YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE GÖRÜLEN ÖLÜM KAYGISI

Kübra ÖZDEMİR

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ

Yüksek Lisans Tezi – 2014

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE GÖRÜLEN ÖLÜM KAYGISI

Kübra ÖZDEMİR

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ

ERZURUM
2014

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE ÖLÜM KAYGISI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kübra ÖZDEMİR

Tez Savunma Tarihi: 18.12.2014

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN(Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe OKANLI(Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2014

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VI**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Kaygı 5

2.1.1. Kaygı Türleri 7

2.2. Ölüm Kavramı 7

2.2.1. Ölümün Türleri 9

2.2.2. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler 11

2.3. Ölüm Kaygısı 13

2.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler 14

2.5. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları 18

2.6. Ölüm Kaygısı İle İlgili Kuramlar 19

2.7. Hemşirelerde ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Ölüm Kaygısı 22

3. MATERYAL VE METOT **24**

3.1. Araştırmanın Türü 24

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 24

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 24

3.5. Verilerin Toplanması 24

3.6. Araştırmanın Etik Yönleri ve Verilerin Toplanması 26

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 27

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 27

4. BULGULAR 28

5. TARTIŞMA 36

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 42

KAYNAKLAR 45

EKLER 52

EK-1. ÖZGEÇMİŞ 52

EK-2. ETİK KURUL KARARI 53

EK-3. TANITICI BİLGİ FORMU 54

EK-4 THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ 57

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ'ye, bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Ayşe OKANLI'ya, Sayın Araş. Gör. Kübra GÜNGÖRMÜŞ'e, çalışmamın istatiksel analizinde rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Başaran GENÇOĞLU'na, tezimin düzenlenmesinde benden desteğini ve sabrını esirgemeyen Bilgisayar Öğretmeni Mevlüt ÖZDEMİR'e, verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm tüm Hemşire arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen başta değerli ANNEM olmak üzere tüm AİLEME,

TÜM KALBİMLE TEŞEKKÜR EDERİM…

Kübra ÖZDEMİR

ÖZET

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı

Amaç: Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Fırat Üniversite Hastanesi Yoğun Bakım Servislerinde Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Elazığ ilinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastanelerinde ve üniversite hastanesinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler (N=196); örneklemi ise bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 183 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 26 soruluk anket formu ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği(TPÖKÖ) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler, SPSS programı ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzde hesaplamaları, *t* testi, Kruskal Wallis Testi, Dunnet T3 PostHocTesti, Mann Whitney U Testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.55±4,19 olup (19-37); %85.2'si (n=156) kadın, %14.8'i (n=27) erkektir. Yoğun Bakım hemşirelerinin TPÖKÖ toplam puan ortalamaları 43.73±18.07 (orta düzeyde kaygı) olup; karşılaşılan ölüm olgusu sayısı ile hemşirelerin ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p< 0.05$). Mesleği şu anda sevme durumları ve çalışılan ünitede karşılaşılan ölümlerden etkilenme düzeyi ile hemşirelerin TPÖKÖ puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırma sonuçları doğrultusunda Yoğun Bakım Hemşirelerinin orta düzeyde ölüm kaygısı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelere kendi duygularına ve düşüncelerine ilişkin farkındalıklarının arttırılması için ölüm kaygısına yönelik eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşire, ölüm kaygısı.

ABSTRACT

Determination of Death Anxiety in Intensive Care Unit Nurses

Aim: This study aim to determine of death anxiety in intensive care unit nurses and the factors affecting them as a descriptive and cross-sectional was conducted.

Material and Method: The study was made between 13/01/2014 and 15/06/2014 dates at Elazığ Education and Research Hospital and Harput Public Hospital and Fırat University Hospital in intensive care unit.

The universe of research is nurses are working in the inpatient units in public hospitals has a capacity of 200 beds and above due to Provincial Health Directorate at the European side of Elazığ (N=196). The study population consisted of 196 nurses working in these hospitals. Distrubuted 196 questionnaires return rate of %93.8 and 183 persons were included in the study.

The data of the study met with a questionnaire containing 26 questions which participant's demographic, personal and professional characteristics and Thorson-Powell Death Anxiety Scale. Statistical analysis was performed with SPSS (Statistical Packageforthe Social Sciences) at the computer environment, frequency, percentage calculations, such methods as well, T test, Dunnet T3 Hoc Test, Kruskal Waills T test, Mann Whitney U Testi, correlation tests were used.

Results: The average age of nurses in the study were 29.55±4.19 (19-37), and 85.2 % were female (n=156) and 14,8 % (n=27) were male. Thorson-Powell death anxiety scores of nurses were43.73±18.07 (middle anxiety) and a significant relationship was not found among the number of death cases and death anxiety of nurses ($p<0.05$).There was a significant differences among the Thorson-Powell death anxiety scores of nurses with the love of profession and the level of affected encountered mortality at the unit of work ($p>0.05$).

Conclusion: Thorson-Powell death anxiety scores of nurses were middle anxiety.

Key Words: death anxiety, nurse, psychiatric nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

F **:**Varyans Analizinde Hesapla Bulunan Değer

Maks **:** Maksimum Değer

Min **:** Minimum Değer

P **:** Önemlilik Katsayısı

SD **:** Standart Sapma

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

TPÖKÖ **:**Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

t **:** İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde bulunan değer

X **:** Aritmetik Ortalama

X2 **:** Ki- Kare Testinde Hesapla Bulunan Değer

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı 28

Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve Deneyimlerine Göre Dağılımı 29

Tablo 4.3. Hemşirelerin TPÖKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları 30

Tablo 4.4. Hemşirelerin TPÖKÖ Düzeyleri 30

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle TPÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 31

Tablo 4.6. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve Deneyimleri İle TPÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 33

1. GİRİŞ

Ölüm tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir.[1] Amerikan Tıp Derneği' inin tanımına göre ölüm; "fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durması" olarak tanımlanmaktadır.[2] Ölümün algılanışı üzerinde dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların ve geleneklerin önemli rol oynadığı, bu nedenle de ölüme karşı tutum ve tepkilerin değişiklikler gösterdiği bilinmektedir.[2,3,4]

Günümüz modern yaşam sürecinde bireyler ölümü, mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır. Böylece modern insan, yaşamın her alanından uzaklaştırmak istediği ölüm olgusunu hastanelere hapsetmekte, bu da ölümün tüm duygusal ve fiziksel yükünü sağlık personelinin üzerine yıkmaktadır. Oysa tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten kaçınmakta ve ölüm karşısında kaygı duyabilmektedirler.[5]

Teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatıp, ölümle ve ölümcül hastalıklarla karşılaşma oranını artırırken, diğer taraftan ölümü kişisel, spiritüel bir olay olmaktan çıkarıp tıbbi bir durum haline getirmiştir. Böyle bakıldığında ölüm, tıbbi başarısızlık olarak yorumlanmakta ve sağlık personeli bakım verdiği hastanın ölümü karşısında suçluluk hissedebilmektedir.[6]

Bireyi biyo-psiko-sosyal alanda bir bütün olarak ele alan ve insan sağlığını doğumdan ölüme kadar korumayı hedefleyen, sağlığın sürekliliğini temel alarak hizmet veren Hemşirelik, sağlık ekibinin vazgeçilmez bir parçasıdır.[7] Hemşireler, bireyin doğumundan ölümüne kadar iyilik haline katkıda bulunmak amacıyla hareket etmek, aynı zamanda ölümü bekleyen hastaya bakmak ve çalıştıkları ünitede beklenmedik hastalarının ölümleriyle karşılaşmak durumundadırlar.[8]

Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerindendir. Ölümü yaklaşan bireylere bakım vermek hemşireler için çoğu zaman acı veren, üzüntülü ve bazen tehdit edici bir durumdur. Hemşireler de hastanın kendisi ve ailesi gibi bu durum karşısında korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk ve içe kapanma yaşayabilirler. Tüm bu duyguların yanı sıra hemşire için, bakım verdiği hastanın ölümü başarısızlık ve çaresizlik duygularını da harekete geçirir. Bu durumda hemşire bir taraftan kayba verilen tepkileri yaşarken diğer taraftan başarısızlık düşüncesiyle suçlanır ya da kendini suçlu hisseder. Dolayısıyla ölümcül hastayla iç içe olan hemşirenin yaşadığı olumsuz duygular hemşirenin psikolojik olarak yıpratmaktadır.[9] Bu sebepten dolayı da hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailelerinden hem mekânsal hem de psikolojik olarak uzaklaşmakta ve onlara gereksindikleri bakımı verememektedirler. 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 hemşireler 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.[10]

Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunun bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölmekte olan bir hastaya ve ailesine tam anlamıyla yardımcı olabilmek için, hemşirenin önce kendi duygularını tanıması gerekir.[9]

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.[8]

Günümüzde birçok ülkede ölüme ilişkin eğitim programlan sağlık profesyonelleri yetiştiren okulların müfredatlarında yer almaktadır. 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 olmaktadır. Hemşireler bu eğitimle ölüm karşısındaki kaçınma davranışlarını fark etmişler ve bu davranışların ölen hastanın rahatlığını sağlamayı ve uygun bakım almasını engellediğini anlamışlardır.[7]

Ölüm kaygısı, insani korkuların ve kaygıların temel nedenlerindendir. İnsanların bu dünyadaki var olmalarının son bulacağı gerçeği karsısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanabilir.[11] Literatüre bakıldığında ölüm korkusu ile ölüm kaygısının birbirine sıkça karıştırılmaktadır. Kaygı; nedeni bilinmeyen bir duruma karşı, endişe, gerginlik gibi subjektif olarak hissedilen duygu durumu olmakla birlikte, korku; dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı olan duygusal bir tepkidir.[12,13,14]

Ölüm kaygısına neden olan daha çok ölümle ilgili duygular, ölüme yüklenen anlamdır. Ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma... gibi korkuları ölüm kaygısının temelinde yatan asıl korkular olarak tanımlayabiliriz.[15]

Terminal dönem sonunda gerçekleşen ölümlerin %49' unun yoğun bakım ünitelerinde, %24'ünün diğer klinik ortamlarda, %27' sinin ev ortamında gerçekleştiği

bildirilmektedir.[11] Dolayısıyla ölümlerin çok sık yaşandığı yoğun bakım ünitelerinin terminal dönem süreci içinde önemli bir yere sahip olduğu görülmekte ve yoğun bakım ünitelerinde kalan hastaların yaşam sonu bakımı ve ölüm kalitesi konuları tıp dünyasında önemli bir konu olarak yerini almaktadır.[10] Hemşirelerin yaşam ve ölümle ilgili sorunlarla yüz yüze gelmeye, beklenen ölüme karşı aile tepkilerini anlamaya, onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazır olmaları gerekmektedir.[13]Bu nedenle öncelikle hemşirelerin ölümle ilgili duygularını ve yaşadıkları kaygıyı belirlemek, yaşadığı duygusal zorlanmalarını, ölüm konusundaki düşünce ve tutumlarını dikkate almak, bilgi ve bakım becerisi konusunda eksikliklerin giderilmesini sağlamak gerekmektedir.[14]

Sonuç olarak, kliniklerde kısa veya uzun süreçler içerisinde hastanın tüm bakım ve tıbbı tedavisini yürüten, ailenin desteklenmesinde anahtar rol oynayan hemşirenin yaşadığı bu duyguları tanıması ve bunlarla başa çıkabilmesi, hastaya verdiği bakımın kalitesi arttıracaktır.[15]

Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinin ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kaygı

Tanımlanması ve ölçülmesi zor olan kaygı, 1900'lü yılların başında psikoloji alanında çalışılmaya başlanmış ve özellikle 1950'lerden sonra bu konudaki araştırmalar yoğunluk kazanmıştır.

İngilizce "anxiety" ve Almanca "angst" terimlerine karşılık gelen kaygı, daha çok psikoloji alanında çalışan bilim insanlarının ilgisini çekmektedir. Üzerinde uzlaşılan tek bir kaygı tanımı olmamasına rağmen pek çok araştırmacı kaygının duygulanımla ilişkili olduğu konusunda hem fikirdir.[17]

Korku, algılanan bir tehdit veya tehlike durumunda hissedilen ve insanda rahatsız edici bir gerilim, güçlü bir kaçma veya saldırganlık dürtüsüne neden olan yoğun bir duygusal uyarılma halidir. Korku, bilinçli olarak dıştan gelen tehdit veya tehlikelere karşı oluşan duygusal tepkidir.[13] Kaygı da korkma hissiyle eşdeğerdir. Korku genelde dış dünyada var olan herhangi bir şeye karşı duyulan histir. Korku tehlikenin varlığını ve tanınmasını gerektirirken, kaygı bilinmeyen tehlike ihtimalinden kaynaklanır. Kaygı, içerik bekleyen bir boşluk biçimidir. Bu içerik dolduğunda ve belirli bir nesne kaygıyı ele geçirdiğinde kaygı korkuya dönüşür.[18]

Kaygı genelde geleceğe dönük bir durumun ortaya çıkaracağı sonuçla ilgilidir ve bireyin kendisini karşılaşabileceği olumsuz bir durumdan korumasına yönelik hissettiği heyecandır.[19]

Kaygı, üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma heyecanlarından birini veya birçoğunu içerir. Korku ile kaygı arasında kaynak, şiddet ve süre olmak üzere temelde üç önemli fark bulunmaktadır. Korkunun kaynağı bilinir, kaygının kaynağı bilinmez. Korku kaygıdan daha şiddetlidir ve korku daha kısa süreli iken kaygı uzun süre devam edebilir.[19]

Bir başka önemli nokta da korkudan farklı olarak kaygıda tehlikeye karşı çaresizlik hissi vardır. Çaresizlik yaratan şeyler dış ya da iç etkenler olabilir. Aynı durum bireyin tehlikeyle mücadele yetisine bağlı olarak korku da kaygı da yaratabilir. Duruma karşı aktif tepki gösterenin duyduğu korku iken, tehlikeye karşı çaresizlik hisseden kişinin durumu kaygıdır.[20]

Kaygı yaratan durumun kaynağı bilinçdışında olabilir ve bu durumu fark etmekte birey zorlanabilir. Bir ihtiyacın tatminiyle, sosyal kuralların engelleyici etkileri arasında birey sıkışır ve karar verememenin sıkıntısını çeker.[21] Freud'a göre de idin istekleri ile süper ego tarafından diretilen sınırlamalar arasındaki çatışma sonucunda kaygı oluşur. İdin birçok isteği kişisel ve toplumsal değerlerle çelişince bunlar tehdit oluşturarak kaygıya neden olur.[22]

Bazı araştırmacılar korkunun fizyolojik bir tepki olduğunu ve kaygının bilişsel faktörlerle daha fazla ilişkisi olduğunu öne sürmüşlerdir.[23] Freud'a[27] göre, nesnel kaygı bir acizlik duygusunu içermektedir ve korkudan daha karmaşıktır. Nevrotik kaygı korkuya daha benzerdir ancak hem nesnel kaygı hem de nevrotik kaygı algılanan bir tehlikeye ilişkin tepkilerdir.[24]Epstein'nın[10] ayrımı da korkuda yüksek düzey bir uyarılma, korku nesnesinin kendisine yönelmişken; kaygı da uyarılmanın yayılmış durumda olduğu şeklindedir.

Kaygı ile korku arasında ilk ayrımı yapan Kierkegaard[22] kaygının nesnesinin hiçlik olduğunu belirtmektedir. May[69] kaygıyı belirsizlik, acizlik ve kişiliğin varlığına yönelik tehdit ilişkili bir durum olarak değerlendirmiştir. O kaygıyı, temel bir tepki olarak değerlendirirken; korkuyu ise Kierkegaard'a[22] benzer şekilde kaygının dışa vurumunun belirli bir şekli olarak tanımlamaktadır. Kaygı hiçbir şeye karşı olduğu için onunla savaşmak imkânsızdır. Ancak kaygı bir şeyin korkusu olursa, yani korkuya dönüşebilirse onunla savaşılabilir. İnsanlar da kaygılarını korkulara dönüştürerek onunla

savaşabilirler.[24]

2.1.1. Kaygı Türleri

Freud üç kaygı türünden bahsetmiştir. Bunlar;

- Gerçeklik kaygısı; egoya yönelik gerçek bir tehditten kaynaklanan kaygı türüdür.[23]
- Nevrotik kaygı; id, ego ve süperego arasındaki çatışmalardan kaynaklanan kaygı türüdür.[25]
- Törel kaygı; süper egonun egoya baskısıyla oluşan kaygı türüdür.[25]

Spielberger'a göre sürekli kaygı daha çok görece durağan bireysel farklılıklarla ilgiliyken; durumluk kaygı çoğunlukla içeriğe yönelik olarak geçici ve subjektif duygusal durumla ilişkilidir.[25]

Bu genel sınıflamaların dışında fobik kaygı, sosyal kaygı, sınav kaygısı, test kaygısı, matematik kaygısı, ölüm kaygısı gibi birçok kaygı türünden bahsedilebilir. Bunlardan sınav kaygısı daha çok durumluk kaygı ile ilişkiliyken, ölüm kaygısı sürekli kaygıyla daha çok ilişkilidir.[24]

2.2. Ölüm Kavramı

Ölüm, "herhangi bir canlının yaşamının tam ve kesin bir biçimde sona ermesi" olarak tanımlanmaktadır.[25]

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 olarak tanımlanabilir. Canlılar söz konusu olduğunda ise ölüm, hücrenin, organın veya organizmanın yaşamsal fonksiyonlarını tamamen yitirmesi ya da canlı olma halinin sona ermesi anlamına gelir.[13]

Ölümün anlamını açıklayabilmek güçtür. Ölüm konusunda tek ve belirli bir görüşle karşılaşılmamış, insanlık tarihi boyunca, insan düşüncesinin gelişimine uygun

olarak bu konu çeşitli görünümler almıştır. Mantığın ölüm gerçeğinden kaçınılamayacağını söylemesine karşı, genelde insanlar, kendisi için ölümün kaçınılmaz olduğunu bilmek istemezler.[13]

Kastenbaum ve Aisenberg ölüm kavramının temel özelliklerini aşağıdaki gibi açıklar:[26]

Ölüm kavramı göreceli olup, kavramının göreceliği gelişimsel düzeyde vurgulanmaktadır. Ancak gelişimsel düzey mutlaka bireyin kronolojik yaşı anlamına gelmez.

Ölüm kavramı, çoğu zaman bir kaç önermeyle açıklanamayacak kadar karmaşıktır.

Ölüm kavramları gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişir. Bir insanın ölüm kavramı her bir gelişim dönemine göre farklılık gösterir.

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.

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.

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.[18]

2.2.1. Ölümün Türleri

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, psişik 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.[27]

a) Biyolojik Ölüm

Ölüm, açıklanması karmaşık bir biyolojik sistemin çökmesidir. Bu çöküş yaşlanma, klinik ölüm ve beyin ölümü gibi bir seri biyolojik olayın gelişmesiyle oluşur.[27]

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 daha sonra gelişen yeniden canlandırma uygulamaları, yoğun bakım müdahalelerindeki değişmeler ve organ nakli olanakları gibi tıp teknolojisindeki gelişmeler geleneksel ölüm tanımının değişmesine neden olmuştur. 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, ölümün ne zaman ve nerede saptanabileceği sorgulanmıştır. Böylece ölüm ve yaşam arasındaki sınırı belirleyecek kesin bir ölçüte gerek duyulmaya başlanmıştır.[22]

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.[22]

Beyin sapı ölümünün tanımında ise, gerçek ölüm beyin sapının ölümüyle gerçekleşir. Beyin sapının görevi vücudumuzda dolaşım, solunum, beden ısısı ve kan basıncı gibi otomatik işlevleri ve bilinci denetlemek ve düzenlemektir. 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]

Tüm beyin ölümünde ise beynin tüm aktivitesini geri dönüşsüz bir biçimde kaybetmiş, 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.[22]

b) Psikolojik ve Sosyal Ölüm

Biyolojik olarak yaşam ve ölüm arasındaki sınır çok net olarak tanımlanırken, psikolojik ve sosyal olarak ölüm bu kadar kolay belirlenememektedir. 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 durumdur.[28]

Fiziksel ve sosyal ölüm arasında psikolojik sonuçları açısından da farklılıklar vardır. Hayatını kaybeden kişi yalnızca fiziksel ölümü yaşarken etrafındaki insanlar ölen kişi ile ilgili olarak 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. Bununla beraber nörodejeneratif hastalığı olanlar, fiziksel bir ölüm yaşamadan önce sosyal olarak var oluşlarıyla ilgili rollerini yavaş yavaş kaybederler. Bu sebeple, ölüm yalnızca fiziksel olarak değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal olarak da yaşanan bir deneyimdir.[9]

2.2.2. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler

Ölümü kabul etme biçimi ve ölüme yüklenen anlamlar, kültür, inanç sistemi, yaş ve gelişimsel seviye ve bireysel değerlerden etkilenir. Özellikle bireyin doğduğu andan itibaren içinde bulunduğu kültürel çevresi, onun kimliğinin oluşmasında etkili olan en önemli faktörlerden biridir.[29]

Her birey için ölüme karşı hissedilen duygular farklı olmasına karşı, ölümle ilgili evrensel olarak yaşanan duygu korkudur. Bunun nedeni ise, bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarını yitirme, bedenini ve denetimini yitirme, kimlik duygusunda sürekliliği yitirme, acı duyma ve anlamlı ilişkilerinin olduğu kişilerden ayrılma olarak sıralanabilir.[34]

Bir gün mutlaka öleceğinin farkında olan insanın ölümü düşünmesi normaldir. Ancak bu düşüncenin aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde olması kişinin psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir.[16,21] Bu nedenle insanın dengesini koruması açısından ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Bu denge ve uyum bozuldukça insandaki

kaygı düzeyi artmakta ve yaşadığı çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir.[31]

Elisabeth Kübler-Ross, ölmek üzere olan insanların, ölüme ilişkin tutumları üzerine oldukça önemli çalışmalar yapmıştır. Kübler-Ross'un en iyi bilinen "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabında, ölmekte olan hastanın içinden geçtiği psikolojik evrelerin kavramsallaştırması yer almaktadır. Çalışmasında ölen hastaların, bazı aşamalardan geçtiğini ancak aşamaların sürekli birbirini izlemediğini belirtmiştir. Serisel olarak aşamaları beklemek, bu aşamaları bir rehber olarak kullanan doktor, hemşire veya aile üyeleri için yarardan çok zarar verebilir.[31]

Öleceğini öğrenen kimse, ölüm sürecinde çeşitli evrelerden geçer. Ancak bu evrelerin süresi ve geçiriliş biçimleri kişilere göre değişiklikler gösterir. Dr. Kubler Ross bu evreleri 5 aşamada toplamıştır.[32,33]

İnkar (İzolasyon): 'Hayır... ben değilim, bir yanlışlık olmalı.' Gibi ifadelerin sıkça kullanıldığı evredir. Ölüm gerçeğine karşı gösterilen ilk evredir ve bu evrede hasta öleceğine inanmak istemez. Diğer savunmalar gelişene kadar kendini ayrı tutma, red durumu sürer. Bu aşamada hastaların hayat için, büyük bir umuda gereksinim duyduğu gözlenmiştir. Bu dönem kısa sürer, hasta dış çevreyi ve ailesini düşünmeye başlar. Hemşire hastanın bu davranışlarını anlayışla karşılamalı, kabul etmelidir.

Öfke (Kızgınlık): Hasta birinci evreyi aşarsa, içerisinde daha çok öfke duygusunu barındıran ikinci evreyi yaşar. Kişi, sağlıklı kişilere ve Tanrı'ya öfke duyar. Ölümü kendisine yapılan bir haksızlık olarak görür. 'Niçin ben?' sorusunu sorar. Hasta, kızgınlık duygularını açığa verme ihtiyacı duyar. Bu durumda hedef sağlık personeli olabilir.

Pazarlık: Hasta ölümü kabullenir, ancak daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girişir. Pazarlık, kaçınılmaz bir ölümü geciktirme çabasıdır.

Depresyon: Genellikle çaresizliğin bir habercisidir. Hasta artık 'Evet, ben'

demektedir. Sorunun geldiğini kabullenme cesaretini bulduğunda, kendisini deprese hisseder. Depresyonun dolu bir görünümüne izin vermek kabullenme aşamasını kolaylaştıracaktır. Hemşire bu aşamada, sessizce bakım vererek veya elini tutarak duygularını belli edebilir. Hasta gereksiz ziyaretçilerden korunmalıdır.

Kabullenme: Son evredir, birey durumunu kabullenmiştir. Kubler- Ross bu dönemi 'Ne mutlu, ne mutsuz dönem' olarak ifade eder. Bu dönemde daha çok yarım kalan işlerini bitirme ve dine bağlanma görülür. Hayatlarının geriye kalan kısmında son isteklerini yerine getirme çabası vardır.

2.3. Ölüm Kaygısı

Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle insanın kaygı düzeyinin artmaması ve yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmesi için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek gerekir. Bunun yanı sıra zihinde tamamen bastırılamayan, ara sıra belirli ölçülerde hatırlanan ölüm, insan hayatına katkıda bulunmaktadır.[9,34]

Psikolojide ölüm kaygısından ilk bahseden Freud'tur. Freud'a göre insanın başlıca iki temel güdüsü bulunmaktadır. Bunlardan birincisi libido adını verdiği cinsiyet güdüsü, diğeri ise saldırganlık ve yıkıcılık içtepilerini açıklamak üzere kullandığı ölüm içgüdüleridir. Freud'a göre insanların tabiatın tehdidine karşı sığındığı ilahi varlıklar mevcuttur. Bu yüzden Freud ölümü, dini paranoid zihinlerin bir ürünü ve nevrozların ilk belirtisi olarak düşünmüştür. Hayat ve ölüm birbirine bağlı iki olgudur. Ölüm hayatın perdesi altında sürekli olarak sesini duyurmakta yaşantı ve davranışlar üzerinde büyük etkide bulunmaktadır.[22,34]

Kaygı konusunda bilim adamlarının ortak bir tanım oluşturamamaları, ölüm kaygısının tanımlanmasında da güçlük yaratmaktadır. Bu sebeple ölüm kaygısının

tanımlanmasında da farklı yaklaşım ve görüşler ortaya çıkmıştır. Literatüre bakıldığında ölüm korkusu ile ölüm kaygısının birbirine karıştırıldığı görülmektedir.[35]

Ölüm kaygısı, ölüme karşı hissedilen bilinmezlik ve yalnızlık korkusu, yakınları yitirme ve ölüm anında ıstırap çekme korkusu, kişisel kimliği kaybetme ve ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme ve yok olma korkusu ile değer verilen insanları kaybetme korkusudur.[36,37]

Ölüm kaygısı, başka bir tanıma göre ise bir bakıma geleceğe ilişkin tasarımların gerçekleşemeyeceğine yönelik yaşanan kaygıdır; ya da ölümden sonra olabileceklere ilişkin belirsizlikle beraber açığa çıkan bir kaygıdır. Tüm bu ve benzeri kaygılar bir anlamıyla yaşam kaygılarıdır.[38]

Langs'a göre ölüm kaygısı, çevrenin tetiklediği duygusal yüklenmelere karşılık olarak verilen bilinçli ya da bilinçsiz tepkilerin bir sonucu olarak yaşanır. Ölüm kaygısı ya da korkusu, değişken bir olgudur. Bu, bazen acı çekerek ölme korkusu, bazen bilinmeyenin korkusu, bazen de erken ölüm korkusu ve bazen de olmama ya da var olmamanın korkusudur.[31]

İnsanın "ölmek zorunda olan bir varlık" olduğunun bilincinde olması onu derinden etkilemektedir. Her bireyin ölüm kaygısının kaynağı aynı değildir. Bazı insanlar sevdiklerinden, eşi ve çocuklarından ayrılacağını düşünerek ölüme kaygısı hissederken, bir başkası, bedenin toprakta, böcekler tarafından yenileceğini düşünerek, mezarda yapayalnız kalacağını hayal ederek, ya da dünyada sahip olduğu zenginliklerden, konfordan, sosyal statüden ayrılacağını düşünerek, ölüme ilişkin bir kaygıya sahip olur.[10,32]

2.4. Ölüm Kaygısını Etkileyen Değişkenler

Ölüm kaygısını etkileyen çeşitli faktörler vardır. En çok yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık

durumlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.[39]

Yaş;

Gençlerin kendilerini ölüme uzak olarak düşündükleri için ölümü düşünmedikleri ve aileleri ile bu konuda konuşmadıkları; yaşlıların ise ölüme daha yakın olduklarını düşünmeleri nedeniyle ölümü daha sık düşündükleri ve bu nedenle yaşla birlikte bireylerin ölümü daha çok düşünmeye başladığı kabul edilir.[37] Gençler ölümü sağlıklı bedenini yitirme ve geleceğe ilişkin tasarılarını gerçekleştirememe olarak görüp kaygı yaşarken, orta ve ileri yaş dönemlerinde işlerini ve yakın çevrelerindekilere karşı olan sorumluklarını tamamlayamama sıkıntısı biçiminde kaygı duyarlar.[37,38] Yapılan çalışmada yaşlılarda ölüm kaygısının ergenlere ve genç erişkinlere göre düşük olduğunu bildirmektedir. Yaştaki değişimin ölüm kaygısını nasıl etkilediği konusunda kesin bir fikir birliği yoktur.[39]

Cinsiyet;

Ölüm kaygısı açısından cinsiyet değişkeni aynı yaş değişkenin de olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuşken bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır.[40,41]

Medeni Durum;

Zorlu yaşam olayları ile baş etme konusunda aile ve eşin olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada dul kalmanın ölüm kaygısını artırdığı savunulmaktadır.[40,42]

Eğitim Durumu;

Literatürde ölüm kaygısı ile eğitim durumu arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Buna karşın varoluşçu açıdan kişinin kendini gerçekleştirmesi ve başarının kişinin benlik algısını olumlu etkilemesi sebebiyle akademik unvan/eğitim seviyesinin yüksekliği ölüm kaygısı açısından bir etken olarak ele alınmıştır.[43,44]

Fiziksel Hastalık;

Fiziksel hastalıkların ölüm kaygısını arttırdığı bazı dönemler vardır. Birincisi hasta olan kişinin hastalığının terminal döneminde olduğunu öğrenmesidir. Bu dönemde bireyin özkıyım düşünceleri, depresyon tablosu görülebilir. İkincisi organik hastalık nedeni ile bireyde yorgunluk, işlevsellikte azalma ve sakat kalma durumunun ortaya çıktığı dönemdir.[17]

Ruhsal Hastalık;

Ruhsal yönden sorunu olan bireyler ölümle ilgili kaygılarını daha yoğun şekilde yaşarlar. Ölüm kaygısının en sık ifade edildiği durumlar psikotikatak ya da ilaç yan etkisi gibi bireyde anksiyetenin arttığı durumlar olarak düşünülebilir. Sonuç olarak ölüm kaygısı ve psikopatoloji arasında pozitif yönde bir ilişki gösterilmiştir.[38]

Çocuğun Varlığı/Sayısı;

Çocuk genlerin devamı olduğu için bir anlamda biyolojik ölümsüzlük olarak düşünülebilir ve bilinçaltında ölüm kaygısına karşı çocuk sahibi olmak rahatlatıcı bir etken olabilir. Ayrıca, ölüm öncesi yaşanan süreçte, ölüm anında evladın varlığı bir güvence, son ana kadar kişiyi terk etmeyecek birinin kuvvetli ihtimali olarak görülebilir ve bunun kaygı azaltıcı etkisi olabilir.[25,28]

Yaşam Olayları;

Boşanma, çalışma koşulları, yeni bir işe başlama, iş kaybı, yeni bir yere taşınma gibi durumlar ölüm kaygısını artırabilir. Hatta ilk beyaz saçın genç bireyde ölüm kaygısını artırdığı düşünülmektedir. Olumsuz yaşam şartları ve sorunlarla başa çıkma stratejilerinin ölüm kaygısı ile ilişkisinin bakıldığı bir çalışmada bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.[4] Aile bireylerinin kaybının bireyin ölümle yüzleşmesi, yalnızlık, sosyal desteğin azalması gibi nedenlerden dolayı ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülür.[42]

Kişilik Özellikleri

Duygulardan kolay etkilenen, kendine ve çevreye güveni az olan, topluma uyumu az olan ve gergin bireylerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur.[45]

Sosyokültürel Özellikler ve Din

Farklı kültürlerin ölüm kaygısına karşı olarak geliştirdiği farklı inanç, tutum ve davranışları vardır. Kubler-Ross, kültürlerin ölüme getirdikleri açıklamalar ve yükledikleri anlamlar açısından farklılık gösterdiklerini; dolayısıyla kültürün ölüm kaygısının düzeyini biçimlendirebileceğini belirtmiştir.[46]

Yapılan çalışmada dindar bireylerde daha az düzeyde ölüm kaygısı yaşarken, bazılarında doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Buna karşın dindarlık ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır.[47,48]

Ekonomik Düzey:

Ekonomik anlamda sıkıntı yaşayan bireylerde bu durumun genel kaygı düzeyini artırabilecek bir etken olduğu düşünülmüştür. Genel kaygı düzeyi ölüm kaygısını artırmaktadır.[48]

Mesleğin severek yürütülmesi;

Hemşirelik mesleğini severek yapmak verilen sağlık hizmetinin kalitesini tamamıyla arttıracaktır. Kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesiyle hem hemşire manevi doyum yaşayacak hem de hizmeti alan kişinin olumlu geribildirimiyle hemşire mesleğine daha iyi motive olacaktır. Mesleği severek yürütebilmek mesleğin tüm olumsuz yönlerini kabul edebilmeyi beraberinde getirebilmektedir.[26,40]

Çalışılan Ünite;

Çalışılan üniteye bağlı olarak hemşirelerin karşılaştıkları ölüm olgusu sayısı farklılık gösterir. Örneğin Psikiyatri servisinde karşılaşılan ölüm olayı sıklığı ve şekli ile yoğun bakımda, acilde ya da onkoloji servisinde karşılaşılan ölüm olayı sıklığı ve şekli

oldukça farklıdır. Psikiyatri servisinde karşılaşılan ölüm olayı yılda bir kez suisid girişim şeklinde olabilirken, onkoloji servislerinde ölüm olgusu ayda ortalama beş kere olabilmekte, acil servislerde bu sayı ayda belki otuz ölüm olgusuna çıkabilmektedir. Yine yoğun bakımlarda ve onkoloji gibi ölümcül hastalarla çalışılan servislerde ölüm yavaş yavaş ve acı vererek gelirken acil servislerde hastanın kaybı çok kısa bir sürede aniden meydana gelir. Dolayısıyla çalışılan ünitede ölüm olgusuyla karşılaşmak, ölümcül hastaya bakım vermek ve her gün yüksek kaygılı hasta yakınlarıyla iletişim kurmak hemşirenin ölüme karşı duyduğu uzaklığı, korkuyu, endişeyi azaltabilir. Bu nedenle yaşam mücadelesi veren kritik hastaların olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısının daha düşük olması beklenmektedir.[10,19]

Çalışılan Ünitenin Birey Tarafından Seçilmesi ve Üniteden Memnuniyet; Sağlık çalışanının çalışmak istedikleri ünitede görev alması her zaman mümkün olmayabilir. Hemşirenin çalıştığı üniteden memnun olmaması, bireyin zaten stresli olan hastanelerdeki çalışma ortamına bir stres daha getireceği kesindir. Memnuniyetsizliğin hakim olduğu bir meslek yaşantısı tükenmeye, kalitesiz hizmet vermeye, hastaya, kadere ya da sisteme duyulan öfkeye, hastadan uzaklaşmaya ve ölüme yönelik düşüncelerinin değişkenlik göstermesine neden olur.[44]

2.5. Ölüm Kaygısına Karşı Geliştirilen Savunma Mekanizmaları

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip bireyler, yaşamları üzerindeki kontrolün, beden imajının, hareket yeteneği ve gücün, bağımsızlığın, fiziksel fonksiyonların kaybının sıkıntısını yaşarlar. İnsanoğlunun yaşadığı en büyük çaresizlik duygusu ölüme karşı olandır. Birey kendi ölüm düşüncesi ile dünyanın onsuz nasıl devam edeceğinin vermiş olduğu sıkıntıyla yüzleşmeye başlar ve ona karşı bir takım savunma mekanizmalarını devreye sokar Ölüme karşı savunmalar iki başlık altında toplanabilir. Bunlardan ilki, ölümsüzlüğü aramaya yönelik olarak kültürel yani sosyolojik

açıklamalar ve diğeri de psikolojik savunmalardır.[47,48]

Kültürel Savunmalar;

Toplumlar ölümü, bir dizi ayinsel törenlerle sosyal olarak deneyimlenen bir geçiş halinde kültürlerine mal ederler. Cenaze törenleri, tabutlar ve mezar törenleri, ölümün kendisi hakkında bir şey anlatmaktan çok, geride kalanlara ilişkindir. Bu durumu Illich "ölüm yaşamın tazelenmesi için bir fırsattır" şeklinde yorumlar.[49]

Psikolojik Savunmalar (Bireysel Savunmalar);

Bireyin ölüm kaygısı ile baş etmede kullandığı savunma mekanizmaları bireyin bu duruma uyum sağlamasını kolaylaştırır. Ancak bu savunma mekanizmalarında aşırılık uyumun bozulmasına, kaygının artmasına, bireyin kendini korumak için aşırı tedbirlere sığınmasına ve psikopatoloji gelişimine neden olabilir.[46]

Yalom'a göre bireysel savunmalar iki temel kategoriye ayrılabilir. Bunlardan ilki, bireyin özel olduğuna ve kişisel dokunulmazlığa yönelik geliştirdiği inanç; ikincisi ise nihai kurtarıcının varlığına yönelik inançtır.[50]

2.6. Ölüm Kaygısı İle İlgili Kuramlar

Ölüm kaygısını açıklamaya çalışan yaklaşımlara bakıldığında dört grup halinde incelendiği görülmektedir.

a) Psikanalitik Yaklaşım

Psikonalitik Ekol'ün kurucusu Freud'a göre ölüm, yaşamın 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. Psikoanalitik kurama göre insan, iki eğilimle dünyaya gelir: yaşam içgüdüsü ve ölüm içgüdüsü. Yaşam içgüdüsü daha çok, insanın yaşama coşkusunu yansıtır ve cinsel içgüdüleri içerir. Ölüm içgüdüsü bunun tam tersi biçimde insandaki yıkıcı, yok edici eğilimleri içerir.[36] Her insan bilinçdışında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bundan dolayı

insanoğlu ölümlü olmaya karşı başlangıçta güçlü bir duygusal tepki verir. Ölüme ilişkin bilimsel bilginin yetersizliği de buna eklenince hiçbir insanoğlu ölümü gerçekten kavramaz ve bilinçdışı kendi ölümlülüğü düşüncesine gereksinim duymaz.[51]

Freud'a göre ölüm kaygısı ayrılık kaygısının sonucunda oluşan suçluluk duygusundan kaynaklandığını belirtmektedir. Freud'a göre ölüm kaygısı süper egonun geçirdiği en önemli kaygıların sonuncusudur.[52]

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.[53]

Freud'dan ayrılan psikanalistlerden C.G. Jung'a göre, ölüm kaygısının temelini yaşama korkusu oluşturur. Bu bağlamda ölmekten çok korkan bireyler, aynı zamanda yaşamaktan da çok korkarlar. O'na göre yaşama korkusunun sebebi de bireyin, kendini hayata tam anlamıyla bağlayıp psiko-sosyal uyum sağlayamamasıdır.[53]

Jung ise ölüm kaygısının altında yaşama korkusunun olduğunu ve ölümden korkan kişinin aslında yaşamaktan korktuğunu düşünmüştür.[16,54]Horney, insanların yaşamdaki olumsuz olaylar sebebiyle ölüme istek duyabileceğini ve bu isteğin ölüm korkusu ile birleşerek nedeni belirsiz bir kaygıya dönüştüğünü savunmuştur.[55]

b) Varoluşçu Yaklaşım

Kaygı, varoluşun temeli ve en önemli öğesidir. Yalom'a göre ölüm ilk anksiyete kaynağıdır.[26,56] İnsanlar için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölümdür.[56] Ölümden kaçamayacağının farkında olan tek varlık olan insan, varoluşsal bir kaygı ile

karşı karşıya gelmektedir. Sürekli olarak kendini koruma güdüsüyle hareket eden insan, varoluşun yokluğu anlamına gelen ölümden endişe ve korku duymaktadır.[55] Heidegger göre insanoğlu için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek olan ölüm, varoluşun temelinde yatmakta ancak aynı zamanda artık var olmama tehdidini de içinde barındırmaktadır.[57] Becker'a göre ölüm kaygısı ve korkusu insanlığın ölümün kaçınılmaz olduğu fikrini akıllarından çıkaramamaları sonucu oluşur.[56]

Varoluşçulara göre insandaki temel kaygı, asıl olarak ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. 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.[57]

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.[28]

c) Dehşet Yönetim Kuramı

Jeff Greenberg tarafından 1996 yılında öne sürülmüştür. Daha çok kaygı ile baş etmek için kullanılan savunma mekanizmalarını açıklar. Bu kuram ölüm kaygısının oluşma nedeninin bireyin kendi ölümlülüğünün farkında olması sonucu geliştiğini ve ölüm kaygısının duygusal ve bilişsel olmak üzere 2 bileşeni olduğunu savunur. Bilişsel bileşenin ölümü sık sık düşünme ve bu konulara ilgi duyma ile karakterize olduğu, duygusal bileşenin ise bireyin tümüyle yok olmayı öngörmesi sonucu gelişen duygusal gerginlik ile karakterize olduğu düşünülür.[51,54]

d) Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar;

Bilişsel kurama göre kaygı, bireyin koşullanmaya yatkın bir tepkisi olarak görülüp koşullanmalar ve genellemeler sonucu ortaya çıkar. Bireyin bir tehdit olarak gördüğü durumu ne kadar korkutucu olarak algıladığına önem verir. Kişi tehdide; korkutucu, kontrol dışı, baş edilmez şeklinde atfettiği oranda kaygılanır. Bu kuram ölümün kötü algılanmasının nedeninin ölümün kaygı ile birlikte kötü olarak düşünülmesinden kaynaklandığını ve bireyin ölüme ilişkin edindiği olumsuz düşünceler sonucu ölüm kaygısının geliştiğini savunur.[58]

2.7. Hemşirelerde ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Ölüm Kaygısı

Bireyi biyo-psiko-sosyal alanda bir bütün olarak ele alan ve insan sağlığını doğumdan ölüme kadar korumayı hedefleyen, sağlığın sürekliliğini temel alarak hizmet veren, kendi başına bağımsız bir sağlık disiplini olan hemşirelik, sağlık ekibinin vazgeçilmez bir parçasıdır.[35,59] Özellikle de yoğun bakım hemşireleri hastaların terminal dönemlerinde onlara bakım vermekte ve bu süreci onlarla birlikte yaşamaktadır.[60]

Hemşireler, mesleklerinin gereği hastalarla çok fazla zaman geçirdikleri için ölüm gerçeği ile daha iç içe yaşarlar ve bu alanda hastaya yardım etmek için benzersiz bir konumdadırlar. Hemşireler kronik hastalık süreçlerini en çok deneyimleyen, terminal dönemdeki hastanın gereksinimlerini karşılayarak huzurlu bir ölümü sağlamaya çalışan bireylerdir.[56,61]

Ölüme karşı hemşirenin tavrı; ölen hastalara verdikleri bakımı büyük ölçüde etkileyebilir. Hemşireler ölümü bir yenilgi gibi düşünmemeye çalışmalı, fonksiyonlarını hasta ve aile üzerinde yoğunlaştırmalıdırlar. Hastalar kederlenme sürecine girseler de onların desteğe gereksinimleri vardır.[30,62]

Hastalara bakım verirken hemşire-hasta arasında manevi bir bağ oluşmaktadır. Aynı hastaların ölümü onlar için bir yıkım olabilmektedir. Hemşirelerin ölüm olgusu ile

ilgili duygularının farkında olması ve yaşadıkları kaygı düzeyini bilmesi hasta ve ailelerine daha iyi bakım vermelerini sağlayabilecektir. Hemşireler, hastalarıyla konuşmak için gönüllü olmalıdır. Aynı zamanda hastaların ümit mekanizmalarına da saygı göstermelidirler. Hastalar, anlayan ve bakım veren biriyle konuyu tartışmayı doğru bulurlar. Hemşireler ölümle ilgili konuşmalara kaçınılmaksızın girdiklerinden, kendi duygularının ve düşüncelerinin farkında olmalıdırlar.[56,63]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma hemşirelerin ölüm kaygılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Fırat Üniversitesi Hastanesinde Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ ilinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastanelerin deve üniversite hastanesinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler (N=196); örneklemi ise bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 183 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin;

- Tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık süresi, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi)
- Mesleki özellikleri
- Mesleki deneyimleridir.

Bağımlı Değişken:

- Thorson- Powell Ölüm Kaygısı Ölçek puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış anket formu ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile toplanmıştır.

a) Anket Formu

Araştırmada, hemşirelerin ölüm kaygısıyla ilişkili olabileceği düşünülen, bireysel

özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, ciddi sağlık sorunu, ölüm riski, ilaç kullanma, ruhsal hastalık geçirme durumu, birinci derece yakını kaybetme, 1. derece yakınlarda ölüm riski taşıyan hastalık görülme, ölüm tehlikesi ile karşılaşılan yaş, ölümden sonraki hayata inanma durumu, ölümü düşünme, ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşma, karşılaşılan tehlike) ve mesleki özelliklerini (meslekte çalışma süresi, mesleği isteyerek seçme durumu, şuan da mesleği sevme durumu, ünitede çalışma süresi, çalışılan üniteyi isteyerek seçme, çalışılan üniteden memnuniyet, mesleğin duygusal yıpratıcılığına karşı kendini korumaya alma durumları, bir ayda tanık olunan ortalama ölüm sayısı, ünitede ölümle karşılaşma anında hissedilenler, ölünün bakımı konusunda ünitede prosedür uygulama, ünitedeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmeleri önleyebilme, mezun hemşirelere ölüm kaygısına ilişkin eğitimin gerekliliği belirlemeye yönelik toplam22sorudan oluşan ve literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanıldı.[34,67]

b) Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ)

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeği (TPÖKÖ), ilk defa Nehrke (1973) tarafından tanatoloji çalışmalarında en çok kullanılan ölçeklerden D. Templer ve Boyer'in ölçeklerinin birleştirilmesi ve Nehrke'nin bu ölçeğe bir madde daha eklemesiyle oluşmuştur. T Horson ve Powell (1992), ise bu ölçeği yeniden ele alarak bazı değişiklikler yapmış ve ölçeğe son şeklini vermişlerdir. Sonuçta yanıtlardaki ön yargıları en aza indirmek amacıyla 25 maddelik doğru yanlış şeklinde yanıtlanabilecek bir ölçek ortaya çıkmıştır. Önceleri yaşlı deneklere kolaylık olması için doğru- yanlış formatıyla uygulanan ölçek, daha sonra aynı çalışmacılar tarafından 5'li likert formuna dönüştürülmüş, ölçeğin doldurulmasında problem yaşanmadığının gözlenmesi üzerine, ölçeğin son şekli 5'li likert formatında kalmıştır. Ölçek bu alanda kullanılan önemli ölçeklerden biri olup, ölüm kaygısını değişik boyutlardan ele almaktadır.[66,67]

Ölçek 25 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir (fikrime çok uygun (0), fikrime uygun (1), karasızım (2), fikrime aykırı (3), fikrime çok aykırı (4)). Maddelerin 17'si olumlu (soru: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24), geri kalan 8 madde ise olumsuz (soru: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25) ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması olumsuz maddelerin puanları ters çevrilerek yapılmakta ve toplam puan oluşturulmaktadır. Puan aralığı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken 0-25 aralığında alınan puan bireyin ölüm kaygısının "çok düşük" olduğunu; 2650 arasında alınan puan ölüm kaygısının "hafif düzey'de" olduğunu; 51-75 arasında alınan puan bireyin ölüm kaygısının "orta düzey'de" olduğunu; 76-100 arasında alınan puan ise bireyin ölüm kaygısının "çok yüksek" olduğunu ifade etmektedir.[67]

Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçeye uyarlaması Karaca ve Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır. 50 Erkek ve 76 kız, toplam 126 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada yarıya bölme tekniği ile hesaplanan güvenirlik katsayısı 0,73, homojenlik endeksi olan cronbach alpha katsayısı 0,84 bulunmuştur. Mevcut çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönleri ve Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onayı, araştırmanın yapıldığı hastanelerden yazılı kurum izinleri alınmıştır (EK-2).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hemşirelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak

katılmak isteyenlerin alınması ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler, SPSS paket programı ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzde hesaplamaları, *t* testi, Kruskal Wallis Testi, Dunnet T3 Post Hoc Testi ve Mann Whitney U Testleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın Elazığ İlinde bulunan özel hastanelerde yapılmaması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular araştırmanın yapıldığı hastaların yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	**Sayı**	**%**
Cinsiyet		
Bayan	156	85.2
Erkek	27	14.8
Yaş		
19-25 yaş	25	13.7
26-30 yaş	86	47.0
31 yaş ve üstü	72	39.3
Medeni Durum		
Evli	105	57.4
Bekar	78	42.6
Çocuk Sayısı		
Yok	82	44.8
1	41	22.4
2	53	29.0
3 ve↑	7	3.8
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	35	19.1
Ön lisans	47	25.7
Lisans	83	45.4
Yüksek lisans	18	9.8
Sağlık Sorunu		
Var	26	14.2
Yok	157	85.8
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	95	51.9
Hayır	88	48.1
Birinci Derece Yakınını Kaybetme		
Evet	57	31.1
Hayır	126	68.9
Ölümden Sonraki Hayata İnanma		
Evet	145	79.2
Hayır	2	1.1
Emin değilim	36	19.7
Ölümü Düşünme		
Nadiren	60	32.8
Arasıra	47	25.7
Sıkça	71	38.8
Çok sık	5	2.7
Ciddi Ölüm Tehlikesi İle Karşılaşma		
Evet	69	37.7
Hayır	114	62.3
Yaş	(X±SS)	(Min-Max)
	29.55±4.19	19-37

Tablo 4.1'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %85.2'sinin bayan olduğu, %47' sinin 26-30 yaş arası, %57.4'ünün evli,%44.8'inin çocuğunun olmadığı, %45.4'ünün lisans mezunu olduğu ve yaş ortalamalarının 29.55±4.19 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %85.8'inin sağlık sorununun olmadığı, %51.9'unun ilaç kullandığı, %31,1'inin birinci derecede yakınını kaybetmiş olduğu, %79.2'sinin ölümden sonraki hayata inandığı, %38.8'inin sıkça ölümü düşündüğü ve %37.7'sinin ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmış olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve Deneyimlerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikleri ve Deneyimleri	**Sayı**	**%**
Mesleki Çalışma Yılı		
1 yıl ve ↑	15	8.2
1-5 yıl	53	29.0
5-10 yıl	49	26.8
10 yıl ve ↑	66	36.1
Meslek Seçme Durumu		
İsteyerek	75	41.0
İstemeyerek	108	59.0
Mesleği Sevme Durumu		
Evet	57	31.1
Hayır	126	68.9
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı		
1 yıldan az	43	23.5
1-5 yıl	94	51.4
5-10 yıl	43	23.5
10 yıl ve ↑	3	1.6
Yoğun Bakım Ünitesini Seçme Durumu		
İsteyerek	126	68.9
İstemeyerek	57	31.1
Yoğun Bakım Ünitesinden Memnuniyet Durumu		
Memnun	120	65.6
Memnun Değil	63	34.4
Yoğun Bakım Ünitesinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma Durumu		
Evet	180	98.4
Hayır	3	1.6
Bir Ayda Ölümüne Tanık Olunan Ortalama Hasta Sayısı		
1-3 hasta	14	7.7
4-6 arası	111	60.7
7 ve üstü	58	31.7
Karşılaşılan Ölüm Olgusundan Etkilenme Durumu		
Çok etkilenirim	46	25.1
Biraz etkilenirim	46	25.1
Hastanın yaşına, hastalığına, durumuna göre değişir	67	36.6
Hiç etkilenmem	24	13.1

Tablo 4.2. (Devam)

Ölüm Sonrası Uygulanan Prosedürün Olma Durumu		
Var	146	79.8
Yok	37	20.2
Ölüm Olaylarından Diğer Hastaların Etkilenmelerini Önleme		
Evet	62	33.9
Hayır	121	66.1

Tablo 4.2'de hemşirelerin mesleki özellikleri ve deneyimlerine göre dağılımı incelendiğinde; %36.1'inin 10 yıl ve daha uzun süredir hemşirelik mesleğinde çalışıyor olduğu, %41'inin hemşirelik mesleğini isteyerek,%59'unun ise hemşirelik mesleğini istemeyerek seçtiği, %68.9'unun hemşirelik mesleğini sevmediği, %51.4'ünün yoğun bakım ünitesinde 1-5 yıldır çalışıyor olduğu, %68.9'unun çalıştığı üniteyi isteyerek seçmiş olduğu, %65.6'sının çalıştığı üniteden memnun ve %34.4'ünün ise çalıştığı üniteden memnun olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin %98.4'ünün yoğun bakım ünitesinde ölüm olgusuyla karşılaştığı, %60.7'sinin bir ayda ortalama 4-6 hastanın ölümüne tanık olduğu, %36.6'sının ünitede karşılaştığı ölümlerden hastanın yaşına, hastalığın durumuna göre etkilendiğini, %79.8'iölümsonrası uygulanan bir prosedürün olduğunu, %66.1'i ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyemediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin TPÖKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEK	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puanlar	Ölçekten Alınan Min-Max Puanlar	X±SS
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	0-100	16-70	43.73±18.07

Tablo 4.3'te hemşirelerin TPÖKÖ toplam puan ortalamasının 43.73±18.07 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin TPÖKÖ Düzeyleri

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Düzeyi	Sayı	%
Çok düşük	27	14.8
Hafif	76	41.5
Orta	80	43.7

Tablo 4.4'te hemşirelerin TPÖKÖ düzeyleri incelenmiştir. Hemşirelerin % 14.8'inin TPÖKÖ puan ortalamasının "Çok düşük" düzeyde olduğu, % 41.5'inin "Hafif "düzeyde olduğu ve % 43.7'sinin ise "Orta" düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle TPÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	X±SS	Test ve p değeri
Cinsiyet		
Bayan	44.07±17.704	MW-U=1999.500 p=.675
Erkek	41.78±20.285	
Yaş	36.32±16.121	**KW=18.531**
19-25 yaş	39.52±17.154	**p=.000**
26-30 yaş	51.33±17.237	
31 yaş ve üstü		
Medeni Durum		
Evli	47.23±17.668	***t*=3.109**
Bekar	39.03±17.627	**p=.002**
Çocuk Sayısı		
Yok	39.59±17.994	
1	46.49±18.068	**KW=7.882**
2	48.26±17.639	**p=.049**
3 ve↑	41.86±13.558	
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	36.94±15.965	
Ön lisans	50.85±17.226	**KW=11.879**
Lisans	44.20±18.030	**p=.008**
Yüksek lisans	36.17±17.800	
Sağlık Sorunu		**MW-U=1146.000**
Var	45.90±18.164	**p=.000**
Yok	30.65±10.488	
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	45.53±18.876	*t*=1.399 p=.163
Hayır	41.80±17.044	
Birinci Derece Yakınını Kaybetme		
Evet	47.11±18.140	***t*=3.906**
Hayır	36.26±15.614	**p=.000**
Ölümden Sonraki Hayata İnanma		
Evet	38.86±16.979	
Hayır	57.00±1.414	**KW=44.433**
Emin değilim	62.64±5.900	**p=.000**
Ölümü Düşünme		
Nadiren	57.68±13.489	
Arasıra	46.36±18.873	**KW=67.699**
Sıkça	30.56±10.330	**p=.000**
Çok sık	38.60±9.555	
Ciddi Ölüm Tehlikesi İle Karşılaşma		
Evet	36.16±16.561	***t*=4.655**
Hayır	48.32±17.447	**p=.000**

Tablo 4.5 incelendiğinde; hemşirelerin cinsiyetleri ve ilaç kullanma durumları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo4.5 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).31 yaş ve üstü olan hemşirelerin 19-25 yaş ve 26-30 yaş olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur

Hemşirelerin medeni durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çocuk sayısına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).2 çocuğu olan hemşirelerin çocuğu olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.

Eğitim durumları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ön lisans mezunu olan hemşirelerin sağlık meslek lisesi, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık durumları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sağlık sorunu olan hemşirelerin olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiştir.

Birinci derece yakınını kaybedenlerin TPÖKÖ puan ortalamalarının birinci derece yakınını kaybetmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci derecede yakınını kaybetme durumuna göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin ölümden sonraki hayata inanma durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ölümden sonraki hayata inanma konusunda emin olmayan hemşirelerin ölümden sonraki hayata inanan ve inanmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ölümü nadiren düşünen hemşirelerin ölümü ara sıra, sıkça ve çok sık düşünen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşma durumuna göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşmayan hemşirelerin ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve Deneyimleri İle TPÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Mesleki Özellikleri ve Deneyimleri	**X±SS**	**Test ve p değeri**
Mesleki Çalışma Yılı		
1 yıl ve ↑	33.13±14.584	**KW=23.663 p=.000**
1-5 yıl	40.08±17.536	
5-10 yıl	38.67±16.975	
10 yıl ve ↑	52.83±16.403	
Meslek Seçme Durumu		
İsteyerek	43.92±17.981	*t*=.117
İstemeyerek	43.60±18.207	p=.907
Mesleği Sevme Durumu		
Evet	40.12±16.489	*t*=1.830
Hayır	45.37±18.568	p=.069
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı		
1 yıldan az	38.19±15.336	KW=3.530 p=.317
1-5 yıl	44.51±19.423	
5-10 yıl	47.81±16.861	
10 yıl ve ↑	40.33±13.577	
Yoğun Bakım Ünitesini Seçme Durumu		
İsteyerek	45.42±18.049	*t*=1.893 p=.060
İstemeyerek	40.00±17.692	

Tablo 4.6 (devam)

Yoğun Bakım Ünitesinden Memnuniyet Durumu		*t*=1.792
Memnun	42.01±17.407	p=.075
Memnun Değil	47.02±18.968	
Yoğun Bakım Ünitesinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma Durumu		MW-U=180.500
Evet	43.61±18.136	p=.325
Hayır	51.00±13.454	
Bir Ayda Ölümüne Tanık Olunan Hasta Sayısı		
1-3 hasta	30.57±13.523	**KW=29.644**
4-6 arası	39.75±17.420	**p=.000**
7 ve üstü	54.53±14.921	
Karşılaşılan Ölüm Olgusundan Etkilenme Durumu		
Çok etkilenirim	32.35±11.689	
Biraz etkilenirim	49.87±18.460	**KW=17.760**
Hastanın yaşına. hastalığına göre değişir	41.82±18.306	**p=.000**
Hiç etkilenmem	59.13±9.724	
Ölüm Sonrası Uygulanan Prosedürün Olma Durumu		*t*=1.628
Var	44.82±18.537	p=.105
Yok	39.43±15.564	
Ölüm Olaylarından Diğer Hastaların Etkilenmelerini Önleme		
Evet	48.10±18.002	***t*=2.369**
Hayır	41.50±17.759	**p=.013**

Tablo 4.6'da hemşirelerin mesleki özellikleri ve deneyimlerine göre TPÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin mesleği seçme durumu, sevme durumu, yoğun bakım ünitesinde çalışma yılı, yoğun bakım ünitesini seçme durumu, yoğun bakım ünitesinden memnuniyet durumu, yoğun bakım ünitesinde ölüm olgusuyla karşılaşma durumu ve ölüm sonrası uygulanan prosedürün olma durumu değişkenleri ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin mesleki çalışma yılına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelik mesleğindeki çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, hemşirelik mesleğindeki

çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl ve5-10 yıl olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Bir ayda ölümüne tanık olunan hasta sayısı ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 7 ve üstü olan hemşirelerin, bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 1-3 hasta ve 4-6 hasta olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiştir.

Karşılaşılan ölüm olgusundan etkilenme durumu değişkeni ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ünitede karşılaşılan ölümlerden "Hiç etkilenmem" diyen hemşirelerin, ünitede karşılaşılan ölümlerden "Çok etkilenirim", "Biraz etkilenirim" ve "Hastanın yaşına, hastalığına, durumuna göre değişir" diyen hemşirelere göre, "Biraz etkilenirim" ve "Hastanın yaşına, hastalığına, durumuna göre değişir" diyen hemşirelerin, ünitede karşılaşılan ölümlerden "Çok etkilenirim" diyen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebilme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebilen hemşirelerin ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyemeyen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde görülen ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma elde edilen bulgular ilgili literatürle iki bölüm halinde tartışılmıştır.

Araştırma Elazığ ilindeki Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fırat Üniversite Hastanesi ve Harput Devlet Hastanesin Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan 183 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Tablo 4.1'de hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin yaşları 19 ile 37 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 29.55±4.19 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin yaşları ile TPÖKÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). 31 yaş ve üstü olan hemşirelerin 19-25 yaş ve 26-30 yaş olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tatar (1988) araştırmasında 18-22 yaş grubu hemşirelerinin daha yüksek yaş grubundaki hemşirelere göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu bulmuştur.[64]

Hemşirelerin cinsiyetleri ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5).

Literatüre bakıldığında cinsiyet ile ölüm kaygısı arasında ilişkinin olmadığını söyleyen çalışma olsa da,[61] kadınların ölüm kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğunu söyleyen çalışmalar daha fazladır.[1,39,41,68]

Hemşirelerin %57.4'ünün (n=105) evli, %42.6'inin (n=78) bekâr olduğu görülmektedir. Hemşirelerin medeni durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).Tablonun incelenmesine devam edildiğinde evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Taka' nın[61] çalışması bu araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin %44.8'inin (n=82) çocuğu yokken, %22.4'ünün (n=41) 1

çocuğunun, % 29.0 kişinin (n=53) 2 çocuğunun, %3.8'inin (n=7) ise 3 çocuğunun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Hemşirelerin çocuk sayısına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Araştırmada seçilen örneklem profili demografik özellikler bakımından literatürdeki diğer araştırmalara benzerlik göstermektedir.[6,42,69]

Hemşirelerin eğitim durumuna bakıldığında; hemşirelerin %19.1'inin (n=35) sağlık meslek lisesi, %25.7'sinin (n=47) ön lisans, %45.4'ünün (n=83) lisans, mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Eğitim durumları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo4.5.). Ön lisans mezunu olan hemşirelerin sağlık meslek lisesi, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma bulgusunu destekleyen birçok çalışma vardır.[53,61,70]

Hemşirelerin ölüm kaygısını ile ilgili tanımlayıcı özellikler incelendiğinde; hemşirelerin %85.8'inin hiçbir sağlık sorunu olmadığı, % 14.2'sinin (n=26) sağlık sorununun olduğu; bunlardan %53.8'inin (n=14) orta düzeyde ölüm riski taşımakta olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Araştırmaya katılan hemşirelerin ciddi sağlık sorunu olma durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Tablonun incelenmesine devam edildiğinde ciddi sağlık sorunu olan hemşirelerin ciddi sağlık sorunu olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Akça ve Köse'nin[3] çalışmasında bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin %31.1'i (n=57) birinci derece bir yakınını kaybetmişken; %29'unun ise (n=53) birinci derece bir yakınının ölüm riski taşıyan hastalığa sahip olduğu görüldü (Tablo 4.1).Birinci derecede yakınını kaybetme durumuna göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablonun incelenmesine devam edildiğinde Birinci derece yakınını kaybeden hemşirelerin birinci derece yakınını kaybetmeyen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ertufan'ın[22] çalışmasında elde ettiği bulgular bizim çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin ölümden sonraki hayata olan inançları sorgulandığında %79.2'sinin (n=145) ölümden sonraki hayata inandığı, %1.1'inin (n=2) inanmadığı görülmüştür (Tablo 4.1).Hemşirelerin ölümden sonraki hayata inanma durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ölümden sonraki hayata inanmayan hemşirelerin ölümden sonraki hayata inanan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Taka'nın[61] çalışmasında ölümden sonraki hayata inanmayla ilgili elde ettiği bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin ölümü düşünme sıklıklarına bakıldığında %32.8'i (n=60) nadiren (çok nadir aklıma gelir), % 25.7'si (n=47) ara sıra (ayda 1 aklıma gelir); %38,8'i (n=71) sıkça (haftada en az bir defa düşünürüm), %2.7'si (n=5) ise çok sık (her gün ya da gün aşırı aklıma gelir) ölümü düşünmekte olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1).Araştırmaya katılan hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Ölümü nadiren düşünen hemşirelerin ölümü arasıra, sıkça ve çok sık düşünen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yine ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşan hemşirelerin karşılaşmayanlara nazaran ölüm kaygısı yüksek bulunmuş. Tatar'ın çalışmasında ise hemşirelerin %67' si kendi ölümlerini ara sıra düşünürken; %27'si çok seyrek düşündüklerini, %6'sı ise (n=2) çok sık düşünmekte olduklarını belirtmişlerdir. Bu konuda bizim araştırmamızdan elde edilen bulgular Tatar'ın çalışması ile farklılıkgöstermektedir.[64]

Araştırmaya katılan hemşirelerden, yaş ortalaması düşük olan ve daha az sayıda ölüm olayıyla karşılaşan hemşirelerin, yaş ortalaması yüksek olan ve karşılaşılan ölüm olayı sayısı fazla olan hemşirelere göre ölüm kaygısının daha yüksek olması bize karşılaşılan ölüm vakası sayısının hissedilen ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğunu düşündürmüştür.

Hemşirelerin mesleki deneyimlerine baktığımızda %29.0'ının (n=53) 1-5 yıl arasında hemşirelik yaptığı; %36.1'inin ise (n=66) 10 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışmakta olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme durumuna, şu anda mesleğinizi sevme durumuna, yoğun bakım ünitesinde ne kadar zamandır çalıştığına, yoğun bakım ünitesini seçme durumuna, yoğun bakım ünitesinden memnuniyet durumuna göre TPÖKÖ puanları açısından istatiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.6). Taka'nın[61] çalışmasında çalışılan birimi kendi isteği ile seçme, çalışılan birimden memnun olma, meslekte çalışma süresi ve mesleği isteyerek seçme durumları ile TPÖKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını saptadı. Bununla birlikte yine Taka'nın[61] çalışmasında mesleği şu anda sevme durumlarına göre ise TPÖKÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Mesleğini sevmeyen hemşirelerin puanı sevenlerden anlamlı yüksek olduğunu belirledi.

Bireyin meslekte uzun yıllar çalışması, yüzlerce ölüm vakasını görmesine ve hepsine bir şekilde müdahalede bulunması bireyin ölüm olgusuna karşı daha sıradan bir bakış açısı geliştirmesine sebep olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin %41.0'ının (n=75) hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olduğu ve yine %31.1'inin (n=57) şu an da mesleğini severek icra ettiği bulgusu elde edilmiştir (Tablo 4.2). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen ve severek yapanların mesleğe ait

sorumlulukları daha istekli yerine getirdikleri ve mesleğin olumsuz yönlerini de daha rahat kabullendiği literatür tarafından desteklenmektedir.[42]

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %41.0'ının (n=75) mesleği istemeyerek seçmeleri %31.1'inin (n=57) şu anda mesleklerini sevmeden icra etmeleri bulgularına benzer bulgular hemşirelikte tükenme sendromu ve hemşirelerin iş doyumları üzerine yapılan birçok araştırmada da görülmektedir.[7,63]

Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde hemşirelerin %29.0'ının (n=53) 1-5 yıl arasında, %36.1'inin ise (n=66) 10 yıl ve daha fazla süredir yoğun bakım ünitesinde çalışmakta olduğu; %68.9'unun (n=126) çalıştığı üniteyi kendilerinin seçmiş, %65.6'sının (n=120) çalıştığı üniteden memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştığı üniteyi kendisi seçmiş olması, daha büyük çoğunluğun çalıştığı üniteden memnun olması (Tablo 4.2), bize çalışılan ünitenin hemşire tarafından seçilmesinin motivasyonu artırabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin bir ayda tanık olunan ölüm olgusu, % 60.7'si bir ayda ortalama 4-6 hastanın ölümüne tanık oluyor, % 31.7'si bir ayda ortalama 7 ve daha fazla sayıda hastanın ölümüne tanık oluyor (Tablo 4.2). Bir ayda ölümüne tanık olunan hasta sayısı ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 7 ve üstü olan hemşirelerin, bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 1-3 hasta ve 4-6 hasta olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Başer ve Yiğit'in[10] elde ettiği bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çok sık olarak ölümle karşılaşmak, hemşirelerde aşırı strese neden olur. Hemşirelerin bu kadar çok sayıda ölüm olgusuyla karşılaşmaları kendi ölüm kaygılarını da arttırmıştır.[10]

Ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebilme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebilen hemşirelerin ünitelerindeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyemeyen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tatar'ın[64] çalışmasında elde ettiği bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgularda hemşirelerinThorson- Powell ölüm kaygısı ölçeğinin puan ortalamasının 43.73±18.07 olduğu (16-70) saptanmıştır. Hemşirelerin %41.5'inde (n=76) hafif kaygı; %43.7'sinde (n=80) ise orta düzeyde kaygı saptanmıştır (Tablo 4.3). Elde edilen bu ortalama, hemşirelerin ölüm kaygısının, 'orta düzeyde' olduğunu göstermektedir (Tablo4.3).

İnci (2008), çalışmasında hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin, hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme karşı olan tutumlarına etkisini incelemiştir. Eğitim öncesi hemşirelerin TPÖKÖ puan ortalamasını orta düzeyde bulmuştur. İnci'nin[38] çalışmasından elde ettiği bu bulgu bizim elde ettiğimiz bulguyla paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde görülen ölüm kaygısını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 29.55±4.19 olduğu %85.2'sinin (n=156) kadın, % 14.8'inin (n=27) erkek; % 57.4'ünün (n=105) evli, % 402.6'sının (n=78) bekâr; % 44.8'inin(n=82) çocuğu yokken, %22.4'ünün (n=41) 1 çocuğunun olduğu, % 45.4'ünün (n=83) lisans mezunu olduğu, % 36.1'inin (n=66) 10 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışmakta olduğu; % 41.0'ının (n=75) hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olduğu ve % 31.1'inin (n=57) şu an da mesleğini severek icra ettiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti ile TPÖKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hemşirelerin medeni durumu ileTPÖKÖpuanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile TPÖKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuğu olan hemşirelerin çocuğu olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin eğitim durumları ile TPÖKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ön lisans mezunu olan hemşirelerin Sağlık meslek lisesi mezunu ve Yüksek lisans mezunu olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Ciddi sağlık sorunu olan ve bunun için ilaç kullanan, birinci derece yakınını kaybetmiş ya da kaybetme riski olan hemşirelerin ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ölümden sonraki hayata inanma konusunda emin olmayan hemşirelerin ölümden sonraki hayata inanan ve inanmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

TPÖKÖ toplam puanları 43.73±18.07olup, yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı 'orta düzeyde kaygı' taşıdıkları; medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim durumu ile TPÖKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Mesleğini isteyerek seçme durumuna, şu anda mesleğinizi sevme durumuna, Yoğun Bakım Ünitesinde ne kadar zamandır çalıştığına, çalıştığı üniteyi seçme durumuna, çalıştığı üniteden memnuniyet durumuna göre TPÖKÖ puanı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerden bir ayda daha fazla sayıda ölümle karşılaşanların ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Hizmet-içi eğitim programları ile hemşirelerin kendi ölüm kaygılarının farkındalığının arttırılması,

Hemşirelerin ölüm kaygısıyla baş edebilecek eğitim programlarının oluşturulması, bu eğitimin hastane rutinlerinin içerisine alınması,

Riskli alanlarda çalışan hemşireler ile daha az riskli alanlarda çalışan hemşireler arasında zaman zaman rotasyon yapılması, sağlık çalışanlarına düzenli aralıklarla izin verilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sosyal aktivitelere katılması, çalışma saati içinde düzenli aralar verilmesi,

Hemşirelerin terminal aşamadaki hastaların duygusal gereksinimlerini karşılamada uzmanlara yönlendirilmesi,

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin gereksinimleri, ölüm kaygısı vb.

sorunları saptanarak, daha geniş bir örneklem üzerinde araştırmaların yapılması,

Hastanelerde, özellikle de yoğun bakım gibi terminal dönemde olan hasta sayısının fazla olduğu birimlerde din görevlilerine yer verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Koç M.Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2002, 6: 7-21.
2. Akça F, Köse A. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi,* 2008, 11:7-16.
3. Henderson V. Nite G. Death and Dying, Principles and Practice of Nursing. Collier Macmillan Publishers, London, 1978.
4. Karaca F. Ölüm psikolojisi ile ilgili Türkçe literatür üzerine.http//www.dinbilimleri.com/dergi/cilt1/sayı2/faruk_karaca_olum_psi.htm. 01.05.2014
5. Karadağ G, Sertbaş G. Hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile bunları etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi,* 2002, 5: 8-15.
6. Yalom I.*Varoluşçu Psikoterapi.* (Çeviri: Babayiğit Z). İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 1999.
7. Wass H. A Perspective on the Currentstate of Death Education. *Death Studies,* 2004, 28*:* 289-308.
8. Akgöz S, Özçakır A, Kan I, Tombul K, Altınsoy Y, Sivrioğlu Y. Uludağ üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezinde çalışan hemşirelerin mesleki doyumları. *Türkiye Klinikleri JournalMedical Ethics,* 2005 13: 86-96.
9. Gerald. *Theory and Practice of Counseling end Psychoterapy*. Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları. Mentis, 7.Baskı, Sağlam A, Mentis Yayıncılık, Ankara, 2005: 149-163
10. Fromm *E. Kendini Savunan İnsan.* Çeviri: Arat N. İstanbul, 1994, Say Yayıncılık.
11. Abdel-Khalek A.M.Why dowe fear death? The construction and validation of the

reasons for death fear scale. *Death Studies,* 2002:669-680.

12. Başer G, Yiğit R. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadığı duygular. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi,* 1996, 13: 209-215.
13. Cevizci A. Felsefe Sözlüğü. 2. Baskı, Ankara, Ekin Yayınları. 1997: 54
14. Çavuşoğlu H. Yaşamı Tehdit Edici Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk, *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Cilt l, Ankara, 1997: 53-108.
15. Onur B. *Gelişim Psikolojisi,* Verso Yayıncılık, Ankara, 1992: 162-212.
16. Kartopu S. Dini Yaşayışta Hayatı Sorgulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2006
17. Özaltın G. Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*1999, 3: 1-8.
18. GeçtanE. *Psikanaliz ve Sonrası.* İstanbul, Remzi Kitabevi, 1997
19. Aksu T, Okçay H. Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5: 113-125.
20. Çavuşoğlu H. Ölümcül Hastalığı Olan Hastada Ekip Çalışması ve Aile Bakımının önemi. *Türk Hemşireler Dergisi.* 1984.
21. Altay B, Gönener D, ve Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi,* 2010, 15: 10-16.
22. Freud, S. Genel Nevroz Öğretisi. *Psikanalize Giriş.* Çeviri: Koptagel G. Gümüş Basınevi, İstanbul, 1993: 104.
23. Aiken L.R. *Dying, Death, and Bereavement. Massachussets,* Pepperdine University, 1991
24. Cüceloğlu D. *Ölüm bilinci, Anlamlı ve Coşkulu Bir Yaşam İçin Savaşçı* 1. Basım, İstanbul, Sistem Yayıncılık, 1999: 217-244.

25. Kara N.Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüme İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2002
26. Çevik B. Hemşirelerin Ölüme ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010
27. Freud, S. *Psikanaliz Üzerine*. Çeviri: Öneğ A. İstanbul, 1996,Say Yayınları.
28. Hull E. Perrodin CM. *Medical Nursing Philadelphia,* Sixty Edition, 1960
29. Badur S. Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. Ölüm: Bir Topografya. *Cogito Dergisi*. 2010, 40: 22-25
30. Tanhan F. ve Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2006, 3: 44-55.
31. Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. Editör: Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003: 46-48
32. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, İzmir, Ege Üniversitesi. Basımevi, 2000: 24.
33. Işıkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2008, 23: 34-44.
34. Uyer G. Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1982, 4:8.
35. Koestenbaum P. *Ölüme Yanıt Var mı?*(Çeviri: Akgünlü Y.). İstanbul, Mavi Yayınları, 1998.
36. Kızılkaya M, Koştu N. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk

Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 9 :69-74. http://edergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/515/508. 02/05/2014

37. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2009,2(1): 82-88.
38. Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2008
39. İnci F. Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2008
40. Köknel, Ö. *Korkular takıntılar saplantılar.* İstanbul: Altın Kitaplar, 1998
41. Teke A, Uçar M, Demir C, Çelen Ö. ve Karaalp T. (2007). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (4).Erişim Tarihi: 12.7.2010. http://www.korhek.org/khb/khb 006 04-259.pdf
42. Wong F.K.Y. ve Lee W.N. A Phenomenological Study of Early Nursing Experiences in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing,* 2000, 31:1509-1517.
43. Karan M.A. Son Dönem Yaşlı Hasta Bakımı. *Türk Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi.*2006,52*:* 23-25.
44. Erdoğdu Y.M. ve Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2007,14: 171-179.
45. Ertufan, H. Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Sıklığının Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir, Ege

Üniversitesi, 2008

46. Kübler-Ross E. *Büyümenin Son Aşaması: Ölüm.* İstanbul: Ruh ve Madde Yayınları, 1987.
47. Coberley M. Sacred passage: how to provide fearless, compassionate care for the dying. *Issues in Mental Health Nursing.* 2004, 25: 219-221.
48. İnam, A. Olabileceğini olmada ölümün yeri. *Düşünen Siyaset,* 1999, 1, 17-31.
49. Algıer L, Abbasoğlu A, Hakverdiğolu G, Ökdem Ş, Göçer S. 2005. Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2005, 9: 33-41.
50. Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi,* 2009, 9(4):86-110.
51. Ditfurth H. *Korku ve Kaygı*. Çeviri: Barın N. Metris Yayınları, İstanbul, 1991: 123.
52. Eke, S. Farklı Mesleklerde Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003
53. Eyüboğlu Ö. S. Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon ile Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Maltepe Üniversitesi, 2009
54. Gençtan E. *Yaşam ve ölüm, İnsan olmak,* 6. basım, İstanbul, Remzi Kitapevi, 1989: 120-126.
55. Gedik Z. Ölüm Kaygısı ve Kendini Gerçekleştirme. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2007
56. Işık E, Fadıloğlu Ç, Demir Y. Ölüme karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire populasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,*2009, 2: 28- 43.

57. Karahisar F.Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2006
58. Taka F. Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2010.
59. TurgayM.Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2003
60. Yüksel Erdoğdu M. (2008) Predicting Death Anxiety by Psychological Dispositions of Individuals from Different Religions. Erciyes tıp dergisi, 30:84-91.[ElektronikDergi]. http://www.erciyestipdergisi.org/pdf/pdf_EMJ_289.pdf
61. Kerim N. İstanbul İli Avrupa Bölgesinde Kamu ve Özel Hastanelerinde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranış Özellikleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2010
62. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset, 1999.
63. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2009, 10: 253-260.
64. Karaca F. *Ölüm Psikolojisi*. Erzurum: Beyan Yayınları, 2000.
65. Tatar Ü. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1988.
66. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2008, 12: 14-17.

67. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 12:37-43.
68. Tanhan F. Ölüm Kaygısıyla Baş Etme Eğitiminin Ölüm Kaygısı ve Psikolojik İyi Olma Düzeyine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2007.
69. Thorson J,A. ve Powell F,C. A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 1992, 16, 507-521.
70. Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G.(2010) Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri, 13:1422. [Elektronik Dergi]. http://www.klinikpsikiyatri.org/node/2221.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Kübra Özdemir
Doğum tarihi	1988
Doğum yeri	İstanbul
Medeni hali	Bekar
Uyruğu	TC
Adres	Cumhuriyet Mah. Vedat Dalokay Caddesi. Dengiz Apt. 67/2
Tel	05058841710
Faks	
E-mail	k_ozdemir1988@hotmail.com
Eğitim	
Lise	Çukurova Lisesi-Adana-2005
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi-İzmir-2011
Yüksek lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,2013
Doktora	
Yabancı Dil Bilgisi	
	Orta düzeyde İngilizce
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Roman, dergi ve gazeteler okumak, seyahat etmek, fotoğraf çekmek	

EK-2. ETİK KURUL KARARI

ETİK KURUL SONUÇ FORMU

Araştırmanın Adı: "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı"

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	**(X)**
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	**( )**
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	**( )**

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 13.01.2014 tarihinde yapılan toplantısında "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı"konulu Yrd.Doç.Dr.Mine EKİNCİ ve Hemşire Kübra ÖZDEMİR'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-3. TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın / Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Evli
b) Bekar

4. Varsa Çocuk Sayınız: .....

5. Mezun olduğunuz okul:

a) Sağlık meslek lisesi
b) Ön lisans (2 yıllık üniversite)
c) Lisans (4 yıllık üniversite)
d) Yüksek lisans
e) Doktora

6. Hemşirelik mesleğinde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?

a) 1 yıldan az
b) 1-5 yıl
c) 5-10 yıl
d) 10 yıl ve üzeri

7. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

a) Evet
b) Hayır

8. Şu anda mesleğinizi severek mi yürütüyorsunuz?

a) Evet
b) Hayır

9.Yoğun Bakım Ünitesinde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?

a) 1 yıldan
b) 1-5 yıl
c) 5-10 yıl
d) 10 yıl ve üzeri

10.Çalıştığınız üniteyi kendiniz mi seçtiniz?

a) Evet
b) Hayır

11. Çalıştığınız üniteden memnun musunuz?

a) Evet
b) Hayır

12. Ciddi bir sağlık sorununuz var mı?

a) Evet İSE-------> Ölüm riski nedir? Yüksek ( ) Orta( ) Düşük ( )
b) Hayır

13. Şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı ?

a) Evet
b) Hayır

14. Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi ? (Lütfen yakınlık derecesini EVET şıkkının yanına belirtiniz.)

a) Evet .....(yakınlık derecesi)
b) Hayır

15. Birinci derece yakınlarınızda ölüm riski taşıyan hastalığa sahip birey var mı? (Lütfen yakınlık derecesini EVET şıkkının yanına belirtiniz.)

a) Evet .....(yakınlık derecesi)
b) Hayır

16.Ölümden sonraki hayata inanıyor musunuz?

a) Evet, ölümden sonraki hayata inanıyorum.
b) Hayır ölümden sonraki hayata inanmıyorum.
c) Ölümden sonra hayat olduğuna emin değilim

17. Ölümü düşünür müsünüz?

a) Nadiren (ara sıra aklıma gelir)
b) Ara sıra (ayda bir yada daha az)
c) Sıkça (en az haftada bir)
d)Çok sık (en az günde bir ya da hafta da birkaç kez.)

18. Hiç ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaştınız mı ?

a) Evet
b) Hayır

19. Cevabınız EVET ise karşılaştığınızda kaç yaşındaydınız?.....

20. Cevabınız EVET ise karşılaştığınız durum: (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

a) Deprem
b) Yangın
c) Trafik kazası
d) Elektrik çarpması
e) Yüksekten düşme
f) Suda boğulma
g) Başka birisi tarafından yaralanma veya öldürülmeye teşebbüs.
h) Bir hastalık durumu (belirtiniz)
ı) Diğer

21.Çalıştığınız ünitede ölüm olgusuyla karşılaşıyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

22. Bir ayda ortalama kaç hastanın ölümüne tanık oluyorsunuz? …….

23. Ünitenizde karşılaştığınız ölümler hakkında neler hissetmektesiniz?

a) Çok etkilenirim
b) Biraz etkilenirim
c) Ölümlerden etkilenme durumum hastanın yaşına, hastalığına, durumuna göre değişir.
d) Hiç etkilenmem

24. Ölünün bakımı konusunda ünitenizde bizzat uyguladığınız bir prosedür var mı?

a) Evet
b) Hayır

25. Ünitenizdeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebiliyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

26. Mezun hemşirelere ölüm kaygısına yönelik hizmet içi eğitim programları hazırlanıp sunulmasını uygun görür müsünüz?

a) Evet
b) Hayır

EK-4 THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

		FİKRİME ÇOK UYGUN	FİKRİME UYGUN	KARARSIZIM	FİKRİME AYKIRI	FİKRİME ÇOK AYKIRI
1	Acı çekerek ölmekten korkarım.					
2	Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin eder.					
3	Öldükten sonra bir daha düşünmemek fikri beni dehşete düşürür.					
4	Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı konusu beni hiç kaygılandırmıyor.					
5	Tabutlar beni huzursuz eder.					
6	Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim.					
7	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır.					
8	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.					
9	Ölümden sonraki hayat beni oldukça kaygılandırıyor					

10	Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) korkmuyorum.					
11	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.					
12	Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.					
13	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum.					
14	Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.					
15	Ölürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor.					
16	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmamasını çok istiyorum.					
17	Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum					
18	Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.					
19	Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder					
20	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.					

21	Dünyevi şeyleri elde etmek ve onları kontrol altında tutmak benim için önemli değildir.					
22	Ölümün insani her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor					
23	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum					
24	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili teferruatlı bir vasiyet bırakacağım.					
25	Öldükten sonra vücuduma ne olacağı umurumda değil.					