

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERE UYGULANAN ÖLÜME İLİŞKİN EĞİTİMİN  
HEMŞİRELERİN KAYGI, DEPRESYON VE TUTUMLARINA  
ETKİSİ**

FİGEN İNCİ

Psikiyatri Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ

ANKARA  
2008

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERE UYGULANAN ÖLÜME İLİŞKİN EĞİTİMİN  
HEMŞİRELERİN KAYGI, DEPRESYON VE TUTUMLARINA  
ETKİSİ**

FİGEN İNCİ

Psikiyatri Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Fatma ÖZ

ANKARA  
2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Psikiyatri Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof.Dr. Üstün DÖKMEN  
Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi



Danışman: Prof.Dr. Fatma ÖZ  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye: Prof. Dr. Fethiye ERDİL  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye: Prof. Dr. Gülümser KUBLAY  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Fahriye OFLAZ  
GATA Hemşirelik Yüksekokulu



ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve enstitü yönetim kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. ORER

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Fatma Öz, tez danışmanı olarak çalışmanın her aşamasında bilgi ve deneyimini sevgisiyle birlikte sunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay ve Prof. Dr. Fethiye Erdil tez izleme komitesinde yer alarak çalışmaya çok değerli katkılar sağlamışlardır.

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Sayın Fatma Gündoğdu ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Sayın Nevin Alsar, eğitim programının uygulanmasında gerekli ortamı sağlamışlardır.

Araştırmaya katılan tüm hemşireler, yoğun çalışma koşullarına rağmen büyük bir özveriyle eğitim programını tamamlamışlardır.

Sayın Dr. Erdem Karabulut araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesi aşamasında değerli katkılar sağlamıştır.

Ayrıca, hayatın ölüme doğru aktığı her anda yanımda olarak veya olmadıkları için beni güçlü kılarak ben yapan herkese teşekkür ederim. Teması ölüm olan tüm edebi ve felsefi eserleri yaratanlara, ölümü söyleyen tüm şarkıları yazanlara, ölümü işleyen tüm filmleri çekenlere, olabileceğini olmada ölümün önemini anlattıkları için teşekkür ederim.

## ÖZET

**İnci, F. Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2008.** Araştırma, ölüme ilişkin eğitim programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmek amacı ile tek grupta ön test son test desenli müdahale araştırması olarak yapılmıştır. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastaneleri'nde terminal dönem hasta bakımının verildiği klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 hemşireyle yapılmıştır. Haftada bir kez ve toplam 7 oturumdan oluşan eğitim programının her bir oturumu oturumun başlığı çerçevesinde ve belirlenen amaçlar doğrultusunda 90 dakika süreyle, Onkoloji ve Çocuk Hastaneleri'nin toplantı salonlarında gerçekleştirilmiştir. Veriler; Hemşire bilgi formu ile ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon, ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum ölçekleri uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t Testi, Wilcoxon Testi, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Araştırmada, eğitim sonunda hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır ( $p < 0.05$ ). Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinde ise eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ölüme ilişkin eğitim programının etkisi; hemşirelerin yaşlarına, çalıştıkları kliniklere, çalışma yıllarına, terminal dönem hasta bakımından etkilenme biçimlerine ve ölüme verdikleri anlama göre farklılık göstermemiştir. Bu bulgular doğrultusunda, terminal dönemdeki hasta bakımını gerçekleştiren hemşirelerin nitelikli yaşam sonu bakım sağlayabilmeleri için ölüme ilişkin eğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** psikiyatri hemşireliği, yaşam sonu bakım, eğitim, kayıp, ölüme yönelik tutum.

## ABSTRACT

**İnci, F. Effects of Death Education on Anxiety, Depression, and Attitudes of Nurses. Hacettepe University Institute of Health Sciences Psychiatry Nursing Program Doctoral Thesis, Ankara, 2008.** The research was carried out as a pre-test, post-test patterned intervention research in one group in order to assess the effects of death education on death anxiety of nurses who are nursing patients in terminal phase, their depression regarding death, and their attitudes towards the dying patient. The research was conducted with 45 nurses working in clinics wherein terminal phase patients were nursed and the intensive care units in Hacettepe University Oncology and İhsan Doğramacı Children's Hospitals and who accepted to participate in the research. Each session of the training program which consisted of 7 total sessions once a week was given in the meeting halls of the Oncology and Children's Hospital within the framework of the session and in harmony with the determined aims for duration of 90 minutes. Data were collected with a data collection form by implementing Scales of Death Anxiety, Death Depression Scale, The Attitude Scale About Euthanasia, Death, and Dying Patient. T-Test, Wilcoxon Test, Mann Whitney U and Kruskal-Wallis Test were utilized in data assessment. At the end of the education, average of the scores which the nurses got on the scales of death anxiety, and death depression scale decreased at a statistically significant level ( $p < 0.05$ ). A statistically significant change was not determined in the attitude scale about of euthanasia, death, and dying patient between the pre-test and post-test average scores ( $p > 0.05$ ). Effect of the education program regarding death didn't vary according to the age of the nurses, the clinic in which they work, years they worked, manner of being affected from terminal phase patient nursing and meaning they attributed to death. The result of study revealed that it is recommended to spread out death education in order for nurses who are giving terminal phase patient care to provide qualified end-of-life care.

**Key Words:** psychiatric nursing, end-of-life care, education, bereavement, attitude to death.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>8</b>
2.1. Ölüm Olgusu	8
2.2. Ölümün Farklı Tanımları	10
2.2.1. Biyolojik Ölüm	10
2.2.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm	11
2.3. Modernleşme Sürecinde Ölüm	11
2.4. Tanatoloji: Ölüm Bilimi	13
2.5. Ölümün Psikolojik Boyutuyla İlgili Yapılan Türkçe Araştırmalar	14
2.6. Korku, Kaygı ve Ölüm Kaygısı Kavramı	17
2.6.1. Varoluşçu Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı	18
2.6.2. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı	19
2.6.3. Terör Yönetimi Kuramı (Terror Management Theory) ve Ölüm Kaygısı	21
2.6.4. Tıbbi Model ve Ölüm Kaygısı	22
2.6.4.1. Ölüm Sürecinin Beş Evre Modeli	23
2.6.4.2. Ölüm Sürecinin Üç Evre Modeli	25
2.6.4.3. Glasser ve Strauss'un Farkındalık Teorisi	26
2.7. Son Dönem Bakımevi: Hospis Hareketi	28

	<b>Sayfa</b>
2.8. Yaşam Sonu Bakım	29
2.9. Ölüm Eğitimi (Death Education)	34
<b>3. BİREYLER VE YÖNTEM</b>	<b>39</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.5. Veri Toplama Araçları	40
3.5.1. Hemşire Bilgi Formu	40
3.5.2. Thorson-Powel Ölüm Kaygısı Ölçeği	40
3.5.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği	41
3.5.4. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği	41
3.6. Ön Uygulama	41
3.7. Araştırmanın Uygulaması	41
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	42
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	43
<b>4. BULGULAR</b>	<b>45</b>
4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bulgular	45
4.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	46
4.3. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	47
4.4. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	49
4.5. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	51
4.6. Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	53
4.7. Hemşirelerin Ölüme Verdikleri Anlama Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	59

	<b>Sayfa</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>59</b>
5.1. Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisinin Tartışması	59
5.2. Değişkenlere Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisinin Tartışması	67
5.2.1. Yaş	67
5.2.2. Çalışılan Klinik	69
5.2.3. Çalışma Yılı	70
5.2.4. Terminal Dönem Hasta Bakımından Etkilenme Biçimleri	71
5.2.5. Ölüme Verdikleri Anlam	72
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>74</b>
6.1. Sonuçlar	74
6.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	74
6.1.2. Ölüme İlişkin Eğitiminin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	74
6.1.3. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	74
6.1.4. Çalışılan Kliniklere Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	74
6.1.5. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	75
6.1.6. Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	75
6.1.7. Hemşirelerin Ölüme Verdikleri Anlama Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve	

Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisine İlişkin Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	76

**KAYNAKLAR****EKLER**

EK 1. Hemşire Bilgi Formu

EK 2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

EK 3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

EK 4. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği

EK 5: Ölüme İlişkin Eğitim Programı

EK 6: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'nun Değerlendirme Raporu

EK 7: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Ön Uygulama İzin Yazısı

EK 8: Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

EK 9: Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

EK 10: Hemşire Bilgilendirme ve Olur alma Formu

## TABLOLAR

	<b>Sayfa</b>
Tablo 1. Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler	45
Tablo 2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	46
Tablo 3. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	47
Tablo 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	47
Tablo 5. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	48
Tablo 6. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	49
Tablo 7. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	49
Tablo 8. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	50
Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	51
Tablo 10. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	51
Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	52
Tablo 12. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	53
Tablo 13. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	54
Tablo 14. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	55

	<b>Sayfa</b>
Tablo 15. Hemşirelerin Ölüm Verdikleri Anlama Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	56
Tablo 16. Hemşirelerin Ölüm Verdikleri Anlama Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	57
Tablo 17. Hemşirelerin Ölüm Verdikleri Anlama Göre Ölümçül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	58

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun çağlar boyunca ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur. Tanımlanması kolay olmayan ölüm olgusu karşısında insanoğlu ona bir takım anlamlar yüklemiştir. Yüklenen anlam doğrultusunda ölüm, bazıları için bir stres kaynağı, bazıları için ise stresten kurtulmanın yolu olabilmekte; bazılarına göre bir yok oluş iken, bazılarına göre de ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olarak değerlendirilmektedir.

İnsanın, “ölmek zorunda olan bir varlık” olduğunun bilincinde olması onu derinden etkilemektedir. Çünkü ölüm, varoluşa yönelik güçlü bir tehdittir (12, 38). Ölmek zorunda olduğu gerçeği, insanda kaygı yaratırken aynı zamanda diyalektik olarak onu yaşama bağlayan, varoluşunu anlamlandıran bir neden de olabilmektedir. Ölüm gerçeğinin farkında olan insan, yaşamını bütünüyle daha anlamlı ve dolu yaşayabilmekte; bu gerçeğin kabullenilmesiyle kişi, korkulu ve kötümser bir ruh halinden çok, değerlerini gerçekleştirebileceği bir yaşama yönelebilmektedir (6, 29, 51, 72, 126). Ölüm düşüncesinin yaşamımıza olumlu katkıda bulunduğunu savunmak çoğu zaman zor olsa da ölüm düşüncesinin olmadığı bir yaşamın anlamından çok şey kaybedeceği, insanın ancak ölümlü olduğunun bilinciyle daha canlı, daha farklı, bencillikten, sıhğıktan ve katılıktan uzak bir şekilde yaşayabileceği savunulmaktadır (36, 51, 65).

Ölümlle her an iç içe olan insanoğlu tarih boyunca ölüm kavramı üzerine düşünmüş ve ölüme ilişkin tutumlar geliştirmiştir. İnsanların zihninde gelişen ölüm kavramı; dini, felsefi, ahlaki ve hukuki pek çok alanda davranışları ve yaşam tarzlarını belirlemiştir. Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi, insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir (56, 69). Bu nedenle insanın mevcut dengesini koruması açısından, ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe bireyin kaygı düzeyi artmakta, yaşadığı çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir.

Ölüm, insanın bizzat kendi deneyim alanı dışında gerçekleşen bir olaydır. Bu yüzden insanlar, çevrelerindeki diğer insanların ölümleriyle ilgili olarak yaşadıkları

deneyimlerden yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlar geliştirmektedirler. Bu bağlamda ölüm sadece biyolojik değil aynı zamanda sosyal bir olgudur (6). Tarihsel süreç içinde her kültürde ölüme ilişkin tutumlar ve ritüeller farklı iken, günümüzde kentli insanın ölüme ilişkin eski deneyimleri, değişen sosyal koşullarla birlikte giderek kaybolmuştur. Teknolojinin hızlı gelişimi tanı ve tedavi tekniklerindeki ilerlemelerle, günümüzde pek çok ölümcül hastalık artık tedavi edilebilmektedir. Teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatıp, ölüm ve ölümcül hastalıklarla karşılaşma oranını artırırken, diğer taraftan ölümü kişisel, spiritüel bir olay olmaktan çıkarıp tıbbi bir durum haline getirmiştir (26, 125). Böyle bakıldığında ölüm, tıbbi başarısızlık olarak yorumlanmakta ve sağlık personeli bakım verdiği hastanın ölümü karşısında suçluluk hissedebilmektedir (1, 3, 26).

Günümüz modern yaşam sürecinde birey ölümü, yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır. Böylece modern insan, yaşamın her alanından uzaklaştırmak istediği ölüm olgusunu hastanelere hapsetmek istemekte, bu da ölümün tüm duygusal yükünü sağlık personelinin üzerine yıkmaktadır (7, 24, 103). Oysa tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten kaçınabilmekte ve ölüm karşısında kaygı duyabilmektedirler. Öte yandan sağlık çalışanları, çalışma koşulları nedeniyle sık sık ölüm olgusu ile karşılaşmakta ve ölümcül hastaya yaşam sonu bakım vermek durumunda kalmaktadırlar.

Yaşam sonu bakım; tedavi seçeneklerinin azalması, prognozun giderek kötüleşmesi, ağrı ve diğer semptomların kontrolünün yetersiz kalması, gerekli teknik desteğin sağlanamaması ve bu alana ilişkin gelişmiş bakım planının sınırlılığı nedeniyle çoklu sorunları beraberinde getirmektedir. Yaşam sonu bakımın karmaşık yapısı, yaşamın son dönemindeki hastanın kaliteli bakımının nasıl sağlanabileceği konusunda sıkıntı yaratmaktadır (18, 40, 108). Bu teknik ve mesleki zorlukların yanı sıra yaşam sonu bakım, hemşireyi insani olarak da zorlayabilmektedir. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirenin mesleki değerlerinin gelişmiş olmasına rağmen, hemşire gerçekleşen ölüm karşısında kişisel değerlerine göre biçimlenen tutumuyla bu hastalara istenilen düzeyde bakım veremeyebilir.

Terminal dönemdeki hastalarla çalışırken ölüm gerçeği ile sürekli olarak karşılaşan hemşireler, ölüm gerçeği ile yüzleşmemek için inkar, mantığa bürüne ya

da duygusal yalıtım gibi savunma mekanizmaları kullanarak kendilerini korumaya çalışmaktadırlar. Kendilerini koruma ve acıdan kaçınma adına farkında olmadan bilinçaltı gerçekleştirilen bu savunma mekanizmaları sonucunda hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailelerinden hem mekansal hem de psikolojik olarak uzaklaşmakta ve onlara gereksindikleri yakın ilgiyi gösterememektedirler. Oysa yaşam sonu bakım yeterli bilgi, beceri ve farkındalık gerektirmekte ve bu dönemdeki bakımının başarısı, hastanın hayatta kalma süresinden çok yaşamının niteliği ile belirlenmektedir. Ancak eğitimleri süresince yaşatma ilkesini benimsemiş olan hekimler gibi hemşireler de çoğu zaman terminal dönemdeki hastalara nasıl yardım edeceklerini bilememekte ve onlarla destekleyici ilişki kuramamaktadırlar. Bu durumda hemşireler sıklıkla terminal dönemdeki hastalarının duygusal yükü daha az olan fiziksel bakımına odaklanmakta, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerini göz ardı etmektedirler. Oysa hemşireden yaşam sürecinin son aşaması olan bu dönemi hasta için sonuna kadar otonomisi zedelenmeden, bilinçli ve anlamlı olarak yaşanabilir kılması beklenmektedir (92, 103).

Hemşireler, terminal dönemdeki hastaların yanında bulunmaktan kendi ölüm kaygıları nedeniyle de rahatsızlık duyabilir ve bu duygularının neden kaynaklandığını fark etmeyebilirler. Hemşirelerin kendi ölüm kaygılarından kaynaklanan hastadan uzaklaşma eğilimi, terminal dönemdeki hasta ve ailelerinin yalnızlık duygularının pekişmesine ve ihmal edilmişlik duygularının gelişmesine neden olabilmektedir. Hemşireler ölüm gerçeği karşısında kendilerini korumak adına ya da ölüm kaygılarının yarattığı duygusal yükü baş etmek için kullandıkları duygusal yalıtım gibi savunma mekanizmalarıyla bireysel duyarlılıklarını da yitirebilmektedirler. Bu tutum hemşirelerin terminal dönemdeki hasta ve ailesinin gereksinimlerini fark etmelerini engellemekte ve sonuçta verdikleri yaşam sonu bakımın niteliğini azaltmaktadır (3, 93, 94).

İnsana biyopsikososyokültürel bir varlık olarak bütüncül bakım verilebilmesinde ilk adım bu hizmetin sağlayıcılarından biri olarak hemşirenin kendini tanımasıdır. Hemşirenin, duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını belirleyen sosyokültürel faktörleri tanıdıkça, mesleki uygulamaları sırasında karşılaşılabileceği sorunlarla başetme ve sorun çözme becerileri kazanacağı düşünülmektedir. Hemşirenin diğer insanlardan farklı olarak hastalık, yaşlılık ve

ölüm gibi konular karşısında yaklaşımlarının farkına vararak mesleki rolünün gereği; yaşam kalitesini yükseltmesi, kişiyi hastalıklardan koruması, hastalandığında en iyi bakımı sağlaması ve hastanın ölümlerinde rahat edebileceği fiziksel ve psikososyal çevreyi oluşturması beklenmektedir (13, 94).

Bütüncül ve duyarlı bir bakım alma şüphesiz her insanın hakkı olmakla birlikte ölmekte olan bir hasta için birlikte geçirilecek zamanın azlığı nedeniyle bu bakım daha da önem kazanmaktadır. Terminal dönemdeki hastayla çalışan profesyonel bir meslek üyesi olarak hemşireler, ölüm olgusunu yakından yaşarken hem kendi ölüm gerçeği ile yüzleşmekte hem de ölümcül hastaya ve ailesine yardım etmek ve bakım vermek durumunda kalmaktadırlar. Aynı anda yaşanan bu iki durum, hemşireyi duygusal olarak zorlamakta ve bununla baş etmek için farklı becerilerle donanmalarını gerektirmektedir. Günümüzde ölümlerin evden çok hastanelerde olması, terminal dönemdeki hastanın bakımını önemli kılmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin yaşam ve ölümlerle ilgili sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme karşı kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme karşı aile tepkilerini anlamaya ve onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazır olmaları gerekmektedir (93, 94).

Hemşirelik eğitimi müfredat programlarında ölüme ilişkin bilgi ve yaklaşımlar her bir dersin genel içeriğinde yer almaktadır. Günümüzde hemşirelik lisans eğitiminde ölüme ilişkin dersler ve seminerlerin yanı sıra, öğrencilerin klinikte ölümcül hasta ve ailesinin bakımını üstlenmesi gerektiğinden bu öğrencilere bireysel danışmanlık yapılmasının ve konunun vaka tartışmaları ile öğretilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (23, 26, 53, 93, 94). Ölüme ilişkin eğitim yalnızca mezuniyet öncesi eğitim sürecinde değil, mezuniyet sonrasında da sürdürülmelidir. Çünkü hemşireler çalışma yaşamında ölümcül hastalara bakım verseler ve sıklıkla ölüme tanık olsalar bile her bir hastanın ölümü kendine özgü ve benzersizdir. Hemşire, ölümcül hastalığa sahip erişkin ve çocuk hastalara bakım verirken konuya ilişkin gerekli bilgi ve becerilere sahip olsa bile, insan olarak her bir ölüm karşısında keder ve kaygı duyabilir.

Hastalığı tedavi edilemeyen ve ölümü yaklaşan hastalara bakım vermek hemşireler için çoğu zaman duygusal olarak acı veren, üzüntülü ve bazen tehdit edici hale gelebilir. Hemşireler de hastanın kendisi ve ailesi gibi bu durum karşısında

koru, kaygı, inkar, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik yaşayabilirler. Tüm bu duyguların yanı sıra hemşire için, bakım verdiği hastanın ölümü başarısızlık ve çaresizlik duygularını da harekete geçirir. Bu durumda hemşire bir taraftan yukarıda sözü edilen kayba verilen tepkileri yaşarken diğer taraftan başarısızlık düşüncesiyle suçlanır (23, 72). Bu nedenle gerek eğitim sürecinde okullarda gerekse çalışma yaşamında kliniklerde terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşireye kendi ölüm kaygısı ile nasıl baş edeceği, ölüme ilişkin tutumlarının farkında olarak bu süreçte hasta ve ailesine nasıl yardım edeceği, ölüm sürecinde yaşadığı duyguları nasıl ifade edeceği anlatılmalı ve bu konuda eğitim için uygun ortamlar yaratılmalıdır (3, 35, 93, 94).

Ölüme ilişkin eğitim, kişilerin ölüm olgusu karşısında kendi tutum ve davranışlarını belirlemelerini sağlamayı amaçlar. Ölüm tüm insanlar için kaçınılmazdır, burada önemli olan bu gerçekle uyumlu hale gelerek büyüme ve gelişmenin sürdürülebilmesidir (62). Bu noktada ölüme ilişkin eğitim, ölüm olgusu karşısında hemşirenin farkındalık geliştirmesini sağlayarak ölüm kaygısının azaltılmasında ve ölümcül hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumların değişmesinde etkili olabilmektedir (31, 86). Literatür incelendiğinde ölüme ilişkin eğitimin 1960'lı yılların sonlarında tartışılmaya ve araştırılmaya başlandığı görülmektedir. İlk kez ABD'de başlayan ölüm eğitimi programları kısa sürede Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde yaygınlaşmış ve gelişmiş ölüm eğitimi programları oluşturulmuştur. Başlangıçta yalnızca sağlık profesyonelleri için geliştirilen programlar zamanla üniversitelerin farklı bölümlerinde hatta liselerde uygulanır hale gelmiştir (28, 64, 84).

Günümüzde bir çok ülkede ölüme ilişkin eğitim programları sağlık profesyonelleri yetiştiren okulların müfredatlarında eğitim sürecinin pek çok aşamasına entegre edilmiştir. Bu eğitim programları; ölüm kaygısına yönelik farkındalığı, yaşamın bir parçası olarak ölüme uyumu ve ölümün anlamının keşfedilmesini sağlayarak hemşirelerin ölüme ilişkin var olan olumsuz tutumlarını değiştirmelerinde yardımcı olmuştur. Hemşireler bu eğitimle ölüm karşısındaki kaçınma davranışlarını fark etmişler ve bu davranışların ölen hastanın rahatlığını sağlamayı ve uygun bakım almasını engellediğini anlamışlardır (28, 64, 86, 103, 106).

Ölüme ilişkin eğitim, hemşirelerin hasta ve ailelerine etkili yaşam sonu bakım verebilmeleri için öncelikle kendi davranışlarına ilişkin iç gözü kazanmasını sağlar. Bu eğitim sırasında hemşireler ölüm karşısında yaşadıkları duyguların kabul edilebilir ve evrensel olduğunu fark ederler. Böylece kendi korku ve kaygılarının farkına vararak, bu duygularının bakımlarına nasıl yansıdığını görebilirler. Ayrıca bu eğitim programları hemşirelerin ölüme ilişkin kendi duygularını ifade edebilecekleri ve sorunlarına ilişkin yeni görüşler geliştirebilecekleri destekleyici bir ortam sağlar (28, 125).

Fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel ve kültürel boyutlarıyla karmaşık bir durum olan ölüme ilişkin eğitimler, kişilerin ölüme karşı olumsuz tutumlarının değiştirilmesinde, farkındalığın artırılmasında, olumlu tutumların oluşturulmasında gerekli bilgi, psikososyal beceri ve kültürel duyarlılığın kazanılmasında yararlı olmuşlardır (73, 74, 76, 86, 103, 121). Kübler-Ross, ölüm konusunda eğitimin kanser hastalarına karşı sağlık profesyonellerinin tutumlarını olumlu olarak değiştirdiğini ve geliştirdiğini vurgulamıştır (72). Profesyonel bir meslek üyesi olarak hemşire, terminal dönemdeki hastanın hakkı olan nitelikli yaşam sonu bakımı sağlamalıdır. Bunu yaparken öncelikle ölüme ilişkin kendi tutumunun ne olduğunu bilmeli ve olumsuz tutumlarının bakımı nasıl etkilediğini değerlendirebilmelidir. Hemşirenin kendi ölüm kaygısını tanımasında, bu kaygının nedenlerini fark etmesinde, ölüme yönelik olumsuz tutumlarını değiştirerek olumlu tutumlar geliştirmesinde ölüme ilişkin eğitimin etkili olacağı düşünülmektedir. Bu eğitim sayesinde ölüm kaygısı azalan ve ölüme yönelik olumlu tutumlar geliştiren hemşirenin, terminal dönemdeki hastanın hak ettiği kaliteli yaşam sonu bakımı sağlayabilecektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, ölüme ilişkin eğitim programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>1</sub> 1=** Ölüme ilişkin eğitim programı ölüm kaygısını azaltır.

**H<sub>1</sub> 2=** Ölüme ilişkin eğitim programı ölüme ilişkin depresyonu azaltır.

**H<sub>1</sub> 3=** Ölüme ilişkin eğitim programı ölümcül hastaya yönelik olumsuz tutumu azaltır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.ÖLÜM OLGUSU

Ölüm insanların başına gelen en son, en belirleyici, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz gerçektir. Genel anlamıyla ölüm varlığın, varoluş halinin sona ererek, niteliksel ve niceliksel anlamda biçim değiştirmesi şeklinde tanımlanabilir. Canlılar söz konusu olduğunda ise ölüm, hücrenin, organın veya organizmanın yaşamsal fonksiyonlarını tamamen yitirmesi ya da canlı olma halinin sona ermesi anlamına gelir(10, 33).

Ölüm anlık bir olay olmayıp kısa veya uzun bir zaman diliminde gerçekleşir. Diğer bir deyişle ölüm sözcüğü hem bir olayı hem de bu olayın sonucunu gösterir. Aries (1991), ölümün inkar edilmesine atıfta bulunarak ölümü, “birbirini izleyen bir dizi aşamayı takiben minik parçalara ayrılmakta ve sonunda hangi aşamanın gerçek ölüm olduğu bilinmemektedir” şeklinde açıklamaktadır. Ölüm sürecinde bu aşamalardan birinde bilinç kaybı gerçekleşmekte, bir sonraki aşamada solunum durmaktadır. Tüm bu küçük ölümler, esas ölümün yerini alarak onu ortadan kaldırmaktadır (7, 10, 25, 33).

Kastenbaum ve Aisenberg (1972) ölüm kavramının temel özelliklerini aşağıdaki gibi açıklar:

- 1- Ölüm kavramı göreceli olup, kavramının göreceliği gelişimsel düzeyde vurgulanmaktadır. Ancak gelişimsel düzey mutlaka bireyin kronolojik yaşı anlamına gelmez.
- 2- Ölüm kavramı, çoğu zaman bir kaç önermeyle açıklanamayacak kadar karmaşıktır.
- 3- Ölüm kavramları gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişir. Bir insanın ölüm kavramı her bir gelişim dönemine göre farklılık gösterir.
- 4- Ölüm kavramının gelişimsel amacı, tam olarak anlaşılmamış, belirsiz ya da halen oluşum sürecindedir. En uygun ya da ideal ölüm anlayışının ne olduğu henüz bilinmemektedir. Kuşkusuz bir takım kanılar vardır ancak bunlar sistemli kuram ya da araştırmalardan çıkarılmış sonuçlar olmaktan çok değer yargılarıdır.

- 5- Ölüm kavramı durumsal bağlamdan etkilenir. Ölümü özel bir anda nasıl kavramsallaştırdığımız konuyla ilgili birçok durumdan etkilenir. Odada yanı başımızda ölmekte olan biri var mıdır? İçinde bulunduğumuz durum, yaşamımız için bir tehdit içermekte midir? Yalnız mıyız yoksa yanımızda birileri var mı? İçinde bulunduğumuz durum seçici bir biçimde zihnimizde var olan birçok ölüm türünden birini ortaya çıkarır.
- 6- Ölüm kavramı sergilediğimiz davranışları etkiler. Örneğin, ölümü sonsuz mutluluğa geçişin bir yolu olarak kabul eden biri için, intihar tutarlı bir davranış olarak görülebilir. Böyle düşünmeyen biri için ise intihar sonucu gerçekleşen ölüm travmatik bir yaşam olayı olabilir. Fakat aradaki ilişki nadiren bu kadar basittir. Benzer ölüm anlayışları, farklı davranışlara yol açabilir ya da benzer davranışlar farklı ölüm anlayışlarının ardından gelebilir. Özetle, bir insanın ölüm kavramı davranışlarını dolaylı ve karmaşık yollardan etkilemektedir (25, 60).

Ölüm her çağda insanoğlunun yaşamını yakından etkilemiş, düşüncesine şekil vermiş ve bunun sonucunda yaşam tarzını belirlemiştir. Herkes için kaçınılmaz bir son olan ölüm, insan türünü her zaman meraklandırmış ve korkutmuştur. Aralarında gerek coğrafi gerekse kültürel bakımdan farklar bulunan değişik yapıdaki toplumların, konuyla ilgili inançları, adetleri ve eylemleri arasında çoğu zaman benzerlik görülmektedir. Ölüm olgusunun evreni kapsayıcı olma özelliği, farklı açılardan ele alınıp incelenmesi, değerlendirilmesi, yorumlanması sonucunu doğurmuştur. Bu nedenle, sadece sosyal normlar, yatırımlar, çeşitli bilimsel araştırma ve ilgiler bağlamında değil, siyasi, ekonomik, dinsel, medyatik, sanatsal ve yazınsal alanda da merak ve ilgi uyandırmış, sayısız eserlerin ortaya konmasına neden olmuştur. Bütün toplumlar, sanat ve felsefe gibi yaratıcı faaliyetlerle, ölümün insan yaşamı için ne ifade ettiğini ve insan yaşamında oynadığı rolü tanımlamak için arayışlarını sürdürmektedirler (33, 52, 122).

Ölüm kavramı, incelendiği disiplinin bakış açısına göre; biyolojik, psikolojik, sosyal, hukuki ve teolojik olmak üzere çoklu anlamlara sahiptir. Konuya bakış açısı ele alınışını da etkiler ve biyolojik ölüm, psikik ölüm, tinsel ölüm, sosyal ölüm gibi farklı tanımlamalar ortaya çıkar. Ölüm bu bağlamda, diğer pek çok kavram gibi farklı bakış açılarından, farklı biçimlerde ele alınıp incelenebilir (2, 33).

## 2.2. ÖLÜMÜN TANIMLARI

### 2.2.1. Biyolojik Ölüm

Ölüm, bilimsel anlamda açıklanması karmaşık bir biyolojik sistemin çökmesidir. Bu çöküş yaşlanma, klinik ölüm ve beyin ölümü gibi bir seri biyolojik olayın gelişmesiyle oluşur. Biyolojik ölüm, solunum ve kalp atımı gibi yaşamsal fonksiyonların sona ermesi ile tanımlanmaktadır.

Günümüzde yalnızca yaşayan insanın değil, ölü insanın da algılanmasında farklılıklar vardır. 19. yüzyılın ölüm anlayışı ile 20. yüzyılın ölüm anlayışı aynı değildir. 20. yüzyılda gelişen teknoloji ve insan ömrünün uzamasıyla, “canlı” ve “cansız” kavramları da farklılaşmıştır. Önceden, bir insanın ölüp ölmediği kalp atışları ile belirlenirken bugün artık kalbin durmuş olması, bir insanın ölü olarak tanımlanması için yeterli değildir. Modern çağda ölçü artık kalp atışları değil, beyin fonksiyonlarıdır (122).

Biyolojik ölüm 1950’lerin sonuna kadar kalp ve solunum ölçütleri ile saptanmakta, kalp ve akciğer fonksiyonlarının geri dönüşsüz bir biçimde kaybolması ölümün göstergesi olarak kabul edilmekteydi. Ancak 1950’lerden sonra gelişen yeniden canlandırma uygulamaları, yoğun bakım müdahalelerindeki değişimler ve organ nakli olanakları gibi tıp teknolojisindeki gelişmeler geleneksel ölüm tanımını değiştirmiştir. 1959 yılında Hollanda’da yayımlanan bir makalede, beyin fonksiyonları ortadan kalktığı halde kalbi halen atan bir hastanın yaşayıp yaşamadığı tartışılmıştır. Makalede, çarpan bir kalbin “insanın” canlı oluşundan çok “organın” canlı oluşunu gösterdiği görüşü ağırlıklı olarak vurgulanmış, yaşamın sonunun ne zaman ve nerede saptanabileceği sorgulanmıştır. Böylece ölüm ve yaşam arasındaki sınırı belirleyecek kesin bir ölçüte gerek duyulmaya başlanmıştır (27).

Bu tip tartışmalar devam etmekle birlikte, günümüzde ölümün belirlenmesinde beyin ölümü ölçütü daha çok kabul görmeye başlamış ve beyin ölümünün 3 tip tanımı yapılmıştır. Bunlar; neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümüdür. Neokortikal beyin ölümünde, serebral korteks işlevini geri dönüşsüz olarak yitirmiştir ve böylece “canlı bir varlığı”, “canlı bir insan” yapan her şey ortadan kalkmıştır. Bu durumda solunum spontandır, normal beden ısısı ve kan basıncı sağlanabilir ancak bu beyin ölümü tanımını savunanlar, kişisel işlevlerini

yürütmek için gereken koşullardan yoksun olan bireylerin ölü sayılabileceğini öne sürerler (27).

Beyin sapı ölümünün tanımına göre, gerçek ölüm beyin sapının ölümüyle gerçekleşir. Beyin sapı dolaşım, solunum, beden ısısı ve kan basıncı gibi otomatik işlevleri ve bilinci denetler ve düzenler. Beynin daha üst bölümlerinde EEG ile bir takım elektriksel aktiviteler ölçülse bile, beyin sapı ölümü gerçekleşen birey ölü olarak kabul edilir. Çünkü beyin sapı ölümünün sonucunda kalbin durması ile gelişen dolaşım yetmezliğine bağlı olarak tüm beyin ölümü kaçınılmaz olur (27, 52).

Tüm beyin ölümünde ise beynin tüm aktivitesi geri dönüşsüz bir biçimde kaybolmuş, kişi fiziksel ve zihinsel tüm işlevlerini geri dönüşsüz olarak yitirmiştir. Tüm kalp ve solunum işlevlerinin durmasıyla tüm beyin aktivitesi birkaç dakika içinde geri dönüşsüz olarak bozulur. Bu nedenle, tüm beyin ölümü insanın ölümünün gerçek ölçütü olarak kabul edilir (27, 52).

### **2.2.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm**

Biyolojik olarak yaşam ve ölüm arasındaki sınır çok net bir şekilde tanımlanırken, psikolojik ve sosyal olarak ölüm bu kadar kolay belirlenmemektedir. Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesi, sosyal ölüm ise kişinin bilincinin yerinde olmadığı halde tıbbi teknolojinin yardımıyla fiziksel işlevlerini yerine getirdiği, ancak diğer kişilerle etkileşim kurma anlamında sosyal işlevlerini yerine getiremediği durumu tanımlar (75).

Fiziksel ve sosyal ölüm arasında psikolojik sonuçları açısından da farklılıklar vardır. Hayatını kaybeden kişi yalnızca fiziksel ölümü yaşarken etrafındaki insanlar ölen kişi ile ilgili sosyal ölümü yaşarlar. Örneğin, trafik kazasında bir kişinin ani olarak fiziksel ölümü gerçekleşirken, sosyal ölümün, defin ve yas sürecinde ve ailenin ölen kişinin arkasında bıraktığı boşlukla başa çıkmaya başlamasından sonra olduğu söylenebilir. Bunun aksine nörodejeneratif hastalığı olanlar, fiziksel bir ölüm yaşamadan önce sosyal olarak var oluşlarıyla ilgili rollerini her gün biraz daha kaybederler. Bu nedenle, ölüm yalnızca fiziksel olarak gerçekleşen bir süreç değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal olarak da yaşanan bir deneyimdir (56, 75).

### **2.3. MODERNLEŞME SÜRECİNDE ÖLÜM**

Aries'e göre, Batılı'nın ölüme karşı almış olduğu tavır, Antik Çağ'dan Ortaçağ'a ve oradan günümüze kadar birçok değişim göstererek gelişmiş; bu değişim

kendisini ölüm anlayışından mezar yapımına ve defin törenlerine, vasiyetlerin içeriklerinden matem gösterilerinin anlamına kadar çeşitli biçimlerde göstermiştir. Ancak modern insanın ölüm karşısındaki tavırları, uygarlıktaki gelişimin aksine, evcillikten vahşiliğe doğru evrilmiştir. 18. yüzyılda, mezarlıklar kalabalık şehir merkezlerinin ortasına kurulmakta, bu komşuluğun ölümü anımsatan etkisinden hiçbir rahatsızlık duyulmamakta ve hayatla ölüm birbirlerini tamamlayan süreçler olarak görülmekteydi. Günümüzde gelinen noktada ise ölüm artık üzerine konuşulmaması gereken bir tabudur. Mutluluğa duyulan gereksinim ve her zaman mutlu görünme zorunluluğu nedeniyle ölüm ve ölüme ilişkin hüznün dolu duyguları belli etmek yasaklanmıştır (7, 11, 42). Özellikle Amerikalı bilim adamları, Amerikan kültürünü ölümü yadsıyan bir kültür olarak tanımlamışlardır. Bu toplumda çocukların cinsellik, doğum ve ölüm gibi doğal olaylara tanık olmadıklarını, bu durumun da bireyin gelişiminde süreksizlik yarattığını belirtmişlerdir (25).

Modern çağın insanı, ölümü unutmak ve hafızasından silebilmek için onu bilinçaltının en ücra köşesine bastırmaya çalışmaktadır. Başka bir ifadeyle, bugünün insanı ölümsüz olmanın yollarını aramakta, şimdiye kadar bulamamış olması onun bu arayışını engellemektedir. Günümüz insanı genç kalmayı istemekte ve ölümsüzlüğü bulmaya çalışmaktadır. Daha önceleri ölüm gerçeği ile her gün istesin ya da istemesin ilgilenmek zorunda kalan insan, yaşam süresinin uzamasıyla giderek ölümü daha az düşünmeye, hatta onu yok saymaya başlamıştır. Böylece modern çağın insanı, ölüm üzerine genellikle yüzeysel düşünmekte ve ölümü reddederek onu tabulaştırmaktadır (7, 122).

Diğer yandan, ölümün yadsınması Varoluşçu yaklaşıma göre özellikle bireyin kendi ölümünü inkar etme çabasıdır. Bu yaklaşıma göre insan varlığı, ölümün kaçınılmazlığını gerçek olarak görmekte ancak çoğu zaman bunu kendisi için düşünmede zorlanmaktadır. Başkasının ölümü medyada sıklıkla görülerek ölümün hep başkalarının başına geldiği yanlışlığı bir anlamda desteklenmektedir (2, 7, 126).

İnsanın kendi ölümünden kaçışı ve başkasının ölümüne odaklanması, 19. ve 20. yüzyıllarda beraberinde mezarlık tapınısını, ölümün romantik ve retorik tarzda ele alınmasını getirirken, günümüzde ölümden olabildiğince uzaklaşma ve ölümün tabulaştırılması söz konusu olmuştur. Günlük yaşamdaki pek çok düzenleme de bu yaklaşıma hizmet etmektedir. Mezarlıkların mekansal organizasyonundan, tedavi

içerikli hastalıktan konuşmaya, ölmek üzere olan insanların halk görüşünden uzak hastanelere yerleştirilmesinden ölümün sağlık profesyonelleri tarafından başarısızlık olarak algılanmasına, ölüm sürecinin tıbbi olarak icra edilmesinden cenaze törenlerinin düzenlenmelerine kadar pek çok yaklaşım ölümün günlük yaşamdan uzaklaştırılması amacıyla hizmet etmektedir (7, 42). Aries'e göre ilk kez 20. yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkıp, oradan endüstrileşmiş Avrupa'ya yayılmış olan yasak ölüm döşegini, ölenin yakınlarının ve toplumun iyiliği için evden hastaneye taşımıştır. Böylece ölümün, mutlu bir hayatın ortasında belirivermesinin doğurduğu rahatsızlık ve ölümün hayatta kalanlarda uyandırdığı can sıkıntısı ortadan kaldırılmak istenmiştir (7).

#### **2.4. TANATOLOJİ: ÖLÜM BİLİMİ**

Tanatoloji çok sayıda farklı çalışma alanlarının işbirliğine dayanan interdisipliner bir alan olarak ölüm bilimidir. Ölümün kaçınılmaz bir durum olduğunu kabul eden Tanatoloji, ölümün ve yaşamın anlamını doğrudan incelemeyi, ölüm sürecini kolaylaştırmak için yol göstericiler geliştirmeye çalışır (2).

Tanatoloji kelimesi, Grek dilinden türemiştir. Grek mitolojisinde, Tanatos(ölüm) ölümün bireyselleştirilmesidir. İngilizce son ek -loji Grek son eki -logia'dan (konuşmak) türemiştir. Tanatoloji'nin dayandığı çalışma alanlarının bazıları akademiktir; bazıları ise kültürel gelenekler olarak tarih içerisinde gelişmektedir. Tanatoloji, biyolojik bilimleri, sosyal bilimleri, edebi bilimleri, teoloji, politika, hukuk ve hatta ekonomiyi kapsamaktadır. Ölüm karmaşık ve kapsamlı bir konu olduğu için, Tanatoloji bütüncül yaklaşıma dayanır ve psikiyatri profesyonelleri tarafından sıklıkla çalışılmış bir alandır (2).

Ölüm konusuna yönelik ilgi geçmişten bugüne artmıştır. Son yirmi yıldır, tüm psikiyatri ders kitaplarında ölüm ve ölümü yaklaşan hastanın ele alınması mutlaka bir bölüm olarak yer almaktadır. Günümüzün en tanınmış psikoterapistlerinden olan Irvin D. Yalom Varoluşsal Psikoterapi adını verdiği yaklaşımında, temel tedavi edici çabanın ölüm ile ilgili bastırılmış duygu ve düşüncelerin açığa çıkarılması olduğunu ifade etmektedir (126). Yine Irvin D. Yalom'un kaleme aldığı, "Schopenhauer Tedavisi: Bugünü Yaşama Arzusu" adlı eser, gerek Schopenhauer'ın ölüme ilişkin düşüncelerini içermesi, gerekse roman kahramanlarının gözünden kişinin kendi ölümüne ve diğerlerinin ölümüne bakışını

anlatması açısından önemli bir yapıttır (127). Yine Yalom “Ölümlle Yüzleşmek: Güneşe Bakmak” isimli kitabında klinik örnek vakalar üzerinden ölümü ve ölüm kaygısının hayat üzerine etkisini tartışmaktadır. Kitapta pek çok klinik vakada, ölüm kaygısı ile ilişkilendirilmeyen semptomların aslında ölüm gerçeğiyle yüzleşildiğinde nasıl tedavi edilebildiği anlatılmaktadır (128).

Her zaman ilgi çeken bir konu olmasına rağmen ölüm üzerine az sayıda kapsamlı ve bütünleşmiş ders kitabı yazılmıştır. En iyi bilinen okuma kitapları arasında Herman Feifel’in *New Meanings of Death* (1977), Elizabeth Kübler-Ross’un *Death and Dying* (1969), *Death: The Final Stage of Growth* (1974), Edwin Schneidman’ın *Death: Current Perspectives* (1984) adlı eserleri yer almaktadır.

## **2.5. ÖLÜMÜN PSİKOLOJİK BOYUTUYLA İLGİLİ YAPILAN TÜRKÇE ARAŞTIRMALAR**

Bütün canlıların kaçınılmaz ve ortak kaderi olan ölüm konusuyla ilgili olarak değişik disiplinlerde birçok çalışma yapılmıştır. Özellikle din, felsefe, sanat, edebiyat, tıp, biyoloji ve hukuk alanında yoğun çalışmaların yapıldığı ölüm olgusunun, psikolojik gerçekliğini anlama ve açıklamaya yönelik çalışmaların tarihçesinin oldukça yeni olduğu söylenebilir. 20. yüzyılın başlarında batı dünyasında psikologların ilgisini çekmeye başlayan ölüm olgusuyla ilgili psikolojik çalışmaların bu yüzyılın ortalarına doğru ivme kazandığı, 1950’li yılların ortalarında yoğunlaşan bu çalışmaların günümüze kadar devam ettiği görülmektedir (57).

Ülkemizde ise ölüm olgusunu psikolojik açıdan ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ölüm olgusunu psikolojik açıdan ele alan ilk çalışma, Ünver (1938) tarafından yapılmıştır. Ünver, “İstanbul Halkının Ölüm Karşısındaki Duyguları” isimli makalesinde daha çok ölümle ilgili tutumları anlatmıştır. Araştırmada İstanbul’daki Karacaahmed, Edirnekapı ve Üsküdar mezarlıklarında bulunan mezar taşı yazılarından hareketle, özelde İstanbul halkının, genelde ise Türk Milleti’nin ölüme ilişkin duyguları üzerinde durulmuştur (123).

1968 yılında Yörükoğlu, *Nörö Psikoloji Araştırmaları Dergisinde "Aile İçinde Ölüme Karşı Çocukların Tepkileri"* ismiyle bir makale yayınlamıştır. Yörükoğlu, çocukların ölüm olgusunu algılamalarını, çocukluk psikolojisi içinde gelişimsel

olarak ele aldıktan sonra, çocukların anne ve babalarının kaybına gösterdikleri tepkiler konusunda yapılan bazı araştırmalara değinmiştir (132).

Ebiri (1971) "Kazan Sağlık Ocağı Bölgesi Halkının Sosyo-Kültürel Nitelikleri ve Ölüm Karşısındaki Tutumları" isimli çalışmasında, kültür düzeyi düşük olanların büyük oranda ölüm karşısında dinden yardım beklemedikleri ve ölüm korkusunun evrensel bir korku olduğu tespitinde bulunmuştur (30).

Ökdem (1978), "Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi" isimli tanımlayıcı araştırmasında hemşirelerin ölümüne ilişkin görüş ve uygulamalarını incelemiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin; ölümü kabullenmede, hasta yakınları ile karşılaşmada, ölüm haberini bildirmede güçlükleri olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşireler, ölen hastaya verilen hemşirelik hizmeti konusunda mesleki eğitimde aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıklarını ve bu konuda eğitim gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir (90).

Şenol (1989) "Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölüm İlişkin Kaygı ve Korkular" isimli çalışmasında ise yaşlılarda ölümüne ilişkin kaygı ve korkuları etkileyen faktörler üzerinde durmuştur (113).

Ölümü psikolojik bir çalışma konusu olarak ele alanlardan biri de Hökelekli (1991)'dir. "Ölüm ve Ölüm Ötesi Psikolojisi" isimli makalesinde, ölümün insanlık tarihi boyunca hiçbir zaman basit bir konu olarak görülmediğine değinerek, ölümüne verilen anlamlar üzerinde durmuş, ölümün anlamının zaman içinde ve kültürden kültüre değiştiğini vurgulamıştır. Çağdaş batı insanının ölümüne ilişkin tutumlarına da değinen araştırmacı, yaşam dönemlerine göre ölümün anlamı üzerinde durmuştur (48).

Yıldız (1994) insanların ölüm karşısındaki tutumları konusunda yapılmış araştırmaları değerlendirmiştir. Yıldız çalışmasında, insanların ölüm karşısındaki tutumları konusunda yapılan araştırmaları; din, yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik düzey vb. değişkenlere göre incelemiş, ayrıca ölüm kaygısını ölçmek amacıyla yapılan çalışmalara da değinmiştir. Bu çalışma sonucunda araştırmacı, ülkemizde ölümüne ilişkin psikolojik araştırmaların son derece yetersiz olduğunu vurgulayarak, ölümün birçok açıdan ele alınabilecek bir olgu olduğuna dikkat çekmiştir (130).

Karaca (1997) gelişim dönemlerine göre ölüm olgusunun değerlendirilişi ve ölümle ilgili tutumları incelendiği araştırmasında ise, tarihsel süreç içinde ölüm olgusunu ele almış ve dinlerin ölüme yüklemiş oldukları anlamları tartışmıştır. Daha sonra ölüm kavramı ve ilişkili olduğu diğer kavramlar tanıtılarak, ölüm düşüncesi ve ölüm korkusu üzerinde durmuştur (55).

Yaparel ve Yıldız (1998) tarafından “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Popülasyonda Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması” ismiyle yayınlanan çalışmada, Templer tarafından geliştirilen Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla, ölçek Beck Depresyon Ölçeği, Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile birlikte 100 kişilik bir örneklem grubuna uygulanmıştır. Elde edilen bulgular üzerinde yapılan istatistiksel analizler sonucunda, ölçeğin Türkçe formunun psikiyatrik tanı almamış kişiler üzerinde yapılacak araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (129).

Karaca ve Yıldız tarafından gerçekleştirilen “Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin Türkçe Çevirisinin Normal Popülasyonda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”nda ilgili ölçeğin Türkçe versiyonu 126 kişilik bir örneklem grubuna uygulanmış, araştırmadan elde edilen bulgular üzerinde yapılan istatistiksel analizler, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur (58).

Aslıtürk (2001), Terör Yönetimi Kuramı’nı kolektif bir kültürde sınımayı amaçladığı ve üniversite öğrencilerine ölümlülüğün hatırlatıldığı deneysel çalışmada; deney grubu kontrol grubuna oranla sosyal ve bireysel ihlallerde bulunanlara daha çok ceza, sosyal kahramanlara ise daha fazla ödül vermişlerdir. Ancak beklentinin tersine, kolektif özsaygının, kolektif ya da karşılıklı bağımlı benlik yapılarına sahip bireyler için, ölümlülük etkilerine karşı koruyucu olacağı savı desteklenmemiştir (8).

Tanhan (2007)’ın yaptığı “Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi” konusundaki deneysel çalışmada, ölüm kaygısıyla baş etme eğitim programının, öğrencilerin ölüm kaygılarına ve psikolojik iyi olma düzeylerine etkisini incelemiştir. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitimine katılan deney grubunun ölüm kaygısı puanları eğitim sonrası uygulanan son teste düşüş göstermiş ve bu düşüş izleme testinde de devam etmiştir. Psikolojik

iyi olma düzeylerinde ise, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (114).

Yukarıda bahsedilen ve ülkemizde yapılan çalışmaların büyük oranda tanımlayıcı araştırmalar olduğu görülmektedir. Ölüm olgusuna ilişkin deneysel çalışmaların ise ülkemizde yeni yapılmaya başlandığı söylenebilir. Ölüm olgusunun insan psikolojisi üzerine etkisini araştıran çalışılmalar sınırlıdır. Ölüm psikolojisi alanında; psikologlar, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikolojik danışmanlar tarafından yapılmış, iyi düzenlenmiş araştırma desenleri ile gerçekleştirilmiş deneysel çalışmalara gereksinim vardır.

## **2.6. KORKU, KAYGI ve ÖLÜM KAYGISI KAVRAMI**

Genel olarak değerlendirildiğinde korku ve kaygı kavramları arasında birçok benzerlik vardır. Korku sırasında meydana gelen fizyolojik değişimlerin kaygı sırasında da gözlenmesi ve bu iki kavramın psikoloji literatüründe sıklıkla birbirlerine yakın anlamlarda kullanılmaları ortak noktalarıdır. Buna karşılık, korku ile kaygı arasındaki en belirgin fark, korkunun kaynağının belirli, kaygının kaynağının belirsiz olmasıdır.

Yalom'un belirttiğine göre korku ile kaygı arasında kesin ayrımı ilk yapan Kierkegaard'dır. Kierkegaard bir şeye karşı duyulan korkuyla, hiçbir şeyden duyulan korkuyu karşılaştırmış ve insanın kendini kaybetmek ve bir hiç haline gelmekten korktuğunu yani kaygılandığını öne sürmüştür. Hiçbir şeye karşı duyulan şey kaygı iken, bu, bir şeye karşı duyulmaya başlandığında korkuya dönüşmektedir. Kaygıyla savaşılabilmek için onu hiçbir şeyden, bir şeye dönüştürmek gerekmektedir. Korku ve kaygı kavramlarına, ölüm korkusu ve ölüm kaygısı açısından bakıldığında benzer görüşler ortaya çıkmakta ve ölüm korkusunun diğer bütün korkuların temelinde yattığı görüşü göze çarpmaktadır (126).

Ölüm korkusu ve ölüm kaygısı arasındaki fark, korku ve kaygı kavramları arasındaki fark kadar belirgin değildir. Ölüm kaygısında da ölüm korkusunda da kaynak yani korkulan şey bilinir. Fakat ölüm kaygısı insanları geniş bir zaman diliminde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinden hayat felsefesine kadar yaşamın çeşitli alanlarında kendini gösterirken; ölüm korkusu kısa bir zaman diliminde ve sadece ölümü hatırlatan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada daha geniş bir

zaman diliminde hissedilen ölüm kaygısı ele alınmıştır. Ölüm kaygısı farklı ekol ve yaklaşımlara göre farklı boyutlarına vurgu yapılarak incelenmiştir.

### **2.6.1. Varoluşçu Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı**

Varoluşçu yaklaşım, bireyin kendi ölümü ile yüzleşmek zorunda olduğunu iddia eder. Bu yüzleşmenin kişinin yaşamının yönünü önemli ölçüde belirleyeceğini savunur. Ancak çoğu kez ölümle yüzleşmenin zorluğu karşısında kişi ölümlülüğünü inkar ederek bu yüzleşmeden kaçınır. Pek çok insan, ölümü doğrudan ve öznel olarak karşılamak yerine, onu yasaklayarak veya inkar ederek kendilerini korumaya çalışır (39, 41, 61, 126).

İnsanlar, diğer canlılardan ayrı olarak, ölümlülüğünün farkında olan, er ya da geç öleceğini bilen ve ölüm bilincine sahip olan tek canlı türüdür. Bu durum insanda varoluşsal bir kaygı yaratmaktadır. Varoluş kaygısı ile yüzleşildiğinde iki seçenek söz konusudur; ya bu kaygıya katlanmanın ve başa çıkmanın yollarını kullanarak “otantik” bir olma durumuna geçilir ya da bu kaygıyı yaşamamak için yaşamın günlük rutinleri arasında “otantik olmayan” varolma yolları seçilir. Otantik olmayan varoluş biçimi bireyin kendisine yabancılaşmasına yol açarak nevroitik bir kişiliğin kapılarını aralar (43, 61).

Ölümü çağdaş felsefenin temel meselelerinden biri haline getiren ve bu konuda herkesten ileri giden 21. yüzyıl filozofu Martin Heidegger’in ünlü parolası insan yaşamında ölüm olgusunun önemini açıkça belirtmektedir “yalnızca insanlar ölür, diğerleri (hayvanlar) can verir”. Ölümlü olduğunun bilincinde olan insan, yaşamını nasıl geçirmek istediğini belirler ve giderek yaklaşan ölümünü yaşamını anlamlı kılacak eylemler için bir motivasyon olarak görür (2, 45).

Varoluşçu yaklaşıma göre, kişi kendi ölümünü düşünmeye yönelip, bu düşüncelerin eylemlerini biçimlendirmesine izin verirse, daha önce önemli olarak algılanan bütün basmakalıp hayat tarzları önemini yitirir ve böylece kişi başkalarının yolunu izlemek yerine kendi yolunu çizer. Varoluşçu ünlü düşünür Sartre, bir kişinin günlük yaşamın rutinlerine aşırı şekilde sarılmasını otonomi sahibi olamamasının bir göstergesi olarak yorumlar. Bu davranış şekli bir kaçıştır ve bireyi gerçekte “kim” ve “ne” olduğu ile yüzleşmekten korur. Bununla birlikte, Heidegger’e göre ölüm insana özgürlüğünün olanağını sunar ancak paradoksal bir biçimde de ölüm kaçınılmaz olduğu için insan özgürlüğünü sınırlandırır. Heidegger için ölümle yüzleşmek Sartre

için olduğu gibi endişe, korku ve iğrenme gibi duygusal yanıtlarla belirmemektedir. Heidegger ve onun düşüncesini izleyenler, öznellik ve birinin ölümlülüğünün kaçınılmazlığının kişisel yansıması, yaşamının ve ölmenin imkanı üzerine vurgu yaparlar. Heidegger'in aksine Sartre ölümü bir olanak olarak değil, her bir bireyin sonunda yüzleşmesi zorunlu olan bir durum olarak görür. Sartre'ın Heidegger ile uyumsuzluğu ölümün insan varlığını birleştirdiği noktada yatmaktadır. Sartre için, ölüm saçmadır, bu deneyimlenemez veya beklenemez, ölümün kendisi insan varlığına anlam vermez, olanakları sunmak yerine, ölüm insan olanaklarına zarar verir. Bunun yerine Sartre için ölümün farkına varmak insanın özgürlüğe mahkum olması anlamına gelir (16, 42, 45, 77).

Sartre'ın ve özellikle Heidegger'in çalışmasındaki temalar, Koestenbaum (1971)'un ölüm analizinde de göze çarpmaktadır. Koestenbaum da insanın kendi ölümü ile diğerlerinin ölümü arasındaki farkı vurgulamaktadır. Kierkegaard'dan başlayarak Tolstoy'a ve Nietzsche'ye, onlardan da Sartre'a kadar pek çok düşünürün ölüm anlayışını özetlediği düşünülen Koestenbaum'a göre ölüm gerçeği ile yüzleşmek, sıradan varoluşun temelini oluşturan önemsiz ilgileri, küçük yarışları ve günlük sorunları önemsiz hale getirir. Koestenbaum öleceklerinin sürekli olarak farkında olan insanların, günlük aktiviteleri hakkında acelecilik hissine sahip olacaklarından bahseder. Bu acelecilik hissi, bireylerin yaşamlarına yön ve anlam veren projelere odaklanmalarını sağladığı için özgürleştiricidir. Özetle, bir insanın ölüm gerçeğinin varlığını yadsıması, kişinin kendini aldatmasıdır ve ölüm gerçeğinin inkarı aslında ölüm korkusunun bastırılmasıdır (65).

Varoluşçular, ölüm düşüncesinin insan yaşamını anlamlandıran ve sağaltıcı etkisi yanında korkutucu yanı üzerinde de durmaktadırlar. Varoluşçu filozofların ileri sürdükleri temel tezler farklı isimler altında, çoğunlukla aynı kapıya, ölüm korkusuna çıkmaktadır. Yani, insandaki temel kaygı, asıl olarak ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Örneğin, bu filozoflardan Jaspers, "varlığın kırılabilirliği'nin farkına varmaktan", Kierkegaard, "varolmama korkusundan", "gelecekteki imkanların imkansızlaşması" ndan, Tillich "ontolojik bunaltı" dan söz eder (41, 42).

### **2.6.2. Psikanalitik Yaklaşım ve Ölüm Kaygısı**

Psikanalitik Ekol'ün kurucusu Freud'a göre ölüm, yaşamın asli bir parçasıdır. Asosyal "id" in sosyal olarak dolu olan "süperego" ile çatışma içinde olmasına benzer

bir biçimde, ölüm içgüdüleri ile yaşam içgüdüleri de sürekli çatışma halindedir. Bundan dolayı, ölüm içgüdüleri ego aracılığıyla bireyin kendisinin dışında yer alan agresif eylemlere aracılık eder hale gelmektedir. Ölüm içgüdüğü yaşam içgüdüğüyle kaynaştırılarak, kendini yok etmeye yönelik eğilim yani ölüm isteği önlenmektedir. Ölüm isteği, bu tip bir kaynaşmanın olmadığı zaman var olur. Doğumla birlikte başlayan yaşam yolculuğu ölüme doğru ilerlediği için ölüm isteği insan varlığının normal bir parçası olarak kabul edilir (16, 37, 38).

Psikanalitik yaklaşıma göre, ölüm hakkındaki düşünce ve duygularımızın temelini oluşturan, bizim bilinçli bir biçimde yüzleşemediğimiz veya anlayamadığımız ruhsal madde deposudur. Düşüncelerimizin pek çoğu bastırılmış endişelerin ve çözülemeyen ruhsal gerilimlerin parçası veya sembolik temsilleri olduğu için, bir kişinin hastalık veya ölüm hakkında ifade edilen düşünce ve duyguları bu yaklaşımı benimseyenler tarafından, öncelikle ele alınmaz. Herhangi bir psikolojik incelemede öncelikli olan, hastanın ifadelerinde, jestlerinde veya eylemlerindeki saklanan veya gizil durumda olan anlamlardır (37).

Psikanalitik yaklaşımda kabul gören düşünce, ölümlerimizle yüzleşemeyeceğimiz yönündedir. Bu bağlamda psikanalitik yaklaşımı ölümün inkarı tezinin kaynağı olarak görebiliriz. Bu yaklaşımda kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesinin çok zor olduğuna inanılmaktadır çünkü, insanlar kendini ölü olarak düşünmemektedirler. Freud'un belirttiğine göre, kimse kendisinin öleceğine inanmaz ve bilincimiz sanki bizler ölümsüzmüşüz gibi davranır (11, 15). Freud, kişi ölümü hiçbir zaman deneyimleyemediği için, bilinçaltının da ölümün hiçbir şekilde temsiline sahip olmadığını ileri sürer. Psikanalitik çerçevede ölüm korkusu, deneyimle daha doğrudan ilişkili olan korkulara ve bu deneyimlerden çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm korkusunun izleri, sıklıkla çözülemeyen erken deneyimlere kadar sürdürülebilir. Ölümün bilinçaltı temsili olmadığı için, onun korkusu ebeveyne ilişkin korumanın kaybolmasında deneyimlenmiş olan çocukça güçsüzlüğün korkularını temsil eder. Benzer biçimde ölüm korkularının ilk olarak ayrılmadan doğan kimsesizlik, haksızlık, terk edilme korkularından kaynaklandığı ileri sürülebilir (16, 37).

### **2.6.3. Terör Yönetimi Kuramı (Terror Management Theory) ve Ölüm Kaygısı**

Terör Yönetimi Kuram'ı 1980'lerde Solomon ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Solomon bu kuramı geliştirirken Becker'in "The Denial of Death" (Ölümün İnkarı, 1973) adlı eserinden ve Freud'un ölümü hatırlatan her şeyin insanlarda çeşitli mistik inançları canlandırdığı düşüncesinden esinlenmiştir.

Terör Yönetimi Kuram'ı, ölüm korkusunun ve kaygısının altında yatan nedenleri açıklamaya çalışır. Kuram, ölüm tarafından harekete geçirilen kaygının sonunda kullanılan psikolojik savunma mekanizmalarına odaklanır. Temel kaygı kaynağının ölümle ilişkili olduğunu varsayan kuram, bireyin bu kaygıyı hafifletmek için bazı mekanizmalar kullandığını ileri sürer. İnsanoğlu ölümün yarattığı dehşeti hafifletmek amacıyla kültürü yaratır ve kültüre katılarak yaşamını düzenler, anlamlandırır ve sürekliliğini sağlamaya çalışır (110).

Terör Yönetimi Kuramı'na göre, insanın ölümlü olduğu düşüncesi her bireyde varoluşsal bir kaygıya neden olmaktadır. Kültür, insanların yaşamına anlam, düzen ve süreklilik sağlayarak bu varoluşsal kaygıyı azaltmaktadır. Kişi, kültürel değerlere bağlandıkça ve yaşamını bu değerlere bağlı olarak ortaya çıkan normlara göre düzenledikçe, kendini güvende hisseder. Bağlı olduğu kültürel değerlerin ve normların doğruluğuna ve haklılığına inanan bireyler, yaşamlarını anlamlı bulmaya başlarlar. Çevrelerindeki diğer insanların da aynı değerleri ve normları benimsemesi, bireylerin kendine güvenini ve yaşamlarının anlamlılığına olan inançlarını arttırır. Çevrelerindeki diğer insanların kendilerinkinden farklı inançlara sahip olması ise yaşamın anlamlı olduğu düşüncesini tehdit ederek, bireylerin kendilerine güvenlerini düşürür. Bireyler, bu olumsuz duygudan kurtulmak için farklı yollar izleyebilirler: başkalarının inançlarını ve düşüncelerini reddedebilirler; bu inançları ve inançların sahiplerini küçümseyebilirler ya da bu farklı inanç sahiplerini kendi inançlarına çekmeye çalışabilirler (110).

Kurama göre, ölümlülük bilgisinin sebep olduğu ölüm kaygısı ile baş etmede kullanılan iki sistemden biri özsaygı, diğeri ise kültürel dünya görüşüdür. Yüksek özsaygıya sahip bireyler, diğerlerine kıyasla ölümün yarattığı dehşeti daha iyi yönetme eğilimindedirler. Diğer taraftan kültürel dünya görüşleri bireyin yaşamını

sistematik ve anlamlı bir yapıya kavuşmasını sağlamaktadır ve bu anlamlı yapı bireylerin ölüm kaygısıyla baş etmelerinde önemli bir etkidir (68).

Kuram, kendilerine ölümlü oldukları hatırlatılan bireylerin, kültürel dünya görüşlerine daha sıkı bağlandıklarını iddia etmektedir. Büyük travmalar yaşayan bireylerin ve toplulukların gelenekleri, kurulu düzeni, otoriter dünya görüşünü savunan liderlerden etkilenmeye daha eğilimli oldukları, dış tehdit potansiyeline karşı aşırı duyarlı davrandıkları ve kendilerini tehdit ettiğini düşündükleri unsurlara karşı verdikleri tepkilerin aşırı düşmanca olduğunu tartışmaktadır (68, 110).

#### **2.6.4. Tıbbi Model ve Ölüm Kaygısı**

Günümüzde artık insan yaşamının bütün süreçleri, tıbbi kontrol altındadır. Tıp yalnızca bireylerin sağlık sorunlarına müdahale etmez ve onları tedavi etmez ayrıca ölüm olayını tanımlar ve hatta ölüm anını kararlaştırır veya ölüm olayının gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini belirler. Bu bağlamda ölüm, temelde tıbbi bir olay olarak tanımlanabilir.

Modernitenin nedensel rasyonel söylemi, ölümü nedenlerine indirger ve ölümlülüğü nedenleri noktasından açıklar. İnsan ölümlü bir varlık olduğu ve herkes doğal olarak öleceğini bildiği halde, ölüm halen nedenlerle açıklanmakta ve anlamlandırılmaktadır. Tıbbi bakış açısından ölüme yaklaşım, ona karşı savaşmak ve direnmek şeklindedir. Bu anlayış sonucu oluşan tıbbi yaklaşımda çaba iyileştirme yerine çarpışma, vurgu ölmenin niteliği yerine yaşam kurtarma üzerinedir. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri, bedeni kontrol etmek yerine onu daha iyi yapmak için yetiştirilmektedirler. Bu inanç geliştikten sonra daha iyi yapılamayanlar, kronik hastalar, engelliler ve ölme sürecinde olanlar tıbbi başarısızlık olarak algılanmaktadır (2).

Tıp alanındaki gelişmeler ölümle ilişkiyi büyük ölçüde değiştirmiş, insan yaşamının sınırlarını bir şekilde genişletmiştir. Tıpta ileri teknoloji sayesinde hastaların solunum ya da diyaliz makinelerine bağlanarak yapay olarak yaşatılması mümkündür. Böylece ölüm artık doğal bir süreç olmaktan çıkmıştır. Sağlık profesyonelleri ölümü ertelemenin başarı olduğu inancıyla, yaşam destek sistemleri ile hastayı beyni öldükten sonra bile yaşamda tutmaya çalışmaktadırlar (26, 75).

Teknolojik gelişmeler sonucunda tıp birçok hayatı kurtarmaktadır fakat hangi durumlarda yaşamın yapay bir biçimde uzatılması ya da hangi durumlarda doğanın gereklerinin yerine getirilmesin uygun olacağı konusunda yeni sorunlar yaratmıştır. Bugün pek çok insan hastanelerde, bakım evlerinde veya diğer kurumlarda ölmekte ve kurumsal ölümlerin yüzde oranı her geçen gün artmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümlerin dörtte üçünden fazlası hastaneler ve bakım evleri gibi kurumlarda meydana gelmektedir (2, 46, 62).

Ölüm sürecinin, müdahale edilmesi gereken tıbbi bir durum olarak algılanması ve gerçekleşen her ölümün sağlık profesyonelleri tarafından başarısızlık olarak yaşanması doğal olan ölüm gerçeği ile çelişmektedir. Hastalıklar tedavi edilemez ve ölüm kaçınılmaz olduğunda bu evrensel gerçekle uyumlu bir biçimde sürecin huzurlu yaşanmasını sağlamak da sağlık bakım sisteminin önemli bir görevidir. Kubler-Ross'un Ölümün Evre Teorisi sağlık alanında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım konusunda en çok bilinen teoridir. Mevcut eleştirilere ve alternatifi olan çağdaş teorilere rağmen Kubler-Ross'un teorisi popüler olmaya devam etmektedir (21).

#### **2.6.4.1. Ölüm Sürecinin Beş Evre Modeli**

Elisabeth Kübler-Ross (1969) ölmek üzere olan insanların, ölüme ilişkin tutumları üzerine çalışmalar yapmıştır. Kubler-Ross'un en iyi bilinen "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabında, ölmekte olan hastanın içinden geçtiği psikolojik evrelerin kavramsallaştırması yer almaktadır.

Kübler-Ross'un Evre Teorisi, ölümle başa çıkma alanında temel paradigma olarak gözükmektedir. Bu modeli benimsemiş olan pek çok insan genel olarak kültür, ırk, sosyo-ekonomik durum ve cinsiyet gibi özelliklere bağlı olarak aşamaların sürekliliğinin değişebileceğini fakat ölüme yaklaşmış her insanın, bu aşamalardan geçeceğini kabul etmişlerdir. Kubler-Ross, 200 ölmek üzere olan hasta ile görüşerek çalışmalar yapmış ve ölüm sürecinin beş evreden oluştuğunu ileri sürmüştür (21, 72).

Kübler-Ross'un teorisine göre, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip olduğunu öğrenen birey bunun doğru olduğuna inanmaz ve durumu inkar ederek tepki verir. İlk tepki "hayır, ben değil, doğru olamaz!" biçiminde ortaya çıkmaktadır. Kimi hastalar bir yanlışlık yapıldığını düşünmekte, kimileri daha olumlu bir tanı için başka doktorlara gitmektedir. Bu yadsıma/inkar tepkisi kısa vadede tampon işlevi

görmekte, beklenmeyen haberin şokuyla başa çıkmada sağlıklı bir yol olarak görülmekte, uzun vadede ise daha köklü savunmalar geliştirmesine olanak sağlamaktadır.

İkinci evre olan öfke evresinde tepki; “bu adil değil, haksızlık, neden ben?” biçiminde ortaya çıkmaktadır. Odak duygu öfke ve küskünlük olup, aile ve bakım verenler için hastanın bakış açısını anlamak ve öfkesiyle başa çıkmasını sağlamak zordur. Öfkeyi pazarlık evresi izlemektedir. Bu evrede hasta kişi Tanrıyla, sağlık profesyonelleriyle ya da kaderle pazarlık ederek yaşamak için alışveriş anlamında sözler vererek, ölümü ertelemeye çalışmaktadır.

Hasta kişi durumunu inkar edemeyeceğini ve iyileşmenin mümkün olmadığını anladığı zaman pazarlık evresini depresyon izler. Depresyon iki şekilde görülür: hazırlayıcı ve tepkici depresyon. Kübler-Ross hazırlayıcı depresyon ile tepkici depresyonu birbirinden ayırmaktadır. Hazırlayıcı depresyon, dünyanın şeylerinden vazgeçmeyi ve dünyadan ayrılışı içeren hazırlayıcı hüznle ilişkilidir. Hasta sevdiği her şeyi ve herkesi bırakma sürecine girmiştir. Bu depresyon türünde hasta sessizdir. Bu durumda sessiz jestler, karşılıklı duygu ve sevecenlik anlatımları hastaya yardımcı olabilir. Buna karşılık tepkici depresyonda kişiye bazı profesyonel müdahaleler gerekebilir ve psikiyatrik destekler istenebilir.

Ölüm sürecinin son evresi, bireyin kederi ve kayıp duygusuyla yüzleşmesi için yeterli zamanı kalırsa ve önceki evrelerden geçerken ihtiyacı olan gerekli yardım verilirse meydana gelebilir. Kabullenme mutlu bir evre olmadığı halde depresif duygulanım ortadan kalkmakta ve bu evrede kişi kendi gidişine izin vermektedir (21, 25, 72).

Kübler-Ross, hastaların ne kadar ömürleri kaldığı konusunda bilgilendirmelerine karşı çıkar. Kafalarında kendileri için bir süre belirlemiş hastaların belirli bir zamana kadar yaşamaya konsantre olduklarını vurgular. Böyle bir durumda hastalar umutlarını kaybedecekler ve kısa bir zaman sonra öleceklerdir. Kübler-Ross’a göre asıl sorun, hasta bireye ölümcül bir durumu olup olmadığını anlatmak değil, bu durumu onlarla nasıl paylaşacağını bilmektir (52, 72). Kübler-Ross bu evrelerde umudu önemli bir etken olarak görmektedir. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısını takiben hasta ve aileleri, öncelikle bu tanının hatalı olduğunu duymayı ümit ederler, hastalığın varlığı kabul edildiğinde ise tedavi olmak ve uzun

süre yaşamak isterler. Tedavi sonuçları istendik düzeyi sağlamayıp genel durum kötüleşince ise acı çekmemek ve huzurlu bir ölüm istenir. Bireylerin hastalığın seyrine göre ümitleri değiştikçe bakım amaçları ve tedavi öncelikleri de değişir. Bu nedenle bireye yönelik bakım planı oluştururken, onun ve ailesinin bakım amaçları ve o anki tedavi öncelikleri belirlenmelidir (72).

Kastenbaum, Kübler-Ross'un teorisinin sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak kabul edilmesini aşağıdaki noktalara dikkat çekerek tartışmıştır;

- Evre teorisi pek çok insan için şimdiye kadar tabu olan ölüm konusunu yeniden gündeme getirmiş ve meşrulaştırmıştır.
- Pek çokları için bu teori ölüm sürecinin sistematik tanımını ilk kez ortaya koymuştur.
- Şimdiye kadar belirsiz, korkutucu, tahammül edilemez bir oluş olarak algılanan ölmenin tutarlı ve düzenli ele alınmasını sağlayarak profesyonellerin endişesini azaltmıştır (21, 60).

Özetle, Kübler-Ross'un modeli geniş bir biçimde kabul görmüştür çünkü, sağlık bakım teorisinde büyük bir boşluğu doldurmuş, ayrıca insanların kendi ölümlerine tepkilerini anlamalarında da etkili olmuştur (21, 107). Kübler-Ross'un modelinin amacı, insanlara nasıl hissetmeleri gerektiğini söylemek olmadığı halde, bu bazen ölmek üzere olan kişinin evreler içerisinde ilerleme göstermesi gerektiği şeklinde anlaşılmıştır. Kübler-Ross'un da açıkladığı gibi her hasta bu süreçleri tamamlamak durumunda değildir, bazı hastalar bazı evrelerde kalabilir ve her hasta kabullenme aşamasına kadar gelemeyebilir. Bununla birlikte, ölüme ilişkin evrelenen beş tepki sağlık personeli tarafından da yaşanabilir. Ancak sağlık profesyonelleri açısından hissedilen duygular sadece bu beş evreyle açıklanandan ibaret değildir. Ölmekte olan hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin deneyimleri sakinlik, korku, umut, depresyon, öfke, keder ve geri çekilme evreleri arasında geçişler de gösterebilmektedir (3, 21, 23).

#### **2.6.4.2. Ölüm Sürecinin Üç Evre Modeli**

Copp'un aktardığına göre; Buckman (1993) Kübler-Ross'un (1969) ölüm ve ölmenin beş evre modelinde algılanan eksikleri düzeltme girişimi içinde üç evre modelini ileri sürmüştür. Buckman'a göre bireyler yakında olacak olan ölüm tehlikesi ile karşılaştıklarında, karakterlerine ve geçmişte kullandıkları baş etme

biçimlerine uygun olarak tepkide bulunurlar. Bunun için hastanın tepkileri, süreçteki evrenin veya konulan teşhisin sonucu değildir. Dolayısıyla Buckman hastanın duygularını onun geçtiği evrenin göstergeleri olarak anlamak yerine, onun özünün içerisindeki kaynaklar olarak kavramanın daha kullanışlı olduğunu ileri sürer. Üç Evre Modeli'ne göre söz konusu duygular, Kübler-Ross'un modelinde olduğu gibi ard arda değil, mozaik biçiminde olup daha çok eş zamanlı olarak görülürler. Buckman ayrıca, genellikle klinik uygulamalarda olduğu halde Kübler-Ross'un modelinde olmayan çeşitli duygular ve yanıtları belirtmiştir. Bunlar; ölüm korkusu, suçluluk, umut, ümitsizlik ve mizah gibi değişik duygulardır (21).

Buckman'ın üç evre modelinde temel iki prensip yer almaktadır. İlki, ölümle yüzleşen kişi tarafından sergilenen duygu ve tepkilerin ölüm sürecinin evresi veya hastalık türüyle değil, kişinin kişilik özelliği ile ilişkili olduğudur. İkincisi, kişinin bu süreçte ilerlemesi duyguların değişimiyle değil, hissedilen duyguların çözülebilir olanlarının çözülmesiyle belirlenir (21).

Buckman'ın üç evre modeli; başlangıç evresi, kronik evre ve nihayi evreyi kapsar. Buckman başlangıç evresinde; korku, öfke, umut, inkar, suçluluk, ümitsizlik, ölüm korkusu ve mizah gibi duygular sıralar ve bir kişinin kronik evreye geçebilmesi için başlangıçtaki bu duyguların çözülmesi gerektiğini söyler. İkinci aşama olan kronik evrenin meydana gelip gelememesi, bireyin duygularının çözülebilmemesine bağlıdır. Eğer duygular çözümlenemezse bu kişi için kronik evre oluşamaz. Buckman bu tip bir hasta ile çalışan profesyonellere, birey için profesyonel psikiyatrik yardım aramalarını önerir. Son evrede ise hastanın duygusal yoğunluğu azalır ve kabul mutlak zorunluluk olarak algılanmasa da, bu evre yaklaşan ölümün kabulüyle tanımlanır (21).

#### **2.6.4.3. Glaser ve Strauss'un Farkındalık Teorisi**

Seale'nin aktardığına göre, Glaser ve Strauss (1965) hastanede ölmenin sosyal süreçlerinin büyük bir çalışmasını yapmışlar ve ölen hastalar, onların aileleri ve tıbbi personel arasında bir farkındalık teorisi oluşturmuşlardır (104). Evre teorilerinin karşıtı olarak Glaser ve Strauss, sosyolojik bir yaklaşım kullanarak hastane ortamlarındaki ölmenin farkındalığının içeriğini analiz etmişlerdir. Katılımlı gözlemler ve mülakatlar kullanarak veri toplayan Glaser ve Strauss, 1965'de Ölümün Farkındalığı'nı (Awareness of Dying) yayınlamışlardır. Glaser ve Strauss Ölümün

Farkındalığı'nda ölmek üzere olan hastaları, hastane çalışanlarını ve hastaların aile üyelerini kapsayan dört tip farkındalık içeriğini tartışmaktadırlar. Bunlar; kapalı farkındalık, şüphe farkındalığı, karşılıklı yapmacık farkındalık ve açık farkındalıktır (21, 81, 104).

Kapalı farkındalıkta, ölmekte olan kişi öldüğünün farkında değildir ama yakınları ve bakımını üstlenen kişiler yaklaşan ölümün farkındadırlar. Bu durumda sağlık profesyonelleri hastalığın olası sonucunun farkındadır ve bu bilgiyi hastayla paylaşmadıkları için yakınları bildiği halde hastanın kendi, yakında gerçekleşecek ölümünü bilmemektedir. Çalışanlar ve aile üyeleri hastanın durumunu kendisinden saklamakta ve durumun farkında olanlar bu sırrı koruyabilmek için ellerinden geleni yapmaktadırlar. Glaser ve Strauss'a göre özellikle hastanın ölümünün yakın olduğu dönemde hemşireler ve doktorlar, bu durumun anlaşılmasını önleyici bir biçimde hastayla iletişime girerler, konuşmalarını en aza indirirler ve geleceğe yönelik konuşmaktan kaçınırlar (21, 81, 104). Kapalı farkındalık, farkında olanlar ve farkında olmayan hasta arasında kurulan ilişki üzerinde önemli sıkıntılar yaratmaktadır.

Şüphe farkındalığı; hastanın durumunun ciddiyeti ve diğerlerinin ne bildiği hakkında şüphelenmeye başladığı, durağan olmayan bir süreç olarak görülür. Hasta bu durumda, tıbbi kayıtlara gizlice bakmak veya çalışanlara doğrudan sorular sormak gibi davranışlar gösterebilir. Yani, hasta şüphesini onaylatmaya ya da geçersiz kılmaya yönelik girişimlerde bulunabilir (21, 81).

Karşılıklı yapmacık farkındalığı; çalışanların ve hastanın yaklaşan ölümün farkında olduğu fakat hasta yaşayacakmış gibi yapmayı tercih ettikleri dönemdir. Karşılıklı yapmacık farkındalık içeriğinde, her bir grup hastayı ölüyor olarak tanımlarken, diğerlerinin böyle yapmaması için yapmacıklar yapmaktadır (21, 81). Bu dönemde, hastanın kendisi, çalışanlar ve aile üyeleri yaklaşan ölüm gerçeğini bilir fakat herkes bu konuyu tartışmaktan kaçınır veya ölümün olması yakın değilmiş gibi davranır. Ancak, bu durum hiçbir açıdan kolay olmayıp, uygun ölüm beklentilerini ortaya çıkaran belirsizlikler ve anlam karışıklıklarıyla yüklüdür (21, 104).

Farkındalık içeriklerinin sonuncusu olan açık farkındalıkta ise, herkes açık bir biçimde kişinin ölümcül hastalık gerçeğini bilmektedir (104). Glaser ve Strauss'un ölümün farkındalığı yaklaşımı, ölümcül hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki

etkileşimlere odaklanan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda vurgulanan bir başka durum ise, ölümcül hastanın bakımına ilişkin uygulamalarda hemşirelerin ve doktorların zaman zaman çatışabildikleridir. Bu çatışmalar çoğu zaman doktorların her koşulda hastalığı tedavi edici yönelimleri ile hemşirelerin hastalığı yaşayan insan olarak hastanın bakımının niteliği anlayışından kaynaklanmaktadır. Doktorlar tarafından kapalı farkındalıkta tutulmaya çalışılan hastalarla daha çok vakit geçiren hemşireler bu durumda zor işlerin kendilerine bırakıldığını düşünmektedirler (104).

### **2.7. SON DÖNEM BAKIMEVİ: HOSPİS HAREKETİ**

Ölümün tıbbileşmesi özellikle kurumsallaşarak hastanelerde yaşanan bir süreç olması beraberinde bazı düzenlemeler yapılmasını gerekli kılmıştır. Hastanelerin ve çalışanların ölümcül hasta ile ilgilenmek istememeleri ve bu konuda eğitim görmemiş olmaları, ölümcül hastaların iyileşme olasılığı bulunan bir hastadan daha değişik gereksinimleri olduğu şeklindeki düşünceler hospis hareketinin başlamasına neden olmuştur. Son yıllarda çok sayıda hastanın hastane sisteminden hoşnut olmamaları, hastane ücretlerinin büyük rakamlara ulaşması hospislerin gelişmesine yol açmıştır. Hospisler, ev ile hastane arasındaki boşluğu dolduran bir köprü işlevi görmekte ve hastanın hayatını yapay biçimde uzatmaksızın, ona daha kişisel bir bakım hizmeti sunmaktadır. Hemşire, psikolog ve sosyal çalışanların görev yaptığı bu kuruluşlar, hastalara fiziki ve duygusal açıdan destek vererek onların ölüme daha iyi hazırlanmalarına yardımcı olmaktadırlar. Hospisler sevdikleri insanlar için yüksek standartta bakım sağlayamayan ama onların insani sıcaklık içinde acılarının hafifletilmesini arzulayan yakınları için de uygun yerlerdir (52, 122).

Modern hospis hareketi, bu sınırlanan tıbbi çerçeveye ilişkin memnuniyetsizlikten doğmuştur. Hospis hareketinin en ünlü yorumlayıcılarından olan Dame Cicely Saunders bu uygulamayı: “hospis hareketinde merhamete ustalık ekleyerek hem tedavilerimizin sofistikeleşmiş bilimiyle hem de bakımlarımızın sanatıyla ilgili olmaya devam etmekteyiz” şeklinde açıklamaktadır. Hospis hareketinde; bakmak ve tedavi etmek arasındaki dengeyi onarmak, ölen kişinin ve yakınlarının psikolojik, sosyal ve spiritüel olarak iyi olmasına yardım etmek vurgulanmıştır (52, 122).

Pek çok insan, sevdiklerinin yanında olduğunu bildiği bir alanda ya da evinde ölmeyi tercih eder. Ancak günümüzde bunu başarmak pek kolay olamamaktadır. Ölüme ilişkin yapılan çalışmalar, ölmek üzere olan bireye güvenli bir çevre sağlamanın ve sıkı aile bağlarının önemini ortaya koymuştur. Bu nedenle, iyi bir hospis hizmetinin, ölmekte olan kişinin bakımında ailesini ve arkadaşlarını da kapsamı gerektiği bilinmektedir. Günümüzde bu hizmette özellikle ölen kişinin akrabalarının ve ailesinin ölümden sonraki gereksinimleri dikkate alınmakta ve isterlerse gereken destek sağlanmaktadır.

Okunan literatür ve yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan en temel sonuç; ölümün, ölmenin ve ölüme karşılamanın tek bir yolunun olmadığıdır. Her bir yaklaşımın kendi içinde başa çıkmanın daha iyi, daha kötü ve hatta kabul edilemez tarzları olsa da, ölüm ile başa çıkmanın tek bir doğru yolu yoktur. Aksine, insanoğlunun var olduğu günden bugüne kadar var olan insan sayısı kadar da farklı yolu vardır.

## **2.8. YAŞAM SONU BAKIM**

Ölüm birçok farklı yolla gerçekleşir, ancak huzurlu bir yaşlılıkla beraber olanı daha az görülür. Ölüm sağlıklıyken, savaşta ya da barışta, ataklar halinde veya kötüleşen bir seyirle sinsice gelir. Farklı ölüm biçimleri, farklı yaşantıları beraberinde getirir ve her ölüm şekli geride kalanların gelecekteki yaşam biçimini köklü bir biçimde etkiler. Kronik bir hastalık nedeniyle ortaya çıkan ölüm, hastayı ve yakınlarını uzun bir süre ölüm kavramı ile yaşamak zorunda bırakırken; zamansız ölümler, özellikle de seçilen yöntem intihar olduğunda hayatta kalanlara kendine özgü bir bedel ödetir. Hangi yaşta olursa olsun her birey her an ölümlerle karşılaşabilir. Zamanında ölüm kavramı ise subjektiftir. Her kişiye göre değişir, bazı yaşlı bireyler ölümü kabullenir ama çoğu yaşlı hasta ölümü zamanından erken bulur (75).

20. yüzyılda gerçekleşen bilimsel ve tıbbi ilerlemeler, yaşamı uzatıp kolaylaşmasını sağlarken, ölümü güçleştirmiştir. Biyomedikal ve klinik tıptaki ilerlemeler, birçok hastalığın önlenmesini ya da tedavisini olanaklı hale getirmiştir. Çocukluk çağlarında görülen bir çok hastalık, beslenme, bağışıklama ve sanitasyon gibi önlemlerle öldürücü olmaktan çıkmıştır. Teknolojideki gelişmeler, daha önceleri ölen prematüre bebeklerin artık yaşamasını sağlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerindeki gelişmeler ise, daha önceleri hastalık ya da sakatlık nedeniyle

bağımlı yaşam sürdüren bireylerin, bağımsızlaşmasına ve üretken olmasına zemin hazırlamıştır. Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler daha önceden insanların kısa sürede ölmelerine neden olan birçok hastalıkta yaşam sürelerinin uzamasını sağlamıştır. Ancak insanların yakında gerçekleşeceğinden korktukları ölümden korunma yolu olarak gördükleri tedaviler, bazen hastalar için işkence halini alabilmektedir. Ameliyat, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemleri aynı zamanda hastanın acı çekmesine de yol açmaktadır. Hasta bir yandan acı çekmek istemezken, diğer taraftan yaşam süresinin uzamasını da arzulamaktadır. Ayrıca sevilen bireye, tıbbi müdahaleler ve değişik araçlarla acı çektirilmesi, başarı şansı çok düşük olmasına karşın resüsitasyon uygulanması aile üyelerinde öfke ve keder duygularına yol açmaktadır (26, 75, 111, 117).

Ölüm, yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmeler ölümü kişisel ve spiritüel bir olay olmaktan çıkarıp mücadele edilmesi gereken tıbbi bir olay haline getirmiştir. Bu durum, ölümün gerçekleşmesinin tıbbi başarısızlık olarak yorumlanmasına ve sağlık profesyoneli tarafından suçluluk yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Sonuç olarak, hem toplum hem de sağlık personeli, ölümü inkar etme ve ölecek bireyleri hasta bireyler olarak tedavi etme çabası göstermektedir. Ölüm, normal yaşamın bir parçası olarak evde yaşamaktansa hastanelerde değişik müdahalelerle geciktirilmeye çalışılmaktadır (26).

Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması yaşam sonu bakımın temel hedefini oluşturmaktadır. Bu bağlamda yaşam sonu bakım, insanların fiziksel niteliklerinde değil içlerinde var olan onuru sözlerle ve davranışlar yoluyla ileten; insanların kaçınılmaz fiziksel kayıpları ile başa çıkarken bütünlüklerini korumalarına yardım eden ve ölmekte olan kişileri onurlandıran ve koruyan bakım olarak tanımlanabilir (40, 75, 111, 117).

İnsanlar uzun ve memnun kaldıkları kaliteli bir yaşam sürmeyi isterler. Yaşam kalitesi, fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal yönden bireyin algıladığı iyi olma halidir. Kaliteli ölüm kavramı ise, terminal hastalığı olan ya da yakında ölmesi beklenen bireylerin yaşam deneyimlerine odaklanır. Bu bireyler için fiziksel yönden tam iyileşme mümkün olmadığından spiritüel iyilik hali, dostlukları ve değerli

olduğunu hissetmek daha anlamlı olabilir. İyi bir ölüm; hastalar, aileleri ve bakım vericilerin gereksiz stresten kaçınmaları, acı çekmemeleri, hasta ve aile isteklerinin dikkate alınması, klinik, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımı içerir. Bazı insanlara göre iyi bir ölüm, sevdiği insanlarla birlikte olup, onlara hoşçakal deme fırsatı bulabilmektir. Bazı insanlara göre saygılı ve becerikli bakım alma, bazılarında göre bağımlı olmadan, ağrı, inkontinans, delirium yaşamadan ve travmatik tedavi müdahalelerine maruz kalmadan ölmek, onurlu ölüm olarak kabul edilir. Bazıları, daha uzun yaşama, sevdikleri ile birlikte olma ve onlara hoşça kal deme fırsatına sahip olmalarına rağmen, erken ölümü tercih edebilirler. Kötü ölüm ise, gereksiz acıların yaşandığı, hasta ve ailesinin istek ve değerlerinin önemsenmediği, hasta ile ilgili bireylerin bazılarının suçluluk duygusu yaşadığı, ihmal, şiddet, istenmeyen ve duyarsız tedavilerin zorla uygulandığı durumu yansıtır (13, 26, 108).

Yaşam sonu bakım, tedavi seçeneklerinin azalması, prognoz giderek kötüleşmesi, ağrı ve diğer semptomların kontrolünün yetersiz kalması, gerekli teknik desteğin sağlanamaması ve bu alana ilişkin gelişmiş bakım planının sınırlılığı nedeniyle çoklu sorunları beraberinde getirmektedir. Yaşam sonu bakımın karmaşık yapısı bu dönemde kaliteli bakımın nasıl sağlanabileceği konusunda sıkıntı yaratmaktadır (108).

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek oldukça zor bir görev diğer taraftan da çok özel bir deneyimdir. Şüphesiz ölüm gerçeği ile yüzleşmek gerek hasta ve ailesi gerekse sağlık profesyonelleri için travmatik olabilmektedir. Ancak güç olan bu dönemi, gelişmek ve olgunlaşmak için bir fırsata dönüştürebilmek önemlidir. Bireyselleştirilmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım her hasta için gereklidir, fakat ölmekte olan bir hasta için birlikte olmak için başka bir şans olmadığından daha da değerlidir. Bu nedenle yaşamlarının son deneyiminde ölmekte olan hastaların nitelikli bakım almaları sağlanmalıdır. Bu bakımı sağlayacak hemşirelerin, yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme aile tepkilerini anlamaya ve onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazırlanması gerekmektedir (18, 53, 94).

Ölümcül hastanın bakımını üstlenen hemşireler de, hasta ve ailesine benzer şekilde korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik yaşarlar. Tüm bunların yanı sıra hemşire için bakım verdiği hastanın kaybı başarısızlık ve

yetersizlik duygularını da beraberinde getirir. Sağlık profesyonelleri, hastanın ölümcül hastalık tanısı kesinleştiğinde inkar yaşarlar. İnkâr, bir süre rahatlama sağlar ancak bu evrede sağlık profesyoneli hastanın yalnızca hastalığını tedavi etmeye ve teknik işlemleri gerçekleştirmeye odaklandığı için, bakımın diğer boyutları eksik kalır. Ayrıca, hastanın yakında ölebileceğini inkar eden sağlık profesyoneli, hastalık tedavi edilemeyecek durumda olsa da ısrarla tedaviyi sürdürebilir. Bütün bunlar, hastanın daha fazla acı çekmesi ile sonuçlanır (23, 26).

Sağlık profesyonelleri, hastanın bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Bu korkunun yersiz olmadığı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hasta ve ailesinin duygusal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını göstermiştir (18, 46, 50, 87). Sağlık profesyonellerinin kendilerini yetersiz ve başarısız olarak görmeleri, suçluluk yaşamalarına yol açabilir. Oysa, ölümcül hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesi, hastayı uzun süre yaşatmak değil, mümkün olduğunca acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (23, 26). Hastanın, uygulanan tedavi ve bakıma olumlu yanıt vermemesi ve hastalığın giderek kötüleşmesi, sağlık profesyonellerinin hastaya öfkelenmesine yol açabilir. Ayrıca sağlık profesyonelleri hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için kendilerine de öfke duyabilirler (26).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, sağlık profesyonellerinin birçok alanda bilgi ve beceri sahibi olmasını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmanın temelinde, sağlık profesyonellerinin ölüm ve ölümcül hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin iç görü kazanmaları yatar. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen sağlık profesyonelleri, ölümcül hasta ve ailesinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtırlar (26, 35, 50, 75).

Ölümcül hastalara bakım vermek, çok değişik ve güçlü stresörleri beraberinde taşır. Bu nedenle sağlık elemanlarının etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri ve destek kaynaklarından yararlanmaları gereklidir. Aksi halde, bakım verdiği insanların sürekli kayıplar yaşadığını gören ve onların ölümü ile kayıp

yaşayan sağlık profesyonellerinin bir süre sonra tükenmeleri kaçınılmaz hale gelir (18, 26, 111).

Her ne kadar hemşire yaşam sonu bakım konusunda iyi donanmış olsa da zaman zaman yoğun çalışma koşulları onu zorlayabilir. Bu nedenle hemşirenin ölümcül hastalığı olan kişiye bakım vermenin zorluğu ile baş etmesinde, iş çevresinin destekleyici olması önemlidir. Destekleyici iş ortamı oluşturma amacıyla, hemşireler için psikososyal sorunlara yönelik seminerler, kurslar ve konferanslar düzenlenebilir. Klinikte düzenli şekilde yapılan toplantılar, hemşirelerin kendi duygularını ifade edebilecekleri ve sorunlarına ilişkin yeni görüşler geliştirebilecekleri destekleyici bir ortam sağlar. Bu toplantılar sayesinde hemşireler benzer duyguların başka hemşireler tarafından da hissedildiğini anlayarak kendi duygularını daha kabul edilebilir bulurlar (23, 26, 75).

Bu nedenle ölmekte olan hasta ve ailelerine bakım verenlere yani yardım edenlere yardım etmek önemlidir. Bu yardım çoğunlukla iş ortamındaki uygun bağlantılar içinde ve bir grup ortamında yapılmalıdır. Çalışma ortamında destekleyici bir çevrenin oluşturulması ve stres kaynaklarının tanımlanması önemlidir. Destekleyici bir çevrede;

- Gerçekçi olmayan duygular ve istekler yerine duygusal gerçekleri açığa çıkaran ve kabullenmeyi sağlayan liderleri vardır,
- İzolasyonu önleyen, yedekleme sağlayan ve yeri doldurulamazlık duygularını engelleyen bir ekip çalışması yaklaşımı vardır,
- Zor vakaların, ortaya çıkan etik ve varoluşsal sorunların tartışıldığı vaka toplantıları ve seminer toplantıları yapılır,
- Yargılanmadan psikolojik destek sağlanır (75).

Psikolojik alan söz konusu olduğunda ise, klinisyenlerin duygusal tepkilerini tanımayı ve kabul etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Bu konuda meslektaşların yardımı olabilir ancak daha inatçı ve sorun yaratıcı durumlarda psikiyatrik konsültasyon ya da danışmanlık sağlanmalıdır. Son zamanlarda bu becerilerin bazıları, iletişim becerilerini öğreten eğitim programlarında, yaşantısal programlar yoluyla geliştirilse de ideal olanı bu becerilerin temel eğitimin bir parçası haline getirilmesidir (18, 35, 75).

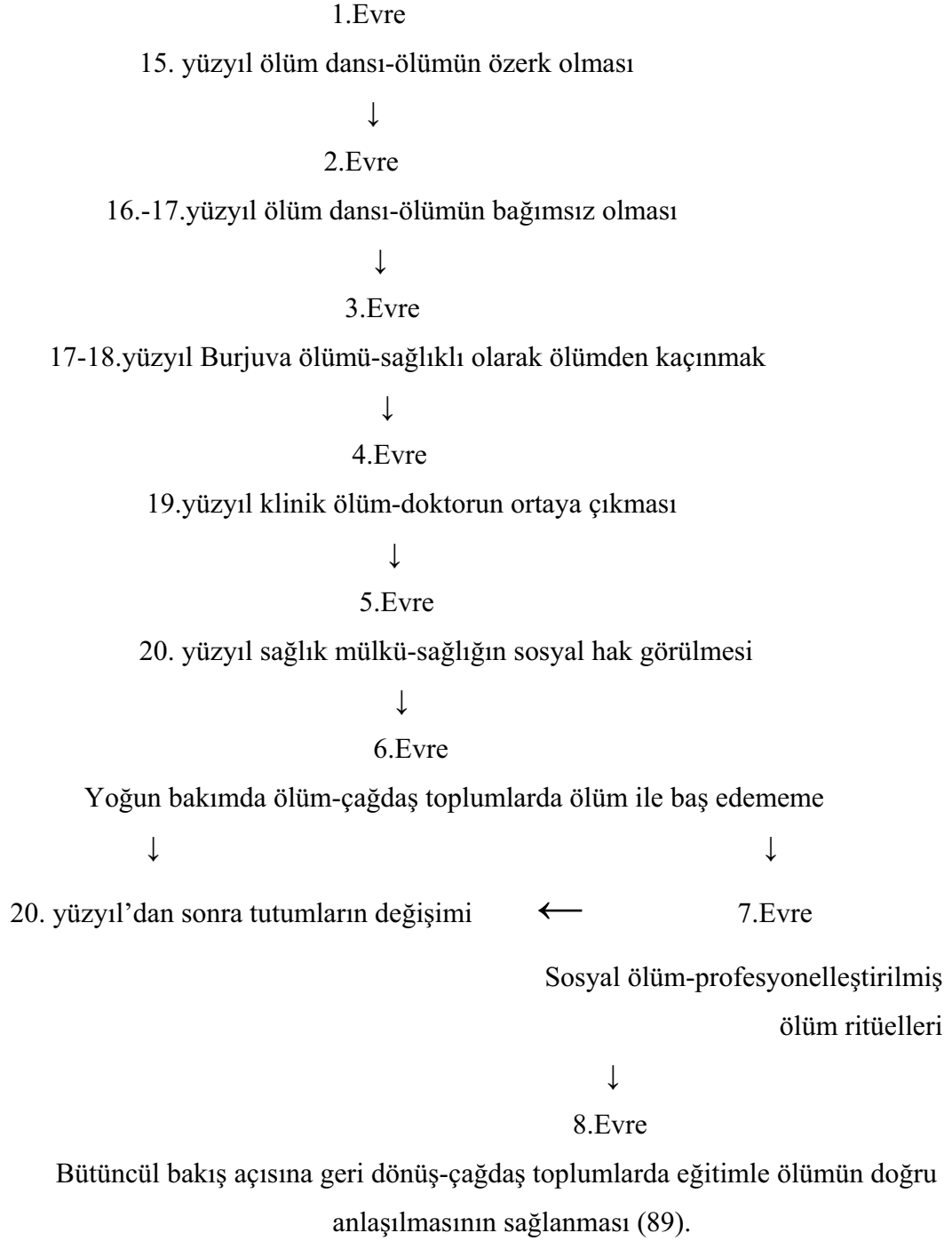
Ölmekte olan hastanın bakımı hemşirenin fiziksel ve duygusal enerjisini çok fazla tüketiyor gibi gözükse de aynı zamanda onların bakım bilgisini, yeteneğini ve sezgisini geliştirmek için de bir fırsat sağlar. Ölen hasta ve ailesiyle yaşanan deneyimler hemşire için ilham verici olabilir ve iyi bir yaşam sonu bakımında hemşireler sıklıkla verdiklerinden daha fazlasını aldıkları duygusunu yaşarlar.

Sağlık profesyonellerinin becerilerini geliştirmeleri ve konu ile ilgili eğitilmeleri kadar sistemin de yaklaşımını yeniden gözden geçirmesi gerekmektedir. Sağlık bakım sisteminin hastanın bakımı konusundaki çarpıtılmış algılarını fark edip, bunları gerçekçileriyle değiştirmesi önemlidir. Hastanın fiziksel ihtiyaçları kadar sosyal, duygusal ve spiritüel ihtiyaçları da göz önünde tutulması gerektiği bilinmektedir. Çünkü bireysel iyi oluş sadece fiziksel iyilik değil, duygusal, sosyal ve spiritüel olarak algılanan iyi olma halidir.

## **2.9. ÖLÜM EĞİTİMİ (DEATH EDUCATION)**

Modern toplumlar 20. yüzyılın ilk yarısından sonra ölüm ile ilgili ritüellerini kaybetmişlerdir. Bunun sonucunda hastalar ve sağlık profesyonelleri ölümün kaçınılmazlığı ile baş edemez hale gelmişlerdir. Günümüz modern toplumlarında artık ölümlerin büyük bir çoğunluğu hastanelerde gerçekleşmektedir. Bu durum, bir taraftan ölümü genel toplumdaki izole ederken diğer taraftan tüm duygusal yükünü sağlık profesyonellerine yüklemektedir. Gelişmiş toplumlarda ölüm; bilinmeyen korkusunun yaşandığı, yadsınan, reddedilen ve karşı konulan bir olgudur. Bu toplumun bir üyesi olarak sağlık profesyonelleri de ölmekte olan hastalara nasıl yardım edeceklerini bilememekte ve onlarla destekleyici bir ilişki kurmada yetersiz kalmaktadırlar. Yaşam sonu bakım ve ölmekte olan hasta ile iletişim hemşirelere eğitimleri sırasında yeterince öğretilememektedir. Ölüm gerçeği birçok hastalığın doğal sonucu olarak geliştiğinde ise hemşireler bu durumda nasıl davranacaklarını bilememektedirler (53, 62, 83, 89, 103).

### Sweeting ve Gilhooley'in Paradigması



O'Gorman'ın aktardığına göre; Sweeting ve Gilhooley'in paradigmasında görüldüğü gibi, tarihsel süreç içinde ölüm olgusunun yaşanan değişim ona ilişkin tutumları da belirlemiştir. 19. ve 20. yüzyılda gelişen teknolojinin yardımıyla ölüm bir hastalık gibi algılanmaya ve mücadele edilmesi gereken bir durum olarak görülmeye başlanmıştır. Bunun sonucunda ölüm sürecinde sağlık profesyonelleri

daha fazla sorumluluk almakta, ölümlerin çoğu hastanelerde hastalığı tedavi etmeye çalışırken gerçekleşmektedir. Ancak günümüzde gelinen noktada, bütüncül bakış açısının yeniden kazanılmaya başlanmıştır. Artık sağlık profesyonellerinin eğitimleri sürecinde hastaların yalnızca fiziksel iyi oluşlarına değil, psikososyal ve spiritüel iyilik hallerine de gereken önemi vermelerinin gereği anlatılmaktadır. Tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ise hastanın ölümünü huzur içinde karşılamasına yardımcı olmanın yolları aranmalıdır. Günümüzde otoritelerin desteklediği yaklaşım, bilinçli ölümün sağlanmasıdır. Bunun anlamı, yaşamın bir parçası olarak ölümü kabul etmek ve ölümlerle barışmaktır. Yaşam sürecinin son aşaması olması nedeniyle bu evre sonuna kadar anlam dolu ve bilinçli yaşanmalıdır. Hemşirelerin terminal dönemdeki hastalara yardım edebilmeleri için bütüncül bakım içeriğini geliştirmeleri gerekir. Bunun için hemşirenin, hemşireliğe ait; saygı, içtenlik ve atılganlık gibi özel becerilerini geliştirmeleri önemlidir (89, 103).

Bakımın niteliğinin daima teknik zorluklarla orantılı olduğuna inanılır. Hemşirenin ölmekte olan hastaya karşı tutumlarını desteklemenin hiçbir teknik zorluğu yoktur ancak insancıl zorluğu vardır. Burada ihtiyaç duyulan öncelikli bilgi, hemşirelerin ölmekte olan hastaya karşı tutumlarının ne olduğu ve bunun nasıl değerlendirilebileceğidir. Birçok çalışma terminal dönemdeki hastalara karşı hemşirelerin olumsuz tutumları olduğunu göstermektedir. Olumsuz tutumların değiştirilebilmesi için, temel hedefi duygusal gelişimi desteklemek olan ölüm eğitimi ve farkındalık programlarına gereksinim vardır (22, 80, 83, 103).

Birçok hemşire çalışma alanı gereği ölüm ile karşılaşmaktadır. Buna karşın bazı hemşirelik okullarının yaşam sonu bakım konularına yeterince yer verilmemektedir. Araştırmalar mevcut yaşam sonu bakımın orta ya da kötü düzeyde olduğu göstermektedir. Araştırmalara katılan hemşirelerin yaklaşık yarısı, ölüm yaklaştığında hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılamada kendilerini yetersiz bulmuşlardır (28, 120). Bu durum sağlık profesyonellerinin ölüme ilişkin eğitim gereksinimlerinin olduğunu ve bu konuya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesinin gereğini ortaya koymaktadır.

Ölüm eğitimi 1960'lı yılların sonunda tartışılmaya ve araştırılmaya başlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin ölüme ilişkin eğitimlerini, bilgi ve tutum olarak ayırt etmesi gerekmektedir. Yaşam sonu bakım sunanların ölüme ilişkin

tutumlarının, sahip oldukları bilgiye rağmen sundukları bakımı nasıl etkilediğini fark etmeleri önemlidir. Çünkü ölüm gibi insan yaşamını derinden etkileyen bir konuda tek başına bilişsel bilginin davranışı belirleyici olması mümkün değildir. Bu nedenle ölüme ilişkin eğitimler sadece bilgi aktarmak şeklinde değil, aynı zamanda bireysel tutumların açığa çıkarıldığı, farkındalık geliştirici şekilde düzenlenmelidir (28, 31, 125).

Ölüm eğitimi kavramı ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde tanımlanmış olmakla birlikte, Kanada ve İngiltere'de de benzer şekillerde düzenlenmiştir. Bu ülkelerde ölüm eğitimi fakültelerin müfredat programlarının tüm yıllarına entegre edilmiş bir şekilde, fakültenin kendi öğretim üyeleri tarafından verilmektedir. Araştırmaların deneyim temelli öğrenmenin didaktik öğrenmeye göre daha üstün olduğunu ortaya koymasına rağmen halen bir çok okulda rol oynamanın, makale yazmanın ve klinik deneyimin az olduğu yöntemler uygulanmaktadır (28, 31).

Mevcut ölüm eğitimi programlarından eğitim almış sağlık profesyonellerinin ölmekte olan hasta ve ailesiyle çalışmakta halen zorlandığı ve sağladığı bakımın yetersiz olduğu bilinmektedir. Bu bilgi ölüm eğitimi müfredatlarının değiştirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Gelecek müfredat programlarında, öncelikle ölüme yönelik tutumlar ve ölüm kaygısı gibi bireysel farkındalığı artıracak uygulamaların yer alması gerekmektedir. Ayrıca böyle bir eğitimin sadece didaktik değil klinik deneyimle zenginleştirilmesi yararlı olacaktır. Mevcut programların çok azı ölmekte olan kişi ve ailesiyle deneyime yer vermektedir. (28, 125).

Herman Feifel, ölüm eğitimi programlarını tartışan ilk modern ölüm eğitimcisidir. Feifel ölüm eğitiminin disiplinler arası bir konu olduğunu ve içinde felsefeci, bilim insanı, sağlık profesyoneli ve eğitimcinin yer aldığı bir çalışma alanı olması gerektiğini ifade etmiştir. Feifel'e göre insancıl bakış açısının önemli olduğu ölüm eğitimlerinin hedefleri; bilgi edinme, farkındalık ve gelişim, değerlerin açıklanması, anlamlar ve ölüme yönelik tutumların belirlenmesi olmalıdır. Ölüm hakkında gelişmiş bilgi, ölmekte olan kişilere uygun bakım vermede önemlidir. Böylece ölmekte olan kişi ve ailesi daha iyi anlaşılabilir (31, 34, 125).

Sağlık profesyonelleri için ölüme ilişkin eğitiminde öncelik, bütüncül bakış açısının sağlanması ve bireysel farkındalığın artırılması olmalıdır. Bireysel tutumların farkında olunmasının ve ölmekte olan kişinin anlaşılmasının yanı sıra

uygulama becerilerinin de önemi unutulmamalıdır. Özellikle son dönemde semptom kontrolü ile ilgili gelişmeler ve fiziksel rahatlığın sağlanabilir olması bu hastalarla iletişimi kolaylaştırmıştır. Artık hastanın fiziksel rahatlığı kolaylıkla sağlanırken psikososyal gereksinimlerini karşılamamanın önemi anlaşılmıştır.

Sağlık eğitiminin her düzeyinde ölüme ilişkin eğitimin yetersiz olduğu bilinmektedir. Dickinson uzun zaman tıp, hemşirelik ve diğer sağlık bilimlerinde ölüme ilişkin eğitimi gözlemiştir. Ölüm eğitimi müfredatlarda 1970'li yıllarda oldukça az yer alırken, 1990'lı yıllarda eğitim içine entegre edilmiştir. Ancak yine de gerek tıp gerekse hemşirelik eğitiminde ölüme ilişkin eğitimin yeterli olduğunu söylemek güçtür. Ölüm eğitiminde son zamanlarda eleştiriliyor olmasına rağmen halen Kubler-Ross'un teorisi kullanılmakta ve ölüm eğitimlerini psikiyatrist, sosyal çalışan ve hemşireler vermektedirler. 1995 yılından bu yana bu eksiklikleri gören hemşirelik ve tıp birlikleri yaşam sonu bakım eğitim programlarının geliştirilmesini önermektedirler (125).

Ölüm eğitimi programları son yıllarda sadece sağlık alanında değil üniversitelerde ve kolejlerde de verilmeye başlanmıştır. Farklı yapılarda düzenlenen eğitim programlarının etkisi sıklıkla karşılaştırılmış bu eğitimlerin bireysel farkındalık ve gelişim ile ölüm kaygısı üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Uygulanan ölüm eğitimi programlarının farklı yapısı ve kişilerin ölüme verdikleri farklı anlamlar katılımcıların bu programlardan farklı şekillerde etkilenmelerine neden olmaktadır (64).

Ölmekte olan hastaya bakım vermek duygusal olarak acı veren, üzüntülü ve bazen tehdit edici bir deneyimdir. Ölümle yüzleşmek kolay değildir. Ölen hastaya bakım verirken korku, üzüntü, düş kırıklığı, anksiyete gibi duygular hissedilmektedir. Eğer hemşirenin kendi ölüm kaygısı fazla ise bu, ölüm hakkında konuşmakta ve ölmekte olan hasta ile birlikte olmakta isteksizlik yaratabilir. Yaşam sonu bakımda hemşireden, hastanın ailesine destek olması, psikososyal iyi oluşluklarını sürdürmelerine yardım etmesi beklenir. Bu beklentinin karşılanması yalnızca hemşire nitelikli bir eğitim ile hazırlandığında, iyi kişilerarası becerilere ve baş etme stratejilerine sahip olduğunda mümkündür.

### 3. BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, ölüme ilişkin eğitim programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmek amacı ile tek grupta ön test son test desenli müdahale araştırması olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastaneleri'nde terminal dönemdeki hasta bakımının verildiği klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu klinik ve üniteler; İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nden Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi, Bölüm 23 (Adölesan), Bölüm 22 (Onkoloji), Bölüm 31 (Beyin Cerrahi), 33 (Kalp Damar Cerrahi), 36 (Yeni Doğan Cerrahi), 37 (Yeni Doğan), 38 (Enfeksiyon), 39 (Yeni Doğan) ve Onkoloji Hastanesinden; Bölüm 91 (Dahiliye), 92 (Pediatri), 93 (Dahiliye), 94 (Onkoloji), 95 (Hematoloji) Klinikleridir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri yataklı kliniklerinde hemşireler 3 shift/vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Araştırma kapsamındaki klinik ve ünitelerde çalışan hemşireler hasta ve ailesine doğrudan bakım sunmakta, planlanan tedavinin etkin şekilde gerçekleştirilmesinde diğer ekip üyeleri ile birlikte sorumluluk almaktadırlar.

İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi 300 yatak kapasitesi ile her yıl 150,000 hastaya ayaktan, 5000 hastaya ise yatarak tedavi imkanı sağlamaktadır. Hacettepe Onkoloji Hastanesi, Temel Onkoloji, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Çocuk Onkolojisi, Radyoloji, Nükleer Tıp, Kemik İliği Nakli, Aferez Ünitesi ve Biyokimya Laboratuvarı ile ayaktan ya da yatarak tedavi hizmeti sunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinden Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi, Bölüm 23 (Adölesan), Bölüm 22 (Onkoloji), Bölüm 31 (Beyin Cerrahi), 33 (Kalp Damar Cerrahi), 36 (Yeni Doğan Cerrahi), 37 (Yeni Doğan), 38 (Enfeksiyon), 39 (Yeni Doğan) ve Onkoloji

Hastanesinden; Bölüm 91 (Dahiliye), 92 (Pediatri), 93 (Dahiliye), 94 (Onkoloji), 95 (Hematoloji) Kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Örnekleme büyüklüğü hesaplamasında NCSS (Number Cruncher Statistical System) – PASS (Power Analysis and Sample Size) programı kullanılmıştır. Bu program yardımıyla iki eş arasındaki farkın çözümlenmesi için gerekli kişi sayısı;  $\alpha = 0.05$  ve güç = 0.90 olacak şekilde, Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden beklenen farklılık 10 puan olmak üzere en az 31 kişi olarak saptanmıştır.

Araştırma, ilgili kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 45 hemşire ile yapılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın, Hacettepe Üniversitesi Erişkin, Onkoloji ve Çocuk Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerle yapılması planlanmıştır. Ancak hemşire sayısının yetersizliği nedeniyle çalışma koşullarının düzenlenememesi sonucunda Erişkin Hastanesi'nde araştırmaya katılmayı sağlayacak sayıda hemşireye ulaşılamamıştır. Bu nedenle Erişkin Hastanesi'nde çalışan hemşireler araştırmaya dahil edilememiştir.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri aşağıda yer alan ölçekler ve araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi formu kullanılarak toplanmıştır.

**3.5.1. Hemşire Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hemşireler hakkında tanıtıcı özellikleri, hemşirelerin ölüm deneyimini ve ölüme verdikleri anlamı araştıran sorulardan oluşmaktadır (EK 1).

**3.5.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği:** Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması Yıldız ve Karaca tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa değeri 0.84 olarak bulunmuştur. 25 sorudan oluşan 5'li likert tipi ölçekte ölüm kaygısı; fiziksel ve ruhsal fonksiyonları kaybetme kaygısı, öte dünya ile ilgili kaygılar, çürüme ve bozulma ile ilgili kaygılar ve ölüm süreci-acı ve ızdırap çekme ile ilgili kaygılar olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 75'dir. Ölüm kaygısı puanının düşük (25-35 puan) ya da yüksek (65-75 puan) düzeyde olması olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Ölçek, ülkemizde yapılan bir çok çalışmada kullanılmıştır (EK 2). (32, 58, 114, 115).

**3.5.3. Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği:** Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği, Templar ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması, Yaparel ve Yıldız tarafından yapılmış, Cronbach alfa değeri 0.74 olarak bulunmuştur. Ölçek, ölümle ilgili yaşanan depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet ve keder gibi duygu durumlarını ölçmeyi amaçlayan, doğru ve yanlış olarak kodlanabilen 17 maddeden oluşmaktadır. Uygulama sonrası en az 0, en çok 17 puan alınabilmektedir. 0-8 arası puan depresif duygu durumunun olmadığını, 8-17 arası puan ise depresif duygu durumunun varlığını göstermektedir. Ölçek ülkemizde yapılan bir çalışmada kullanılmıştır (EK 3). (54, 129).

**3.5.4. Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği:** Şenol ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin maddeleri ötenazi (soru 1, 2, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 29), ölüm (soru 4, 13, 15, 17, 20, 23, 25, 27, 30) ve ölümcül hastaya ilişkin tutumları (soru 3, 7, 8, 10, 11, 24, 28, 31) sorgulamaktadır. Dört basamaklı likert tipi ölçek; tümüyle katılıyorum, kısmen katılıyorum, pek katılmıyorum ve hiç katılmıyorum şeklinde cevaplanan 31 maddeden oluşmaktadır. Bu basamaklar sırasıyla 1, 2, 3, 4 puan almaktadır. Ancak ölçek maddelerinden 14’ü (3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 24 ve 27 nolu maddeler) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 31, en fazla 124 puan alınmaktadır. Toplam puandaki artış ötenazi ve ölümcül hastaya ilişkin tutumda olumsuzluk olarak değerlendirilmektedir. Ölçek ülkemizde yapılan araştırmalarda kullanılmıştır (EK 4). (92, 112).

### **3.6. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından geliştirilen ölümle ilişkin eğitim programının içeriğini ve hemşire bilgi formunun işlevliğini değerlendirmek amacıyla Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nin izniyle, 13 Şubat – 5 Nisan 2007 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır (EK 7). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde çalışmakta olan 10 hemşirenin katılımıyla haftada bir kez, toplam 7 oturum şeklinde gerçekleştirilen ön uygulamanın sonucunda eğitim içeriğinde ve hemşire bilgi formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Ölümle ilişkin eğitim programı, 1 Mayıs 2007 tarihinden itibaren araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden oluşturulan gruplarla uygulanmaya

başlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ile işbirliği içinde, araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelerin çalışma saatlerinde düzenlemeler yapılarak eğitim programının oturumlarına katılabilmeleri sağlanmıştır (EK 5).

Haftada bir kez ve toplam 7 oturumdan oluşan eğitim programının her bir oturumu; oturumun başlığı çerçevesinde ve belirlenen amaçlar doğrultusunda 90 dakika süreyle, Onkoloji ve Çocuk Hastaneleri'nin toplantı salonlarında gerçekleştirilmiştir. Her bir grubun ilk oturumunda hemşirelere Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon, Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçekleri uygulanmıştır. Son oturumda veri toplama araçları katılımcılara tekrar uygulanmıştır.

Yarı yapılandırılmış oturumlarda, grup üyeleri tarafından öncelikle bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılmış ardından oturumun başlığı çerçevesinde grup süreci sürdürülmüştür. Araştırmacı, oturumun gündemine ilişkin bilgi içeriğini interaktif öğretim teknikleri kullanılarak ve grup üyelerinin katılımını sağlayarak aktarmıştır. Oturumlar sırasında her bir grup üyesi gündeme ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşabilmiş, bu konuda zorluk yaşayan üyeler grup üyeleri tarafından desteklenerek cesaretlendirilmiş, üyeler grup üyelerine ya da araştırmacıya sorular sorabilmiştir. Oturumlar içinde yer alan etkinliklerle üyelerin konuya ilişkin spontan yanıtları değerlendirilmiş, verilen ev ödevleriyle konu üzerinde daha uzun süreli düşünmeleri sağlanmıştır.

7 oturumluk eğitim programı; tanışma ve grup kurallarının belirlenmesi, sağlık çalışanları açısından ölüm olgusu ve yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimlerin paylaşılması, yaşam sonu bakım ve bileşenleri, hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken yaşadığı güçlükler, ölüme ilişkin bireysel farkındalığın artırılması, film gösterimi (Bensiz Hayat) ve ölüme ilişkin olumlu tutumların geliştirilmesi konularını içermektedir. Programda yer alan oturumların içeriği ekler bölümünde verilmiştir. Her bir oturumda ortalama 8 hemşire yer almış, eğitim programının uygulaması 1 Nisan 2008 tarihinde tamamlanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma tıbbi etik açıdan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur (EK 6).

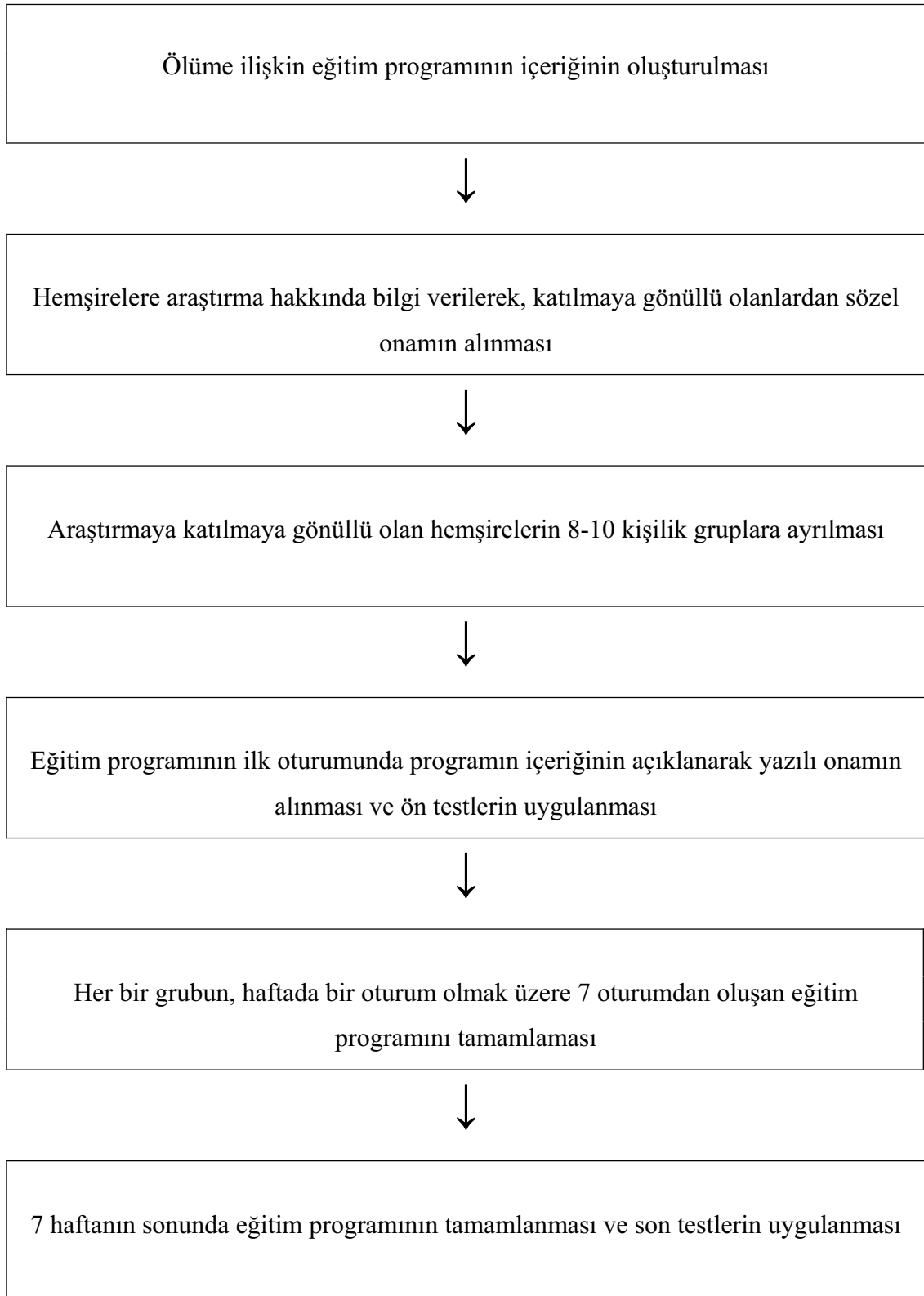
Araştırmanın yapılacağı Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk ve Onkoloji Hastaneleri'nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (EK 8,9).

Uygulamaya başlamadan önce hemşirelere araştırmanın amacı ve araştırma planına ilişkin bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK 10).

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel değerlendirmeler Statistical Package for Social Science (SPSS) 11.5 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ölçeklerden alınan ön test son test puanları t Testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca hemşirelerin yaşları, çalıştıkları klinikler ve çalışma yılları üzerinden yapılan gruplamalarda grup içi karşılaştırma Wilcoxon İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, gruplararası karşılaştırma ise ikili gruplarda Mann Whitney U, üçlü gruplarda Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmiştir (5, 95, 100).

### Araştırmanın Uygulama Akış Çizelgesi



#### 4. BULGULAR

**Tablo 1. Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler**

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
22-28 yaş	23	51.1
29-35 yaş	10	22.2
36-45 yaş	12	26.7
<b>Eğitim</b>		
SML	2	4.4
Önlisans	2	4.4
Lisans	37	82.2
Yüksek Lisans	4	8.9
<b>Çalışma Yılı</b>		
1-3 yıl	33	73.3
4 yıl ve üzeri	12	26.6
<b>Çalışılan Klinik</b>		
Pediatri	27	60.0
Onkoloji	18	40.0
<b>Ölüm Deneyimi</b>		
Var	36	80.0
Yok	9	20.0
<b>Ölüme Verilen Anlam</b>		
Ayrılık	12	26.7
Yaşamın Son Bulması	15	33.3
Yeni Bir Yaşamın Başlangıcı	7	15.6
Yok Oluş	11	24.4
<b>Ölümcül Hastayla Çalışırken Yaşanan Güçlükler</b>		
Çaresizlik/Yardım Edememe	4	8.9
İletişim Sorunları (hasta ve yakınları ile nasıl konuşacağını bilememe, sorulan sorulara nasıl yanıt vereceğini bilememe vb.)	41	91.1
<b>Ölümcül Hastayla Çalışmanın Hemşire Üzerindeki Etkileri</b>		
Duyarsızlaşmak	8	17.8
Doyum/Motivasyonun Azalması	6	13.3
Olumsuz Duygusal Yük	31	68.9
<b>Toplam</b>	45	100.0

Tablo 1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamında Pediatri ve Onkoloji Kliniklerinde çalışan hemşirelerin yarısı (% 51.1) 22-28 yaş arasında, %82.2’si lisans mezunu ve %73.3’ü 1-3 yıl arasında çalışma deneyimine sahiptir. Hemşirelerin %80’i bakım verdikleri hastanın ölümüne tanık olduklarını ifade etmişler; ölümü; yaşamın sona ermesi (% 33.3), ayrılık (%

26.7), yok olmak (% 24.4) ve yeni bir yaşamın başlangıcı (% 15.6) olarak anlamlandırmışlardır. Hemşireler ölümcül hastayla çalışırken en çok iletişim kurmakta güçlük çektiklerini ifade etmişler, ölümcül hastayla çalışmanın kendilerini duygusal olarak olumsuz etkilediğini (%68.9), duyarsızlaşmalarına neden olduğunu (%17.8) ve doyum /motivasyonlarını azalttığını (% 13.3) söylemişlerdir.

**Tablo 2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları**

ÖLÇEKLER	Ön Test	Son Test	İstatistik	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	t	p
Ölüm Kaygısı Ölçeği	70.89 ± 6.322	49.60 ± 9.512	18.308	<b>0.001</b>
Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği	13.00 ± 2.739	8.16 ± 2.421	12.978	<b>0.001</b>
Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği	73.38 ± 6.415	72.93 ± 8.075	0.492	0.625

Tablo 2’de hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin eğitim öncesi 70.89±6.32 olan ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması eğitim sonrası 49.60±9.51 olarak belirlenmiştir ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 18.308, p= 0.01). Benzer şekilde hemşireler ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden, eğitim öncesi 13.00±2.73 ortalama puan alırken eğitim sonrası bu puan 8.16±2.42 olarak belirlenmiştir ve bu değişim de istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 12.978, p= 0.01). Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinde ise eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır (t= 0.492, p= 0.625).

**Tablo 3. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Hemşirelerin Yaşları	Ölüm Kaygısı Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
22-28 Yaş (N:23)	70.57 ± 7.73	50.17 ± 10.90	20.39 ± 9.30	Z= - 4.198 p= 0.001
29-35 Yaş (N:10)	70.80 ± 4.94	49.70 ± 9.52	21.10 ± 6.77	Z= - 2.805 p= 0.005
36-45 Yaş (N:12)	71.58 ± 4.42	48.42 ± 6.89	23.16 ± 5.20	Z= - 3.063 p= 0.002
Kruskal-Wallis Test	$\chi^2=2.931$ p= 0.231			

Tablo 3’de hemşirelerin yaşlarına göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası hemşirelerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış ( $p < 0.05$ ), puanlardaki bu azalma hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılık göstermemiştir ( $\chi^2=2.931$ ,  $p= 0.231$ ).

**Tablo 4. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Hemşirelerin Yaşları	Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
22-28 Yaş (N:23)	13.22 ± 3.05	7.91 ± 2.35	5.30 ± 3.09	Z= - 4.123 p= 0.001
29-35 Yaş (N:10)	13.20 ± 1.87	9.30 ± 1.88	3.90 ± 1.59	Z= - 2.848 p= 0.004
36-45 Yaş (N:12)	12.42 ± 2.81	7.67 ± 2.80	4.75 ± 1.60	Z= - 3.074 p= 0.002
Kruskal-Wallis Test	$\chi^2=3.869$ p= 0.144			

Tablo 4’de hemşirelerin yaşlarına göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Eğitim, ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmış ( $p < 0.05$ ), bu azalma hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılık göstermemiştir ( $\chi^2=3.869$ ,  $p=0.144$ ).

**Tablo 5. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Hemşirelerin Yaşları	Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
22-28 Yaş (N:23)	74.04 ± 6.89	73.26 ± 8.08	0.78 ± 4.34	Z= - 0.906 p= 0.365
29-35 Yaş (N:10)	73.60 ± 6.02	71.50 ± 6.81	2.10 ± 3.92	Z= - 1.437 p= 0.151
36-45 Yaş (N:12)	71.92 ± 6.03	73.50 ± 9.47	- 1.58 ± 9.45	Z= - 0.275 p= 0.783
<b>Kruskal-Wallis Test</b>	$\chi^2=1.133$ $p= 0.567$			

Tablo 5’de hemşirelerin yaşlarına göre ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Eğitim öncesi ve sonrasında ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim saptanmamış ( $p > 0.05$ ), bu ölçekten alınan puanlar hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılık göstermemiştir ( $\chi^2=1.133$ ,  $p= 0.567$ ).

**Tablo 6. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışılan Klinikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Pediatri (N:27)	70.70 ± 5.51	49.11 ± 10.99	21.59 ± 9.09	Z=- 4.542 p=0.001
Onkoloji (N: 18)	71.17 ± 7.53	50.33 ± 6.95	20.83 ± 5.54	Z=- 3.729 p= 0.001
<b>Mann-Whitney U Test</b>	Z=- 0.174 p=0.862			

Tablo 6’da hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Pediatri ve onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin eğitim sonrası ölüm kaygısı puan ortalamaları öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır (p= 0.01). Ölüm kaygısı ölçeğinde belirlenen bu değişim çalışılan kliniklere göre farklılık göstermemiştir (Z= -0.174, p= 0.862).

**Tablo 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışılan Klinikler	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Pediatri (N:27)	13.15 ± 2.74	7.96 ± 2.54	5.18 ± 2.82	Z= -4.560 p= 0.001
Onkoloji (N: 18)	12.78 ± 2.79	8.44 ± 2.25	4.33 ± 1.87	Z= - 3.648 p= 0.001
<b>Mann-Whitney U Test</b>	Z= - 0.802 p= 0.422			

Tablo 7’de hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamaları, eğitim öncesinden sonrasına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır ( $p= 0.01$ ), bu azalma çalışılan kliniklere göre farklılık göstermemiştir ( $Z= -0.802$ ,  $p= 0.422$ ).

**Tablo 8. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışılan Klinikler	Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Pediyatri (N:27)	73.44 ± 6.02	73.07 ± 6.88	0.37 ± 5.61	Z= - 0.471 p= 0.638
Onkoloji (N: 18)	73.28 ± 7.14	72.72 ± 9.80	0.55 ± 6.84	Z= - 1.305 p= 0.192
<b>Mann-Whitney U Test</b>				Z= - 0.511 p= 0.609

Tablo 8’de hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Ölümcül hastaya yönelik tutum ölçeği puan ortalamalarında gerek eğitim öncesi ve sonrasında ( $p > 0.05$ ), gerekse çalışılan kliniklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişim saptanmamıştır ( $Z= -0.511$ ,  $p= 0.609$ ).

**Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışma Yılları	Ölüm Kaygısı Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
1-3 Yıl (N:33)	70.39 ± 6.63	49.30 ± 9.61	21.09 ± 8.13	Z= - 5.014 p= <b>0.001</b>
4 Yıl ve Üzeri (N: 12)	72.25 ± 5.37	50.42 ± 9.59	21.83 ± 6.45	Z= - 2.201 p= <b>0.028</b>
<b>Mann-Whitney U Test</b>	Z= -0.682 p= 0.495			

Tablo 9’da hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Eğitim her iki grupta da ölüm kaygısı ölçeğinden alınan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış ( $p < 0.05$ ), bu azalma çalışma yıllarına göre farklılık göstermemiştir ( $Z = -0.682$ ,  $p = 0.495$ ).

**Tablo 10. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışma Yılları	Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
1-3 Yıl (N:33)	13.21 ± 2.79	7.97 ± 2.32	5.24 ± 2.77	Z= - 4.957 p= <b>0.001</b>
4 Yıl ve Üzeri (N: 12)	12.42 ± 2.61	8.67 ± 2.70	3.75 ± 2.43	Z= - 2.251 p= <b>0.024</b>
<b>Mann-Whitney U Test</b>	Z= - 0.816 p= 0.414			

Tablo 10’da hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamaları eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış ( $p < 0.05$ ), bu azalma hemşirelerin çalışma yıllarına göre farklılık göstermemiştir ( $Z = -0.816$ ,  $p = 0.414$ ).

**Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Ölümçül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Çalışma Yılları	Ölümçül Hastaya Tutum Ölçeği			Wilcoxon İ.E.Ö.T
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	
1-3 Yıl (N:33)	73.48 ± 6.79	72.33 ± 7.91	1.15 ± 4.52	Z= - 1.581 p= 0.114
4 Yıl ve Üzeri (N: 12)	73.08 ± 5.48	74.58 ± 8.62	- 1.50 ± 9.04	Z= - 0.315 p= 0.752
<b>Mann-Whitney U Test</b>				Z= -0.515 p= 0.607

Tablo 11’de hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölümçül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin ölümçül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları gerek eğitim öncesi ve sonrası ( $p > 0.05$ ) gerekse çalışma yıllarına göre farklılık göstermemiştir ( $Z = -0.515$ ,  $p = 0.607$ ).

**Tablo 12. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Etkilenme Biçimi	Ölüm Kaygısı Ölçeği			Wilcoxon İ.E.Ö.T
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	
Duyarsızlaşmak (N: 8)	68.75±8.53	48.88±7.43	19.87±5.35	<b>Z=-2.524</b> <b>p=0.012</b>
Doyum/Motivasyon Azalması (N: 6)	70.67±2.80	48.33±8.31	22.33±7.81	<b>Z=-2.201</b> <b>p=0.028</b>
Olumsuz Duygusal Yük (N: 31)	71.48±6.22	50.03±10.37	21.45±8.46	<b>Z=-4.861</b> <b>p=0.001</b>
<b>Kruskal-Wallis Test</b>	$\chi^2=0.817$ p= 0.665			

Tablo 12’de hemşirelerin terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerine göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Etkilenme biçimlerini; duyarsızlaşmak, doyum/motivasyon azalması ve olumsuz duygusal yük olarak ifade eden hemşirelerin tümü eğitim sonrası ölüm kaygısı ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır ( $p<0.05$ ). Bununla birlikte ölüm kaygısı ölçeğindeki değişim gruplar arasında farklılık göstermemiştir ( $\chi^2=0.817$ ,  $p= 0.665$ ).

**Tablo 13. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Etkilenme Biçimi	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Duyarsızlaşmak (N: 8)	12.38±3.58	8.25±2.25	4.12±2.23	<b>Z=-2.388</b> <b>p=0.017</b>
Doyum/Motivasyon Azalması (N: 6)	11.83±3.06	7.00±3.16	4.83±1.32	<b>Z=-2.226</b> <b>p=0.026</b>
Olumsuz Duygusal Yük (N: 31)	13.39±2.43	8.35±2.33	5.03±2.75	<b>Z=-4.880</b> <b>p=0.001</b>
<b>Kruskal-Wallis Test</b>	$\chi^2=0.515$ $p= 0.773$			

Tablo 13’de hemşirelerin terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Etkilenme biçimlerini; duyarsızlaşma, doyum/motivasyon azalması ve olumsuz duygusal yük olarak ifade eden her üç grupta da eğitim sonrası ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanırken ( $p<0.05$ ), gruplar arası değerlendirmede herhangi bir fark belirlenmemiştir ( $\chi^2=0.515$ ,  $p= 0.773$ ).

**Tablo 14. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimlerine Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Etkilenme Biçimi	Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Duyarsızlaşmak (N: 8)	72.25±8.13	71.13±8.65	1.12±3.56	Z=-0.848 p=0.396
Doyum/Motivasyon Azalması (N: 6)	74.67±5.61	72.00±6.98	2.66±7.20	Z=-0.944 p=0.345
Olumsuz Duygusal Yük (N: 31)	73.42±6.24	73.58±8.27	-0.16±6.38	Z=-0.541 p=0.589
<b>Kruskal-Wallis Test</b>				$\chi^2=0.934$ p= 0.627

Tablo 14’de hemşirelerin terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerine göre ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Eğitim sonrası her üç grupta da ölümcül hastaya tutum ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim ( $p>0.05$ ) görülmemiş, gruplar arasında da istatistiksel olarak herhangi bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=0.934$ ,  $p= 0.627$ ).

**Tablo 15. Hemşirelerin Ölüme Verdikleri Anlama Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Ölüme Verilen Anlam	Ölüm Kaygısı Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Ayrılık (N: 12)	73.42±5.88	51.50±7.50	21.91±6.93	<b>Z=-3.061</b> <b>p=0.002</b>
Yaşamın Son Bulması (N: 15)	69.53±5.01	48.07±8.31	21.46±7.06	<b>Z=-3.412</b> <b>p=0.001</b>
Yeni Bir Yaşamın Başlangıcı (N: 7)	72.57±5.50	51.57±10.32	21.00±9.84	<b>Z=-2.366</b> <b>p=0.018</b>
Yok Oluş (N:11)	68.91±8.22	48.36±12.76	20.54±9.24	<b>Z=-2.936</b> <b>p=0.003</b>
<b>Kruskal-Wallis Test</b>	$\chi^2=0.647$ $p= 0.886$			

Tablo 15’de hemşirelerin ölüme verdikleri anlama göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Ölüme verdikleri anlamı; ayrılık, yaşamın son bulması, yeni bir hayatın başlangıcı ve yok oluş olarak ifade eden hemşireler eğitim sonrası ölüm kaygısı ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır ( $p<0.05$ ). Gruplar arası yapılan değerlendirmede ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=0.647$ ,  $p= 0.886$ ).

**Tablo 16. Hemşirelerin Ölümüne Verdikleri Anlama Göre Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Ölümüne Verilen Anlam	Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Ayrılık (N: 12)	13.17±1.40	8.92±1.92	4.25±1.76	<b>Z=-3.086</b> <b>p=0.002</b>
Yaşamın Son Bulması (N: 15)	14.00±3.02	7.93±2.43	6.06±3.43	<b>Z=-3.424</b> <b>p=0.001</b>
Yeni Bir Yaşamın Başlangıcı (N: 7)	11.71±1.97	7.29±1.79	4.42±1.51	<b>Z=-2.375</b> <b>p=0.018</b>
Yok Oluş (N:11)	12.27±3.52	8.18±3.18	4.09±1.70	<b>Z=-2.848</b> <b>p=0.004</b>
<b>Kruskal-Wallis Test</b>				$\chi^2=3.237$ $p= 0.356$

Tablo 16’da hemşirelerin ölümüne verdikleri anlama göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. Tüm gruplarda eğitim sonrası ölümüne ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan alınırken ( $p<0.05$ ), gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak fark belirlenmemiştir ( $\chi^2=3.237$ ,  $p= 0.356$ ).

**Tablo 17. Hemşirelerin Ölüme Verdikleri Anlama Göre Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Ölüme Verilen Anlam	Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeği			
	Eğitim Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Eğitim Sonrası $\bar{X} \pm SD$	Değişim $\bar{X} \pm SD$	Wilcoxon İ.E.Ö.T
Ayrılık (N: 12)	76.42±4.73	76.50±9.28	-0.08±8.53	Z=-0.624 p=0.533
Yaşamın Son Bulması (N: 15)	72.67±6.17	71.40±6.87	1.26±4.65	Z=-0.826 p=0.409
Yeni Bir Yaşamın Başlangıcı (N: 7)	69.57±6.82	70.71±7.84	-1.14±2.34	Z=-1.207 p=0.227
Yok Oluş (N:11)	73.45±7.28	72.55±8.15	0.90±6.68	Z=-0.714 p=0.475
<b>Kruskal-Wallis Test</b>				$\chi^2=2.738$ p= 0.434

Tablo 17’de hemşirelerin ölüme verdikleri anlama göre ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları yer almaktadır. Ölüme verilen anlama göre oluşturulan tüm gruplarda eğitim sonrası ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmış ( $p<0.05$ ), puanlardaki değişim gruplar arası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $\chi^2=2.738$ ,  $p= 0.434$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelere verilen ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular; ölüme ilişkin eğitim programının etkisi ve değişkenlere göre ölüme ilişkin eğitim programının etkisi şeklinde 2 başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisinin Tartışması

Yapılan araştırmada ölüme ilişkin eğitim sonrası, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puan ortalamalarında ise eğitim öncesine göre eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişim saptanmamıştır. Bu durum, ölüme ilişkin eğitimin, ölüm kaygısını ve ölüme ilişkin depresyonu azaltmada etkili olduğunu ancak ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutumu değiştirmedini göstermektedir (Tablo 2).

Araştırmanın bulguları, ilgili literatürdeki araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (73, 74, 76, 99, 114, 121). Thompson (1983), ölüm kaygısını azaltmada eğitim müdahalesinin etkisini incelediği araştırmasında, içeriğini kendisinin düzenlediği 7 hafta süren bir eğitim programı gerçekleştirmiştir. Katılımcıların ölüme ilişkin bireysel farkındalıklarını artırmak, ölüm kaygılarını azaltmak ve böylece terminal dönemdeki hasta ve ailelerine daha etkili bakım vermelerini sağlamak amacıyla yarı deneysel desende yapılan araştırmada katılımcılara eğitim öncesinde, sırasında ve sonrasında kendilik raporları ve ölüm kaygısı ölçeği uygulanmıştır. Eğitim sonrasında katılımcıların ölüm kaygılarının önemli oranda azaldığı belirlenmiştir (121).

LeRoy (1986) yaptığı çalışmada, hemşirelerin yüksek ölüm kaygısının ölümcül hasta ve ailesine yönelik tutumuna etkisi olup olmadığını ve ölüme ilişkin eğitimin bu durumu nasıl değiştirdiğini saptamaya çalışmıştır. Sonuçlar hemşirelerin ölüm kaygısının, ölmekte olan hastaya yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini ve ölüme ilişkin eğitimle bu olumsuz tutumların düzeltilebileceğini göstermiştir (76). Ancak hemşirelerin yüksek ölüm kaygılarının olması, onların her zaman ölmekte olan hastaya olumsuz tutum gösterecekleri anlamına gelmemektedir.

Muhtemelen yüksek ölüm kaygısı olduğu halde hemşireler, çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirerek ölmekte olan hastalara bakım verebilmektedirler.

Niteliksel olarak gerçekleştirilen bir başka çalışmada, ölüme ilişkin eğitim kursuna katılan öğrencilerin ölüm kaygısı düzeyleri değerlendirilmiştir. Eğitim sonunda öğrenciler, ölüm kaygısı düzeylerinde değişim algıladıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerle yapılan görüşmelerde, öğrencilerin yazdıkları makalelerde ve ön test son test puanlarında da bu olumlu değişim belirlenmiştir (74).

Ölüme ilişkin eğitim programının etkisinin değerlendirildiği bir başka deneysel çalışma ise 52 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda son sınıf hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygıları önemli oranda azalmış ancak ölmekte olan hastaya yönelik tutumlarda deney ve kontrol grupları arasında farklılık saptanmamıştır (73). Benzer şekilde gerçekleştirilen iki deneysel çalışmada da ölüme ilişkin eğitim programının katılımcıların ölüm kaygılarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı ve bu azalmanın takip testlerinde de sürdüğü belirlenmiştir (99, 114).

Ölüm ilişkin eğitimin ölüm kaygısını azaltmada her zaman etkili olduğunu söylemek güçtür. Literatürde ölüme ilişkin eğitimin, ölüm kaygısı üzerine etkisinin olmadığını ya da ölüm kaygısını artırdığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (63, 79, 85). Keinow (1992), yaptığı çalışmada ölüme ilişkin eğitimin etkisini, yarı yapılandırılmış grup süreciyle deney grubu ve hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubu arasındaki fark üzerinden değerlendirmiştir. Araştırmada demografik değişkenler, kontrol odağı, yaşlanmaya karşı kaygı ve yaşlılığın sosyal değerinin ölüm kaygısı, ölümcül hastaya bakım ve ölüme ilişkin bilgi arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda her iki grupta da ortalama düzeyde ölüm kaygısı görülmüş, ölüm kaygısı ve terminal dönemdeki hasta bakımına ilişkin kaygıda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (63).

Mogi ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada 62'si deney 49'u kontrol olmak üzere toplam 111 öğrenci ile çalışmışlardır. 3 ay süren ölüme ilişkin eğitim dersinden sonra ölüm kaygısı ölçeği ön test son test puanlarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Aksine söz edilen çalışmada ölüme ilişkin eğitim, ölüm gerçeği ile yüzleştirmiş, ölüm hakkında daha açık bir şekilde düşünmeyi sağlamış ve ölüm kaygısını azaltmamıştır (85).

Meta analiz teknikleri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, ölüme ilişkin eğitimin ölüm kaygısına etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırma kapsamında ölüm eğitimiyle ilgili 158'den fazla çalışmaya ulaşılmış, yapılan değerlendirmeye araştırmanın örneklemini 62 çalışma oluşturmuştur. Meta analiz sonucunda, ölüme ilişkin eğitimin tipi ya da uzunluğu ne olursa olsun ölüm kaygısını azaltıcı etkisi olmadığı aksine ölüm kaygısını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (79).

Ölüme ilişkin eğitimin, ölüm kaygısı üzerine etkisini açıklamak çok kolay değildir. Ölüm kaygısının karmaşık yapısı bu ilişkiyi çok net bir şekilde açıklamayı olanaklı kılmamaktadır. Bu nedenle yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar görmek mümkündür. Bazı araştırmalar ölüme ilişkin eğitimin ölüm kaygısını azalttığını gösterirken bazıları değişim olmadığını ya da ölüm kaygısını arttırdığını göstermektedir. Bunda farklı ölüme ilişkin eğitim programlarının, farklı örneklemlerin ve değişik ölçme araçlarının da etkisi olduğu söylenebilir. Ölüme ilişkin eğitimin, ölüm kaygısı üzerine olan etkisini açıklayabilmek için iyi yapılandırılmış, uygun ölçme araçları kullanılmış daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Ölüm kaygısıyla, genel depresyon hali arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (20, 66, 67, 118, 119). Bu çalışmalarda ölüm kaygısı yüksek olanların depresif duygulanımlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Ölüm kaygısıyla depresif duygulanım arasındaki bu ilişki, ölüm olgusunun depresif duygulanıma etkisini tartışmayı önemli kılmaktadır. Ölüm karşısında çoğu zaman çaresiz kalan ve ne yapacağını bilemeyen hemşireler ölüme ilişkin eğitim ile mesleki olarak gelişmekte ve yeni beceriler kazanmaktadırlar. Böylece hemşireler terminal dönemdeki hasta bakımını daha etkili ve nitelikli hale getirerek kendilerini bu alanda daha güçlü hissetmekte ve bunun sonucunda artan mesleki doyum/motivasyon depresyonu önleyici olabilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada özellikle ölüm olgusunun neden olduğu olumsuz/depresif duyguları ölçmeyi amaçlayan ölüme ilişkin depresyon ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda eğitim programı, hemşirelerin ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmıştır. (Tablo 2).

İlgili literatür incelendiğinde, yapılan çalışmalar ölüm olgusunun ölümcül hastalarla çalışan hemşireleri olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Tatar

(1988), koroner yoğun bakım ünitelerinde görevli hemşirelerin çalışma ortamlarındaki anksiyete düzeylerini ve ölüm olayının bu anksiyete düzeylerine nasıl etki ettiğini belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda, hemşirelerin normal çalışma ortamındaki durumsal anksiyetelerinin ölüm olayından sonra anlamlı derecede yükseldiğini saptamıştır. Araştırmada hemşirelerin hemen hepsi ölüm gerçekleştiğinde bu haberi ailelere vermekte çok zorlandıklarını, hemşirelerin yarısı ölümle ilk karşılaştıklarında yoğun üzüntü duyduklarını, hemşirelerin %20'si çaresizlik, %13'ü başarısızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (116).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, hemşirelerin %65.7'si ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hissedenlerin ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (54).

Akın (1996)'ın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, ölüm karşısında hemşirelerin % 29.1'i korku, %17.3'ü ise yalnızlık hissettiklerini söylemişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %43.6'sı terminal dönemdeki hasta ile ölüm hakkında konuşmaktan çekindiklerini, %87.3'ü bakımını üstlendiği hastanın öleceğini bilmemesini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %74.5'i eğitimleri sırasında kendilerine verilen ölüme ilişkin eğitimi yetersiz bulduklarını, %58.6'sı ise terminal dönemdeki hastaya fiziksel ve psikolojik bakım verme konusunda eğitime gereksinimleri olduklarını belirtmişlerdir (4).

Öztunç (2003), tarafından yapılan benzer bir araştırmada hemşirelerin %22.4'ü terminal dönemdeki hastaların aileleri ile çalışmanın zor olduğunu, hemşirelerin yarıdan fazlası (%66.8) ise öleceği kendisine söylenmiş olan hastalar ile çalışmanın zor olduğunu söylemişlerdir. Hemşireler terminal dönemdeki hasta ile çalışırken, %41.7'si hemen her zaman hayal kırıklığı, %32.3'ü de depresyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, terminal dönemdeki hasta, ölümden söz ederse hemşirelerin %44.8'i bu durumda rahatsızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (96).

Yukarıda belirtilen araştırmalar, ölmekte olan hasta ve ailesiyle çalışmanın hemşireleri olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Sağlık bakım profesyonelleri ölmekte olan hasta ile çalışırken, hasta ve aileleri gibi kayıp ve yas tepkileri

vermektedirler. Çünkü hastanın durumunun kötüye gitmesi ya da ölmesi onlar için de kayıptır. Dolayısıyla bu kayıp ve yas tepkileri uygun şekilde baş edildiğinde gerçekte sağlıklı tepkilerdir. Ancak uygun şekilde baş edilemeyen olumsuz duygu ve tepkiler, olumsuz tutumlara da neden olabilir. Ölüme ilişkin olumsuz tutumlar ise ölmekte olan hasta ve ailesinin hak ettiği bakımı almasını engelleyebilir. Bu nedenle hemşirenin sunduğu yaşam sonu bakım, ölümcül hastaya karşı tutumuyla yakından ilişkilidir. Bu araştırmada düzenlenen ölüme ilişkin eğitim programı; ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik tutumları olumlu yönde değiştirememiştir (Tablo 2).

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda ölüme ilişkin olumsuz tutumların varlığının ve sunulan hizmetin niteliğinin incelendiği görülmektedir. Pfeiffer (2003)'in yaptığı niteliksel araştırmada ölüm eğitimine rağmen tutumların değişiminin çok çabuk olmadığını, ölüme ilişkin toplumun sahip olduğu tutumların, öğrenciler tarafından da benimsendiği belirlenmiştir (98).

Ölüme ilişkin eğitim dersinin öğrenciler üzerindeki etkisinin çalışıldığı bir başka araştırmada ise 3 aylık eğitim sonunda öğrencilerde tutum değişimi olmadığı görülmüştür. Araştırmacılar, tutum değişimi için daha uzun zamana gereksinim olduğunu ve ölüme ilişkin eğitimin uzun süreli etkilerini değerlendirmenin daha uygun olacağını ifade etmişlerdir (85).

Sherman (1996) yaptığı araştırmada, AIDS'li hastalara bakmaya gönüllülükle ölüm kaygısı arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Araştırmada ölüm kaygısı yüksek olan hemşirelerin, ölmekte olan hastaya yönelik olumsuz tutumları olduğu ve bu hastalara bakım vermek istemedikleri belirlenmiştir (105).

Yapılan bir başka çalışmada, hemşirelerin %34.5'i ölümcül hastaya bakım vermek istemediklerini, %70.9'u ölüm ve ölümcül hastaya bakımla ilgili aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada hemşirelerin %63.6'sı ötenaziyi onaylamadıklarını da belirtmişlerdir. Ötenaziyi onaylamayan hemşirelerin %65.7'si inançları gereği, %20'si her insanın iyi veya kötü yaşama hakkı olduğuna inandıkları için ötenaziyi onaylamadıklarını söylemişlerdir (59).

Verpoort ve arkadaşları (2004), uluslararası literatürde hemşirelerin ötenaziye ilişkin tutumlarını gözden geçirdikleri çalışmalarında, elektronik ortamda dergileri düzenli olarak izlemiş ve konu ile ilgili 1990-2002 yılları arasında yayınlanmış

makaleleri değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları hemşirelerin ötenaziye ilişkin oldukça farklı tutumları olduğunu göstermiştir. Araştırma sonucunda yaş, dini inanç ve hemşirenin uzmanlığı gibi faktörlerin, hemşirenin ötenaziye ilişkin düşüncesini büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır. Aynı araştırmada hemşireler, yaşam sonu bakım hakkında daha fazla eğitime ihtiyaçları olduklarını ve ötenaziye ilişkin düşüncelerini tartışmak istediklerini ifade etmişlerdir (124).

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötenaziye ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %33.9'u ötenazinin yasal olması gerektiğini söylerken, hemşirelerin %44.1'i bazı özel durumlarda ötenazinin yapılabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulguları Türkiye'de yoğun bakım hemşirelerinin yüksek oranda yasal ötenaziye desteklediklerini göstermiştir. Ancak ötenaziye destekleyenler aktif yerine pasif ötenaziye destekledikleri belirtmişlerdir (71).

Ötenazi ile ilgili ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise araştırma kapsamındaki hekimlerin yaklaşık yarısı (%47.8) ötenazinin bir hasta hakkı olduğunu kabul etmişler ancak ötenazi sorumluluğunu alma konusunda gönüllü olmadıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde ötenazi yeterince tartışılıyor mu sorusuna hekimlerin %93.6'sı hayır cevabını vermiştir (9).

Mystakidou ve arkadaşları (2005), kanser hastalarında ölme isteğinin psikososyal distres, anksiyete ve ağrı ile ilişkisini belirlemek amacıyla 120 kanser hastasıyla çalışmışlardır. Araştırma sonucunda ölüm isteği ile anksiyete ve depresyon ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon ölçeklerinden yüksek puan alan hastaların ölüm isteğinin de fazla olduğu saptanmıştır. Bu araştırma yaşamın son döneminde psikososyal semptomların etkili yönetilmesinin, yeterli palyatif bakım sağlamada ve hastaların ölme isteğini azaltmada ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Terminal dönemdeki hastaların ötenazi ve ölüm isteğini tartışırken, öncelikle onlara sunulan palyatif bakımın niteliğinin ne düzeyde olduğu iyi belirlenmelidir. Yeterli palyatif bakım alamayan hastaların, ölümü bir kurtuluş yolu olarak gördükleri bilinmekte bu nedenle uygun palyatif bakım alan bir çok hastanın ötenazi isteğinden vazgeçeceği düşünülmektedir (88).

Öz (2001)'ün hemşire ve hekimlerin ötenazi ile ilgili tutum ve görüşlerini incelediği çalışmasında; hemşireler terminal dönemdeki yaşlı hastalara hekimler ise hastalıklarının son evresinde prognozu iyi olmayan hastalara ötenazi uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Her iki grup ötenazinin uygulanabileceğini kabul etmiş ancak uygulamada öncelikle sorumluluğu hasta ve yakınlarının almaları gerektiğini vurgulamışlardır. Ötenazi isteğinde bulunan hastalar karşısında hemşireler ölüme ilişkin çaresizlik, ikilem, mesleki kaygı ve suçluluk yaşadıklarını; hekimler ise tıbbi tedaviye devam etmekle doğru olanı yaptıkları için huzurlu olduklarını ifade etmişlerdir (92). Öz (1998) bu konuda yayınladığı bir makalesinde, hemşire ve hekimlerin ötenazi konusunda söz sahibi olabilmeleri için yaşam ve ölüm konusunda kendi değer ve tutumlarını gözden geçirmesi gerektiğini vurgulamıştır (91). Hemşire ve hekimlerin her ne kadar mesleki olarak hasta hakları, otonomiye saygı gibi ilkeleri benimsemiş olsalar bile ötenazi uygulamasında aktif olarak sorumluluk almak istemiyor olmaları, ölüme ilişkin bireysel değerlerinin eylemlerini belirlemede daha etkili olduğu şeklinde açıklanabilir.

Literatürde ölüme ilişkin olumsuz tutumların yanı sıra olumlu tutumların varlığını ve bu olumlu tutumların, ölmekte olan hastaya bakımı nasıl etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Hare ve Pratt (1989)'in 312 hemşireyle yaptıkları araştırmada, ölmekte olan hastayla çalışırken hemşirenin rahatlığı ile ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır. Ölüm korkusu düşük olan hemşirelerin, ölmekte olan hastayla daha rahat çalıştıkları belirlenmiştir (44). Benzer bir çalışma Bronkopp ve arkadaşları tarafından (1991) ölmekte olan hasta, ölüm kaygısının etkisi, ölüme ilişkin tutumlar ve kontrol algısı üzerine görüşmeler yoluyla yapılmıştır. Araştırma sonuçları ölmekte olan hastayla çalışan hemşire; ölüme ilişkin olumlu tutumlara sahip olmalı ve ölüm kaygısı düşük olmalı hipotezlerini desteklemiştir (14).

Eğitim yoluyla ölüme ilişkin olumsuz tutumların olumluya dönüştüğünü gösteren çalışmalar, terminal dönemdeki hasta bakımı açısından önemlidir. Böylece ölüme ilişkin mevcut olumsuz tutumların olumlu yönde değişebildiği ve bu değişimin hem hizmeti sunanlar hem de hizmeti alanlar açısından yararlı olduğu gösterilmiştir. Öğrenci hemşirelerin ölüme ilişkin eğitim ve deneyimlerinin, ölüm ve terminal dönemdeki hasta bakımına ilişkin kaygılarına etkisinin incelendiği bir

araştırmada, eğitimin öğrenci hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin olumlu tutum geliştirmelerini sağladığını göstermiştir (80).

Smith-Cumberland (2004) in yaptığı çalışmada, iki farklı acil tıp teknisyeni grubuna iki farklı ölüme ilişkin eğitim programı uygulanmıştır. Birinci eğitim programı 2 gün süren çalışma toplantısı şeklinde diğeri ise iki saat süren didaktik yöntemle gerçekleştirilmiştir. Üçüncü grup ise kontrol amaçlı alınmış bu gruba 2 saat süren ölüme ilgisi olmayan didaktik eğitim verilmiştir. Araştırma sonucunda her iki deney grubunda ölüme ilişkin davranışlarda büyük oranda değişim olmuş, bu değişim 2 günlük çalışma toplantısı yapılan grupta daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Birçok acil tıp teknisyeni, bu eğitimler sonunda, kendilerini ölüm hakkında daha fazla bilgili ve ailelere daha çok yardımcı hissetmişlerdir (109).

Chen (1992), ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla 148 mezun, 157 öğrenci hemşire ile çalışmıştır. Deney ve kontrol olarak ayrılan gruplardan deney grubuna 2 gün süren ölüme ilişkin eğitim, kontrol grubuna ise yaratıcı düşünceyle ilgili eğitim verilmiştir. Araştırma sonucunda ölüme ilişkin eğitim alan grupta, ölüme ilişkin tutumlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşmiş ve bu değişiklik 4 haftalık izlemde devam etmiştir (17).

Ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin terminal dönemdeki hastanın bakımına ilişkin tutumları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise, ölüm eğitiminin hemşirelerin bakıma ilişkin olumlu tutumlarını artırırken, ölüm kaygılarının da artmasına neden olduğu saptanmıştır (49).

Ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya bakım konuları ülkemizde halen çok rahat tartışılabilen konular değildir. Yapılan çalışmaların ortaya koyduğu gibi, sağlık profesyonelleri arasında bile ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum genellikle olumsuzdur. Ölüme ilişkin mevcut olumsuz tutumların değişmesi, olumlu tutumların geliştirilmesi gerek sağlık profesyonelleri gerekse sağlık hizmetini talep edenler açısından önemlidir. İçinde yaşadığı topluma benzer tutumlar sergileyen sağlık profesyonellerinin, aldıkları eğitimin gereği ölüme ilişkin tutumlarının farklı olması beklenmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde ölüme ilişkin bilgilerini ve kişisel farkındalıklarını artıracak programların düzenlenmesi gerekmektedir. Şüphesiz tutumların değişimi için uzun zamana gereksinim vardır ve tutumlar sadece bilişsel değil, duygusal ve davranışsal boyutları da içermektedir. Bu

nedenle ölümcül hastaya yönelik olumsuz tutumların olumluya dönüşmesini sağlamak için ölüme ilişkin bilişsel bilginin yanı sıra farkındalığı artıran ve yeni davranışların denenmesine olanak sağlayan uzun süreli programların yararlı olabileceği düşünülmektedir.

## **5.2. Değişkenlere Göre Ölüme İlişkin Eğitim Programının Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutuma Etkisinin Tartışması**

### **5.2.1. Yaş:**

Hemşirelerin yaşlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Tüm yaş gruplarından hemşirelerin eğitim sonrası ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldıkları, ölümcül hastaya yönelik tutum ölçeğinde ise herhangi bir değişim olmadığı belirlenmiştir ( Tablo 3, 4, 5).

Araştırma bulgusuna benzer şekilde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada hemşirelerin yaşları ve ölüme ilişkin depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (54). Benzer biçimde Yıldız (1998), üniversitesi öğrencisi 360 erkek ve 195 kız öğrenci ile yaptığı çalışmada ölüm kaygısının yaş, medeni durum, öğrenim alanı ve sosyoekonomik düzeyle anlamlı bir ilişkisi olmadığını saptamıştır (131).

Literatürde yaş ile ölüme yönelik tutumlar arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Ölmekte olan hastayla klinik deneyimin ve hemşirenin sahip olduğu değerlerin ölüm kaygısına ve ölüme ilişkin tutumlara etkisinin değerlendirildiği hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, küçük sınıf öğrencilerinin ölüm kaygılarının ön ve son testlerde, son sınıf öğrencilerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (73).

Benzer şekilde Massie (1995)'nin çok yöntemli ölüme ilişkin eğitim programının, ölüm kaygısı ve yaşlılığa yönelik tutumlara etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği araştırmada, 21 yaş ve üstündeki çalışanlarda ölüm kaygısı gençlere göre daha düşük bulunmuştur (82).

Tatar (1988)'in koroner yoğun bakım ünitelerinde görevli hemşirelerin çalışma ortamlarındaki anksiyete düzeylerini ve ölüm olayının bu anksiyete düzeyine etkisini incelediği çalışmada, 18-27 yaşları arasında genç hemşirelerin normal

çalışma koşulları ile ölüm karşısındaki anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 28 yaş ve üzerindeki hemşirelerde ise normal çalışma koşulları ile ölüm karşısındaki anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildir. Araştırma sonucunda, genç hemşirelerin ölüm karşısında daha fazla anksiyete hissettikleri belirlenmiştir (116). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 110 hemşire ile yapılan çalışmada ise 20 yaş ve altındaki hemşirelerin ölüm korkusunun en yüksek (%42.1), 30 yaş ve üzerindeki olanların ise en düşük (%13.3) olduğu bulunmuştur (4).

İspanyadaki hemşirelerin terminal hastalara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada genel olarak hemşirelerde zayıf olumsuz tutum olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlı ve deneyimli hemşirelerde olumlu tutum daha fazla görülmüştür (103). Yapılan araştırmaların ortaya koyduğu gibi hemşirelerin yaşları tek başına bir değişken olarak değerlendirildiğinde, farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Yaşın genç olması, muhtemel ölümün uzak algılanmasına ve ölüm üzerine çok düşünülmemesine neden olabilir. Bunun sonucu olarak ölüm gerçeği ile yüzleşmek genç hemşirelerde daha fazla kaygı yaratabilir.

Ölüm kaygısının sadece yaş değişkeni ile açıklanamayacağı açıktır. Ölüme ilişkin tutumların belirlenmesinde yaş, inanç, eğitim düzeyi ve deneyim gibi birçok değişkenin birlikte incelenmesinin yararlı olacaktır. Ancak hemşirelikte lisans düzeyinde verilen eğitimin hem öğrencilerin mesleki eğitim ve gelişimlerini olumlu yönde etkilediği hem de çok erken yaşlarda zorlu çalışma yaşamına başlamalarını önleyerek onları belirli bir ölçüde koruduğu söylenebilir. Lisans eğitimiyle gerekli mesleki bilgi ve becerilerle donanmış ve belirli bir yaş olgunluğuna ulaşmış hemşirelerin, terminal dönemdeki hasta bakımı gibi güç deneyimlerle daha uygun şekilde baş edebilecekleri düşünülmektedir.

### **5.2.2. Çalışılan Klinik:**

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Pediatri ve onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler eğitim sonrası ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha düşük puan alırken, ölümcül hastaya tutum ölçeğinde herhangi bir değişim saptanmamıştır (Tablo 6, 7, 8).

Payne ve arkadaşları (1998), hospis ve acil servislerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ve baş etme biçimlerini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları araştırmada 23 hospis ve 20 acil servis hemşiresiyle çalışmışlardır. Hemşirelerin ölüm kaygıları ölçekle, baş etme biçimleri yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla değerlendirilmiştir. Araştırmada, hospis hemşirelerinin ölüm kaygılarının daha düşük olduğu ve ölmekte olan hasta bakımıyla ilgili zorlu deneyimlerle daha iyi baş edecekleri hipotezi sınanmıştır. Araştırma sonuçları acil hemşirelerinin hospis hemşirelerine göre ölümü konuşmaktan daha fazla kaçındıklarını ve daha fazla ölüm korkusu yaşadıklarını göstermiştir. Ayrıca, acil hemşirelerinin ölüme yönelik olumlu tutumları hospis hemşirelerinden daha düşük bulunmuştur (97).

Hare ve Pratt (1989) 312 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada, hastane ve hospislerde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastayla çalışırken hissettikleri rahatlık düzeylerini ve ölüm korkularını değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda ölüm korkusunu ölçen dört alt boyutlu ölçeğin bir alt boyutunda hastanede çalışan hemşirelerin, hospiste çalışan hemşirelere göre daha fazla korku hissettikleri saptanmıştır. Hospis hemşireleri her gün ölmekte olan hastalarla birlikte olmalarına rağmen daha az ölüm korkusu/kaygısı yaşamaktadırlar. Bu sonuç bize ölüm gerçeği ile karşılaşma sıklığı fazla olsa da uygun şekilde baş edildiğinde bu durumun rahatsızlık yaratmayabileceğini göstermektedir (44).

Pediyatri ve onkoloji kliniklerinde takip edilen hastaların özellikleri bu klinikleri önemli kılmaktadır. Gerek çocuk hastalarla çalışmanın güçlüğü gerekse onkoloji hastalarının yaşadığı sıkıntılar bu kliniklerde çalışan hemşireleri zorlamaktadır. Bunun yanı sıra araştırma kapsamına alınan kliniklerde çoğunlukla yaşam sonu bakım verilmekte ve çalışan personel bakım verdiği hastasını sıklıkla kaybedebilmektedir. Bu zorlu deneyim gerekli destekler sağlanarak hemşireler için değerli bir yaşantıya dönüştürülebilir. Ölüme ilişkin eğitim; hemşirenin hem profesyonel hem de bireysel olarak ölüme ilişkin tutumunu olumlu şekilde geliştirmesine ve yaşam sonu bakımın doyum kaynaklarını fark etmesine yardımcı olabilir.

### **5.2.3. Çalışma Yılı:**

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Tüm gruplarda eğitim sonrası ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha düşük puan alırken ölümcül hastaya tutum ölçeğinde herhangi bir değişim saptanmamıştır (Tablo 9, 10, 11).

Konuya ilişkin literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, deneyimin olumlu tutum geliştirmede etkili olduğu görülmektedir. LeRoy (1986), yaptığı çalışmada yüksek ölüm kaygısının, ölümcül hasta ve ailesine yönelik tutuma etkisi ve ölüme ilişkin eğitimin bu durumu nasıl değiştirdiğini incelemiştir. Araştırma sonucunda ölüm deneyimi olan hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarında büyük oranda farklılık olduğu görülmüştür. Ölüm deneyimi olan hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin olumlu tutumları olduğu saptanmıştır (76).

Bir başka çalışmada, 1- 6 yıl arasında yoğun bakım deneyimi olan hemşirelerin normal koşullarda ve ölüm sonrasında hissettikleri anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Ölüm ile karşılaşmak yoğun bakım deneyimi 7 yıldan daha az olan hemşirelerde anksiyete düzeyini önemli ölçüde artırırken, 7 yıl ve üzeri deneyimi olanlarda anksiyete düzeylerinde fark yaratmamıştır (116).

Howze (2001), master ve doktora öğrencisi olan 195 psikolojik danışman ile yaptığı çalışmada, deneyimli danışmanlarda orta düzeyde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu saptamıştır. Ölümle ilgili deneyimli danışmanlar, deneyimsizlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşük ölüm kaygısı ve korkusu rapor etmişlerdir (47). İspanya'da yapılan bir çalışmada ise deneyimli hemşirelerde terminal dönemdeki hastalara yönelik olumlu tutumların daha fazla olduğu saptanmıştır (103).

Ölmekte olan hasta ile çalışan hemşirelerde bu deneyim doğru değerlendirildiğinde iyi bir öğrenme biçimi olabilir. Ölmekte olan hasta ile yaşanan deneyim, hemşirelerin kendi ölüm kaygılarına ilişkin farkındalık geliştirmelerine neden olabilir. Bu çalışmada farklı deneyim sürelerine sahip hemşireler eğitim sonunda, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır. Eğitim programı deneyimleri anlamlandırmada yol gösterici olabilmiştir. Terminal dönemdeki hasta ve ailesine bakım sunarken sürecin sonunda beklenen ölümün gerçekleşmesini bir başarısızlık

olarak değil, sonuna dek kaliteli sürdürülen yaşamın değerli olduğu bilinciyle değerlendiren hemşire, ölmekte olan hasta ve ailesine hak ettiği bakımı sunabilir.

#### **5.2.4. Terminal Dönemdeki Hasta Bakımından Etkilenme Biçimleri:**

Araştırma kapsamındaki hemşireler terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerini; duyarsızlaşmak, doyum/motivasyon azalması ve olumsuz duygusal yük olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerine göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim sonrası üç grupta da ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış, ölümcül hastaya tutum ölçeğinde ise herhangi bir değişim olmamıştır (Tablo 12, 13,14).

Akın (1996)'ın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ölümcül hastaya yaklaşımlarını incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, hemşireler genel olarak terminal dönemdeki hasta bakımının güç olduğunu vurgulamışlardır. Aynı çalışmada hemşirelerin %29.1'i ölüm karşısında korku, %17.3'ü yalnızlık ve %29.1'i boşluk hissettiklerini ifade etmişlerdir (4). Bir başka üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise hemşirelerin bakım verdikleri hastanın ölümü karşısında; ölümü kabullenmede, ölen hastanın yakınları ile karşılaşmada ve ölüm haberini bildirmede güçlük yaşadıkları saptanmıştır (90).

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin de terminal dönemdeki hasta bakımında zorlandıklarını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları hemşirelerin yarısının bakım verdikleri hastanın ölümünde yoğun üzüntü duyduklarını, hemşirelerin %20'sinin çaresizlik, %13'ünün de başarısızlık hissettiklerini göstermiştir (116). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada benzer şekilde hemşirelerin yarıdan fazlasının (%65.7) ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hissettiklerini ortaya koymuştur. Ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hisseden hemşirelerin, ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlendiği çalışma ölüm karşısında hissedilen olumsuz duyguların ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır (54).

Her ne şekilde olursa olsun hastayı yaşatmanın başarı, ölümün gerçekleşmesinin ise başarısızlık olarak değerlendirildiği günümüz modern tıp anlayışında, bakım verdiği hastanın kaybı hemşireyi iki kez zorlamaktadır. Gerek hastanın ölümü ile ortaya çıkan yas reaksiyonu gerekse ölüme engel olamadığı için hissettiği başarısızlık ve suçluluk duygusu hemşire için baş edilmesi gereken duygulardır. Gerçekleşen her ölüm deneyimi ile tekrarlayan bu olumsuz duyguların zamanla hemşirelerin motivasyonlarını ve iş doyumlarını azalttığı bunun sonucunda depresif duyguların oluşmasına neden olduğu söylenebilir.

### **5.2.5. Ölüme Verdikleri Anlam:**

Hemşirelerin ölüme verdikleri anlama göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Ölüme verdikleri anlamı; ayrılık, yaşamın son bulması, yeni bir yaşamın başlangıcı ve yok oluş şeklinde ifade eden hemşireler, eğitim sonrası ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan alırken, ölümcül hastaya tutum ölçeğinde herhangi bir değişim olmamıştır (Tablo 15, 16, 17).

Konuya ilişkin Richardson ve arkadaşlarının (1983) yaptıkları araştırma, öte dünyanın varlığına olan inancın ölüm kaygısını azalttığını ortaya koymuştur (101). Benzer şekilde Kraff ve arkadaşları (1986) ile Roff ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmalar da dini inancı olan kişilerde ölüm kaygısının daha düşük olduğunu göstermiştir (70, 102). Yıldız (1998) yaptığı araştırmada, benzerlerinin tersine dindarlık ve ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (131). Cicirelli'nin (1998) yaptığı araştırmada, ölümü yok oluş diye düşünenlerin ölüm kaygısını daha çok yaşadığı saptanmıştır (19). Lundh ve Radson (1998) ise ölümden sonra bir hayatın varlığına inananlarda ölüm depresyonunun inanmayanlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (78). Knight ve Elfenbein (1993), ölüm anksiyetesi, ölüm korkusu ve ölüme verilen anlamın ölüme ilişkin eğitim ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, ölümü olumlu şekilde anlamlandıranların ölüm kaygılarının daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (64).

Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında ölüm kaygısı ile ölüme verilen anlam arasında bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Dini bir inancın olması ya da öte dünyanın varlığına inanma ölüm kaygısını azaltan faktör olabilirken, inancı

gereği öte dünyada cezalandırılacağını düşünmek ölüm kaygısını artırabilmektedir. Ölümün mutlak bir son olarak değerlendirilmesi varoluşta güçlü bir tehdit olarak algılandığı için ölüm kaygısını artırabilmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Ölüme ilişkin eğitim programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

**6.1.1.** Araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 60'ını pediatri, %40'ını onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin yarısı (% 51.1) 22-28 yaş arasında, %82.2'si lisans mezunu ve %73.3'ü 1-3 yıl arasında çalışma deneyimine sahiptir. Hemşirelerin %80'i bakım verdikleri hastanın ölümüne tanık olduklarını ifade etmişler; ölümü; yaşamın sona ermesi (% 33.3), ayrılık (% 26.7), yok olmak (% 24.4) ve yeni bir yaşamın başlangıcı (% 15.6) olarak anlamlandırmışlardır. Hemşireler ölümcül hastayla çalışırken en çok iletişim kurmakta güçlük çektiklerini ifade etmişler, ölümcül hastayla çalışmanın kendilerini duygusal olarak olumsuz etkilediğini (%68.9), duyarsızlaşmalarına neden olduğunu (%17.8) ve doyum /motivasyonlarını azalttığını (% 13.3) söylemişlerdir (Bkz. Tablo 4.1).

**6.1.2.** Ölüme ilişkin eğitim programı; araştırmaya katılan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltırken ( $p<0.05$ ) ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Bkz. Tablo 2).

**6.1.3.** Hemşirelerin yaşlarına göre yapılan gruplamada ölüme ilişkin eğitim programı; ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ( $p>0.05$ ). Eğitim tüm yaş gruplarını benzer şekilde etkilemiştir (Bkz. Tablo 3, 4, 5).

**6.1.4.** Çalışılan kliniklere göre yapılan gruplamada ölüme ilişkin eğitim programı; ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ( $p>0.05$ ). Pediatri ve onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler, ölüme ilişkin eğitim programından benzer şekilde etkilenmişlerdir (Bkz. Tablo 6, 7, 8).

**6.1.5.** Hemşirelerin çalışma yıllarına göre yapılan grupta ölümle ilgili eğitim programı; ölüm kaygısı, ölümle ilgili depresyon ve ölümle ilgili hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa neden olmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışma yıllarına göre tüm hemşireler ölümle ilgili programından benzer şekilde etkilenmişlerdir (Bkz. Tablo 9, 10, 11).

**6.1.6.** Hemşirelerin terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerine göre yapılan grupta ölümle ilgili eğitim programı; ölüm kaygısı, ölümle ilgili depresyon ve ölümle ilgili hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık yaratmamıştır ( $p>0.05$ ). Terminal dönemdeki hasta bakımından etkilenme biçimlerini; duyarsızlaşmak, doyum/motivasyon azalması ve olumsuz duygusal yük olarak ifade eden hemşireler ölümle ilgili eğitim programından benzer şekilde etkilenmişlerdir (Bkz. Tablo 12, 13,14).

**6.1.7.** Hemşirelerin ölümle verdikleri anlamla ilgili olarak yapılan grupta ölümle ilgili eğitim programı; ölüm kaygısı, ölümle ilgili depresyon ve ölümle ilgili hastaya tutum ölçeğinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamıştır ( $p>0.05$ ). Ölümle ilgili eğitim programı, ölümle verdikleri anlamı; ayrılık, yaşamın son bulması, yeni bir yaşamın başlangıcı ve yok oluş şeklinde ifade eden hemşireleri benzer şekilde etkilemiştir (Bkz. Tablo 15, 16, 17).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerle gerçekleştirilen bu çalışmada kullanılan ölüme ilişkin eğitim programının, hemşirelerin ölüm kaygılarını ve ölüme ilişkin depresyonlarını azaltmada etkili bulunması nedeniyle bu programın bundan sonra uygulanacak ölüme ilişkin eğitim programlarına temel oluşturması,
2. Uygulanan ölüme ilişkin eğitim programının hemşirelerin ölümcül hastaya tutumlarında herhangi bir değişim oluşturmaması nedeniyle tutum değişimine yönelik oluşturulacak eğitim programlarının daha uzun süreli ve farklı öğretim yöntemleri kullanılarak oluşturulması,
3. Ölüme ilişkin eğitim programının onkoloji ve pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmesi nedeniyle bundan sonraki uygulamaların erişkin hastanelerinde çalışan hemşirelerle de gerçekleştirilmesi,
4. Araştırma kapsamındaki hemşireler terminal dönemdeki hastayla çalıştıkları için duygusal yüklerinin arttığını, duyarsızlaştıklarını ve motivasyonlarının azaldığını ifade etmişlerdir. Bu nedenle ilgili kliniklerde çalışan hemşirelerin, psikolojik iyi oluşlarını desteklemek ve tükenmişlik yaşamalarını önlemek için profesyonel psikolojik destek sağlanması,
5. Ölüm çok fazla değişkenin etkilediği bir kavram olduğu için mevcut ölçme araçlarıyla ölçüm sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak araştırmalarda, ölüm kavramı ilgili daha derin bilgilerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlayacak nitel yöntemlerin kullanılması önerilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Abaan, S. (1996). Ötenazi ve Sağlık Ekibi. 3P Dergisi. 4 (Ek3), 27-34.
2. Aiken, L.R. (1991). Dying, Death, and Bereavement. Massachussets: Pepperdine University.
3. Akdemir, N. ve Birol, L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları.
4. Akın, B. (1996). Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcul Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
5. Aksayan, S. ve Emiroğlu, O.N. (2002). Araştırma Tasarımı. İ. Erefe (Ed). Hemşirelikte Araştırma, İlke ve Yöntemleri (s. 65-124). İstanbul: Odak Ofset.
6. Alkan, A.T. (1999). Bir Düğün Gecesi Denemesi. Düşünen Siyaset. 1(4), 25-31.
7. Aries, P. (1991). Batılının Ölüm Karşısındaki Tavırları (M. A. Kılıçbay, Çev.). Ankara: Gece Yayınları.
8. Aslıtürk, E. (2001). A Test of Terror Management Theory in a Collectivist Culture: Buffering Role of Collective Self-Esteem. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
9. Ataç, A. ve Erdem, L. (1996). Ötenazi İle İlgili Bir Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. 4, 79-81.
10. Badur, S. (2004). Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler. Cogito. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları. 93-105.
11. Bauman, Z. (2000). Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri (N. Demirdöven, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
12. Becker, E. (1973). The Denial of Death. New York: Free Press.
13. Brazil, K., McAiney C., Caron-O'brien M., Kelley M.L., O'Krafka P. ve Sturdy-Smith C. (2004). Quality End-of-Life Care in Long-Term Care Facilities: Service Providers' Perspective. Journal of Palliative Care. 20(2), 85-92.
14. Bronckopp, D.Y., King, D.B. ve Hamilton, J.E. (1991). The Dying Patient: A Comparative Study of Nurse Caregiver Characteristics. Death Studies. 15, 245-258.

15. Brown, O.N. (1996). *Ölüme Karşı Yaşam- Tarihin Psikanalitik Anlamı* (A. Yılmaz Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
16. Chamaz, K. (1980). *The Social Reality of Death: Death in Contemporary America*. New York: Random House.
17. Chen, J.H. (1992). *An Analysis of Nurses' Attitudes Change Toward Death and Dying as Affected by Death Education İntervention*. The Degree Doctor of Education, Drake University.
18. Cherlin, E., Schulman-Green D., McCorkle R., Johnson-Hurzeler R. ve Bradley E. (2004). Family Perceptions of Clinicians' Outstanding Practices in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Care*. Summer 20(2), 113-116.
19. Cicirelli, V.G. (1998). Personal Meanings of Death in Relation to Fear of Death. *Death Studies*. 22, 714-721.
20. Conte, H.P., Plutchik, R. ve Weiner, M.B. (1982). Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric, and Factor-Analysis Aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43, 775-785.
21. Copp, G. (1998). A Review of Current Theories of Death and Dying. *Journal of Advanced Nursing*. 28(2), 382- 390.
22. Cowell, D.D., Farrell, C., Campbell, N.A. ve Canady, B.E. (2002). Management of Terminal Illness: A Medical School-Hospice Partnership Model to Teach Medical Students About End-of-Life Care. *Academic Psychiatry*. 26(2), 76- 81.
23. Çavuşoğlu, H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* (8. bs.). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
24. Çay, F. (1996). Ölümcül Hasta ve Hekim. *3P Dergisi*. 4 (Ek3), 35-37.
25. Çileli, M. (2000). Ölüm. B. Onur. *Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. Gelişim Psikolojisi* (s.377-408). Ankara: İmge Kitapevi.
26. Çimete, G. (2002). Yaşam Sonu Bakım, Ölümcül Hastalarda Bütüncül Bakım. İstanbul: Nobel Kitapevleri.
27. Dekkers, W. (1996). Neye "Ölüm" Deriz? Batı Kültüründe Yaşam Sonu Hakkında Bazı Düşünceler. *3P Dergisi*. 4(3), 9-16.

28. Downe-Wamboldt, B. ve Tamlyn, D. (1997). An International Survey of Death Education Trends in Faculties of Nursing And Medicine. *Death Studies*. 21, 177-188.
29. Dökmen, Ü. (2003). *Evrenle Uyumlaşma Sürecinde: Varolmak, Gelişmek, Uzlaşmak*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
30. Ebiri, A. (1971). *Kazan Sağlık Ocağı Bölgesi Halkının Sosyo-Kültürel Nitelikleri ve Ölüm Karşısındaki Tutumları*. Uzmanlık Tezi, Ankara.
31. Eddy, J.M. ve Alles, W.F. (1983). *Death Education*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
32. Eke, S. (2003). *Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
33. Erginer, G. (2004). *Bir Halk Bilimcinin Gözünden Ölüm*. Cogito. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
34. Feifel H. (1977). *New Meanings of Death*. New York: Mcgraw-Hill.
35. Ferrel, B., Virani, R., Grant, M. ve Juarez, G. (2000). Analysis of Palliative Care Content in Nursing Textbooks. *Journal of Palliative Care*. 16(1), 39-47.
36. Frankl E.V. (1994). *Duyulmayan Anlam Çılgılığı: Psikoterapi ve Hümanizm* (S.Budak, Çev.) Ankara: Öteki Yayınevi.
37. Freud, S. (1997). *Psikanaliz Üzerine* (A. Öneş, Çev.). İstanbul: Say Yayınları.
38. Fromm, E. (1994). *Kendini Savunan İnsan* (N. Arat Çev.). İstanbul: Say Yayıncılık.
39. Geçtan, E. (1998). *Varoluş ve Psikiyatri*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
40. Glass, E., Cluxton, D. ve Rancour, P. (2001). Principles of Patient and Family Assessment, B. R. Ferrel ve N. Coyle (Ed.). *Textbook of Palliative Nursing*(s. 37-50) New York: Oxford.
41. Göka, E. (1997). *Varoluşun Psikiyatrisi*,. Ankara: Vadi Yayınları.
42. Göka, E. (1998). Ölümünden Öte Köy Var mı? *Virgül Dergisi*. 7, 50-53.
43. Güleç, C. (1999). Hümanistik Psikoloji Açısından Kaygı Sorunsalı ve Kendini Gerçekleştirme Kavramı. *Doğu Batı Dergisi*. 2(6), 159-165.
44. Hare, J. ve Pratt, C.C. (1989). Nurses' Fear of Death and Comfort Level with Dying Patients. *Death Studies*. 13, 349-360.

45. Heidegger, M. (2004). Varlık ve Zaman (A. Yardımlı, Çev.). İstanbul: İdea Yayınları.
46. Hopkinson, J.B., Hallet, C.E. ve Luker, K.A., (2003), Caring for Dying People in Hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 44(5), 525-533.
47. Howze, A.R. (2001). Death Anxiety and Psychotherapy: An Examination of Counselor Trainees' Reactions to Death-Related Issues. The Degree Doctor of Philosophy, Texas A&M University.
48. Hökelekli, H. (1993). Din Psikolojisi. Ankara: T.D.V. Yayınları.
49. Hsieh, H.C. (1995). The Effect of Death Education on The Attitudes of Nurses Toward Caring for The Terminally Ill. The Degree Doctor of Education, Drake University.
50. Hurting, W.A. ve Stewin L. (1990). The Effect of Death Education and Experience on Nursing Students' Attitude Toward Death. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 29-34.
51. İnam, A. (1999). Olabileceğini Olmada Ölümün Yeri. *Düşünen Siyaset*. 1(4), 17-31.
52. Jones, C. (2004). Huzur İçinde Yatsın: Ölüme Dair Her Şey. İstanbul: Dharma Yayınları.
53. Kalischuk, R.G. (1992). Nurses' Perception of Death Education. The Degree Master of Education, The University of Lethbridge.
54. Kara, N. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
55. Karaca, F. (1997). Psikolojik Açıdan Ölüm ve Dinî İnanç İlişkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
56. Karaca, F. (2000). Ölüm Psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları.
57. Karaca, F. (2003). Ölüm Psikolojisi İle İlgili Türkçe Literatür Üzerine. Erişim 1 Şubat 2005, [http://www.dinbilimleri.com/dergi/cilt1/say12/faruk\\_karaca\\_olum\\_psi.htm](http://www.dinbilimleri.com/dergi/cilt1/say12/faruk_karaca_olum_psi.htm).
58. Karaca, F. ve Yıldız, M. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Tabula-Rasa*. 1 (1), 43-55.

59. Karahisar, F. (2006). Ölümçül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
60. Kastenbaum, R. ve Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of Death*. New York: Springer Publishing Company.
61. Kaufmann, W. (1992), Varoluşçuluk ve Ölüm, Ölümün Anlamı (D. Özkan, Çev.). İstanbul: Merkür Yayınları.
62. Kawagoe, H. (2000). Death Education in Home Hospice Care in Japan. *Journal of Palliative Care*. 16(3), 37-45.
63. Keinow, N.L. (1992). Death Education and Death Anxiety in Student Nurse Aides. The Degree Doctor of Philosophy in The Graduate Scholl of The Ohio State University.
64. Knight, K.H. ve Elfenbein, M.H. (1993). Relationship of Death Education to Anxiety, Fear, And Meaning Associated With Death. *Death Studies*. 17, 411-425.
65. Koestenbaum, P. (1998). Ölümüne Yanıt Var mı? (Y. Akgünlü, Çev.). İstanbul: Mavi Okyanus Yayınları.
66. Koocher, G.P., O'Malley J.E., Foster, D. ve ark. (1976) Death anxiety in normal children and adolescents. *Psychiatra Clinica*, 9: 220-229.
67. Koocher, G.P., O'Malley J.E., Foster, D. ve ark. (1980) Psychological adjustment among pediatric cancer survivors. *J Child Psychology and Psychiatry*, 21: 163-173.
68. Kökdemir, D. ve Yeniçeri, Z. (2007). Sosyal Bir Aykırılık Olarak Kahramanlık Kavramı: Örümcek Adamlar Nerede? Erişim 19 Ekim 2007, [http://www.psikon06.hacettepe.edu.tr/index\\_files/page2031.htm](http://www.psikon06.hacettepe.edu.tr/index_files/page2031.htm).
69. Köknel, Ö. (1985). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar.
70. Kraff, W.A., Litwin, W.J. ve Barber, S.E. (1986). Religious Orientation and Assertiveness: Relationship to Death Anxiety. *The Journal of Social Psychology*. 127(1), 93-94.
71. Kumaş, G., Öztunç, G., ve Alparslan, Z.N. (2007). Intensive Care Unit Nurses' Opinions About Euthanasia. *Nursing Ethics*. 14(5), 637- 650.

72. Kübler-Ross, E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine, (B. Büyükal, Çev.). İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
73. Lally, M.T. (1983). Death Anxiety and Fear of Death Attitudes: A Death Education Program for Student Nurses. The Degree Doctor of Philosophy, Loyola University.
74. Leary, L.(1997). A Qualitative Analysis of Student' Perception of Changes in Death Anxiety and Death Competency in The Context of A Death Education Course. The Degree Doctor of Education, George Mason University.
75. Lederberg, M.S. ve Joshi, N. (2007). Yaşam Sonu ve Palyatif Bakım (F. Oflaz, Çev.). H. Aydın ve A. Bozkurt (Çev. Ed.). Kaplan &Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry (s. 2336-2365). İstanbul: Güneş Kitapevi.
76. LeRoy, M.A. (1986). The Effects of Instruction in Death and Dying on The Death Anxiety Level of Nurses and Their Attitudes Toward Death and Dying Patients. The Degree Doctor of Education of Temple University.
77. Levinas, E. (2006). Ölüm ve Zaman (N. Başer, Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
78. Lundh, L.G. ve Radon, V. (1998). Death Anxiety as a Fonction of Belief in an Afterlife: A Comparison Between a Questionnaire Measure and a Stroop Measure of Death Anxiety. Personality and Individual Differences. 25, 487-494.
79. Maglio, C.J. (1992). Meta-analysis of The Effects of Death Education on Death Anxiety, The Degree Doctor of Philosophy of Arizona State University.
80. Mallory, J.L. (2003). The Impact of A Palliative Care Educational Component on Attitudes Toward Care of The Dying in Undergraduate Nursing Students. Journal of Professional Nursing. 19(5), 305- 312.
81. Mamo, L. (1999). Death and Dying: Confluences of Emotion and Awareness, Sociology of Health and Illness. 21(1), 13-36.
82. Massie, M.F. (1995). The Effects of A Multimethod Death Education Curriculum on Death Anxiety and Attitudes Toward Aging. The Degree Doctor of Philosophy of Arkansas University.

83. McClement, S., Care, D. ve Dean, R. (2005). Evaluation of Education in Palliative Care: Determining The Effects on Nurses' Knowledge and Attitudes. *Journal of Palliative Care*. 21(1), 44- 48.
84. McGovern, M. ve Barry, M.M. (2000). Death Education: Knowledge, Attitudes, and Perspectives of Irish Parents and Teachers. *Death Studies*. 24(4), 325-333.
85. Mogi, N., Masuda, Y., Hattori, A., Naito, M., Iguchi, A. ve Uemura, K. (2003). Effect of Death Education on Self-Determination in Medical Treatment in University Students. *Geriatrics and Gerontology International*. 3, 200-207.
86. Mok, E. ve Chiu, P.C. (2004). Nurse-Patient Relationships in Palliative Care. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5), 475-483.
87. Mok, E., Lee, W.M. ve Wong, F.K. (2002). The Issue of Death And Dying: Employing Problem – Based Learning in Nursing Education. *Nurse Education Today*. 22, 319-329.
88. Mystakidou, K., Rosenfeld, B., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. Ve Vlahos, L. (2005). Desire for Death Near The End of Life: The Role of Depression, Anxiety and Pain. *General Hospital Psychiatry*. 27, 258-62.
89. O'Gorman, S.M. (1998). Death and Dying in Contemporary Society: An Evaluation of Current Attitudes and The Rituals Associated with Death and Dying and Their Relevance to Recent Understandings of Health and Healing. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 1127-1135.
90. Ökdem, Ş. (1978). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
91. Öz, F. (1998). Ötanazi. *Tıbbi Etik Dergisi*. 6(1), 40-47.
92. Öz, F. (2001). Nurses' and Physicians' Views About Euthanasia. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*. 5 (4), 222-231.
93. Öz, F. (2004). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (s. 276-317). Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret.
94. Özaltın, G. (1996). Ölümcül Hastaya Yaklaşım. *3P Dergisi*. 4 (Ek3), 40-42.

95. Özdamar, K. (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1, Eskişehir: Kaan Kitapevi.
96. Öztunç, G. (2003). Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastanın Bakımına İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 254-257.
97. Payne, S.A., Dean, S.J. ve Kalus, C. (1998). A Comparative Study of Death Anxiety in Hospice and Emergency Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 28(4), 700-706.
98. Pfeiffer, E.M. (2003). An Investigation of Understanding Death Education. The Degree Doctor of Education Seton Hall University.
99. Pike, M.M. (1981). Death Anxiety in Pediatric Nurses. The Degree Doctora of Education, Indiana University.
100. Polit, D.F. ve Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
101. Richardson, V., Berman, S. ve Piwowarski, M. (1983). Projective Assesment of The Relationship Between The Salience of Death, Religion and Age Among Adults in America. *The Journal of General Psychology*. 109, 149-156.
102. Roff, L.L., Butkeviciene, R. ve Klemmack, D.L. (2002). Death Anxiety and Religionsity Among Lithuanian Health and Social Service Professionals. *Death Studies*. 26, 731- 742.
103. Roman, E.M., Sorribes, E. ve Ezquerro, O. (2001). Nurses' Attitudes to Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing*. 34(3), 338-345.
104. Seale, C. (1999). Classics Revisited: Awareness of Method: Re-Reading Glaser & Strauss. *Mortality*. 4(2), 195-202
105. Sherman, D.W. (1996). Nurses' Willingness to Care for AIDS Patients and Spirituality, Social Support, and Death Anxiety. *Journal of Nursing Scholarship*. 28(3), 205-213.
106. Shoemaker, R.K., Burnett, G.F., Hosford, R.E. ve Zimmer, C.E. (1981). The Effects of Death Education Course on Participant Attitudes Toward Death and Dying. *Teaching of Psychology*. 8(4), 217-219.

107. Sidel, M. (1996). *Death, Dying and Bereavement*. J. Bond, P. Coleman ve S. Peace (Ed). *Ageing in Society An Introduction to Social Gerontology*. London: Sage.
108. Singer P.A., Martin D.K. ve Kelner M. (1999). *Quality End-of-Life Care Patients' Perspectives*. JAMA. 281(2), 163-168.
109. Smith-Cumberland, T.L. (2004). *The Effect of Two Death Education Programs on Emergency Medcal Technicians*. The Degree Doctor of Philosophy, University of Maryland College Park.
110. Solomon, S., Greenberg, J. ve Pyszczynski, T. (1991). *Terror Management Theory of Self-Esteem*. C. Synder ve D. Forsyth (Ed.). *Handbook for Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (s. 21-40). New York: Pergamon Press.
111. Super, A. (2001). *The Context of Palliative Care in Progressive Illness*. B. R. Ferrel ve N. Coyle (Ed.). *Textbook of Palliative Nursing* (s. 27-36). New York: Oxford.
112. Şenol S., Devrimci Özgüven H., Dağ İ. ve Oğuz Y. (1996). *Hekimler İçin Ötenazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği*. 3P Dergisi. 4(3), 185-190.
113. Şenol, C. (1989). *Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölümüne İlişkin Kaygı ve Korkular*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
114. Tanhan, F. (2007). *Ölüm Kaygısıyla Başetme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.
115. Tanhan, F. ve Arı, F. (2006). *Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 3(2), 34-43.
116. Tatar, Ü. (1988). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
117. Taylor, G.J. ve Kurent J.E. (2003). *A Clinician's Guide to Palliative Care*, USA: Blackwell Publishing Company.

118. Templer, D.I. (1970). The Construction and Validation of Death Anxiety Scale. *Journal General Psychology*. 82, 165-174.
119. Templer, D.I. (1971). The Relationship Between Verbalized and Nonverbalized Death Anxiety. *Journal Genetic Psychology*. 119, 211-214.
120. Thompson, G.T. (2005). Effects of End-of-Life Education on Baccalaureate Nursing Students. *AORN Journal*. 82(3), 434-440.
121. Thompson, L.E. (1983). Attitudes Toward Death and Dying: An Educational Intervention for Reduction of Death Anxiety. The Degree Doctor of Education, The University of South Dakota.
122. Tufan, İ. (2002). Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık. İstanbul: Aykırı Yayıncılık.
123. Ünver, S. (1938). İstanbul Halkının Ölüm Karşısındaki Duyguları. *Yeni Türk*, İstanbul, 68, 312-321.
124. Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N. ve De Casterle', B.D. (2004). Nurses' Attitudes to Euthanasia: A Review of The Literature. *Nursing Ethics*. 11(4), 349- 365.
125. Wass, H. (2004). A Perspective on The Current State of Death Education. *Death Studies*. 28, 289-308.
126. Yalom, I. (1999). Varoluşçu Psikoterapi (Z.İ.Babayiğit, Çev.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
127. Yalom, I. (2004). Schopenhauer Tedavisi: Bugünü Yaşama Arzusu (Z.İ.Babayiğit, Çev.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
128. Yalom, I. (2007). Güneşe Bakmak: Ölümle Yüzleşmek (Z.İ.Babayiğit, Çev.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
129. Yaparel, R. ve Yıldız M. (1998). Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Popülasyonda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 9(3), 198-204.
130. Yıldız, M. (1994). İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

131. Yıldız, M. (1998). Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
132. Yörükoğlu, A. (1968). Aile İçinde Ölüm Karşı Çocukların Tepkileri. Nöro Psikoloji Araştırmaları. 5 (3) 47, 23-33.

**EKLER**

**EK 1: HEMŞİRE BİLGİ FORMU**

1. Yaşınız? .....
2. Eğitim durumunuz?
  - a) Sağlık Meslek Lisesi/Kolej
  - b) Ön lisans
  - c) Lisans
  - d) Yüksek lisans
3. Çalıştığınız servis
  - a) Beyin Cerrahi Yoğun Bakım
  - b) Genel Cerrahi Yoğun Bakım
  - c) Dahiliye Yoğun Bakım
  - d) Pediatri Yoğun Bakım
  - e) Bölüm 86
  - f) Bölüm 92
  - g) Bölüm 94
4. Bu serviste çalışma süreniz?.....
5. Kendi yakınlarınızda yaşadığınız bir ölüm deneyimi var mı? Evet( ) Hayır ( )
- 6.Cevabınız evet ise yakınlık derecesi nedir?
- 7.Size göre ölümün anlamı nedir, bir cümle ile tanımlar mısınız?
8. Terminal dönemdeki hasta bakımına yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?  
Evet ( ) Hayır ( )

9. Cevabınız evet ise bu eğitim kim tarafından ne zaman verildi?

10. Terminal dönemdeki hasta ve ailelerine bakım verirken ne tür güçlükler yaşıyorsunuz, kısaca açıklar mısınız?

11. Çalıştığınız klinik ve hasta grubunu dikkate aldığınızda ölümle sık sık karşılaşıyor olmanız sizi nasıl etkiliyor, açıklar mısınız?

12. Bakım verdiğiniz hastanın ölümü anında hissettiklerinizi üç kelime ile anlatmanız istenirse bu kelimeler neler olurdu?

## EK 2: THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

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

### EK 3: ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

	DOĞRU	YANLIŞ
1.Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar		
2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer.		
3. Mezarlıklardan geçmek beni hüznendirir.		
4. Ölüm, dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.		
5. Ölmüş dost veya akrabaları düşündüğümde son derece hüznlenirim.		
6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.		
7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.		
8. Ölüm, hayatın anlamlılığını yok eder.		
9. Yalnız (hiç kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkır.		
10. Öldüğüm zaman arkadaşlarımı ve sevdiklerimi tamamen kaybedeceğim.		
11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.		
12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.		
13. Ölümü düşündüğümde yaşama sevincimi kaybederim.		
14. İnsan ölürken, acı çeker.		
15. Arkadaşlarımın ve sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım.		
16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır.		
17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissederim.		

#### EK 4: ÖTENAZI, ÖLÜM VE ÖLÜMCÜL HASTAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

	Tümüyle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Ölümcül hastalığı olan hastanın bakımında bazı durumlarda, kardiyopulmoner resüsitasyon ve öteki olağan dışı yaşam sürdürme uygulamalarının onun için artık endike olmadığına karar verilebilir.				
2. Birinci soruda sözü edilen uygulama ahlaken ve etik açıdan uygundur				
3. Hastalarımın biri öldüğünde, onu kurtarmak için bir şey yapılabilir miydi? diye hep düşünürüm.				
4. Bence ölümcül hastalığı olan bir hastaya, durumuyla ilgili iyi ve kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir.				
5. Ötenazi kavramının kafamda açık olduğunu düşünüyorum.				
6. Bence ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir.				
7. Bir kişiye yakında öleceğini söylemek benim için zordur.				
8. Ölümcül hastalığı olan hastalarımın aileleriyle karşılaşmayı, diğer hastalarımın aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum.				
9. Bence yaşam kalitesini artıramadığımız bir hastayı canlı tutmak, ona acı çektirmektir.				
10. Doktorların, ölümcül hastalığı olan hastaları, diğer hastalara göre daha sıklıkla başka doktorlara devrettiklerini düşünürüm.				
11. Bir hastanın ölümü, onun hayatını kurtarmak için yapabileceğim hiçbir şey olmadığını bildiğimde, beni olumsuz etkilemez.				
12. Bence ötenazi kavramı tıbbın “insan yaşamına her koşulda saygı gösterilmeli” biçiminde özetlenebilecek temel felsefesine aykırıdır.				
13. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüm hakkında konuşmak istemezler.				
14. Bence ötenazinin uygulama koşulları bir an önce belirlenmeli ve yasal düzenlemelerle suç olmaktan çıkarılmalıdır.				
15. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölmekten korkarlar.				
16. Bence hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbbi güvenini sarsacaktır.				
17. Bence ölümcül hastalığı olan hastaların ölümü acılı olur.				
18. Bir hastam istediğinde ötenazi uygulamasını kendim yapabilirim.				
19. Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa, bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim.				
20. Ölüm hakkında pek fazla düşünmem.				

21. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüme bir rahatlama olarak bakarlar.				
22. Kararı bir kurul verirse bir hastaya ötenazi uygulayabilirim.				
23. Hastalara ölmekte olduklarını doğrudan söylemekten kaçınmaya çalışırım.				
24. Ölümcül hastalığı olan bir hastanın hekimi olmak, mesleğimin en sıkıntılı yönlerinden biridir.				
25. Bence ölümcül hastalığı olan hastaların ölümü sessiz ve huzurludur.				
26. Ötenazi kararı ve uygulaması bir kurul tarafından üstlenilirse, bu uygulamaya olumlu bakarım.				
27. Hekimliğimi bir yana bırakırsak, gündelik yaşamımda, geri dönülmez bir durum nedeniyle ölmekte olan kişilerden olabildiğince kaçınırım.				
28. Kendimi ölümcül hastalığı olan hastalarla da, öteki hastalarla olduğu kadar rahat hissederim.				
29. Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığım olsa, bana ötenazi uygulanmasını isterim.				
30. Bence ölümcül hastalığı olan hastalar ölüm hakkında açıkça konuşurlar.				
31. Bence ölümcül hastalığı olan bir hastaya en iyi desteği ailesi verir ve onların hastanın yanında bulunmaları gerekir.				

## **EK 5: ÖLÜME İLİŞKİN EĞİTİM PROGRAMI**

### **I. OTURUM**

#### **KONU: GRUP ÜYELERİNİN TANIŞMASI, GRUP KURALLARININ BELİRLENMESİ VE PROGRAM HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

##### **Amaçlar:**

1. Üyelerin tanışması ve etkileşimlerinin sağlanması,
2. Grup kurallarının belirlenmesi
3. Grup üyelerinin program hakkında bilgilendirilmesi

##### **Hedef Davranışlar:**

1. Grup üyeleri birbirleri ile tanışırlar
2. Grup üyelerinin katılımıyla grubun kuralları belirlenir
3. Oturumların içeriğine ilişkin grup üyeleri bilgi sahibi olurlar
4. Rutinlerin dışına çıkarak yaşamı zenginleştirebilme üzerine tartışılır

##### **Öğretim Yöntemleri:**

1. Anlatım
2. Tartışma
3. Soru-yanıt

**Süre:** 90 dakika

##### **İçerik:**

1. Tanışma
2. Programı tanıtmaya
3. Grup kurallarını belirleme

##### **İzlenecek Basamaklar:**

1. Tanışma etkinliği gerçekleştirilir (grup üyeleri kendilerini tanıtır ve isimlerinin konulu hikayesini anlatırlar).
2. Ölüme ilişkin eğitim programı hakkında bilgi verilir.
3. Oturumların ne kadar süreceği, nerede ve ne zaman yapılacağı konusunda bilgilendirilir.
4. Genel grup ilkeleri belirlenir.
5. Grup üyelerinin ilk oturum ile ilgili paylaşmak istedikleri duygular paylaşılır.
6. Program öncesi ve sonrası eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için hazırlanmış olan veri toplama araçları grup üyelerine tanıtılır ve uygulanır.

7. Ravel'in Bolero'su dinlenir ve ardından bu müziğe ilişkin oluşan duygular, yaşamın rutinleri ve yaşamı zenginleştirme üzerine düşünceler paylaşılır.

## **II. OTURUM**

### **KONU: SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN ÖLÜM OLGUSU VE YAŞAM SONU BAKIMA İLİŞKİN DENEYİMLERİN PAYLAŞILMASI**

#### **Amaçlar:**

1. Hemşirelerin, sağlık çalışanları açısından ölüm olgusunu tartışabilmesi.
2. Hemşirelerin yaşam sonu bakım sunarken yaşadığı deneyimleri paylaşabilmesi
3. Hemşirelerin benzer örnek durumlarda ölüme ilişkin kendi tutumlarını ifade edebilmesi.

#### **Hedef Davranışlar:**

1. Sağlık çalışanları açısından ölüm olgusunu tartışabilecek.
2. Yaşam sonu bakım sağlarken yaşadığı deneyimleri paylaşabilecek.
3. Paylaşılan deneyimlerdeki uygun ve uygun olmayan tutumları sıralayabilecek.

#### **Öğretim Yöntemleri:**

1. Anlatım
2. Soru cevap
3. Tartışma

**Süre:** 90 dakika

#### **İçerik:**

1. Yaşam sonu bakımda ölüm olgusu
2. Ölüm olgusuna ilişkin bireysel farkındalık
3. Ölüme ilişkin kişisel tutum ve değerler
4. Hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının verdikleri yaşam sonu bakıma etkisi
5. Yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimler

#### **İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleriyle birlikte bir önceki oturumun genel bir değerlendirilmesi yapılır.
2. Yaşam sonu bakım açıklanır

- 3.Yaşam sonu bakımın önemli bir bileşeni olarak ölüm olgusu tartışılır.
4. Ölüm olgusuna ilişkin kişisel tutum ve değerler açıklştırılır.
5. Ölüme ilişkin tutum ve değerlerin yaşam sonu bakıma etkisi tartışılır.
6. Yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimler paylaşılır.
- 7.Oturum özetlenir, ifade edilmek istenen duygular paylaşılır.

### **III. OTURUM**

#### **KONU: YAŞAM SONU BAKIM ve YAŞAM SONU BAKIMIN**

#### **BİLEŞENLERİ**

##### **Amaçlar:**

1. Yaşam sonu bakımın anlaşılması
2. Yaşam sonu bakımın bileşenlerinin tartışılması

##### **Hedef Davranışlar:**

1. Yaşam sonu bakımın ilkelerini açıklayabilecek
2. Yaşam sonu bakımda yer alan hemşirelik uygulamalarını tartışabilecek
3. Yaşam sonu bakımın bileşenlerini sıralayabilecek
4. Yaşam sonu bakımda rahatlığın sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinin önemini tartışabilecek
5. Ölmekte olan hasta ve ailesi için yalnızlığın ve izolasyonun önlenmesinde hemşirelik uygulamalarını açıklayabilecek
6. Yas sürecinde aile gereksinimlerine uygun hemşirelik uygulamalarını tartışabilecek

##### **Öğretim Yöntemleri:**

- 1.Anlatım
2. Soru cevap
- 3.Tartışma

**Süre:** 90 dakika

##### **İçerik:**

2. Yaşam sonu bakım
3. Kronik hastalıklarda yaşam sonu bakım
4. Yaşam sonu bakımda insan gereksinimleri
5. Etik ve yasal açıdan yaşam sonu bakım
6. Yaşam sonu bakımın bileşenleri;

- Rahatlığın sağlanması
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi
- Aile gereksinimlerinin karşılanması ve ailenin desteklenmesi
- Yalnızlığın ve izolasyonun önlenmesi
- Yas sürecinin sağlıklı yaşanması

#### **İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleri ile birlikte bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılır.
2. Yaşam sonu bakım ilkeleri tartışılır.
3. Kronik hastalıklar ve yaşam sonu bakım ilişkisi açıklanır.
4. Yaşam sonu bakımda insan gereksinimleri ifade edilir.
5. Yaşam sonu bakımın etik ve yasal yönü incelenir.
6. Yaşam sonu bakımın bileşenleri sıralanır.
7. Oturum özetlenir, ifade edilmek istenen duygular paylaşılır

#### **IV. OTURUM**

#### **KONU: HEMŞİRENİN YAŞAM SONU BAKIM VERİRKEN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER**

##### **Amaçlar:**

1. Yaşam sonu bakımın güçlüklerinin fark edilmesi ve ifade edilmesi.
2. Yaşam sonu bakımda ölüm kaygısının fark edilmesi ve ifade edilmesi.

##### **Hedef Davranışlar:**

1. Hemşire yaşam sonu bakım sağlarken karşılaştığı güçlükleri sıralayabilecek.
2. Yaşam sonu bakım sırasında karşılaştığı güçlüklerle nasıl baş ettiğini ifade edebilecek.
3. Hemşire yaşam sonu bakımın doğal bir parçası olarak ölüme ilişkin tutumlarını tartışabilecek.
4. Hemşire olarak bakım verdiği hastanın kaybı karşısında gösterdiği tepkileri sıralayabilecek.
5. Ölüme ilişkin kendi inanç, değer ve tutumlarını ifade edebilecek.

##### **Öğretim Yöntemleri:**

1. Anlatım
2. Soru cevap
3. Tartışma

**Süre:** 90 dakika

**İçerik:**

1. Yaşam sonu bakımın güçlükleri
  - Tedavi seçeneklerinin azalması
  - Prognozun giderek kötüleşmesi
  - Ağrı yönetimi ve semptom kontrolünün yetersiz olması
  - Yaklaşan ölüm gerçeği ile yüzleşme
2. Kayıp sürecinin evreleri ve verilen tepkiler
3. Hemşirenin ölüme ilişkin tepkilerini etkileyen faktörler
  - Ölüm anksiyetesi
  - Ölüme ilişkin inanç, değer ve algılamalar
  - Mesleki eğitim ve deneyim
  - Ölüme ilişkin bireysel tutumlar
  - Sosyal destek sistemleri (ekip desteği, kurum desteği v.b)

**İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleri ile birlikte bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılır.
2. Yaşam sonu bakımın güçlükleri tartışılır.
3. Kayıp sürecinin evreleri ve verilen tepkiler açıklanır.
4. Hemşirenin ölüme ilişkin tepkilerini etkileyen faktörler sıralanır.
5. Ölümcül hastalığı olan var mı? egzersizi uygulanır.
6. Oturum özetlenir, ifade edilmek istenen duygular paylaşılır.

**V. OTURUM**

**KONU: ÖLÜME İLİŞKİN BİREYSEL FARKINDALIĞIN**

**ARTIRILMASI**

**Amaçlar:**

1. Ölüme ilişkin bireysel değer, tutum ve tepkilerin belirlenmesi.
2. Hemşirenin ölüme ilişkin bireysel tutumlarının yaşam sonu bakıma etkilerinin belirlenmesi.

**Hedef Davranışlar:**

1. Hemşire bireysel olarak ölüme verdiği anlamı tanımlayabilecek.
2. Ölüme ilişkin kendi değer ve tutumlarını ifade edebilecek.

3. Ölüme ilişkin tutumlarını ölüm karşısındaki davranışlarıyla ilişkilendirebilecek.
4. Hemşire yaşam sonu bakım verirken yaşadığı/hissettiği duygularından 4'ünü tanımlayabilecek.
5. Kaliteli yaşam sonu bakımı sunabilmek için ölüme ilişkin olumlu tutumların önemini açıklayabilecek
6. Ölüme ilişkin oluşturduğu en az 2 olumlu kişisel tutum söyleyecek.

### **Öğretim Yöntemleri:**

2. Anlatım
3. Soru cevap
4. Tartışma

**Süre:** 90 dakika

### **İçerik:**

1. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutu ile ölüm.
2. Yaşamın doğal bir parçası olarak ölüm gerçeği.
3. Hemşirelik ve ölüm olgusu.
4. Hemşirelerin ölüme verdiği bireysel tepkilerin hemşirelik uygulamalarına yansması.

### **İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleriyle birlikte bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılır.
2. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutu ile ölüm kavramı tartışılır.
3. Yaşamın doğal bir parçası olarak ölüm gerçeği açıklanır.
4. Hemşirelik ve ölüm olgusu, hemşirelerin ölüme verdiği bireysel tepkilerin hemşirelik uygulamalarına yansması tartışılır.
5. Kendi mezar taşı yazını yazma etkinliği açıklanır, ev ödevi olarak verilir.
6. Oturum özetlenir, ifade edilmek istenen duygular paylaşılır.

## **VI. OTURUM**

### **KONU: FİLM GÖSTERİMİ (BENSİZ HAYAT)**

#### **Amaçlar:**

1. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı karşısında tepkilerin fark edilmesi.
2. Ölüm gerçeği ile birlikte yaşamın nasıl düzenleneceğinin tartışılması.

**Hedef Davranışlar:**

1. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı karşısında tepkilerini sıralayabilecek.
2. Ölümcül bir hastalık tanısıyla nasıl baş edebileceğini tartışabilecek.
3. Ölüm gerçeğinin farkında olarak mevcut yaşamını nasıl sürdürmek istediğini ifade edebilecek.
4. Ertelenmiş veya yarım kalmış işlerin gerçekleştirilmesiyle ilgili plan yapabilecek.

**Öğretim Yöntemleri:**

1. Film gösterimi.
2. Tartışma.

**Süre:** 90 dakika

**İçerik:**

1. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı almak ve buna yönelik tepkiler.
2. Etkili ve etkisiz baş etme biçimleri.
3. Yaklaşan ölüm gerçeği ile birlikte yaşamın yeniden düzenlenmesi.
4. Ertelenmiş işlerin gerçekleştirilmesi için plan yapılması.

**İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleriyle birlikte bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılır.
2. Ev ödevi olarak verilen “kendi mezar taşını yazma” etkinliği değerlendirilir.
3. Film gösterimi gerçekleştirilir
4. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı almak ve buna yönelik tepkiler tartışılır
5. Yaklaşan ölüm gerçeği ile birlikte yaşamın yeniden düzenlenmesi üzerine düşünceler ifade edilir.
6. Ertelenmiş işlerin gerçekleştirilmesi için plan yapılması konusunda tartışılır.
7. Oturum özetlenir, ifade edilmek istenen duygular paylaşılır

**VII. OTURUM**

**KONU: ÖLÜME İLİŞKİN OLUMLU TUTUMLARIN  
GELİŞTİRİLMESİ VE BUNUN HEMŞİRELİK BAKIMINA YANSIMASI**

**Amaçlar:**

1. Ölüm gerçeği ile yaşama olumlu bakış açısının geliştirilmesi.
2. Ölüme ilişkin olumlu tutumların yaşam sonu bakıma etkilerinin anlaşılması.

**Hedef Davranışlar:**

1. Ölümle barışık olmayı, ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak kabullenmeyi tartışabilecek.
2. Ölüm deneyimini yaşamın anlamının keşfinde bir fırsat olarak tartışabilecek.
3. Hemşire ölüme ilişkin olumlu tutumlarını ve bunların yaşam sonu bakıma yansıyan yönlerini açıklayabilecek.
4. Kaliteli yaşam sonu bakımın sağlanmasında hemşirenin sorumluluklarını sıralayabilecek.
5. Kaliteli yaşam sonu bakım uygulamalarını sıralayabilecek.

**Öğretim Yöntemleri**

1. Anlatım
2. Soru cevap
3. Tartışma
4. Rol oynama

**Süre:** 90 dakika

**İçerik:**

1. Ölüm: hayatı öğrenmenin zor ancak gerçek yolu.
2. Yaşamı anlamlandırmak için bir yol: ölümle yüzleşme.
3. Ölüm gerçeğini anlamanın yaşama olumlu etkileri.
4. Bireysel farkındalığın artırılmasında ve gelişimin sürdürülmesinde ölüm deneyiminin önemi.
5. Hemşirenin ölüme ilişkin olumlu tutumlarının yaşam sonu bakıma etkileri.

**İzlenecek Basamaklar:**

1. Grup üyeleriyle birlikte bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılır.
2. Ölüm olgusunun yaşamı anlamlandırma üzerine etkisi tartışılır.
3. Bireysel gelişimin sürdürülmesinde ölüm deneyiminin önemi açıklanır.
4. Hemşirenin ölüme ilişkin tutumları ve yaşam sonu bakıma etkisi “rol oyun” şeklinde canlandırılıp tartışılır.
5. Grup oturumlarının sonuncusunda sürece ilişkin genel değerlendirme yapılır, duygular paylaşılır.
6. “Sevgi bombardımanı” etkinliği ile süreç sonlandırılır.

## EK 6 ETİK KURUL DEĞERLENDİRMESİ



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi

Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu


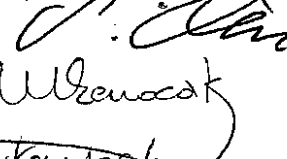
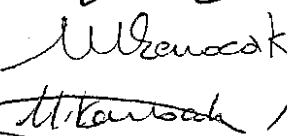
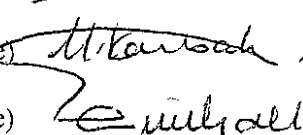
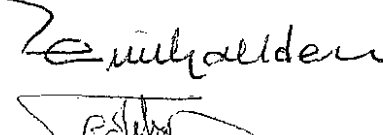
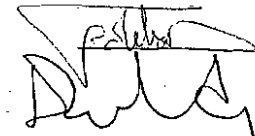
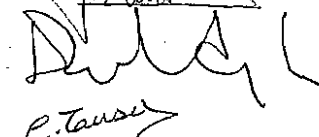
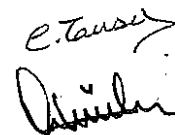
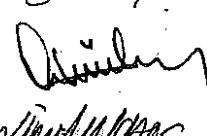
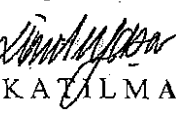
Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/763  
Konu :

16/06/2006

## ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 08.06.2006 PERŞEMBE  
**Toplantı No** : 2006/6  
**Proje No** : LUT 06/45 (Değerlendirme Tarihi: 08.06.2006)  
**Karar No** : LUT 06/45 - 22

Üniversitemiz Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyelerinden Prof.Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş.Gör. Figen Arı'nın tezi olan LUT 06/45 kayıt numaralı ve "Hemşirelere Uygulanan Ölümle İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi" konulu proje önerisi kurulumuzda değerlendirilmiş, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan) 
2. Prof.Dr. Sema Özer (Üye) 
3. Prof.Dr. M. Emin Şenocak (Üye) 
4. Prof.Dr. Meral Kanbak (Üye) 
5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye) 
6. Prof.Dr. Gökhan Gedikoğlu (Üye) 
7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye) 
8. Prof.Dr. Ediz Demirpençe (Üye) 
9. Prof.Dr. Alev Türker (Üye) 
10. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye) 
11. Avukat Serpil Besni (Üye) KATILMADI

**EK 7 İBN-İ SİNA HASTANESİ İZİN YAZISI**



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İBN-İ SİNA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ**



Sayı : 04/6397

Konu :

Ankara

**Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

İlgi: 07.12.2006 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00-1307 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup, Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Figen ARI'nın "Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin; Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

**Prof.Dr.Muhit ÖZCAN**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İbn-i Sina Hastanesi Başhekimisi

S.Ö/25.12.2006

## EK 8 İHSAN DOĞRAMACI ÇOCUK HASTANESİ İZİN YAZISI



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
HASTANELERİ**

▣ Erişkin Hastanesi  
▣ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi  
▣ Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.02/ D-229

27.3.2006


Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Yüksekokulu  
Müdürlüğü'ne,

İlgi: 13 Şubat 2006 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00-194 sayılı yazınız;

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi ve Doktora öğrenciniz Figen An'ın tez çalışması programını Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde mesai saatleri dışında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,

  
Prof. Dr. M. Tezer Kutluk  
Başhekim

**EK 9 ONKOLOJİ HASTANESİ İZİN YAZISI****HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
HASTANELERİ**

- Erişkin Hastanesi
- İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
- Onkoloji Hastanesi

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.10.14/D- 22

14.02.2006

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

İlgi : 13.Şubat.2006 tarih ve 196 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi ve Doktora öğrencisi Figen ARI'nın hastanemizde, "Hemşirelere Uygulanan, Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Şuayib YALÇIN  
Onkoloji Hastanesi Başhekim Yrd.

EC/mb

## EK 10 ONAM FORMU

### Araştırmacının Açıklaması

Terminal dönem hastalara bakım veren hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarına etkisinin incelendiği bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı “ Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi” dir. Araştırmanın sorumluları Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı Başkanı Prof. Dr. Fatma ÖZ ve Arş. Gör. Uzman Figen İNCİ’dir.

Çoğunlukla terminal dönem hasta bakımının gerçekteştirildiği kliniklerde çalışan hemşirelerin bu araştırmaya katılmasını istiyoruz. Ancak katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Karar vermeden önce araştırma hakkında sizleri bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizden nedeni, çalıştığınız klinikte sıklıkla terminal dönem hastalara bakım vermenizdir. Geliştirilen ölüme ilişkin eğitim programının sizlerin terminal dönem hastalarla daha rahat ve doyum alarak çalışmanıza ve böylece hastaların daha nitelikli bakım almasına yardım edebileceği düşünölmektedir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul edecek olursanız haftada 1 defa olmak üzere toplam 7 kez iş saatleri dışında ortalama 90 dakika sürecek toplantılara katılacaksınız. Programda terminal dönem hastalarla çalışmanın güçlükleri, ölüm olgusu karşısında bireysel farkındalığın artırılması, ölüme ilişkin olumlu tutumların oluşturulması ve bu olumlu tutumların hasta bakımının niteliğine olan etkileri tartışılacaktır. Araştırmanın başında ve sonunda verilecek olan anket ve ölçek formlarını yazılı olarak doldurmanız gerekmektedir.

Bu araştırmaya katılmanız durumunda ölüm olgusuna ilişkin bireysel farkındalığınızın artacağı, ölüme yönelik olumlu tutumlarınızın oluşacağı ve bunun sonucunda sağladığınız yaşam sonu bakımın niteliğinin artacağı düşünölmektedir. Araştırma boyunca konuyla ilgili yaşayabileceğiniz sorunların çözümü için beni her zaman arayabilirsiniz.

Sizlerden toplanan bu bilgiler isim belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Toplanan bilgiler bu amacın dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

Araştırmacının Adresi:

Araştırma Görevlisi Uzman Figen İNCİ  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu  
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
İş tel: 305 15 80/125-127  
Cep: 0533 XXX XX XX

### **Katılımcının Beyanı**

Sayın Arş. Gör. Uzman Figen İNCİ tarafından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim).* Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

#### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

#### **Katılımcı ile görüşen kişi**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza