
Erkek	66	25,31±4,08	8,03±2,60	14,74±2,73	8,15±1,91	56,24±8,30
		Z=-2,039	Z=-0,577	Z=-1,028	Z=-0,844	Z=-0,613
		p=0,041	p=0,564	p=0,304	p=0,398	p=0,540
Eğitim durumu						
Sağlık meslek lisesi (1)	53	24,92±3,37	8,04±2,34	15,11±2,74	8,52±1,77	56,60±6,83
Ön lisans (2)	46	25,00±2,80	7,72±2,12	15,33±2,52	8,10±1,88	56,15±6,38
Lisans (3)	84	24,67±3,48	7,77±2,50	15,01±3,17	7,80±1,80	55,26±8,38
Lisansüstü (4)	7	25,68±3,53	7,00±1,73	14,57±2,94	6,57±1,51	54,00±7,90
		$\chi^2=0,985$	$\chi^2=0,999$	$\chi^2=1,108$	$\chi^2=9,177$	$\chi^2=1,778$
		p=0,805	p=0,802	p=0,775	p=0,027	p=0,620
					[1-4]	
Mesleği isteyerek seçme durumu						
Evet (1)	120	24,96±3,36	7,78±2,46	15,27±2,86	8,00±1,86	56,01±7,86
Hayır (2)	15	24,53±3,81	7,87±2,42	13,27±2,15	7,87±2,26	53,53±7,89
Kısmen/tesadüfen (3)	55	24,75±2,98	7,84±2,04	15,24±2,96	8,16±1,69	55,98±6,44
		$\chi^2=0,434$	$\chi^2=0,277$	$\chi^2=7,531$	$\chi^2=0,940$	$\chi^2=1,071$
		p=0,805	p=0,871	p=0,023	p=0,625	p=0,585
				[1,3-2]		
Görev yaptığı klinikten memnun olma durumu						
Evet	139	25,15±3,22	7,82±2,36	15,35±2,88	8,09±1,83	56,32±7,59
Hayır	51	24,05±3,33	7,76±2,27	14,41±2,75	7,96±1,86	55,11±7,30
		Z=-1,804	Z=-0,089	Z=-2,090	Z=-0,630	Z=-1,563
		p=0,071	p=0,929	p=0,037	p=0,529	p=0,118
Çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme						
Evet (1)	64	25,52±2,79	7,76±2,37	15,78±2,45	8,59±1,54	57,66±5,87
Hayır (2)	31	24,71±3,27	8,00±1,94	14,74±3,05	8,22±1,72	55,68±7,52
Kısmen (3)	95	24,47±3,54	7,76±2,43	14,75±3,02	7,60±1,95	54,60±8,20
		$\chi^2=2,522$	$\chi^2=0,775$	$\chi^2=8,122$	$\chi^2=11,705$	$\chi^2=5,437$
		p=0,283	p=0,679	p=0,017	p=0,003	p=0,066
				[1-3]	[1-3]	

*p değeri <0.05 den temsil etmektedir.

Çizelge 5'te hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puan dağılımları sunulmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre incelendiğinde; ÖÖHYTÖ'nin 1. Faktörü olan *Ölümçül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim*'de puan ortalamalarının kadınlarda 24,62±2,74 erkeklerde ise 25,31±4,08 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Z= -2,039, p=0,041) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin 2. Faktörü olan *Bakım Sorumluluğunu Devretme* 'de puan ortalamaları kadınlarda

7,68±2,18 erkeklerde ise 8,03±2,60 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -0,577$, $p = 0,564$) bulunmuştur. ÖÖHYTÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* 'da puan ortalamalarının kadınlarda 15,29±2,94 erkeklerde ise 14,74±2,73 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -1,028$, $p = 0,304$) belirlenmiştir. ÖÖHYTÖ'nin 4. Faktörü olan *Öz Yeterlilik Algısında* puan ortalamalarının kadınlarda 7,97±1,80 erkeklerde ise 8,15±1,91 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -0,844$, $p = 0,398$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin *toplam puan ortalaması* kadınlarda 55,57±7,01 erkeklerde ise 56,24±8,30 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -0,613$, $p = 0,540$) bulunmuştur (Çizelge 5).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre incelendiğinde; ÖÖHYTÖ'nin 1. Faktörü olan *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim*'de puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarında 24,92±3,37, ön lisans mezunlarında 25,00±2,80, lisans mezunlarında 24,67±3,48, lisansüstü mezunlarında ise 25,68±3,53 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 0,985$, $p = 0,805$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin 2. Faktörü olan *Bakım Sorumluluğunu Devretme* 'de puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarında 8,04±2,34, ön lisans mezunlarında 7,72±2,12, lisans mezunlarında 7,77±2,50, lisansüstü mezunlarında ise 7,00±1,73 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 0,999$, $p = 0,802$) bulunmuştur. ÖÖHYTÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* 'da puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarında 15,11±2,74, ön lisans mezunlarında 15,33±2,52, lisans mezunlarında 15,01±3,17, lisansüstü mezunlarında ise 14,57±2,94 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 1,108$, $p = 0,775$) belirlenmiştir. ÖÖHYTÖ'nin 4. Faktörü olan *Öz Yeterlilik Algısında* puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarının 8,52±1,77, ön lisans mezunlarında 8,10±1,88, lisans mezunlarında 7,80±1,80, lisansüstü mezunlarında ise 6,57±1,51 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 9,177$, $p = 0,027$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin *toplam puan ortalaması* sağlık meslek lisesi mezunlarında 55,60±6,83, ön lisans mezunlarında 56,15±6,38, lisans mezunlarında 55,26±8,38, lisansüstü mezunlarında ise 54,00±7,90 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 1,778$, $p = 0,620$) bulunmuştur (Çizelge 5).

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre incelendiğinde; ÖÖHYTÖ'nin 1. Faktörü olan *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim*'de puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçenlerde $24,96 \pm 3,36$, istemeyerek seçenlerde $24,53 \pm 3,81$, kısmen/tesadüfen seçenlerde ise $24,75 \pm 2,98$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 0,434$, $p = 0,805$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin 2. Faktörü olan *Bakım Sorumluluğunu Devretme* 'de puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçenlerde $7,78 \pm 2,46$, istemeyerek seçenlerde $7,87 \pm 2,42$, kısmen/tesadüfen seçenlerde ise $7,84 \pm 2,04$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 0,277$, $p = 0,871$) bulunmuştur. ÖÖHYTÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* 'da puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçenlerde $15,27 \pm 2,86$, istemeyerek seçenlerde $13,27 \pm 2,15$, kısmen/tesadüfen seçenlerde ise $15,24 \pm 2,96$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 7,531$, $p = 0,023$) belirlenmiştir. ÖÖHYTÖ'nin 4. Faktörü olan *Öz Yeterlilik Algısında* puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçenlerde $8,00 \pm 1,86$, istemeyerek seçenlerde $7,87 \pm 2,26$, kısmen/tesadüfen seçenlerde ise $8,16 \pm 1,69$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 0,940$, $p = 0,625$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin *toplam puana ortalaması* mesleği isteyerek seçenlerde $56,01 \pm 7,86$, istemeyerek seçenlerde $53,53 \pm 7,89$, kısmen/tesadüfen seçenlerde ise $55,98 \pm 6,44$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 1,071$, $p = 0,585$) bulunmuştur (Çizelge 5).

Hemşirelerin görev yaptığı klinikten memnun olma durumlarına göre incelendiğinde; ÖÖHYTÖ'nin 1. Faktörü olan *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim*'de puan ortalamalarının görev yaptığı klinikten memnun olanlarda $25,15 \pm 3,22$, memnun olmayanlarda ise $24,05 \pm 3,33$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z = -1,804$, $p = 0,071$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin 2. Faktörü olan *Bakım Sorumluluğunu Devretme* 'de puan ortalamalarının görev yaptığı klinikten memnun olanlarda $7,82 \pm 2,36$, memnun olmayanlarda ise $7,76 \pm 2,27$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z = -0,089$, $p = 0,871$) bulunmuştur. ÖÖHYTÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* 'da puan ortalamalarının görev yaptığı klinikten memnun olanlarda $15,35 \pm 2,88$, memnun olmayanlarda ise $14,41 \pm 2,75$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($z = -2,090$, $p = 0,037$) belirlenmiştir. ÖÖHYTÖ'nin

4. Faktörü olan *Öz Yeterlilik Algısı*nda puan ortalamalarının görev yaptığı klinikten memnun olanlarda $8,09 \pm 1,83$, memnun olmayanlarda ise $7,96 \pm 1,86$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z=-0,630$, $p=0,529$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin *toplam puan ortalaması* görev yaptığı klinikten memnun olanlarda $56,32 \pm 7,59$, memnun olmayanlarda ise $55,11 \pm 7,30$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z=-1,563$, $p=0,118$) bulunmuştur (Çizelge 5).

Hemşirelerin çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme durumlarına göre incelendiğinde; ÖÖHYTÖ'nin 1. Faktörü olan *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim*'de puan ortalamalarının diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerde $25,52 \pm 2,79$, önleyemeyenlerde $24,71 \pm 3,27$, kısmen önleyebilenlerde ise $24,47 \pm 3,54$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=2,522$, $p=0,283$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin 2. Faktörü olan *Bakım Sorumluluğunu Devretme* 'de puan ortalamalarının diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerde $7,76 \pm 2,37$, önleyemeyenlerde $8,00 \pm 1,94$, kısmen önleyebilenlerde ise $7,76 \pm 2,43$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=0,775$, $p=0,679$) bulunmuştur. ÖÖHYTÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* 'da puan ortalamalarının diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerde $15,78 \pm 2,45$, önleyemeyenlerde $14,74 \pm 3,05$, kısmen önleyebilenlerde ise $14,75 \pm 3,02$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=8,122$, $p=0,017$) belirlenmiştir. ÖÖHYTÖ'nin 4. Faktörü olan *Öz Yeterlilik Algısı*nda puan ortalamalarının diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerde $8,59 \pm 1,54$, önleyemeyenlerde $8,22 \pm 1,72$, kısmen önleyebilenlerde ise $7,60 \pm 1,95$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=11,705$, $p=0,003$) saptanmıştır. ÖÖHYTÖ'nin *toplam puanında* puan ortalamalarının diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerde $57,66 \pm 5,87$, önleyemeyenlerde $55,68 \pm 7,52$, kısmen önleyebilenlerde ise $54,60 \pm 8,20$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=5,437$, $p=0,066$) bulunmuştur (Çizelge 5).

Çizelge 6: Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları

Özellikler	n	ÇBÖFÖ					
		Miras	Ölüm Korkusu	Ölümlü Kabul Etme	Ölümlü Güçsüzleştirme	Ölümlü Düşünme	ÇBÖFÖ Toplam Puanı
Yaş (yıl)							
19-30 yaş (1)	82	35,91±8,10	33,55±11,7	23,83±4,26	16,18±6,04	11,89±4,95	121,37±19,87
31-40 yaş (2)	66	34,21±8,50	38,17±10,7	22,45±4,77	16,64±4,98	11,12±4,72	122,59±18,80
41 yaş ve üzeri (3)	42	31,81±8,96	34,55±10,3	23,07±4,34	15,45±5,09	11,10±4,83	115,98±19,17
		$\chi^2=6,523$ p=0,038 [1-3]	$\chi^2=7,392$ p=0,025 [1-2]	$\chi^2=4,537$ p=0,103	$\chi^2=1,445$ p=0,485	$\chi^2=0,889$ p=0,641	$\chi^2=4,124$ p=0,127
Cinsiyet							
Kadın	124	35,02±8,71	37,07±11,6	23,78±4,18	17,10±5,27	10,87±4,64	123,85±19,28
Erkek	66	33,29±8,14	32,18±9,85	22,06±4,83	14,44±5,47	12,53±5,04	114,50±18,43
		Z=-1,582 p=0,114	Z=-2,791 p=0,005	Z=-2,637 p=0,008	Z=-3,458 p=0,001	Z=-2,181 p=0,029	Z=-3,008 p=0,003
Medeni durum							
Bekar	65	34,98±9,19	31,06±10,7	23,45±4,19	16,08±6,11	12,25±5,24	117,82±19,10
Evli	125	34,12±8,20	37,62±10,8	23,05±4,63	16,23±5,14	11,03±4,58	122,05±19,56
		Z=-1,066 p=0,286	Z=-3,775 p=0,001	Z=-0,495 p=0,6210	Z=-0,256 p=0,798	Z=-1,356 p=0,175	Z=-1,384 p=0,166
Meslekte toplam çalışma süresi							
0-5 yıl (1)	57	34,74±8,42	32,68±12,5	23,19±4,55	17,18±6,34	11,95±4,89	119,74±22,06
6-10 yıl (2)	45	37,73±6,72	36,42±8,72	24,20±3,73	15,09±4,58	12,27±4,93	125,71±12,79
11 yıl ve üzeri (3)	88	32,51±8,97	36,58±11,3	22,66±4,74	16,09±5,23	10,70±4,70	118,55±20,20
		$\chi^2=10,233$ p=0,006 [2, 3]	$\chi^2=5,782$ p=0,056	$\chi^2=3,426$ p=0,180	$\chi^2=2,451$ p=0,294	$\chi^2=3,165$ p=0,205	$\chi^2=5,221$ p=0,074
Görev yaptığı klinik							
Acil servis-poliklinik (1)	38	33,84±9,31	32,37±11,2	22,84±4,90	16,50±5,42	12,18±4,67	117,74±20,03
Yoğun bakım servisi (2)	45	33,1±7,18	35,82±11,1	23,56±3,72	16,69±5,60	11,04±5,22	120,22±18,98
Ameliyathane (3)	35	35,14±8,65	33,69±8,47	21,60±5,65	14,40±4,72	12,29±4,82	117,11±14,89
Doğumhane (4)	7	26,43±8,58	30,57±8,87	22,00±5,00	13,14±5,40	11,29±4,23	103,43±23,29
Diyaliz servisi (5)	10	35,90±8,40	36,50±9,99	21,80±4,39	18,70±7,66	12,40±2,50	125,30±26,09
Yeni doğan-süt çocuğu servisi (6)	14	38,07±7,16	46,93±12,6	24,79±4,17	16,86±3,86	9,79±4,58	136,43±14,47
Diğer (Pandemi Servisi) (7)	41	35,51±8,94	35,71±11,8	24,44±3,30	16,51±5,66	10,85±5,17	123,02±18,99
		$\chi^2=11,121$ p=0,085	$\chi^2=15,516$ p=0,017 [6-1,3]	$\chi^2=10,478$ p=0,106	$\chi^2=8,332$ p=0,215	$\chi^2=5,542$ p=0,476	$\chi^2=21,450$ p=0,002 [6-1,2,3]
Görev yaptığı klinikte çalışma süresi							
0-5 yıl (1)	116	34,94±8,29	33,20±11,2	23,89±3,85	16,33±5,84	11,67±5,01	120,03±19,65
6-10 yıl (2)	38	32,61±9,09	40,37±9,98	21,53±5,55	16,68±4,82	11,39±4,57	122,58±18,21
11 yıl ve üzeri (3)	36	34,64±8,72	37,11±10,6	22,67±4,71	15,17±4,88	10,78±4,60	120,36±20,47
		$\chi^2=2,269$ p=0,322	$\chi^2=12,938$ p=0,002 [1-2]	$\chi^2=6,245$ p=0,044 [1-2]	$\chi^2=1,188$ p=0,552	$\chi^2=0,436$ p=0,804	$\chi^2=1,023$ p=0,600

Kendisinde bir sağlık sorunu varlığı							
Var	35	30,94±9,14	33,57±10,05	21,17±6,11	16,11±5,05	11,23±4,60	113,03±19,39
Yok	155	35,20±8,23	35,78±11,48	23,64±3,91	16,19±5,58	11,50±4,90	122,31±19,12
		Z=-2,715	Z=-1,224	Z=-1,890	Z=-0,280	Z=-0,150	Z=-2,759
		p=0,007	p=0,221	p=0,059	p=0,780	p=0,881	p=0,006
Ölümü düşünme sıklığı							
Hiç Düşünmem (1)	16	28,81±10,57	26,19±11,92	22,87±5,06	15,13±4,40	14,69±6,34	107,69±20,63
Ara sıra düşünürüm (2)	108	35,48±7,95	36,54±10,95	23,46±4,55	16,25±5,65	11,67±4,52	123,40±18,83
Sık düşünürüm (3)	51	33,88±8,77	35,47±10,29	22,73±4,36	16,18±5,66	10,55±4,64	118,80±19,84
Çok sık düşünürüm (4)	15	34,53±7,78	36,47±12,24	23,07±4,01	16,80±4,93	9,47±4,45	120,33±16,58
		$\chi^2=6,311$	$\chi^2=11,276$	$\chi^2= 1,986$	$\chi^2= 1,012$	$\chi^2=8,516$	$\chi^2=9,112$
		p=0,097	p=0,010	p=0,575	p=0,798	p=0,036	p=0,028
			[1-2,3,4]			[1-3,4]	[1-2]
Çalışılan birimde ölümle karşılaşma sıklığı							
Hiç karşılaşman (1)	40	32,37±8,42	33,25±9,45	22,68±5,26	15,10±5,37	11,93±4,46	115,33±18,18
Ara sıra karşılaşırım (2)	70	36,99±8,06	38,57±11,94	23,37±4,62	16,53±5,31	10,77±4,36	126,23±18,41
Sık karşılaşıyorum (3)	46	33,85±7,69	35,26±10,91	23,17±4,37	17,09±5,93	12,20±5,38	121,57±21,07
Çok sık karşılaşıyorum(4)	34	32,29±9,65	31,44±10,70	23,41±3,36	15,50±5,24	11,26±5,40	113,91±17,73
		$\chi^2=10,756$	$\chi^2=8,964$	$\chi^2= 2,538$	$\chi^2= 5,296$	$\chi^2=4,410$	$\chi^2=12,931$
		p=0,013	p=0,030	p=0,469	p=0,151	p=0,220	p=0,005
		[2-1,4]	[2-4]				[1-2,4]
Ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumu							
Yeterli	149	34,74±8,09	36,23±11,19	23,13±4,53	16,70±5,69	11,19±4,73	121,99±19,48
Yetersiz	41	33,22±10,03	32,27±11,02	23,39±4,36	14,29±4,17	12,39±5,17	115,56±18,74
		Z=-0,615	Z=-1,539	Z=-0,364	Z=-2,630	Z=-1,231	Z=-1,520
		p=0,539	p=0,124	p=0,716	p=0,009	p=0,218	p=0,128
Kendisinde bir sağlık sorunu varlığı							
Var	35	30,94±9,14	33,57±10,05	21,17±6,11	16,11±5,05	11,23±4,60	113,03±19,39
Yok	155	35,20±8,23	35,78±11,48	23,64±3,91	16,19±5,58	11,50±4,90	122,31±19,12
		Z=-2,715	Z=-1,224	Z=-1,890	Z=-0,280	Z=-0,150	Z=-2,759
		p=0,007	p=0,221	p=0,059	p=0,780	p=0,881	p=0,006
Ölümü düşünme sıklığı							
Hiç Düşünmem (1)	16	28,81±10,57	26,19±11,92	22,87±5,06	15,13±4,40	14,69±6,34	107,69±20,63
Ara sıra düşünürüm (2)	108	35,48±7,95	36,54±10,95	23,46±4,55	16,25±5,65	11,67±4,52	123,40±18,83
Sık düşünürüm (3)	51	33,88±8,77	35,47±10,29	22,73±4,36	16,18±5,66	10,55±4,64	118,80±19,84
Çok sık düşünürüm (4)	15	34,53±7,78	36,47±12,24	23,07±4,01	16,80±4,93	9,47±4,45	120,33±16,58
		$\chi^2=6,311$	$\chi^2=11,276$	$\chi^2= 1,986$	$\chi^2= 1,012$	$\chi^2=8,516$	$\chi^2=9,112$
		p=0,097	p=0,010	p=0,575	p=0,798	p=0,036	p=0,028
			[1-2,3,4]			[1-3,4]	[1-2]
Çalışılan birimde ölümle karşılaşma sıklığı							
Hiç karşılaşman (1)	40	32,37±8,42	33,25±9,45	22,68±5,26	15,10±5,37	11,93±4,46	115,33±18,18
Ara sıra karşılaşırım (2)	70	36,99±8,06	38,57±11,94	23,37±4,62	16,53±5,31	10,77±4,36	126,23±18,41
Sık karşılaşıyorum (3)	46	33,85±7,69	35,26±10,91	23,17±4,37	17,09±5,93	12,20±5,38	121,57±21,07
Çok sık karşılaşıyorum(4)	34	32,29±9,65	31,44±10,70	23,41±3,36	15,50±5,24	11,26±5,40	113,91±17,73
		$\chi^2=10,756$	$\chi^2=8,964$	$\chi^2= 2,538$	$\chi^2= 5,296$	$\chi^2=4,410$	$\chi^2=12,931$
		p=0,013	p=0,030	p=0,469	p=0,151	p=0,220	p=0,005
		[2-1,4]	[2-4]				[1-2,4]
Ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumu							
Yeterli	149	34,74±8,09	36,23±11,19	23,13±4,53	16,70±5,69	11,19±4,73	121,99±19,48
Yetersiz	41	33,22±10,03	32,27±11,02	23,39±4,36	14,29±4,17	12,39±5,17	115,56±18,74
		Z=-0,615	Z=-1,539	Z=-0,364	Z=-2,630	Z=-1,231	Z=-1,520
		p=0,539	p=0,124	p=0,716	p=0,009	p=0,218	p=0,128

*p değeri <0.05 den temsil etmektedir.

Çizelge 6’da hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÇBÖFÖ puan dağılımları sunulmuştur.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının 19-30 yaş grubunda $35,91 \pm 8,10$, 31-40 yaş grubunda $34,21 \pm 8,50$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $31,81 \pm 8,96$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=6,523$, $p=0,038$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının 19-30 yaş grubunda $33,55 \pm 11,7$, 31-40 yaş grubunda $38,17 \pm 10,7$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $34,55 \pm 10,3$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=7,392$, $p=0,025$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme 'de* puan ortalamalarının 19-30 yaş grubunda $23,83 \pm 4,26$, 31-40 yaş grubunda $22,45 \pm 4,77$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $23,07 \pm 4,34$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=4,537$, $p=0,103$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme 'de* puan ortalamalarının 19-30 yaş grubunda $16,18 \pm 6,04$, 31-40 yaş grubunda $16,64 \pm 4,98$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $15,45 \pm 5,09$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=1,445$, $p=0,485$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme 'de* puan ortalamalarının 19-30 yaş grubunda $11,89 \pm 4,95$, 31-40 yaş grubunda $11,12 \pm 4,72$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $11,10 \pm 4,83$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=0,889$, $p=0,641$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* 19-30 yaş grubunda $121,37 \pm 19,87$, 31-40 yaş grubunda $122,59 \pm 18,80$, 41 yaş ve üzeri grupta ise $115,98 \pm 19,17$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=4,124$, $p=0,127$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının kadınlarda $35,02 \pm 8,71$ erkeklerde ise $33,29 \pm 8,14$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z= -1,582$, $p=0,114$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının kadınlarda $37,07 \pm 11,6$ erkeklerde ise $32,18 \pm 9,85$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z= -2,791$, $p=0,005$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme 'de* puan ortalamalarının kadınlarda $23,78 \pm 4,18$ erkeklerde ise $22,06 \pm 4,83$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z= -2,637$, $p=0,008$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme 'de* puan ortalamalarının kadınlarda $17,10 \pm 5,27$ erkeklerde ise $14,44 \pm 5,47$ olduğu ve puan

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z = -3,458$, $p = 0,001$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının kadınlarda $10,87 \pm 4,64$ erkeklerde ise $12,53 \pm 5,04$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z = -2,181$, $p = 0,029$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* kadınlarda $123,85 \pm 19,28$ erkeklerde ise $115,50 \pm 18,43$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z = -3,008$, $p = 0,003$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının bekârlarda $34,98 \pm 9,19$, evlilerde ise $34,12 \pm 8,20$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -1,066$, $p = 0,286$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının bekârlarda $31,06 \pm 10,7$, evlilerde ise $37,62 \pm 10,8$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z = -3,775$, $p = 0,001$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının bekârlarda $23,45 \pm 4,19$, evlilerde ise $23,05 \pm 4,63$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -0,495$, $p = 0,621$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının bekârlarda $16,08 \pm 6,11$, evlilerde ise $16,23 \pm 5,14$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -0,256$, $p = 0,798$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının bekârlarda $12,25 \pm 5,24$, evlilerde ise $11,03 \pm 4,58$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -1,356$, $p = 0,175$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* bekârlarda $117,82 \pm 19,10$, evlilerde ise $122,05 \pm 19,56$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z = -1,384$, $p = 0,166$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma sürelerine göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışanlarda $34,74 \pm 8,42$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $37,73 \pm 6,72$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $32,51 \pm 8,97$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 10,233$, $p = 0,006$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışanlarda $32,68 \pm 12,5$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $36,42 \pm 8,72$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $36,58 \pm 11,3$ olduğu ve puan

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 5,782$, $p=0,056$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışanlarda $23,19\pm4,55$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $24,20\pm3,73$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $22,66\pm4,74$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 3,426$, $p=0,180$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışanlarda $17,18\pm6,34$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $15,09\pm4,58$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $16,09\pm5,23$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 2,451$, $p=0,294$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışanlarda $11,95\pm4,89$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $12,27\pm4,93$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $10,70\pm4,70$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 3,165$, $p=0,205$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* 0-5 yıl arası çalışanlarda $119,74\pm22,06$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $125,71\pm12,79$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise $118,55\pm20,20$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 5,221$, $p=0,074$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin görev yaptığı kliniklere göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $33,84\pm9,31$, Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $33,10\pm7,18$, Ameliyathanede çalışanlarda $35,14\pm8,65$, Doğumhane servisinde çalışanlarda $26,43\pm8,58$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $35,90\pm8,40$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $38,07\pm7,16$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $35,51\pm8,94$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2= 11,121$, $p=0,085$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $32,37\pm11,2$, Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $35,82\pm11,1$, Ameliyathanede çalışanlarda $33,69\pm8,47$, Doğumhane servisinde çalışanlarda $30,57\pm8,87$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $36,50\pm9,99$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $46,93\pm12,6$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $35,71\pm11,8$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2= 15,516$, $p=0,017$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $22,84\pm4,90$ Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $23,56\pm3,72$, Ameliyathanede çalışanlarda $21,60\pm5,65$,

Doğumhane servisinde çalışanlarda $22,00 \pm 5,00$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $21,80 \pm 4,39$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $24,79 \pm 4,17$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $24,44 \pm 3,30$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 10,478$, $p = 0,106$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $16,50 \pm 5,42$, Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $16,69 \pm 5,60$, Ameliyathanede çalışanlarda $14,40 \pm 4,72$, Doğumhane servisinde çalışanlarda $13,14 \pm 5,40$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $18,70 \pm 7,66$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $16,86 \pm 3,86$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $16,51 \pm 5,66$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 8,332$, $p = 0,215$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $12,18 \pm 4,67$, Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $11,04 \pm 5,22$, Ameliyathanede çalışanlarda $12,29 \pm 4,82$, Doğumhane servisinde çalışanlarda $11,29 \pm 4,23$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $12,40 \pm 2,50$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $9,79 \pm 4,58$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $10,85 \pm 5,17$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 5,542$, $p = 0,476$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* Acil servis-poliklinikte çalışanlarda $117,74 \pm 20,03$, Yoğun bakım servislerinde çalışanlarda $120,22 \pm 18,98$, Ameliyathanede çalışanlarda $117,11 \pm 14,89$, Doğumhane servisinde çalışanlarda $103,43 \pm 23,29$, Diyaliz servisinde çalışanlarda $125,30 \pm 26,09$, Yenidoğan ve Süt Çocuğu servisinde çalışanlarda $136,43 \pm 14,47$ ve diğer (Pandemi) servislerinde çalışanlarda $123,02 \pm 18,99$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 21,450$, $p = 0,002$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin görev yaptığı klinikte çalışma sürelerine göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $34,94 \pm 8,29$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $32,61 \pm 9,09$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $34,64 \pm 8,72$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 2,269$, $p = 0,322$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $33,20 \pm 11,2$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $40,37 \pm 9,98$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $37,11 \pm 10,6$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 12,938$, $p = 0,002$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin

3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $23,89 \pm 3,85$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $21,53 \pm 5,55$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $22,67 \pm 4,71$ olduğu ve ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=6,245$, $p=0,044$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $16,33 \pm 5,84$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $16,68 \pm 4,82$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $15,17 \pm 4,88$ olduğu ve ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=1,188$, $p=0,552$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $11,67 \pm 5,01$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $11,39 \pm 4,57$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $10,78 \pm 4,60$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=0,436$, $p=0,804$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* 0-5 yıl arası çalışmakta olanlarda $120,03 \pm 19,65$, 6-10 yıl arası çalışmakta olanlarda $122,58 \pm 18,21$, 11 yıl ve üzeri çalışmakta olanlarda $120,36 \pm 20,47$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=1,023$, $p=0,600$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin kendisinde bir sağlık sorunu varlığına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras* 'ta puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda $30,94 \pm 9,14$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $35,20 \pm 8,23$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z= 2,715$, $p=0,007$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda $33,57 \pm 10,05$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $35,78 \pm 11,48$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-1,224$, $p=0,221$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda $21,17 \pm 6,11$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $23,64 \pm 3,91$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z= -1,890$, $p=0,059$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda $16,11 \pm 5,05$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $16,19 \pm 5,58$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z= -0,280$, $p=0,780$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının sağlık sorunu olanlarda $11,23 \pm 4,60$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $11,50 \pm 4,90$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z= -0,150$ $p=0,881$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması*

sağlık sorunu olanlarda $113,03 \pm 19,39$, sağlık sorunu olmayanlarda ise $122,31 \pm 19,12$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z = -2,759$, $p = 0,006$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin ölümü düşünme sıklığına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının hiç düşünmeyenlerde $28,81 \pm 10,57$, ara sıra düşünenlerde $35,48 \pm 7,95$, sık düşünenlerde $33,88 \pm 8,77$, çok sık düşünenlerde $34,53 \pm 7,78$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 6,311$, $p = 0,097$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının hiç düşünmeyenlerde $26,19 \pm 11,92$, ara sıra düşünenlerde $36,54 \pm 10,95$, sık düşünenlerde $35,47 \pm 10,29$, çok sık düşünenlerde $36,47 \pm 12,24$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 11,276$, $p = 0,010$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının hiç düşünmeyenlerde $22,87 \pm 5,06$, ara sıra düşünenlerde $23,46 \pm 4,55$, sık düşünenlerde $22,73 \pm 4,36$, çok sık düşünenlerde $23,07 \pm 4,01$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 1,986$, $p = 0,575$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının hiç düşünmeyenlerde $15,13 \pm 4,40$, ara sıra düşünenlerde $16,25 \pm 5,65$, sık düşünenlerde $16,18 \pm 5,66$, çok sık düşünenlerde $16,80 \pm 4,93$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2 = 1,012$, $p = 0,798$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının hiç düşünmeyenlerde $14,69 \pm 6,34$, ara sıra düşünenlerde $11,67 \pm 4,52$, sık düşünenlerde $10,55 \pm 4,64$, çok sık düşünenlerde $9,47 \pm 4,45$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 8,516$, $p = 0,036$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* hiç düşünmeyenlerde $107,69 \pm 20,63$, ara sıra düşünenlerde $123,40 \pm 18,83$, sık düşünenlerde $118,80 \pm 19,84$, çok sık düşünenlerde $120,33 \pm 16,58$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 9,112$, $p = 0,028$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin çalıştıkları birimde ölümle karşılaşma sıklığına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $32,37 \pm 8,42$, ara sıra karşılaşanlarda $36,99 \pm 8,06$, sık karşılaşanlarda $33,85 \pm 7,69$, çok sık karşılaşanlarda ise $32,29 \pm 9,65$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2 = 10,756$, $p = 0,013$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda*

puan ortalamalarının çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $33,25 \pm 9,45$, ara sıra karşılaşanlarda $38,57 \pm 11,94$, sık karşılaşanlarda $35,26 \pm 10,91$, çok sık karşılaşanlarda ise $31,44 \pm 10,70$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=8,964$, $p=0,030$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $22,68 \pm 5,26$, ara sıra karşılaşanlarda $23,37 \pm 4,62$, sık karşılaşanlarda $23,17 \pm 4,37$, çok sık karşılaşanlarda ise $23,41 \pm 3,36$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=2,538$, $p=0,469$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin 4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $15,10 \pm 5,37$, ara sıra karşılaşanlarda $16,53 \pm 5,31$, sık karşılaşanlarda $17,09 \pm 5,93$, çok sık karşılaşanlarda ise $15,50 \pm 5,24$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=5,296$, $p=0,151$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $11,93 \pm 4,46$, ara sıra karşılaşanlarda $10,77 \pm 4,36$, sık karşılaşanlarda $12,20 \pm 5,38$, çok sık karşılaşanlarda ise $11,26 \pm 5,40$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=4,410$, $p=0,220$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* çalıştığı birimde ölümle hiç karşılaşmayanlarda $115,33 \pm 18,18$, ara sıra karşılaşanlarda $126,23 \pm 18,41$, sık karşılaşanlarda $121,57 \pm 21,07$, çok sık karşılaşanlarda ise $113,91 \pm 17,73$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=12,931$, $p=0,005$) belirlenmiştir (Çizelge 6).

Hemşirelerin ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumlarına göre incelendiğinde; ÇBÖFÖ'nin 1. Faktörü olan *Miras'ta* puan ortalamalarının hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $34,74 \pm 8,09$ yeterli bulmayanlarda ise $33,22 \pm 10,03$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-0,615$, $p=0,539$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 2. Faktörü olan *Ölüm Korkusunda* puan ortalamalarının hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $36,23 \pm 11,19$ yeterli bulmayanlarda ise $32,27 \pm 11,02$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-1,539$, $p=0,124$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin 3. Faktörü olan *Ölümü Kabul Etme* 'de puan ortalamalarının hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $23,13 \pm 4,53$ yeterli bulmayanlarda ise $23,39 \pm 4,36$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-0,364$, $p=0,716$) belirlenmiştir. ÇBÖFÖ'nin

4. Faktörü olan *Ölümü Güçsüzleştirme* 'de puan ortalamalarının hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $16,70 \pm 5,69$ yeterli bulmayanlarda ise $14,29 \pm 4,17$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z=-2,630$, $p=0,009$) saptanmıştır. ÇBÖFÖ'nin 5. Faktörü olan *Ölümü Düşünmeme* 'de puan ortalamalarının hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $11,19 \pm 4,73$ yeterli bulmayanlarda ise $12,39 \pm 5,17$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-1,231$, $p=0,218$) bulunmuştur. ÇBÖFÖ'nin *Toplam puan ortalaması* hizmet içi eğitimleri yeterli bulanlarda $121,99 \pm 19,48$ yeterli bulmayanlarda ise $115,56 \pm 18,74$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-1,520$, $p=0,128$) belirlenmiştir (Çizelge 6).



Çizelge 7: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre yordanma durumu (β katsayıları) (n=190)

Özellikler	n	ÖÖHYTÖ				ÇBÖFÖ				
		Ölümçül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	Bakım Sorumluluğu Devretme	Ölüm ve Ölümçül Hastadan Kaçınma	Öz-yeterlilik Algısı	Miras	Ölüm Korkusu	Ölümü Kabul Etme	Ölümü Güçsüzleştirme	Ölümü Düşünmeme
Yaş										
19-30 yaş	82	-0,009	-0,069	0,003	0,122	0,048	-0,090	0,252*	0,037	-0,062
31-40 yaş	66	-0,026	0,408	-0,034	-0,581	0,448	2,270	-2,086*	0,128	0,830
41 yaş ve üzeri	42	0,195	0,188	0,009	-0,245	-2,278	-0,124	-1,612*	-0,855	-0,131
Cinsiyet										
Kadın	124	-0,101	-0,071	0,091	-0,046	2,333*	3,019*	0,867	1,811*	-0,039
Erkek	66	0,697	0,345	-0,548	0,176	-0,177*	-0,161*	-0,111	-0,253*	0,005
Medeni durum										
Bekar	65	0,058	0,569	0,087	-0,084	-0,089	-0,21	0,089	-0,027	-0,025
Evli	125	0,400	-0,116	-0,526	0,022	1,174	3,938*	-0,697	0,193	0,189
Eğitim durumu										
Sağlık meslek lisesi	53	0,258	0,264	0,101	-0,719*	0,606	2,603	-1,436*	-0,953	0,001
Ön lisans	46	0,333	-0,056	0,314	0,299	-1,392	-1,573	-0,76	1,252*	0,369
Lisans	84	-0,053	-0,012	-0,027	-0,11	-0,007	-0,054	0,146*	0,135	-0,029
Lisansüstü	7	1,190	-0,774	-0,440	-1,238	5,881*	5,333	-0,738	1,440	0,726
Meslekte toplam çalışma süresi										
0-5 yıl	57	-0,043	-0,088	-0,067	-0,007	0,019	-0,132	0,095	0,083	-0,149*
6-10 yıl	45	0,395	0,264	0,149	0,138	0,975	3,736*	0,933	-0,615	1,979*
11 yıl ve üzeri	88	0,26	0,543	0,557	-0,029	-0,889	1,965	-1,644*	-0,625	0,772
Mesleği isteyerek seçme durumu										
Evet	120	0,038	-0,012	0,076	-0,026	-0,056	0,128	-0,021	-0,096	0,004
Hayır	15	-0,425	0,083	-2,000*	-0,133	1,825	-2,842	0,333	-0,175	0,608
Kısmen	55	-0,213	0,053	-0,030	0,164	0,431	-2,236	0,115	0,910	-0,204
Görev yaptığı klinik										
Acil servis-poliklinik	38	0,198	0,026	0,997	0,312	0,301	-3,457	-0,475	-0,281	0,080
Yoğun bakım servisi	45	0,012	-0,314	-0,106	0,070	-0,047	0,046	0,044	0,047	-0,103
Ameliyathane	35	-0,219	-0,714	0,673	-0,61	0,594	-2,006	-1,279	-1,33	1,194
Doğumhane	7	1,638	-0,500	2,159	-0,552	-4,492	-8,949*	-2,565	-0,044	-2,435
Diyaliz servisi	10	-1,733	-1,071	-0,956	-0,967	1,922	-0,278	-1,422	1,856	1,622

Yeni doğan- süt çocuğu	14	-1,648	-0,049	0,587	-0,695	4,579	8,765*	0,221	-1,473	2,851*
Diğer	41	0,384	0,047	0,688	-0,267	0,417	0,086	0,870	0,126	1,056

Halen yaptığı klinikteki çalışma süresi

0-5 yıl	116	-0,400	-0,048	-0,017	0,028	-0,040	-0,188*	0,238*	0,117	-0,124
6-10 yıl	38	-0,469	-0,137	-0,192	-0,367	0,388	4,356*	-1,784*	-0,630	1,033
11 yıl ve üzeri	36	1,047	0,618	0,412	0,172	0,638	2,448	-1,864*	-1,022	0,807

Mesleği severek yapma

Evet	109	0,159*	0,015	0,134	0,139	0,034	0,106	-0,091	0,039	-0,067
Hayır	26	-0,966	0,357	-0,816	-0,141	-1,149	-3,411	-0,258	-0,602	-0,075
Kısmen	55	-1,094*	-0,271	0,758	-0,693*	-0,095	-1,195	1,129	-0,108	0,763

Görev yaptığı klinikten memnun olma durumu

Evet	139	0,149*	0,011	0,145*	0,032	-0,017	0,031	0,033	0,006	0,045
Hayır	51	-1,099*	-0,055	-0,941*	-0,131	0,246	-0,629	-0,280	-0,044	-0,365

*p değeri <0.05 den temsil etmektedir.

Çizelge 7' de hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre yordanma durumu (β katsayıları) sunulmuştur.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; "ölümü kabul etme" alt boyutunda 19-31 yaş grubunda $\beta=0,252$, 31-40 yaş grubunda $\beta=-2,086$, 41 yaş ve üzerinde $\beta= -1,612$ değeri ile hemşirelerin yaş grupları ölümü kabul etme boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *miras* alt boyutunda kadınlarda $\beta=2,333$, erkeklerde $\beta=-0,177$, *ölüm korkusu* alt boyutunda kadınlarda $\beta=3,019$, erkeklerde $\beta=-0,161$, *ölümü güçsüzleştirme* alt boyutunda kadınlarda $\beta=1,811$, erkeklerde $\beta=-0,25$ değeri ile hemşirelerde kadın cinsiyeti miras, ölüm korkusu ve ölümü güçsüzleştirme boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm korkusu* alt boyutunda bekârlarda $\beta = -0,210$, evlilerde $\beta=3,938$ değeri ile hemşirelerin evli olma durumu ölüm korkusu boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ÖÖHYTÖ'nin ve ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *öz yeterlilik algısı* alt boyutunda sağlık meslek lisesi mezunlarında $\beta=-0,719$, *miras* alt boyutunda yüksek lisans

mezunlarında $\beta=5,881$, *ölümü kabul etme* alt boyutunda sağlık meslek lisesi mezunlarında $\beta=-1,436$, lisans mezunlarında $\beta=0,146$ ve *ölümü güçsüzleştirme* alt boyutunda ön lisans mezunlarında $\beta=1,252$ değeri ile hemşirelerin eğitim durumu öz yeterlilik algısı, miras, ölümü kabul etme ve ölümü güçsüzleştirme boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresine göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm korkusu* alt boyutunda 6-10 yıl arası çalışanlarda $\beta=3,736$, *ölüm kabul etme* alt boyutunda 11 yıl ve üzeri çalışanlarda $\beta=-1,644$, *ölümü düşünmeme* alt boyutunda 0-5 yıl arası çalışanlarda $\beta=-0,149$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $\beta=1,979$ değeri ile hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ölüm korkusu, ölüm kabul etme ve ölümü düşünmeme boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre ÖÖHYTÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma* alt boyutunda mesleği istemeyerek seçenlerde $\beta=-2,000$ değeri ile hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin görev yaptığı kliniklere göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm korkusu* alt boyutunda doğumhane servisinde çalışanlarda $\beta=-8,949$, yenidoğan-süt çocuğu servisinde çalışanlarda $\beta=8,765$, *ölümü düşünmeme* alt boyutunda yenidoğan-süt çocuğu servisinde çalışanlarda $\beta=2,851$ değeri ile hemşirelerin görev yaptığı klinikler ölüm korkusu ve ölümü düşünmeme boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin görev yaptığı klinikteki çalışma süresine göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm korkusu* alt boyutunda 0-5 yıl arası çalışanlarda $\beta=-0,188$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $\beta=4,356$, *ölüm kabul etme* alt boyutunda 0-5 yıl arası çalışanlarda $\beta=0,238$, 6-10 yıl arası çalışanlarda $\beta=-1,784$, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda $\beta=-1,864$ değeri ile hemşirelerin görev yaptığı klinikteki çalışma süresi ölüm korkusu ve ölüm kabul etme boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin mesleği severek yapma durumlarına göre ÖÖHYTÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim* alt boyutunda mesleği severek yapanlarda $\beta=0,159$, kısmen severek yapanlarda $\beta=-1,094$, *öz yeterlilik algısı* alt boyutunda mesleği kısmen severek

yapanlarda $\beta=-0,693$ değeri ile hemşirelerin mesleği severek yapma durumları ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim ve öz yeterlilik algısı boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Hemşirelerin çalışılan klinikte memnun olma durumlarına göre ÖÖHYTÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim* alt boyutunda çalıştığı klinikten memnun olanlarda $\beta=0,149$, çalıştığı klinikten memnun olmayanlarda $\beta=-1,099$, *ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma* alt boyutunda çalıştığı klinikten memnun olanlarda $\beta=0,145$, çalıştığı klinikten memnun olmayanlarda $\beta=-0,941$ değeri ile hemşirelerin çalıştığı klinikten memnun olma durumu ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim, ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma boyutunu yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 7).

Çizelge 8: Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine göre yordanma durumu (β katsayıları) (n=190)

Özellikler	n	ÖÖHYTÖ					ÇBÖFÖ				
		Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim	Bakım Sorumluluğu Devretme	Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma	Öz-yeterlilik Algısı	Miras	Ölüm Korkusu	Ölümü Kabul Etme	Ölümü Güçsüzleştirme	Ölümü Düşünme	
Kendinizde sağlık sorunu varlığı											
Evet	35	-0,134	0,022	0,002	-0,069	-0,093	-0,151*	-0,147*	-0,018	-0,193*	
Hayır	155	1,128	-0,134	-0,018	0,325	1,501	3,477*	1,416*	0,159	1,809*	
Ölümü düşünme sıklığı											
Hiç düşünmem	16	0,646	0,336	-1,280	0,029	-4,648*	-5,940*	-1,319	-1,977*	-1,104	
Ara sıra düşünürüm	108	0,106	0,023	0,197*	0,792	0,245*	0,087	0,175*	0,032	0,132	
Sık düşünürüm	51	-1,167*	-0,303	-1,102*	-0,456	-2,472*	-0,472	-1,283*	0,187	-1,078	
Çok sık düşünürüm	15	-0,567	0,081	-1,126	0,117	-3,581*	-0,648	-1,428	0,281	-0,467	
Çalıştığınız birinde ölümle karşılaşma sıklığı											
Hiç karşılaşman	40	1,196	0,082	0,796	0,439	-2,286	-5,054*	-0,918	-0,418	-1,125	
Ara sıra karşılaşırım	70	-0,101	-0,053	-0,019	-0,063	0,192*	0,239*	0,024	0,041	0,137	
Sık karşılaşıyorum	46	0,311	0,553	-0,420	-0,147	-1,864	-3,016	0,301	0,427	-0,726	
Çok sık karşılaşıyorum	34	0,601	0,063	0,030	0,526	-3,592*	1,817*	0,022	-1,119	-1,341	
Çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme											
Evet	64	0,142	-0,012	0,169*	0,216*	0,160*	0,052	-0,063	-	0,105	
Hayır	31	-0,806	0,234	-1,039	-0,368	-3,203*	-1,733	-0,732	0,345	*-1,814	
Kısmen	95	-1,042	0,003	-1,023*	-0,994*	-1,771	-0,723	0,898	0,997	-0,476	
Hemşirelerin ölümle yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumu											
Yeterli	149	-0,112	-0,093	-0,075	-0,045	0,144*	0,140	-0,027	0,206*	-0,024	
Yetersiz	41	0,890	0,528	0,526	0,202	-2,200*	-3,020	0,243	-1,713*	0,213	

*p değeri <0.05 den temsil etmektedir.

Çizelge 8’ de hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanlarının hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine göre yordanma durumu puan dağılımları (β katsayıları) sunulmuştur.

Hemşirelerin kendisinde sağlık sorunu olma durumuna göre ÇBÖFÖ’nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm korkusu* alt boyutunda sağlık sorunu olanlarda $\beta=-0,151$, sağlık sorunu olmayanlarda $\beta=3,477$, *ölümü kabul etme*

alt boyutunda sağlık sorunu olanlarda $\beta=-0,147$, sağlık sorunu olmayanlarda $\beta=1,416$, *ölümü düşünmeme* alt boyutunda sağlık sorunu olanlarda $\beta=-0,193$, sağlık sorunu olmayanlarda $\beta=1,809$ değeri ile hemşirelerin sağlık sorunu olma durumu ölüm korkusu, ölümü kabul etme ve ölümü düşünmeme boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).

Hemşirelerin ölümü düşünme sıklığına göre ÖÖHYTÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim* alt boyutunda ölümü sık düşünenlerde $\beta=-1,167$, *ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma* alt boyutunda ölümü ara sıra düşünenlerde $\beta=0,197$, sık düşünenlerde $\beta=-1,102$ değeri ile hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ölümcül hasta ve yakınları ile iletişim, ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).

Hemşirelerin ölümü düşünme sıklığına göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *miras* alt boyutunda ölümü hiç düşünmeyenlerde $\beta=-4,648$, ölümü ara sıra düşünenlerde $\beta=0,245$, ölümü sık düşünenlerde $\beta=2,472$, ölümü çok sık düşünenlerde $\beta=-3,581$, *ölüm korkusu* alt boyutunda ölümü hiç düşünmeyenlerde $\beta=-5,940$, *ölümü kabul etme* alt boyutunda ölümü ara sıra düşünenlerde $\beta=0,175$, ölümü sık düşünenlerde $\beta=0,1283$, *ölümü güçsüzleştirme* alt boyutunda ölümü hiç düşünmeyenlerde $\beta=-1,977$ değeri ile hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı *miras*, *ölüm korkusu*, *ölümü kabul etme* ve *ölümü güçsüzleştirme* boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).

Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaşma durumuna göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *miras* alt boyutunda ölüm ile ara sıra karşılaşanlarda $\beta=0,192$, ölüm ile çok sık karşılaşanlarda $\beta=-3,592$, *ölüm korkusu* alt boyutunda ölüm ile hiç karşılaşmayanlarda $\beta=-5,054$, ölüm ile ara sıra karşılaşanlarda $\beta=0,239$, ölüm ile çok sık karşılaşanlarda $\beta=1,817$, değeri ile hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaşma sıklığı *miras* ve *ölüm korkusu* boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).

Hemşirelerin çalıştıkları birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme durumuna göre ÖÖHYTÖ'nin ve ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma* alt boyutunda önleyebilenlerde $\beta=0,169$, kısmen önleyebilenlerde $\beta=-1,023$, *öz yeterlilik algısı* alt boyutunda önleyebilenlerde $\beta=0,216$, kısmen önleyebilenlerde $\beta=-0,994$, *miras* alt boyutunda önleyebilenlerde $\beta=0,160$, önleyemeyenlerde $\beta=-3,203$ değeri ile hemşirelerin çalıştıkları birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini

önleyebilme durumu ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma, öz yeterlilik algısı ve miras boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).

Hemşirelerin ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumuna göre ÇBÖFÖ'nin alt boyut puanları ile yapılan regresyon analizinde; *miras* alt boyutunda yeterli bulanlarda $\beta=0,144$, yetersiz bulanlarda $\beta=-2,220$, *ölümü güçsüzleştirme* alt boyutunda yeterli bulanlarda $\beta=0,206$, yetersiz bulanlarda $\beta=-1,713$ değeri ile hemşirelerin ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumu miras ve ölümü güçsüzleştirme boyutlarını yordamaktadır ($p<0,05$, Çizelge 8).



5. TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması 19-30 yaş arasında olup % 43,2 oranı ile yapılan çalışmalar ile benzer uyumluluklar göstermektedir. Literatüre bakıldığında Kıra Özhan (2019) çalışmasında 20-30 yaş aralığı % 63,7'i, oluştururken, Damak (2020) çalışmasında %64,1 ile 30 yaş altında hemşirelerden oluştuğu görülmektedir. Bu bilgilere ve araştırma sonucuna dayanarak benzer araştırma gruplarında ortalama yaş aralığının 20-30 yaş olduğu, mesleğe yeni başlayan hemşirelerin mesleki deneyim kazanmaları ve çalışma süreleri göz önünde bulundurularak özellikli birimlerde daha aktif rol aldıklarını söyleyebiliriz. Kıra Özhan (2019) çalışmasında riskli birimde çalışan hemşirelerin %73,3'ü Crump ve diğ. (2010) çalışmasında %87,5'i, Köse ve diğ. (2019) çalışmasında ise %78,4'ü, Selvi (2019) çalışmasında ise %72,2'si kadındır. Bu çalışmada hemşirelerin %65,8'i kadın hemşire olmakla birlikte riskli birimlerde erkek hemşirelerin çalışma oranının giderek arttığı söyleyebiliriz. Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde %65,8'inin evli olduğu ve %36,3'ünün çocuğu olmadığı görülmektedir. Özdemir (2014) çalışmasında %57,4'ünü, Çevik ve Kav (2013) çalışmasında %58,7'sini, Kıra Özhan (2019) çalışmasında %83,3'ünü evli hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir. Çalışmamızda riskli birimlerde çalışan hemşirelerin %44,2'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Selvi, 2019 çalışmasında hemşirelerin %52,5'i lisans mezunu, Damak (2020) çalışmasında %70'ının lisans mezunu olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda ülkemizde riskli birimlerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun lisans ve üzeri eğitim aldığı görülmektedir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Yılmaz ve Vermişli, 2015; Kıra Özhan, 2019; Üstokuş, 2019). Riskli birimlerde, birimlere özgü bilgi ve becerinin gerekmesi sebebiyle daha çok lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin ya da alana özgü sertifika programlarına dahil olmuş hemşirelerin çalışmakta olduğunu söyleyebiliriz.

Hemşirelerin %63'3'ü mesleği isteyerek seçtiklerini, %57,4'ü görev yaptığı kliniği isteyerek seçtiği ve %61,1'i de 0-5 yıl arası görev yaptığı klinikte çalışmaya devam ettiği görülmüştür. Aynı zamanda hemşirelerin %57,4'ü mesleği severek

yaptığı ve %73,2'sinin görev yaptığı klinikten memnun olduğu bulunmuştur. Kıra Özhan (2019) çalışmasında %64,7'sinin mesleği isteyerek seçtiği, %87,9'unu çalıştıkları birimden memnun oldukları ve %75,2'sinin 0-5 yıl arası aynı birimde çalışmaya devam ettikleri görülmektedir. Üstokuş (2019) çalışmasında hemşirelerin %65,8'inini mesleği isteyerek seçtiğini, %32,9'unun çalıştığı birimi isteyerek seçtiğini ve %43,3'ünün çalıştıkları birimlerde 0-1 yıl arası çalışmakta olduklarını saptamıştır. Yılmaz ve Vermişli (2015) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin %88,3'ünün yaptığı işten memnun olduğunu saptamıştır. Riskli birimler hemşirelik uygulamaları alanında iş yükünün oldukça fazla olduğu birimlerdir. Bununla birlikte riskli birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin yarısından fazlasının mesleği severek yaptığı, çalıştığı birimi isteyerek seçtiği ve çalışmaktan memnun oldukları görülmüştür. Riskli birimler adı altında özellikli birimlerde çalışmakta olan hemşirelerin mesleki anlamda branşlaşmaya giderek çalıştıkları alana özgü kendilerini çeşitli sertifika programları ile geliştirdiklerini ve hemşirelik mesleğini severek yaptıklarını söyleyebiliriz.

Hemşirelerin hastalık ve ölüm konusundaki deneyimlerine ilişkin bireysel özellikleri ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin % 18,4'ünün kendisinde mevcut bir sağlık sorunu var iken % 37,9'ununda yakınlarında ölüm riski taşıyan hastalığa sahip bireylerin varlığı saptanmıştır. Hemşirelerin %52,2'si sevilen bir kişinin kaybını yaşamıştır. Benzer çalışmalar incelendiğinde Özyalçın (2019) çalışmasında hemşirelerin %98'inin yakınlarında ölüm ile karşılaştığı, Damak (2020) çalışmasında ise hemşirelerin %64,1'inin birinci derece yakın ya da çok değer verilen birileri arasından kayıp yaşadığı bulgusu saptanmıştır. Riskli birimlerde hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı ölüm ile çalışma alanları dışında da karşılaştıkları söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı %56,8'i ara sıra düşünürken, %8,4'ünün hiç düşünmediği bulunmuştur. Çalıştıkları birimde ölümle karşılaşma sıklığında % 36,8'i ara sıra karşılaşırken, %21,1'i hiç karşılaşmadığını saptanmıştır. Özyalçın (2019) çalışmasında hemşirelerin %74'ünün ölümü ara sıra düşündüğü, %84'ünün ölmekte olan hastaya bakım verdiğini, Üstokuş (2019) çalışmasında hemşirelerin %52,5'inin sıkça ölümü düşündüğü ve %44,2'sinin çalıştığı birimde sıklıkla ölüm ile karşılaştığını saptamıştır. Yılmaz ve Vermişli (2015) hemşirelerin %97,5'inin ölümle karşılaştığını, %82,5'inin ölümcül hastaya bakmak istemediğini saptamıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin ölüm konusunda aldıkları mesleki eğitimi %64,7'si yetersiz bulur iken ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri %78,4'ü yeterli bulmaktadır. Özyalçın (2019) çalışmasında hemşirelerin %82,3'ünün yaşam sonu eğitimi lisans döneminde aldığını, %13,9'unun hizmet içi eğitim programlarında aldığını ve bu eğitimleri %54'ünün yeterli bulduğunu saptamıştır. Selvi (2019) çalışmasında ise hemşirelerin %72,7'sinin ölüm ile ilgili eğitim almadığını saptamıştır. Yılmaz ve Vermişli (2015) çalışmasında hemşirelerin %63,3'ünün ölüm ile ilgili hizmet içi eğitim ya da seminer yoluyla eğitim aldığını ve %10,8'inin eğitimi yeterli bulduğunu saptamıştır. Ölüm ile ilgili alınan eğitimin niteliği ve zamanın değerlendirilerek ölüm eğitimlerinin hemşirelerde farkındalık oluşturarak ölüme yönelik bakış açısını etkilediğini söyleyebiliriz.

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ puanları ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim, Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma, Öz-Yeterlilik Algısı* boyutları ve *Toplam Puan Ortalamasında* ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımın orta düzeyde olduğu, *Bakım Sorumluluğunu Devretme* boyutunda ise yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Çizelge 3).

Hemşirelerin ÇBÖFÖ'nin *Miras* boyutu ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturmak ve hayatta olmadığı zamanlarda dünya için harika şeyler yaptığı için hatırlanmak istediklerini, *Ölüm Korkusu* boyutu, hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı gelişen korku ile ölüm hakkında gerginlik hissettiklerini, *Ölümü Kabul Etme* boyutu, ölümün duygusal ve fiziksel gerçekliğini kabul ederek ölümün hayatın bir parçası olduğunun farkında olduklarını, *Ölümü Güçsüzleştirme* boyutu, ölüm farkındalığı karşısında kişisel önemsizliği ve ölüm hakkında düşünmenin her şeyin anlamsız olduğunu hissettirdiğini, *Ölümü Düşünmeme* boyutu ise ölümü kabul etmeyi reddetme ve ölümsüzlük duygusu ile anı yaşama ve kendi ölümü için endişelenmediklerini göstermektedir (Çizelge 3). Yılmaz ve Vermişli (2015) çalışmasında ölümü kabullenmeme boyutu puanını en yüksek, ölümü tarafsız kabullenme boyutu puanını en düşük olduğunu bulmuştur. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır.

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ ve ÇBÖFÖ alt boyutları arasında korelasyon analizi ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim* boyutu puanları ile ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu* ve *Ölümü Güçsüzleştirme* boyutu puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin ölümcül hasta ve yakınları ile iletişimi artarken ölüm korkusunun ve ölümü güçsüzleştirme durumlarının azalacağını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim* boyutu puanları ile ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Düşünmeme* boyutu puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin ölümcül hasta ve yakınları ile iletişimi artarken ölümü düşünmeme durumlarının arttığını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Bakım Sorumluluğunu Devretme* boyutu puanları ile ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Kabul Etme* boyutu puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin bakım sorumluluğunu devretmelerinin artarken ölümü kabul etme durumlarının azaldığını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* boyutu puanları ile ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Güçsüzleştirme* boyutu puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastadan kaçınmaları artarken ölümü güçsüzleştirme durumlarının azaldığını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin *Öz-yeterlilik Algısı* boyutu puanları ile ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Kabul Etme* boyutu puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin öz yeterlilik algısı artarken ölümü kabul etme durumlarının da arttığını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin toplam puan ortalaması ile ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu* ve *Ölümü Güçsüzleştirme* boyutu puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumu artarken ölüm korkusunun ve ölümü güçsüzleştirme durumlarının azalacağını göstermektedir. Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin toplam puan ortalaması ile ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Düşünmeme* boyutu puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. Bu durum hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumu artarken ölümü düşünmeme durumlarının arttığını göstermektedir (Çizelge 4). Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₁ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin ÇBÖFÖ puanları ile ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler vardır. Literatür incelendiğinde iki ölçeğin birlikte kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak Okçu (2021) özel şirkette çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada ölüm

farkındalığının ruh sağlığı üzerinde negatif yordayıcı etkisi ile ölüm mirasının psikolojik ve sosyal iyi olma üzerinde pozitif yordayıcı etkiye sahip olduğunu saptamıştır. Literatürde ölüm kavramı çoğu çalışmada kaygı ve korku boyutuyla ele alınmıştır. Ölüm kavramının farklı boyut ve ilişkisel etkilerde araştırıldığı çalışmalar çok nadirdir. Benzer çalışmalarda ölüm farkındalığı ile duyguların birbirini etkilediği (Echabe ve Perez 2016), ölüm farkındalığının yaşam memnuniyetini azalttığı ve ruh sağlığı, psikolojik iyi olma halini olumsuz yönde etkilediği ((Juhl ve Routledge, 2016; Routledge ve diğ. 2010) görülmüştür.

Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetinin ÖÖHYTÖ'nin *Ölümcül Hasta ve Yakınlarıyla İletişim* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve erkeklerin puanın kadınlara göre daha yüksek olduğu, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha çok ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişimden kaçınıcı tutum sergiledikleri belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 5). Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Alıcılar ve diğ. (2021) çalışmasında kadın hemşirelerin ölüme karşı daha çok olumsuz tutum içinde olduklarını bulmuştur. Üzen Cura ve Ateş (2020) nitel çalışmalarında hemşirelerin ölmekte olan hasta ve yakınları ile en çok iletişim kuramamaktan yana sıkıntı yaşadıklarını dile getirdiklerini ifade etmiştir. Banerjee ve diğ. (2016) onkoloji hemşireleri ile yaptıkları nitel çalışmada benzer şekilde hemşirelerin hasta ve yakınları ile iletişim kurmakta zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir. Dağ ve Badır (2017) çalışmasında hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken hasta ve ailesiyle iletişim güçlüğü yaşadığını ve yaşam sonu bakımı sağlamada kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmektedir. Şahin ve diğ. (2016) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadınların ölümcül hastaya bakım vermek istemediklerini bulmuştur. Kadınlarda erkeklere göre daha çok ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişimden kaçınma davranışının görülmesinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte; duygusal durumlara yaklaşma açısından kadınların daha yatkın olmasından ve yetiştirilme şekli, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kültürümüzde erkekleri duygusal yükü ağır olan durumlardan uzak tutan tutumların daha fazla oluşundan, bu nedenle

de kadınlarda ortaya çıkan merhamet yorgunluğunun etkisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin eğitim durumunun ÖÖHYTÖ'nin *Öz-yeterlilik Algısı* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve sağlık meslek lisesi mezunlarının puanının lisansüstü mezunlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 5). Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin lisansüstü mezun hemşirelere göre ölümcül hastanın bakımında kendilerini daha çok yetersiz gördüklerini belirlenmiştir. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Anderson ve diğ. (2016) çalışmalarında hastaların tanı tedavi sürecinin yeterince açıklanmadığı durumlarda hemşirelerin bakım verirken çaresizlik yaşadığı belirtilmiştir. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017) hemşirelerin ölümün yaşamın fiziksel ve psikolojik zararlarından kurtaracağına inanma, kaçış kabullenme durumunun sağlık meslek lisesi mezunlarında daha fazla olduğunu bulmuştur. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça kaçış kabullenme durumunun azaldığını göstermektedir. Dağ ve Badır (2017) hemşirelerin kendilerini yaşam sonu bakım konusunda hekimlerden yetersiz gördüklerini, bakım sürecini hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünürken saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğunu ve bu durumun hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda bilgi eksikliği ve farkındalıklarının olmamasından kaynaklandığını belirtmiştir. Alıcılar ve diğ. (2021) çalışmasında eğitim durumunun ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumuna etkisini gözlemlememiştir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının lisansüstü hemşirelere göre ölümcül hastanın bakımında kendilerini yetersiz görmeleri alınan teorik bilgilerin ve pratik uygulamaların eksikliğinden, sağlık meslek lisesinde eğitim sürecinde öğrencilerin ergenlik döneminde olmaları ve ölüm gibi soyut kavramları travmatik olarak algılamaları ve konuyla ilgili psikolojik olgunluğun gelişmemiş olmasının da kendilerini mesleki uygulamalarda yeterli hissetmemelerine neden olmuş olabilir.

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumunun ÖÖHYTÖ'nin *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve mesleği isteyerek ve kısmen/tesadüfen seçenlerin puanlarının mesleği istemeyerek seçenlerden yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 5). Mesleği istemeyerek seçenlerin, isteyerek ve kısmen/tesadüfen seçenlere göre daha çok ölüm ve ölümcül

hastadan kaçınıcı tutum sergilediklerini belirlenmiştir. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Üzen Cura ve Ateş (2020) çalışmasında palyatif bakımda çalışan hemşirelerin tükenmişlik yaşadıkları, ruhsal ve fiziksel sağlıklarının etkilendiğini ve bu durumun hemşirelik girişimlerini olumsuz etkileyebileceğini belirlemiştir. Benzer çalışmalara bakıldığında hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım vermek istemedikleri görülmüştür (Şahin ve diğ. 2016; Taşdemir ve Gök, 2012). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve sonrasında severek yapmak bireylerin verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini etkilemektedir. Ölüm ve ölümcül hasta ile çalışmak hemşirelerin en çok zorlandıkları alan olmakla birlikte mesleği istemeyerek seçen hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutum içine daha çok girdikleri söylenebilir.

Hemşirelerin görev yaptığı klinikten memnun olma durumunun ÖÖHYTÖ'nin *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve memnun olanların puanının memnun olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05, Çizelge 5). Görev yaptığı klinikten memnun olmayanların, memnun olanlara göre daha çok ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutum sergilediklerini göstermektedir. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Kekeç ve Tan (2021), hemşirelerin çalıştıkları birimi kendi istekleriyle seçmeleri, çalışma ortamından memnun olmalarının daha az tükenmişlik duygusuna neden olduğunu bulmuştur. Dağ ve Badır (2007) çalışmasında ölüm kaygısı düşük olan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini en çok benimsediklerini bulmuştur. Bunun nedeni olarak hemşirelerin ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve ölüm ve ölümcül hastaya bakım konusunda duyarsızlaşmadan bakımı sürdürebilmelerinden kaynaklandığını öne sürmektedir. Cengiz (2020) çalışmasında mesleği isteyerek seçen ve görev yaptığı klinikten memnun olan hemşirelerin yaşam sonu tutum ve davranış düzey puanları mesleği istemeyerek seçen ve görev yaptığı klinikten memnun olmayan hemşirelere göre daha yüksek bulmuştur. Mesleğini isteyerek ve severek yapan hemşirelerin profesyonel bakış açısıyla yaklaştıklarını (Cengiz, 2020),

yaşam sonu bakıma yönelik olumlu tutum ve davranışlar geliştirdikleri (Ünsar ve diğ. 2011) görülmüştür. Hemşirelerin çalışma motivasyonu sağlayan en önemli faktör çalıştıkları birimi sevmeleri, her gün işe isteyerek gelmeleridir. Böylece motivasyonu yüksek olan hemşirelerin kaliteli ve etkin bir bakım sundukları görülmüştür (Çelik ve Karaca, 2017). Çalıştığı birimden memnun olmama nedenleri düşünüldüğünde özellikle riskli birimlerde uzun süre çalışıyor olmak, iş yükünün ağır olması ve sürekli ölümcül hastaya bakım vermek tükenmelere yol açabilmekte ve ölümcül hastadan kaçınma için bir neden olabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme durumunun ÖÖHYTÖ'nin *Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınma* ve *Öz-yeterlilik Algısı* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu ve önleyebilenlerin puanı kısmen önleyebilenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 5). Çalıştıkları birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilenlerin, kısmen önleyebilenlere göre daha az ölüm ve ölümcül hastadan kaçınıcı tutum sergiledikleri ve ölümcül hastanın bakımında kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÖÖHYTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Çelik (2019) çalışmasında hemşirelerin ölümcül hasta bakımında olumlu yaklaşım sergileyenlerin ölüme yönelik tutumlarının negatif olduğu ve saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Can ve diğ. (2020) çalışmalarında hemşirelerin yakınlarına ölümcül hastalık tanısı konması ve yakınlarının ölüm sürecine tanık olma durumlarının ölümcül hastaya ilişkin tutumları olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Hemşirelerin diğer hastaların ölüm olaylarından etkilenmesini önleme konusunda duyarlılığın olması ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma yerine saygın yaşam sonu bakım vermeleri ve kaybedilen bireyin mahremiyetini korumaya çalışma ve ölüme yönelik olumlu tutum sergilemelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin yaş gruplarının ÇBÖFÖ'nin *Miras ve Ölüm Korkusu* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). 19-30 yaş arasındaki hemşirelerin ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturma düşüncesi

41 yaş ve üzeri hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. 31-40 yaş arası hemşirelerin hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı oluşan ölüm korkusu ise 19-30 yaş arası hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017), hemşirelerin yaşı ile ölüme karşı tutum arasında olumlu tutumu gösterdiğini bulmuştur. Dağ ve Badır (2017), hemşirelerin yaş, mesleki deneyim ve çalıştıkları birime göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri arasında bir ilişkiye rastlamamıştır. Benzer çalışmalarda yaş grupları ile ölüme karşı tutum arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamamıştır (Alicılar ve diğ. 2020; Benli ve Yıldırım, 2017) 19-30 yaş hemşirelerin çalışma hayatına ve mesleğe yeni başlaması, kendilerini gerçekleştirme istekleri doğrultusunda miras bırakma, birikim yapma düşüncelerinin yoğun olduğu bir dönem olduğu söylenebilir. 31-40 yaş hemşirelerin ölüm korkularının daha çok olması ise meslekteki çalışma süresine ve çalıştıkları alanda karşılaştıkları ölüm olaylarından olumsuz etkilenmelerinden ve ölümü travmatik algılamalarından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin cinsiyetinin ÇBÖFÖ'nin Ölüm Korkusu, Ölümü Kabul Etme, Ölümü Güçsüzleştirme, Ölümü Düşünmeme ve ÇBÖFÖ'nin Toplam puan Ortalama boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur (p<0,05, Çizelge 6). Kadın hemşirelerin ölüm korkusu, ölümü kabul etme, ölümü güçsüzleştirme ve ÇBÖFÖ toplam puanı erkek hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Erkek hemşirelerin ise ölümü düşünmeme durumları kadın hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017), kadın hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınmasının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Selvi (2019), Selçuk ve Avcı (2015) çalışmalarında kadın hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyleri erkek hemşirelerden yüksek bulmuştur. Alicılar ve diğ. (2021) çalışmasında kadın hemşirelerde ve riskli birimlerde çalışan hemşirelerde ölüm korkusu puanını yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde sağlık profesyonelleri ile ölüme ilişkin yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet faktörünün ölüme karşı tutumu etkilemediğini saptamıştır (Bal, 2018; Bilge,

Embel ve Kaya, 2013). Kadın hemşirelerin miras, ölüm korkusu, ölümü güçsüzleştirme durumlarının erkeklere göre yüksek olması, kadınların ölüm ile ilgili konularda daha çok duygusal yatkınlıklarının olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin medeni durumunun ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve evli olan hemşirelerin hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı oluşan ölüm korkusunun bekâr hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017) çalışmasında evli hemşirelerin ölüme yönelik olumlu tutumlarının yüksek olduğunu bulmuştur. Evli olan hemşirelerin ölüm korkusunun yüksek olmasının ebeveynlik rollerinin getirdiği sorumluluktan kaynaklandığını düşündürmüştür.

Hemşirelerin görev yaptığı kliniğinin ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu* ve *ÇBÖFÖ Toplam Puan Ortalama* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Yeni Doğan-süt çocuğu servisinde çalışan hemşirelerin hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı oluşan ölüm korkusu acil servis-poliklinik ve ameliyathanede çalışan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Yeni Doğan-süt çocuğu çalışan hemşirelerin *ÇBÖFÖ* toplam puanları acil servis-poliklinik, yoğun bakım servisi ve ameliyathanede çalışan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Alıcılar ve diğ. (2021) çalışmasında acil servis ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşirelerin ölüm korkusu puanı yüksek bulunurken ölüme karşı negatif tutumun geliştiğini göstermektedir. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının ameliyathanede çalışan hemşirelere göre daha çok olumlu tutum içerisinde olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda acilde çalışan hemşirelerin ölüm korkusu poliklinikte çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Zaybak ve Erzincanlı (2016), klinikte çalışan hemşirelerin yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha çok ölüm korkusu ve ölümden kaçınma sergilediklerini, Yılmaz ve Vermişli (2016,) yoğun bakımda çalışan hemşirelerde ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu kabullenme

görülmüştür. Araştırmanın bu bulgusunun hemşirelerin çalıştıkları birimde ani, beklenmedik ve öngörülemeyen ve toplumsal olarak daha az kabul edilebilir genç yaştaki ölüm olaylarına daha fazla tanık olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresinin ÇBÖFÖ'nin *Miras* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve 6-10 yıl arası çalışmakta olan hemşirelerin ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturma düşüncesi 11 yıl ve üzeri çalışmakta olan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Hemşirelerin görev yaptığı klinikte toplam çalışma süresinin ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu* ve *Ölümü Kabul Etme* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur (Çizelge 5, $p<0,05$). 6-10 yıl arası çalışmakta olan hemşirelerin hayatın sonundan kaçmanın imkânsızlığına bağlı oluşan ölüm korkusu 0-5 yıl arası çalışmakta hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl arası çalışmakta olan hemşirelerin ölümün duygusal ve fiziksel gerçekliğinin kabullenmesi 6-10 yıl arası çalışmakta olan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017), hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğu tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme boyutunda 5 yıl altında çalışmakta olan hemşirelerin 26 yıl ve üzeri çalışmakta olan hemşirelere göre daha çok ölüme yönelik olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir. Çalışma süresinin az olması, mesleğe yeni başlayan hemşirelerin ölüm ve ölümcül hasta ile daha az karşılaşmış olabileceğini, çalışma süresi arttıkça da hemşirelerinde yaş alması sebebiyle kendilerini ölüme daha yakın hissetmeleri ölüm korkularının artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin kendisinde bir sağlık sorunu varlığının ÇBÖFÖ'nin *Miras* ve *ÇBÖFÖ Toplam Puan Ortalama* boyutu için fark yaratan bir değişken olduğu ve kendisinde sağlık sorunu olmayan hemşirelerin ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturma düşüncesinin kendisinde sağlık sorunu olan hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Kendisinde sağlık sorunu olmayan hemşirelerin ÇBÖFÖ toplam puanı kendisinde sağlık sorunu olan hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. ($p<0,05$, Çizelge 6). Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre

ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatüre bakıldığında bu konuda bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Sağlık sorunu olmayan hemşirelerin miras durumunun yüksek olması bireylerin manevi ve kültürel değerlerine gerçek yaşam üzerinden daha fazla yatırım yapma düşüncesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin ölümü düşünme sıklığının ÇBÖFÖ'nin *Ölüm Korkusu, Ölümü Düşünmeme ve ÇBÖFÖ Toplam Puan Ortalama* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Ölümü ara sıra, sık ve çok sık düşünen hemşirelerin ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturma düşüncesi hiç düşünmeyen hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Ölümü hiç düşünmeyen hemşirelerin ölümü düşünmeme durumu sık ve çok sık düşünen hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Ölümü ara sıra düşünen hemşirelerin ÇBÖFÖ toplam puanı hiç düşünmeyen hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Menekli ve diğ. (2021) çalışmasında hemşirelerin ölümü sık düşünenlerde hiç düşünmeyenlere göre puanını yüksek olmasını yaşam sonu bakım verme deneyimi, ölümü kabul etme, ölüm gerçeği ile yüzleşme ve iyi ölüme yönelik olumlu tutumun geliştirilmesi ile ilişkilendirmektedir. Sönmez Benli ve Yıldırım (2017), hemşirelerin ölümü düşünme sıklığı ile ölümü tarafsız kabullenme ve yaklaşımı kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutu arasında çok sık düşünen ve hiç düşünmeyen grup arasında anlamlı ilişkiye rastlamıştır. Ölümü çok sık düşünen hemşirelerin ölüme yönelik olumlu tutum gösterdiği bulunmuştur. Benzer çalışmalara bakıldığında ölüm ile sık karşılaşan hemşirelerin daha çok ölüm kaygısı içinde olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Alıcılar ve diğ. 2020; Erdoğan ve Özkan, 2007; Lee ve diğ. 2020; Medin ve diğ. 2020; Önsöz, 2013; Taka, 2010). Şahin ve diğ. (2016) çalışmasında hemşirelerden ölümü ara sıra düşünenlerin, ölümü sık sık ve nadiren düşünenlere göre ölüm kaygısını yüksek bulurken, Medin ve diğ. (2018) çalışmasında hemşirelerin ölüm ile ilgili düşüncelerini paylaşanların ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ölüm ile ilgili düşüncelerinin farkında olmaları ölüm hakkında daha rahat bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir (Deffner ve Bell, 2005). Riskli birimlerde yaşamı tehdit edici risk taşıyan hastalarla çalışan hemşirelerin her an ölüm ile iç içe olmaları göz

önünde bulundurulduğunda hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının ölüm korkusunu ve ölümü düşünmeme durumlarını etkilediği söylenebilir.

Hemşirelerin çalışılan birimde ölümle karşılaşma sıklığının ÇBÖFÖ'nin *Miras, Ölüm Korkusu ve ÇBÖFÖ Toplam Puan Ortalama* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Çalıştığı birimde ara sıra ölümle karşılaşan hemşirelerin ölümün ötesinde yaşamak için bir miras oluşturma düşüncesi hiç karşılaşmayan ve çok sık karşılaşan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Çalıştığı birimde ara sıra ölümle karşılaşan hemşirelerin ölüm korkusu çok sık karşılaşan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Hiç karşılaşmayan ve ara sıra karşılaşan hemşirelerin ÇBÖFÖ toplam puanı çok sık karşılaşan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Literatürde bu konuda araştırma bulgularımıza yönelik benzer sonuçlar yer almaktadır. Tepe Medin ve diğ. (2020) hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki pozisyonlarından, ölümü düşünme sıklığı ve ölüm ile ilgili düşüncelerini paylaşmadan etkilendiğini bulmuştur. Karadağ ve İnkaya Vardar (2018) çalışmasında hemşirelik intörn öğrencilerin lisans eğitiminde klinik uygulama sırasında ölüm ile karşılaşan, ölümcül hastaya bakım veren ve ölümcül hastaya bakım vermeyi isteyen öğrencilerin ölüme ilişkin tutumlarının olumlu olduğu saptamıştır. Koç ve diğ. (2017) klinik ortamında ölümle sık karşılaşan hemşirelerin ölüme yönelik daha olumlu tutum sergiledikleri belirtmiştir. Ölüm ve ölümcül hasta ile çok sık karşılaşan hemşirelerin miras ve ölüm korkularının düşük olması ölüm ile çok karşılaşmalarına, ölümün doğal bir olay olmasına ve kaçınılmaz bir son olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Hemşirelerin ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumunun ÇBÖFÖ'nin *Ölümü Güçsüzleştirme* boyutları için fark yaratan bir değişken olduğu ve eğitimleri yeterli bulan hemşirelerin ölümü güçsüzleştirme durumları yeterli bulmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 6). Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBÖFÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Alıcılar ve diğ. (2021) çalışmasında ölüme yönelik alınan eğitimlerin ölüme karşı tutuma etkisi saptanmamıştır. Benzer çalışmalarda ölüme yönelik eğitimlerin ölüme karşı tutumları olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Cheong ve diğ, 2020) Lee ve diğ. (2020) çalışmasında yaşam sonu bakım veren hemşirelerin bilgi

düzeyleri ölüme karşı olumlu tutuma yol açtığı saptanmıştır. Damak ve Karakoç Kumsar (2020) çalışmasında hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarının ve palyatif bakım bilgi düzeylerinin orta olduğunu belirlemiştir. Bal (2018), hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında temel mesleki eğitim dışında özel eğitim alan hemşireler ile almayan hemşirelerin ölüme yaklaşım tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir. Hemşirelerin hizmet içi eğitim almalarının ölüm kaygısını azalttığı (Tepe Medin ve diğ. 2020), yaşam sonu simülatif eğitim alan hemşirelerde ölüme yönelik tutumlarının olumlu olduğu (Lewis ve diğ. 2016) ve ölüm eğitimi alan hemşirelerin ölüm kaygılarında azalma (Dadfar ve diğ. 2016) görülmüştür. Çelik (2019) çalışmasında ölüm konusunda alınan eğitim ile ölüme karşı tutum arasında bir ilişkiye rastlamamıştır. Dağ ve Badır (2017) palyatif bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Kavas ve diğ. (2012) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada mesleki eğitimin öğrencilerin ölüm kavramı ve ölümcül hastaya yaklaşım tutumlarında bir değişikliğe rastlamamıştır. Ve öğrencilerin mezun olmadan önceki ölümcül hastadan kaçınma tutumlarının mezun olurken de değişmediğini belirtmiştir. Benzer çalışmalara bakıldığında ölüme yönelik eğitimlerin, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik tutumları olumlu yönde etkilediği görülürken (Cheong, 2020; Karadağ ve İnkaya Vardar, 2018; Kurz ve Hayes, 2006; Lee ve diğ. 2020; McClement, 2005; Medin ve diğ. 2020; Özdelikara ve diğ. 2016) bazı çalışmalarda ise etkilemediği görülmüştür (Alicılar ve diğ. 2021). Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermekte olup bu konuda ölüm eğitiminin temel mesleki öğrenim süresinde ve sonrasında hizmet içi eğitimler ya da özel eğitimler yoluyla verilmesinin ölüme yönelik hemşirelik yaklaşımında profesyonelliği artıracakı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, riskli birimlerde çalışan hemşirelerin çok boyutlu ölüm farkındalık düzeyleri ile ölümcül hastaya tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Çankırı ilinde yer alan Çankırı Devlet Hastanesi ve Çankırı Özel Karatekin Hastanesinde Riskli Birimlerde çalışmakta olan 190 hemşire ile yürütülmüştür.

- ✓ Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin ölümcül hasta ve yakınlarıyla iletişim boyutu ile ÇBÖFÖ'nin ölüm korkusu, ölümü güçsüzleştirme ve ölümü düşünmeme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- ✓ Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin bakım sorumluluğunu devretme boyutu ile ÇBÖFÖ'nin ölümü kabul etme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✓ Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin ölüm ve ölümcül hastadan kaçınma boyutu ile ÇBÖFÖ'nin ölümü güçsüzleştirme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).
- ✓ Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin öz yeterlilik algısı boyutu ile ÇBÖFÖ'nin ölümü kabul etme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- ✓ Hemşirelerin ÖÖHYTÖ'nin toplam puanı ile ÇBÖFÖ'nin ölüm korkusu, ölümü güçsüzleştirme ve ölümü düşünmeme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✓ Araştırmada cinsiyet, eğitim durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, görev yaptığı klinikten memnun olma durumu ve çalışılan birimde ölüm olaylarında diğer hastaların etkilenmesini önleyebilme durumlarının ÖÖHYTÖ alt boyutlarını etkileyen değişkenler olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- ✓ Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte toplam çalışma süresi, görev yaptığı klinik, görev yaptığı klinikte toplam çalışma süresi, kendisinde bir sağlık sorunu varlığı, ölümü düşünme sıklığı, çalışılan birimde ölümle karşılaşma sıklığı ve ölüme yönelik hizmet içi eğitimleri yeterli bulma durumlarının ÇBÖFÖ alt boyutlarını etkileyen değişkenler olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya tutumunda duygu, düşünce ve davranış farkındalığı oluşturularak, kendilerini daha etkin ve yeterli hissederek hemşirelik bakımın kalitesinin artırılması, bu alanda eğitim gereksinimlerinin giderilmesi,
- ✓ Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri ile ölüm farkındalığı ve ölümcül hastaya tutumları konusunda ileri araştırmaların planlanması,
- ✓ Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin çok sık ölümle karşılaşma durumları göz önünde bulundurularak bu birimlerde çalışan hemşirelerin rotasyonlu çalışma programına alınması ve gerekli sosyal desteğin sağlanması,
- ✓ Hemşirelik alanında ölüm ile ilgili mevcut ölçme araçlarının kısıtlılığı göz önünde bulundurularak, Türk toplumunda hemşirelik mesleğine uygun ve özgün ölçme araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdel Khalek, A. M.** (2002). Why Do We Fear Death? The Construction and Validation Of The Reasons For Death Fear Scale, *Death Studies*, 26 (8), 669-680. doi: 10.1080/07481180290088365
- Abdel Khalek, A. M.** (2006). Anxiety and Death Anxiety In Egyptian and Spanish Nursing Students, *Death Studies*, 29:2, 157-169, doi:10.1080/07481180590906174
- Akbayrak, N.** (1998). İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı,
- Akdemir, N.** (Yay. Haz.), Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı (S. 24-30). Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Akyol, A.** (2010). Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26 (3) : 59-72.
- Aksu, T., Okçay, H.** (2010). Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5, 113-26.
- Andrews, T., Nathaniel, A.** (2015). Awareness Of Dying Remains Revelant After Fifty Years, *The grounded Theory Review*, 14, 2.
- Andrews, T.** (2015). To Cure Sometimes, to Relieve Often and to Comfort Always: Nurses' Role in End-Of-Life Decision-Making. *British Association of Critical Care Nurses*, 20, 5. doi: 10.1111/nicc.12203
- Aksu, T., Fadiloğlu, Ç.** (2012). İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29:1-15
- Aksu, T., Okçay, H.** (2010). Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (5):14.
- Ahıcılar, H. E., Aylaz, R., Güneş, G., Çöl, M.** (2021). Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve İlişkili Faktörler: Farklı İki Hastane Örneği, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 74(2):149-155, DOI: 10.4274/atfm.galenos.2021.07742
- Amelia, E. J.** (2003). Geriatrics and Palliative Care: Collaboration for Quality of Life Until Death, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5 (1), 40-48.
- Andersson, E., Salickiene, Z., Rosengren, K.** (2016). To be Involved - A Qualitative Study of Nurses' Experiences of Caring for Dying Patients, *Nurse Educ Today*, 38:144-9.
- Arslan, M.** (2001). Hellenistik Döneme damgasını vuran yaratıcı felsefe sistemleri: "epikurosçuluk ve stoacılık", *Arkeoloji ve Sanat*, (100), 19-23.
- Aslan, Ş., Özen, M.** (2019). Multidisipliner Bir Ekip Çalışması: Kanser Hastalarında Yaşamın Son Döneminde Bakım, *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(5), 191-196.
- Ay, F.** (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul: Medikal Yayınevi.
- Ay, F., Gençtürk, N.** (2013). Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri: Odak grup çalışması, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21 (3), 164-171.
- Aydoğan, F., Uygun, K.** (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler, *Klinik Gelişim*, 24 (3), 4-9.
- Aydoğan, A. S., Gülseren, Ş., Sarıkaya, Ö. Ö., Özen, Ç.** (2015). Abdel-Khalek Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Türk Nöropsikiyatri Derneği Arşivi*, 52, 371-375.
- Ay, M. A.** (2013). *Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları*, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Ayhan, D.** (2013). *Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Banerjee, S. C , Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T.** (2016). Oncology Nurses' Communication Challenges with Patients and Families: A Qualitative Study, *Nurse Education in Practice*, 16(1):193-201.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T.** (2006). Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45.
- Benli, S., Yıldırım, A.** (2017). Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölümüne Karşı Tutum Arasındaki İlişki, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4), 167-179.
- Bilge, A., Çam, O.** (2004). Ölüm Sürecindeki Hastaya ve Yakınına Psikiyatri Hemşiresinin Terapötik Yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20, 2, 12736.
- Bilge, A., Embel, N., Kaya, G. F.** (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler, *Journal of Psychiatric Nursing*, 4 (3), 119-124.
- Bulut, M. B., Kuşat, A.** (2017). Ölüm Kaygısı İle Benlik Saygısı, Dini Dünya Görüşleri Ve Hayatın Amacı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, *Bilimname XXXV*, 2018/1, 145-173. doi: <http://dx.doi.org/10.28949/bilimname.381964>
- Bulut, B., Mcdermott, M., Mcewan, O.** (2017). Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10, 49. Issn: 1307-9581.
- Çelikkdal, G.** (2019). *Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Ölüm Kaygısı İle Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Etmenler*, (Yüksek Lisans Tezi), Zonguldak.
- Can, R., Tambağ, H., Öztürk, M., Kaykunoğlu, M., Erenoğlu, R., Gümüsoğlu, F.** (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutumları, *Lokman Hekim Dergisi*, 10 (2), 190-200. doi: 10.31020/mutftd.693100.
- Çam, O., Engin, E.** (2014). *Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı*, İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Çam, O., Bilge, A., Keskin, G.** (2010). *Gidenler ve geride kalanlar: İnsan, yavrusu ve ölüm yarısını sarmak*, İzmir: Egetan Basım Yayın, 1. Baskı.
- Çevik, B.** (2010). *Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi: Ankara.
- Çevik, B., Kav, S.** (2013). Attitudes and Experiences of Nurses to Ward Death and Caring for Dying Patients in Turkey, *Cancer Nursing*, 36 (6), 58-65. doi:10.1097/NCC.0b013e318276924c.
- Çelik, A., Karaca, A.** (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasında İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (4), 254-263. doi:10.5222/HEAD.2017.254
- Çelik, N.** (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2), 316-327. doi: 10.26559/mersinsbd.578810

- Cengiz, Z., Yıldırım, H., Kömürkara, S.** (2020). Hemşirelerde Kendini Gerçekleştirme, Palyatif Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Nasıl Etkiler?, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 578-589. doi: 10.33715/inonusaglik.728660
- Ciccarello, G. P.** (2003). Strategies to Improve End-of-Life Care in the Intensive Care Unit, *Dimens Crit Care Nurs*, 22 (5), 216-222.
- Çimete, G.** (2002). Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M.** (2011). *Effect of Dignity Therapy on Distress and End-of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial*, *The Lancet Oncology*, 12 (8), 753–762. doi:10.1016/s1470-2045(11)70153-x
- Cheong CY, Ha NHL, Tan LLC,** (2020). Attitudes Towards the Dying and Death Anxiety in Acute Care Nurses - Can a Workshop Make Any Difference? A Mixed-Methods Evaluation, *Palliat Support Care*. 18, 164-169.
- Çüçen, A.** (2003). Heidegger’de Varlık ve Zaman, Bursa: Asa Kitabevi.
- Costello, J.** (2001). Nursin Golder Dying Patients; Findings From an Ethnographic Study of Death and Dying in Elderly Care Wards, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 59-68.
- Costello J.** (2005). Dying Well: Nurse’s Experinces of ‘ Good and Bad’ Deaths in Hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 9, 594-601.
- Cooper, J., Barnett, M.** (2005). Aspects of Caring Dying Patients Which Cause Anxiety to First Year Student Nurses, *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (8), 423-430.
- Cüceloğlu, D.** (2002). İnsan ve Davranışı, 11.baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Dadfar, M., Farid, A. A. A., Lester, D., Vahih, M. K. A.** (2016). Birashk B. Effectiveness of Death Education Program by Methods of Didactic, Experiential, and 8A Model on the Reduction of Death Distress Among Nurses, *IJMRS*, 5(7):60-71.
- Dağ, A., Badır, A.** (2017). Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (4), 186-192.
- Damak, N.** (2020). *Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Algıları Ve Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- Damak, N., Karakoç Kumsar, A.** (2020). Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve İyi Ölüme Yönelik Algıları, *SAUHSD*, 3(1):1-14.
- Deffner, J. M., Bell, S. K.** (2005). Nurses’ Death Anxiety, Comfort Level During Communication With Patients and Families Regarding Death, and Exposure to Communication Education: A Quantitative Study, *J Nurses Staff Dev*, 21 (1), 19-23.
- Dönmez, F. Ç.** (2018). *Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğinin Onkoloji Hemşirelerinde Ölüm Kaygısı, Empati ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutum Üzerine Etkisi*, (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Dökmen, Ü.** (2000). "Farkına Varmak". Yarına Kim Kalacak Evrenle Uyumlaşma Sürecinde var olmak Gelişmek Uzlaşmak, Sistem Yayıncılık, Birinci Basım, 122-139.
- Echabe, A. E., Perez, S.** (2016). The Impact of Different Procedures to Arouse Mortality Awareness on Various Worldview Dimensions, *European Journal of Social Psychology*, 46, 392-399. doi.org/10.1002/ejsp.2144
- Erdoğan, M. Y., Özkan, M.** (2007). Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*, 14, 171-179.
- Engin, E., Çam, O.** (2005). Farkındalık ve Psikiyatri Hemşireliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (2), 159-168.
- Eues, S. K.** (2007). End-of-life Care; Improving Quality of Life at the End of life, *Professional Case Management*, Vol. 12/No. 6 ss 339-344
- Field, D., Copp, G.** (1999). Communication and Awareness About Dying in The 1990s, *Palliative Medicine*, 13 (6), 459-468.
- Fisher, M.** (1991). Can Grief Be Turned Into Growth? Staff Grief in Palliative Care, *Professional Nurse*, 178-182.
- Filiz, N. Y., Dikmen, Y.** (2017). Yaşam Sonu Bakım Uygulamalarında Hasta Savunuculuğu, *J hum rhythm*, 3(2), 95-100.
- Freud, S.** (1949). Mourning and Melancholia, *Collected Papers*, 4, 152-170.
- Frankl, V. E.** (2019). İnsanın Anlam Arayışı, (çev. Budak, S.). İstanbul. Okyanus yayınları.
- Frommelt KH.** (2003). Attitudes Toward Care Of The Terminally Ill: An Educational Intervention. *American Journal Of Hospice And Palliative Care*, 20(1), 13-22.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L.** (1965). Awareness of Dying, Chicago, IL: Aldine Publishing.
- Geçtan, E.** (1990). Varoluş ve Psikiyatri, İstanbul: Metis Yayınevi.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T.** (1997). Terror Management Theory of Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements, *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 61-132.
- Hanks, G. R.** (2010). The Medical Surgical Nurse Perspective of Advocate Role, *Nursing Forum*, 45- 2, 97-107.
- Heidegger, M.** (2004). Varlık ve Zaman, Yardımlı, A. (Ed), İstanbul: İdea Yayınları.
- Hebert, K., Harold, M., Joan, R.** (2011). The Nurse Advocate in End-of-Life Care, *The Ochsner journal*, 11, 325-29.
- Hökelekli, H.** (1992). Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4, 57-98.
- Işık, E., Fadiloğlu, Ç., Demir, Y.** (2009). Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 28-43.
- Işıl, Ö., Karaca, S.** (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenilecekler: Bir Gözden Geçirme, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (1), 82-87.
- Işık, E. A.** (2008). Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenilirliği, (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi: İzmir.

- Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A.** (2008). Attitudes of Iranian Nurses Toward Caring for Dying Patients, *Palliat Support Care*, 6 (4), 363-369.
- İnci, F.** (2008). *Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi*, (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- İnci, F., Öz, F.** (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (2), 178-187.
- İnci, F., Öz, F.** (2009). Ölüm Eğitiminin Hemşirelerinin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
- Jung, G. C.** (1997). Ruh ve Ölüm, Gürol, E. (Ed.), Analitik Psikoloji, Payel Yayınevi: İstanbul.
- Juhl, J., Routledge, C.** (2016). Putting the Terror in Terror Management Theory: Evidence That the Awareness of Death Does Cause Anxiety and Undermine Psychological Well-being, *Sage Journals*, 25(2), 99-103. doi.org/10.1177/0963721415625218
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., Çağıl, H.** (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım, *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kara, N.** (2002). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Karadağ, E., İnkaya Vardar, B.** (2018). Hemşirelik İntörn Öğrencilerin Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Sted*, 27, 2, 92-98.
- Kavas, M. V.** (2008). *Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım Konusundaki Etik Eğitiminde Anlatısal Uygulamaların Etkililiği*, (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kavas, M. V., Öztuna, D., Çelebi, N. N., Selvi, H., Sayar, D., Akaslan, A.** (2012). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Ölüm ve Ölümcül Hastadan Kaçınıcı Tutum Düzeyleri, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 65 (1) , doi: 10.1501/ Tıpfak_000000803
- Kastenbaum, R., Costa, P. T.** (1977). Psychological Perspectives on Death, *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249.
- Kaya, E.** (2018). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölüm Karşı Tutumları Üzerine Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- Kekeç, D., Tan, M.** (2021). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1):64-72. doi: 10.26453/otjhs.765237
- Kübler Ross, E.** (2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine, Uşşaklı, E. (Ed.), Ankara: April Yayıncılık.
- Koç, M.** (2002). Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 7-21.
- Koç, V., Kafa, G.** (2019). Dehşet Yönetimi Kuramı Çerçevesinde Benlik Saygısı ve Bağlanmanın Rolü, *Current Approaches in Psychiatry*, 11 (1), 129-139. doi: 10.18863/ pg.419330
- Koç, Z., Sağlam, Z.** (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi, *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12 (1), 14-17.

- Koç, A., Öztaş, D., Avcı, D. A., Akkuş, Y., Uysal, N., Sılay, K.** (2017). Exploring Turkish Nurses' Attitudes towards Death: A Prospective Study, *JOJ Nurse Health Care* 4(5): 1-8.
- Keskin, G.** (2005). Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21 (2), 125-134.
- Köse, S., Tunalı, B., Yıldırım, G.** (2019). Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23 (1), 9-17.
- Kurz, J., Hayes, E.** (2006). End of Life Issues Action: Impact of Education, *Int J Nurse Educ Scholarsh*, 3 (18), 1-13.
- Lee, Y. E., Jung, Y. J., Jang, Y. N.,** (2020). The Effects of Nurses' Knowledge of Withdrawal of Life-Sustaining Treatment, Death Anxiety, Perceptions of Hospice on Their Attitudes toward Withdrawal of Life-Sustaining Treatment, *Korean J Hosp Palliat Care*, 23:114-125.
- Levasseur, O., McDermott, R. M., Lafreniere, D. K.** (2015). The Multidimensional Mortality Awareness Measure and Model: Development and Validation of a New Self Report Questionnaire and Psychological Framework, *Journal of Death and Dying*, 70 (3), 317-341.
- Lewis, C., Reid, J., McLernon, Z., Ingham, R., Traynor, M.** (2016). The Impact of A Simulated Intervention on Attitudes of Undergraduate Nursing and Medical Students to Ward Send of Life Care Provision. *BMC Palliative Care*, 15 (1), 2-6.
- Medin Tepe, Ş., Hintistan, S., Özoran, Y.** (2020). Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (3), 262-270. DOI: 10.31125/hunhemsire.834176
- McClement, S. E., Care D, Dean, R.** (2005). Evaluation of Education in Palliative Care: Determining the Effects on Nurses' Knowledge and Attitudes, *J Palliat Care*, 21, 44-48.
- Mcnamara, B., Waddell, C., Colvin, M.** (1995). Theats to the Good Death: Teh Culturel Context of Stress and Coping Among Hospice Nurses, *Sociology of Health & İllness*, 17 (2), 222-244. Issn: 0141-9889.
- Menekli, T., Fadiloğlu, Ç.** (2014). Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (4), 222-229.
- Menekli, T., Dolu, S., Çoşkun, Ö., Torun, M.** (2021). Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerinin İyi Ölümüne İlişkin Görüşleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1): 84-94. DOI: 10.17049/ataunihem.775855.
- Neimeyer R.A., Wittkowski, J., Moser, R. P.** (2004). Psychological Research on Death Attitudes: An Over view and Evaluation, *Death Studies*, 28 (4), 309 – 340.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., Peyrovi, H.** (2016). Death Anxiety Among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article, *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 4 (1), 2-10.
- Nhs England Commissioning,** (2016). Person Centred End Of Life Care - A Toolkit For Healty And Social Care. <https://www.England.Nhs.Uk/.../NhsiqComms-Eolc-Tlkit>. Erişim Tarihi: 16.5.2018
- Okçu, C.** (2021). Ölüm Farkındalığı ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi, *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 4; 8, 43-62

- Ören, B., Dağcı, S.** (2020). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Sorunlar, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 170-183
- Önsöz, S. B.** (2013). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., Boğa, N. M., Şahin, D.** (2016). Öğrenci Hemşirelerde Ölüm Kaygısı, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-16.
- Özhan Kıra, T.** (2019). *Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler*, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa.
- Özdemir, K.** (2014). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı*, (Yüksek lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Papadatou, D., Martinson, I. M., Chung, P. M.** (2001). Caring for Dying Children; a Comparative Study of Nurses' Experiences in Greece and Hong Kong, *Cancer Nursing*, 24 (5), 402-412.
- Pyszczyński, T., Greenberg, J., Solomon, S.** (1997). Why do we need what we need ? A Terror Management perspective on the roots of human social motivation, *Psychological Inquiry*, 8 (1), 1-20.
- Routledge, C., Ostafin, B., Juhl, J., Sedikides, C. ve Liao, J.** (2010). Adjusting to Death: The Effects of Mortality Salience and Self-esteem on Psychological Well-being, Growth Motivation, and Maladaptive Behaviour, *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 897-916. doi.org/10.1037/a0021431
- Sakarya, S.** (2003). Doğurgan Deneyim "Farkındalık", *Temas Gestalt Terapi Dergisi*, 1 (2), 3-19.
- Selçuk, K., Avcı, D.** (2015). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Ölümüne Karşı Tutumları ve İlişkili Etmenler, *Psikiyatri/Nöroloji Davranış Bilimleri Dergisi*, 8.
- Selvi, Y.** (2019). *Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumlarını, Manevi Destek Algılarını ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, (Yüksek lisans Tezi), Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Sezer, S., Saya, P.** (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı, *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-165.
- Şahin, M., Demirkıran, F., Adana, F.** (2016). Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler, *Journal of Psychiatric Nursing*, 7 (3), 135-141.
- Şahin, N. H., Yeniçeri, Z.** (2016). "Farkındalık" Üzerine Üç Araç: Psikolojik Farkındalık, Bütünleyici Kendilik Farkındalığı ve Toronto Bilgece Farkındalık Ölçekleri, *Türk Psikoloji Dergisi*, 30 (76), 48-64.
- Taka, F.** (2010). *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tanhan, F., Arı, F.** (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3 (2), 44-55.
- Tanhan, F.** (2013). Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, X (I), 184-200.

- Tarhan, G., Kılıç, D., Yıldız, E.** (2016). Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Tutumları ile Mesleki Profesyonellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 58: 411-416.
- Taylor C.M.** (1990) "Self Awareness", *Essentials Of Psychiatric Nursing*. 13th Edit.,The C.V. Mosby Company, Toronto, 41-49.
- Temelli, G.** (2018). *Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Terzi, B., Kaya, N.** (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
- Terakye, G.** (1994). Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, (2.Baskı), Aydoğdu Ofset: Ankara.
- Timmermans, S.** (1994). Dying of Awareness: The theory of Awareness Contexts Revisited, *Sociol Health Illness*, 16, 3, 322–39. Issn: 0141-9889.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)**, (tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 08.06.2020
- Uysal, N., Ceylan, E., Koç, A.** (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Tutumları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 98-105.
- Ünal, M. S.** (2011). Zamansız Ölüm: Geleneksel ve Modern Toplum Karşıtlığında Ölümün Yeri, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 11 (2), 121-133.
- Üstükuş, A.** (2019). *Hemşirelerin Yaşadıkları Ölüm Kaygısının Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarına Etkisinin İncelenmesi*, (Yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Üzen Cura, Ş., Ateş, E.** (2020). Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar, *Jaren*, 6(3):483-90.
- Yılmaz, M.** (2010). Kayıp Yaşantısı: Bir Olgu Sunumu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 3, 150-156.
- Yılmaz, E., Peker, S.** (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2 (2), 41-46.
- Yılmaz, E., Vermişli, S.** (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 41-46.
- Yorulmaz ve Karadeniz,** (2020). Terminal Dönem ve İyi Ölüm Sürecinde Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24 (2), 134-138.
- Yalom, D. I., Berger, L. R. (ed. Babayigit, Z.).** (2017). Ölüm Korkusunu Yenmek, İstanbul: Pegasus Yayınevi.
- Yalom, D. I. (Ed. Babayigit, Z.).** (2018). Varoluşçu Psikoterapi, İstanbul: Kabalcı Yayınevi
- Yalom, D. I. (Ed. Babayigit, Z.).** (2019). Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek, İstanbul: Pegasus Yayınevi.
- Zaybak, A., Erzincanlı, S.** (2016). Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6: 16- 29.
- 31058 sayılı Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik** (2020). <https://www.resmigazete.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 02.06.2021.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS BÖLÜMÜ

Sayın katılımcı, sizleri “Nilay GÖKTAŞ” tarafından yürütülen “RİSKLİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİ İLE ÖLÜMCÜL HASTAYA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ ” adlı araştırmaya katılıma davet ediyoruz. Araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayalı olmakla beraber çalışmaya katılmama veya istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahiptir. Çalışmayı yanıtlamanız durumunda katılım için onam verdiğiniz şekilde yorumlanmaktadır. Bu çalışma sonucu elde edilen kişisel bilgiler gizli tutulmak kaydıyla sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

1. Anket No:
2. Yaşınız?
3. Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
4. Medeni Durumunuz?
 - a) Bekar
 - b) Evli
5. En son mezun olduğunuz okul?
 - a) Sağlık meslek lisesi
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek Lisans
6. Meslekte Toplam Çalışma Süreniz
7. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen/Tesadüfen
8. Çalıştığınız ünite:
9. Bu üniteye kaç yıldır çalışıyorsunuz?
10. Çalıştığınız üniteyi kendiniz mi seçtiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Şu anda mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen
12. Çalıştığınız üniteye memnun musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Önemli sağlık sorunuz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Yakınlarınızdan ölüm riski taşıyan hastalığa sahip bireyler var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
14. Ölümü ne sıklıkta düşünürsünüz?
 - a) Hiç düşünmem
 - b) Ara sıra düşünürüm

- c) Sık düşünürüm
 - d) Çok sık düşünürüm
- 15.Çalıştığınız birimde ne sıklıkta ölüm ile karşılaşıyorsunuz?
- a) Hiç karşılaşmıyorum
 - b) Ara sıra karşılaşıyorum
 - c) Sık karşılaşıyorum.
 - d) Çok sık karşılaşıyorum
- 16.Ölüm konusunda aldığınız mesleki eğitimi yeterli buluyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
- 17.Çalıştığınız birimde ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmesini önleyebiliyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen
- 18.Hemşirelere ölüme yönelik hizmet içi eğitimler yapılmasını yeterli buluyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır

EK 2: Çok Boyutlu Ölüm Farkındalığı Ölçeği

Aşağıda bireylerin ölüm farkındalığı hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. İfadeler, “Hiç katılmıyorum, Katılmıyorum, Biraz katılmıyorum, Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, Biraz katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen katılıyorum ” şeklindedir. Her ifadeye yalnız bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir.

Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Ölümüm hakkında düşünmek beni sinirlendirir.							
3.Ölümün hayatın bir parçası olduğunun farkındayım.							
6.Değerlerim benim için çok önemlidir çünkü öldüğümde benimle ilgili tüm hatırlanacaklar bunlardır.							
9.Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olsaydı, zaten çaresiz olduğum için mücadele etmezdim.							
13.Hayat boşunadır.							
16.Ölüm beni umutsuz hissettirir.							
19.Ölüm fikri beni güçsüz hissettirir.							
21.Ölümü olumsuz birşey olarak düşünürüm.							
24.Ölüm hakkında düşünmek beni felç eder.							
26.Ölümü düşündüğümde endişelenirim.							
29.Ölüm düşüncesi aklıma geldiğinde hemen başka bir şey düşünürüm.							

EK 3: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım Tutum Ölçeği

Aşağıda ölümcül hastaya yaklaşımlarınızı ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. İfadeler, “Tamamen katılıyorum, Katılıyorum, Katılmıyorum, Hiç katılmıyorum” şeklindedir. Her ifadeye yalnız bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. İfadeler birbiri ile aynı gözüktse de bazı küçük farklılıklar içermektedir.

Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Hastayla hastalığı ve hastalığının olası sonuçlarını konuşma düşüncesi bende kaygı uyandırır.				
4. Kendimi ölümcül hastalarla, diğer hastalarla olduğu kadar rahat hissederim.				
7. Ölümcül hastalığı olan hastaların sıkıntılarını gidermek, bence büyük ölçüde teknik bir konudur.				
8. Ölümcül hastalığı olan bir hasta, bana “Ölecek miyim?” diye sorarsa, ona cevap vermekte zorlanırım.				
11. Ölümcül bir hastanın yakınları ile hastalığın olası sonuçları hakkında konuşurken kendimi rahat hissetmem.				
14. Terminal dönem hastalarının bakımı hastane dışındaki özelleşmiş merkezlerde yapılmalıdır.				
17. Tedavisi olmayan hastalarla uğraşmanın boşa emek harcamak olduğunu düşünüyorum.				
21. Bir hastaya hastalığının ölümcül olduğunu kendim söyleyebilirim.				

EK 5: ÖÖHYTÖ İzin Belgesi

EK 6: ÇBÖFÖ İzin Belgesi

EK 6 : Etik Kurul İzin Formu



ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



Toplantı No:	2020/184
Karar No:	184
Araştırmanın Yürütücüsü:	Yüksek Lisans Öğrencisi; Nilay Göktaş
Araştırmanın Başlığı:	Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri İle Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
Kurula Geldiği Tarih:	28.02.2020
Kurulda İncelendiği Tarih:	12.02.2020
Karar Tarihi:	05.03.2020
Kurul Görüşü:	Başvuru Kabul Edilmiştir.

SONUÇ:

Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İlknur GÖL

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK

Kurumumuza bağı Çankırı Devlet Hastanesi' nin 01.06.2020 tarihli ve E.103 sayılı yazısı ve eklerine istinaden, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği bölümünde Tezli Yüksek Lisans yapmakta olan ve aynı zamanda Çankırı Devlet Hastanesinde görevli Hemşire Nilay GOKIATŞ' ın Yüksek Lisans Bitirme Tezi **"Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ötüne İlişkin Farkındalık Düzeyleri ile Ölümcül Hastaya Tutumları Arasındaki Farkların Belirlenmesi "** konulu çalışmasını Çankırı Devlet Hastanesi riskli birimlerinde (ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis-poliklinik ve içemik ilgili nakil üniteleri) çalışan Hemşirelere yönelik gönüllülük esasına dayalı olarak **15 Haziran 2020-15 Ağustos 2020** tarihleri arasında kişisel bilgilerin gizliliğine riayet edilerek yapılabilmesi hususunu;

Tenzip ve takatlerinize arz ederim.

e-imzalıdır,
Gülray YURDCU
Başkan Yardımcısı

EK 2. ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Nilay GÖKTAŞ

Doğum yeri ve tarihi :

İletişim adresi :

Telefonu :

Öğrenim Durumu : Lisans

Lisans : 2014, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu

Mesleki Deneyimi : 2014-2015 Ankara GATA Eğitim Araştırma Hastanesi (Hemşire)
2015-2017 Çanakkale, Gelibolu Asker hastanesi/ Gelibolu Devlet Hastanesi (Hemşire)
2017-2018 Ankara Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi (Hemşire)
2018-2021 Çankırı Devlet Hastanesi (Hemşire)
2021-..... Balıkesir Susurluk Devlet Hastanesi (Hemşire)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Psikiyatri Hemşireleri Derneği

Aldığı Kurslar : Pedagojik Formasyon Sertifikası (2016)
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası (2017)