

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI İLE
RUHSAL DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**


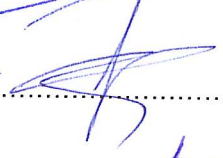
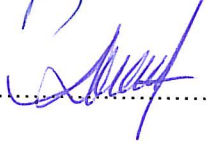
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Saim Banu ÖNSÖZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

Bornova-İZMİR
2013

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof. Dr. M. Okay Çam 
(Danışman)
Üye : Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ 
Üye : Doç. Dr. Ayşe Duman AKYOL 

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:5.3.2013.....

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında değerli katkılarından ve gösterdiği sonsuz sabırdan ötürü tez danışmanım Sayın Prof. Dr. M. Olcay Çam'a,

Yüksek lisans eğitimimin gerek ders aşamasında, gerekse tez aşamasında değerli fikirleri ile katkıda bulunan, yorgun düştüğüm anlarda yardımını esirgemeyen, moral veren Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım'da çalışan tüm ekip arkadaşlarıma,

Çevirideki yardımlarından ötürü kuzenim Murat Sakınmaz ve eşi Gülşah Sakınmaz'a,

Araştırmaya katılan bütün yoğun bakım hemşirelerine,

Bana ilham veren yoğun bakımdaki bütün hastalarım,

Bu tezin bitmesinde en az benim kadar rolü olan anneme, babama, Ezgi ve Aslı'ya sonsuz teşekkürler.

Saime Banu Önsöz

İzmir-Mart 2013

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	6
1.2. Hipotezler	7
1.3. Sınırlamalar	7
1.4. Tanımlar	8
1.5. Genel Bilgiler	9
1.5.1. Hemşirelik	9
1.5.2. Yoğun Bakım	10
1.5.3. Yoğun Bakım Hemşireliği.....	11
1.5.4. Ruh Sağlığı.....	13
1.5.4.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Ruhsal Durumu	13
1.5.5. Ölüm.....	18
1.5.5.1. Ölüm Gerçeği.....	18
1.5.5.2. Biyolojik Ölüm	18
1.5.5.3. Psikolojik ve Sosyal Ölüm.....	21
1.5.5.4. Varoluşçu Kuram'a Göre Ölüm.....	22
1.5.5.5. Psikoanalitik Kurama Göre Ölüm.....	24
1.5.5.6. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm.....	25
1.5.5.7. Ölüm Sürecinin Beş Evre Modeli	26
1.5.6. Tutum	28
1.5.7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumu	29

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	34
2.1. Araştırmanın Tipi	34
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
2.5. Veri Toplama Yöntemi	36
2.5.1. Veri Toplama Araçları.....	36
2.5.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
2.5.1.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği-ÖKTÖ	37
2.5.1.3. Kısa Semptom Envanteri	39
2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	40
2.6. Verilerin Analizi.....	41
2.6.1. Değişkenler.....	41
2.6.1.1. Bağımlı Değişkenler	41
2.6.1.2. Bağımsız Değişkenler	41
2.6.2. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
2.7. Araştırma Etiği.....	43
2.8. Araştırmanın Süresi ve Olanakları	43

BÖLÜM III

BULGULAR	44
3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	44
3.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	44
3.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	46
3.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi.....	48
3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarının İncelenmesi	50
3.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	51
3.2.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	51
3.2.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	52
3.2.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi.....	53
3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarının İncelenmesi	54

3.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	55
3.3.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	55
3.3.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi.....	56
3.3.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi.....	57
3.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	59

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	60
4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	60
4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	60
4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi.....	61
4.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi	63
4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	64
4.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	64
4.2.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	67
4.2.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi	71
4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarının İncelenmesi	73
4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	73
4.3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	75
4.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi	81

4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	83
---	----

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER.....	85
5.1. Sonuç.....	85
5.2. Öneriler	95

BÖLÜM VI

ÖZET.....	96
SUMMARY	97

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	98
------------------------	-----------

EKLER

EK I- Tanıtıcı Bilgi Formu.....	110
EK II-Ölüme Karşı Tutum Ölçeği.....	113
EK III-Kısa Semptom Envanteri.....	115
EK IV- Ölçek İzin Yazısı.....	117
Etik Kurul İzin Yazısı	118
Kurum İzin Yazıları	119
EK V- Hemşirelerin Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımını Gösteren Tablolar.....	124
EK VI- Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımını Gösteren Tablolar.....	146
ÖZGEÇMİŞ	167

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri.....	38
Tablo 2: Kısa Semptom Envanteri Cronbach Alfa Değerleri	40
Tablo 3: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 4: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 5: Yoğun bakım Hemşirelerinin Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı	48
Tablo 6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 7: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 8: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 9: Yoğun Bakım Hemşirelerin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 10: Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54
Tablo 11: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	55
Tablo 12: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerin İncelenmesi	56
Tablo 13: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 14: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumları, Ölüme Karşı Tutumları ile İlişkili Özellikler	58

Tablo 15:	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İle Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri)	59
Tablo 16:	Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	124
Tablo 17:	Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	125
Tablo 18:	Hemşirelerin Yaşadığı Yere Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	126
Tablo 19:	Hemşirelerin Gelir Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	127
Tablo 20:	Hemşirelerin Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	128
Tablo 21:	Hemşirelerin Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	129
Tablo 22:	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	130
Tablo 23:	Hemşirelerin Ailede Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	131
Tablo 24:	Hemşirelerin Birinci Derece Yakın Kaybedip Kaybetmemelerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	132
Tablo 25:	Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	133
Tablo 26:	Hemşirelerin Hemşirelik Yılına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	134
Tablo 27:	Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yılına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	135
Tablo 28:	Hemşirelerin Yoğun Bakım Eğitim Alma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	136
Tablo 29:	Hemşirelerin Ölüm Eğitimi Alma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	137

Tablo 30:	Hemşirelerin Okulda Aldıkları Ölüm Eğitimini Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	138
Tablo 31:	Hemşirelerin Çalışılan Birim Seçimi Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	139
Tablo 32:	Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnun Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	140
Tablo 33:	Hemşirelerin Ölümü Düşünme Sıklıklarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	141
Tablo 34:	Hemşirelerin Ölüm Haberini Verme Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	142
Tablo 35:	Hemşirelerin Ölüm Haberini Kimin Vereceği Fikirlerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	143
Tablo 36:	Hemşirelerin Ölümle İlk Karşılaştıklarındaki Duygularına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	144
Tablo 37:	Hemşirelerin Karşılaşılan Ölüm Olayları Hakkındaki Duygularına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	145
Tablo 38:	Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	146
Tablo 39:	Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	147
Tablo 40:	Hemşirelerin Kiminle Yaşadıklarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	148
Tablo 41:	Hemşirelerin Gelir Durumuna Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	149
Tablo 42:	Hemşirelerin Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	150
Tablo 43:	Hemşirelerin Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	151

Tablo 44:	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	152
Tablo 45:	Hemşirelerin Birinci Derece Yakın Kaybedip Kaybetmemelerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	153
Tablo 46:	Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	154
Tablo 47:	Hemşirelerin Hemşirelik Yılına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	155
Tablo 48:	Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yılına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	156
Tablo 49:	Hemşirelerin Yoğun Bakım Eğitim Alma Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	157
Tablo 50:	Hemşirelerin Ölüm Eğitimi Alma Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	158
Tablo 51:	Hemşirelerin Okulda Aldıkları Ölüm Eğitimi Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	159
Tablo 52:	Hemşirelerin Çalışılan Birim Seçimi Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	160
Tablo 53:	Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnun Olma Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	161
Tablo 54:	Hemşirelerin Ölümü Düşünme Sıklıklarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	162
Tablo 55:	Hemşirelerin Ölüm Haberini Verme Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı...	163
Tablo 56:	Hemşirelerin Ölüm Haberini Kimin Vereceği Fikirlerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	164
Tablo 57:	Hemşirelerin Ölümle İlk Karşılaştıklarındaki Duygularına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	165

Tablo 58: Hemşirelerin Karşılaşılan Ölüm Olayları Hakkındaki Duygularına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	166
--	-----

BÖLÜM I

GİRİŞ

Hemşirelik mesleği bireylere bakım vermeye odaklanan, sürekli gelişim ve değişim içinde olan bir meslektir. Hemşirelik mesleğinin temel hedefi; hizmeti yürüten ya da veren (hemşire) ile, hizmeti alan (hasta/sağlıklı birey) arasında bir etkileşim oluşturarak, bireyin sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi ve en üst düzeyde fonksiyon görebilir hale gelmesine yardım etmektir (109).

Hemşireler meslekleri gereği genellikle ölen bir hastaya ilk yaklaşımda bulunması gereken kişilerdir. Buna karşın yapılan araştırmalarla, hemşirelerin ölüme ve ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarla saptanmıştır (1, 43, 110).

Kavaklı (2009)'nın aktardığına göre yoğun bakım üniteleri sağlık kurumlarının karmaşık cihazlarla donatılmış, genel görünüm ve atmosferi ile yalıtılmış özel alanlarıdır (68). Özkan ve Şahinoğlu (2009)'nun, Şahinoğlu'ndan aktardığına göre, bugünkü uzman doktor, hemşire, teknik personel ve cihazlarla donatılmış, modern tıp eğitimi veren hastanelerin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş olan bu özel bakım ve tedavi üniteleri bugünkü düzeylerine yüzyılı aşkın bir zaman içerisinde gelmişlerdir. Bu birimlerde özel amaçları ve becerileri olan sağlık personeli, hızlı ve yoğun bir tempoda çalışmaktadır. Hastaların güvenliği ve yoğun bakım hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesinde yoğun bakım ekibinin profesyonel davranışları büyük önem taşımaktadır (90).

Yoğun bakımlar, sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanı olan hemşireler için, diğer çalışma alanlarından oldukça farklıdır. Yoğun bakım hemşireliği çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan, araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır (68,87). Yoğun bakım hemşireliği, hemşirelik mesleği uygulama biçimleri arasında en zor olanıdır. İyi bir yoğun bakım hemşiresinin sahip olması gereken özellik; teorik ve pratik donanım açısından, hem yüklü bir birikim hem de, yüksek düzeyde bir motivasyondur. Bu bilinen gerçekler, ülkemizdeki yoğun bakım hemşireliği uygulamalarında, ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, emosyonel zarar görme ve yoğun stres yasama riski en fazla olan hemşire grubudur. Baltaş ve arkadaşlarının (1995) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (15,108).

Yoğun bakım servisleri gerilimin ve iş baskısının yoğun yaşandığı hastane ünitelerindedir. Yoğun bakım servislerinin diğer servislerden farklı olan yapısı, hastaların daha kritik olması, sağlık ekibi arasındaki mesleki ilişki, her an gerginleşebilecek bir ortamda çalışma, hemşirelerde belirgin bir strese ve tükenmişliğe neden olabilmektedir (34). Yoğun bakım servisindeki stresörler olarak yaşamı tehdit edici kriz durumları, karmaşık teknoloji, acil karar verme sorumluluğu, aşırı uyarıcı çevre, hareketlilik ve gürültünün fazla olması sayılabilir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde aşırı iş yükü vardır. İdeal olan her hastaya 24 saat için bir hemşirenin bakım vermesidir. Kabul edilen orta sınır iki hastaya bir hemşire, alt sınır üç hastaya bir hemşire bulunduraktır. Bu standartlara göre, ülkemizde birçok yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısı yeterli değildir. Bu nedenle bir hemşirenin üzerine fazla iş yüklenmesi ve çok fazla iş beklenmesi de iş yükünü artıran bir nedendir. Bu da yoğun bakım hemşiresinde strese yol açan durumlardan biridir (101,103).

Çavuş (2006)'un aktardığına göre iş yerinin konforu, bedensel sağlıkta olduğu kadar ruh sağlığında da önem taşımaktadır. Aydınlatma, sıcaklık ve havalandırma, mümkünse güneş ve doğal ışık alma, teknolojik donanımın ergonomi koşullarına uygunluğu, çalışma ortamının kalabalık olmaması önemlidir. Uygun olmayan fiziksel koşullarda çalışmak stresli olmaktadır. Fiziksel çalışma koşullarından kaynaklanan stres yapıcılar temel olarak aydınlatma ve gürültüdür. Yoğun bakımda fiziksel ortamda bulunan nahoş kokular, çeşitli alarm ve ışıklar, hastaların solunum sesleri, çeşitli gürültüler, kapalı bir ortam oluşu da yoğun bakım hemşiresi için önemli stres etkenleridir (30).

Kahraman ve arkadaşlarının (2011) aktardığına göre; özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre, geniş bir zaman dilimi içinde şiddetli ağrı çeken hastalarla ve ölümlerle daha sık karşılaşmakta ve ağır hastalıklara sahip olan hastalara ve ailelerine hizmet vermektedirler. Bu durum hemşirelerin ağırlı, terminal dönemdeki hastaya ve yakınlarına terapötik yaklaşımlarını bozabilmekte, onların emosyonel ve fiziksel olarak zorlanmalarına neden olabilmektedir (61).

Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı, hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunu bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler değişiktir ve hemşireler, sürekli ölümcül hastaya bakım verseler ve sık sık ölüme tanık olsalar bile, hemşireler için her bir hasta ve her bir ölüm olayı benzersiz ve keder vericidir. Hemşirenin ölmekte olan bir hastaya ve ailesine tam anlamıyla yardımcı olabilmek için, önce kendi duygularını tanıması gerekir (1).

Yoğun bakımlar bilindiği üzere mortalite oranı yüksek birimlerdir ve dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin ölümle karşılaşma sıklığı diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha fazladır. Ülkemizde Özkan ve Şahinoğlu (2009)'nun bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakımında yaptığı araştırmaya göre bir yıllık mortalite oranı %45,9'dur (90), ayrıca Cicarello (2003)'nun yaptığı araştırmaya göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 2,5 milyon insan öldüğü, bu insanların %60'ından fazlasının ölümünün hastanede gerçekleştiği ve hastanede ölen hastalarında yaklaşık %50'si yatışını izleyen 3 gün içerisinde bir yoğun bakım ünitesinde öldükleri belirlenmiştir (22).

Lange ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada ölüme mutlu bir hayata geçiş olarak bakan hemşirelerin bakımlarının daha pozitif olduğu görülmüştür (74).

Bir hastası öldüğünde ona bakım veren hemşire üzülür, toplumsal bakış açısına göre, hemşire bir sağlık profesyoneli olduğu için üzülmeye hakkı olmadığı düşünülür ve bu nedenle bu üzüntü bastırılır veya gizli kalır. Üzüntünün bastırılması yoğun bakım hemşiresinde ruhsal sıkıntıya ve strese neden olur (18). Yoğun bakım da yaşanan her ölüm yoğun bakım hemşiresi için bir deneyimdir ve gelecekte ölmekte olan hastaya vereceği bakımın kalitesini etkileyecektir. Iranmanesh ve arkadaşlarının (2008) aktardığına göre palyatif bakımda hemşirenin başarısı ölmekte olan hastaya bakımdaki isteğine ve hastaya olan ilgisine dayanır. Bu kişisel motivasyon ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin tutumunun yansımasıdır, ancak bu tutum onların sadece ölüm ve ölümle ilgili inanç ve uygulamalarından değil, kişisel ve mesleki deneyimlerinden de etkilenir (56).

Bu bilgiler doğrultusunda, yoğun bakım hemşirelerinin ölümle sık karşılaştığı ve ruhsal durumlarının bu olaylardan etkilendiği, aynı zamanda ruhsal durumlarının da ölüme karşı tutumlarını etkilediği düşünülmektedir. Ancak bu ilişkiyi gösterecek

araştırmalara, hem ulusal, hem de uluslar arası kaynaklarda ulaşılamamıştır. Hemşirelikte ölüm ve ölmekte olan hastaya bakış açısını etkileyeceği düşünölen bu ilişkinin açıklanması gerektiği düşünölmektedir.

Tarih boyunca insanların ölüm karşısında sergiledikleri tutumlar, yazılı, sözlü ve davranış düzeyinde çeşitli şekillerde ifade edilmiştir ve tarih boyunca insanlar arasında basit bir olay olarak algılanmamıştır. Bu sebeple ölüm, değişik disiplinlerde incelenen bir çalışma konusu olmuştur (39).

Yoğun bakımların, hastanelerin mortalite oranı en yüksek birimleri olduğu yapılan çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur (22, 90, 112). Dolayısıyla yoğun bakım hemşireleri ölümle en sık karşılaşan meslek gruplarındandır. Kişilerin ölüme karşı verdiği tepkiler geçmiş yaşantılarından, deneyimlerinden ve kendi ruhsal durumlarından etkilenmektedir (61, 74) .

Bu bilgiler doğrultusunda yoğun bakım hemşirelerinin ölümle sık karşılaştığı ve ruhsal durumlarının bu olaylardan etkilendiği aynı zamanda ruhsal durumlarının da ölüme karşı tutumlarını etkilediği düşünölmektedir. Hemşirelikte ölüm ve ölmekte olan hastaya bakış açısını etkileyeceği düşünölen bu ilişkinin irdelenmesi gerekmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızın amacı, ölümlerle sık karşılaşan yoğun bakım hemşiresinin, ölümlerle karşılaştığında yaşadığı duyguları tanıması ve bunlarla başa çıkabilmesi, hem kendi biyopsikososyal yaşamını hem de hastaya verdiği hizmetin kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle bu araştırma, hemşirelerin ölüme karşı tutumları konusunda yapılacak çalışmalara zemin oluşturacaktır. Bu bilgiler ışığında, araştırma hemşirelerin ruhsal durumlarıyla, ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın alt amaçları ise;

- 1- Yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerini saptamak.
- 2- Yoğun bakım da çalışan hemşirelerinin ruhsal durum özelliklerini saptamak.
- 3- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum özelliklerini saptamak.
- 4- Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumları ve tanıtıcı özellikleri [demografik (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, kronik/akut bir hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda kronik/akut hastalık varlığı, geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, şu anda bir ruhsal hastalık varlığı, birinci derece yakınıni kaybetmek), mesleki özellikleri (hemşirelik yılı, birimdeki çalışma yılı, haftalık çalışma saati, yoğun bakım eğitimi alma durumu, ölüm eğitimi alma durumu, ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma, çalıştığı birim seçimi kendine mi ait, çalıştığı birimden memnuniyeti) ve ölüm hakkındaki düşüncelerin (kendi ölümünü ne sıklıkla düşündüğü, aileye ölüm haberi verme işi hemşireye düşerse, ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur, ölümlerle ilk karşılaşmasında ne hissettiği, ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında ne hissettiği)] arasındaki ilişkiyi incelemek.

- 5- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ve tanıtıcı özellikler [demografik (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, kronik/akut bir hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda kronik/akut hastalık varlığı, geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, şu anda bir ruhsal hastalık varlığı, birinci derece yakınını kaybetmek), mesleki özellikleri (hemşirelik yılı, birimdeki çalışma yılı, haftalık çalışma saati, yoğun bakım eğitimi alma durumu, ölüm eğitimi alma durumu, ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma, çalıştığı birim seçimi kendine mi ait, çalıştığı birimden memnuniyeti) ve ölüm hakkındaki düşüncelerin (kendi ölümünü ne sıklıkla düşündüğü, aileye ölüm haberi verme işi hemşireye düşerse, ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur, ölümle ilk karşılaşmasında ne hissettiği, ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında ne hissettiği)] arasındaki ilişkiyi incelemek.
- 6- Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek

1.2. Hipotezler

Ho: Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasında ilişki yoktur.

H1: Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasında ilişki vardır.

1.3. Sınırlamalar

Araştırma kapsamına, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım,

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım 'da görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler alınmıştır.

1.4. Tanımlar

Ölüm: Canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini kaybetmesi veya yaşamsal organlardan birinin veya birkaçının tamamen işlevini yitirmesiyle yaşamın sona ermesidir (2).

Ruh Sağlığı: Bireyin içinde ve dışında bulunan dünya ile barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir (119).

1.5. Genel Bilgiler

1.5.1. Hemşirelik

Uluslararası Hemşireler Konseyinin (The International Council of Nurses=ICN) 2010'da açıkladığı hemşirelik tanımı: Hemşirelik mesleği, bağımsız veya ekip halinde çalışarak, hasta veya sağlıklı her yaşta bireye, aileye, gruplara ve topluma her türlü ortamda bakım vermeyi kapsamaktadır. Hemşirelik, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hasta, engelli veya ölmek üzere olan bireylerin bakımını içerir. Yasal savunuculuk, güvenli bir ortam oluşturma, araştırma yapma, sağlık politikalarının yapılması ve sağlık sistemleri yönetimine katılım ve eğitim de hemşirelik mesleğinin temel rolleridir.

Hemşirelik, insanı, sağlık ve hastalıkta doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya temellenmiştir. Hemşirelik her ülkede toplumsal sistemin bir parçasıdır. Ancak hemşireliğin geleneksel olarak anne modeli, annelik işlevleri ile özdeşleştirilen kimliği, onun bir sağlık disiplini olarak bilimselleşme ve meslekleşme yolundaki uğraşlarını gölgelemiştir ve toplumda hizmetlerinin tanı ve tedaviyi amaçlayan tıp karşısında ikinci plana itilmesine neden olmuştur (47).

Kadının geleneksel rolü; eş, anne, kız çocuk ve kız kardeş rollerini içinde barındırmaktadır. İnsanlığın var oluşundan itibaren kadın, bebek, çocuk ve yaşlılara bakım vermiştir (16). Hemşireliğin temeli, tarihsel süreç içerisinde, kadının anne şefkatinden kaynaklanan koruyucu ve bakım verici davranışlarına ya da zor durumda olan bireye, düşküne, çaresiz dini ve vicdani duygular içinde yaklaşarak bakıma, besleme ve iyileştirme girişimlerine dayanmaktadır (8). Bu nedenle hemşireliğin köklerinin ev ortamında atıldığı düşünülmektedir. Genel olarak, verilen bakım, fiziksel bakım ve konfor ile ilişkilidir. Bu nedenle, geleneksel hemşirelik rolü; bakım, besleme, konforu sağlama ve yardım etmeyi içermektedir (16). Öztürk ve

Ulusoy (2008)' un Taşocak'tan aktardığına göre; 1992-1993 yıllarında “İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyelerinin Hemşireliğe İlişkin İmgeleri” incelenmiş, öğretim üyelerinin, hemşirelerin “kadın” ve “iyilik melekleri” olduğu önermesine %75.8 oranında katıldıkları, özellikle otonomi gerektiren rol ve işlevlere çekimser ya da olumsuz yaklaştıkları, hemşirelik temel eğitiminin üniversite ortamında yer almasının kabul gördüğü saptanmıştır (93). Benzer olarak, Özsoy (2000) da toplumdaki bireylerin gözünde hemşirelik imajının orta düzeyde olduğunu saptamıştır (91).

Toplumumuzda hemşirelik mesleği ve işlevleri ile ilgili pek çok görüşe rastlanmaktadır. Bu görüşlerin oluşmasında ön yargılarla birlikte olumsuz örneklerin de payı bulunmaktadır. Hemşireliğin genel olarak profesyonel bir meslek olarak değil de, kısa yoldan iş sahibi olmak veya aileye ek gelir için sürdürülen bir uğraş olarak görüldüğü bildirilmektedir. Ücret, iş koşulları, otonomi düzeyi, mesleğin kan ve atıklarla yakın temas gerektiren bir meslek olması, kadın mesleği oluşu ve baskın bir grup altında (hekimlik) yer alması gibi nedenler toplumun hemşirelik mesleği hakkındaki görüşlerini etkilemektedir (91).

1.5.2. Yoğun Bakım

Yoğun bakım üniteleri, fiziki durumu ağır olan hastaların monitörize edilerek, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibi yoluyla, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, hastanedeki en karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, yüksek konsantrasyon gerektiren bölümlerdir (35), ayrıca genel görünümü ve atmosferi etkileyici olan yoğun bakım ünitesinin hastanede farklı bir yeri vardır. Koroner bakım, yoğun bakım, özel bakım, travma veya hemşirelik bakım ünitesi olarak farklı

birimlerden oluşmuş olsa da bu üniteler “ağır hastalar” için ayrılmış, küçük alanlardır.

Dinamik, çok yönlü, sirkülasyonu hızlı ve başarısının genelde çalışan personelin niteliğine bağlı olma özelliği ile diğer birimlerden ayrılan yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere, optimal yarar sağlamak amacıyla çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, entegre, multidisipliner ve ekip yaklaşımının zorunlu olduğu, bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır. Bu birimler, çok üstün bir teknolojik donanımın yanı sıra, alanında uzman sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu daha özel ortamlardır (118).

1.5.3. Yoğun Bakım Hemşireliği

Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu yoğun bakım hemşireliğini, yaşamsal organ işlevlerinde belirgin ya da olası hastalıklar bulunan kritik durumdaki hastalara, verilen özelleşmiş hemşirelik bakımı olarak tanımlamakta ve kritik bakım hemşireliğinin amaçlarını; hasta ve aileleri ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, önleyici, geliştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak güçlenmelerini sağlamak olarak sıralamaktadır (11).

Ülkemizdeki mevcut durumu ele alacak olursak, yoğun bakım hemşireliği sertifika programı ilk kez 6 Mayıs 2002’de Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış ve halen yürütülmektedir. Bu program “Yoğun Bakım Üniteleri’nde Görev Yapan Sağlık Personelinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Yönerge” kapsamında yürütülmektedir. Yönerge yoğun bakım eğitimi verecek yataklı tedavi kurumlarının eğitim faaliyetlerini ve bu kurumlarda eğitime alınacak olan hemşire ve sağlık memurlarını kapsamaktadır. Türkiye’de yoğun bakım hemşireliği eğitimi

incelendiğinde; eğitim programına temel hemşirelik eğitimini tamamlamış kayıtlı hemşireler alınarak, bu eğitimi başarı ile tamamlayanlara Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı bir sertifika verilmesi, eğitimin hem teori hem de uygulamayı içermesi, sadece belirlenmiş kriterlere uyan üniversitelerce verilmesi, eğitimcilerde yoğun bakım deneyimi ve en az lisans mezunlarının tercihen yüksek lisanslı hemşire olma kriterinin bulunması ve eğitimcilerin çoğunun hemşirelerden oluşması programın olumlu taraflarıdır. Ancak, program süresinin sadece dört hafta teori ve dört hafta uygulama ile sınırlı olması oldukça kısadır. Bunun yanı sıra eğitimin sadece yedi merkez tarafından verilmesi, katılımcıların bu eğitimi almak için buldukları şehirden başka bir yere gitmesi oldukça zordur. Ayrıca, eğitim sonrası verilen belge katılımcılara özel bir ünvan vermemekte ve maaşlarında da direkt bir artışa neden olmamakta, ancak döner sermaye paylarındaki artışı ile bu farkı alabilmektedirler.

Çoğu yoğun bakım hemşiresinin bu belgeleri olmasa da, yoğun bakım ünitelerinde çalıştıkları için katkı payları diğer hemşirelerden yüksek tutulmaktadır. Yine bu eğitim programı sonunda verilen belgenin belirli bir geçerlilik süresinin bulunmaması, programın eksik yönlerinden biridir (54). Ayrıca teknolojik gelişmelerin en fazla yansıdığı ortam yoğun bakım üniteleridir. Teknik gelişmeler çalışanların işini kolaylaştırdığı gibi bu gelişmelere ayak uydurmak açısından da gerilim yaratabilmektedir. Bu bağlamda bu gerginliğin ortadan kaldırılması içinde çalışanların eğitilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (14).

Yoğun bakımlar, sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanı olan hemşireler için, diğer çalışma alanlarından oldukça farklıdır. Yoğun bakım ünitelerinde güvenli hasta bakımını sağlamak için motivasyonu yüksek hemşirelere ihtiyaç vardır. Yoğun bakım hemşireleri, ilaç tedavilerinin uygulandığı, tıbbi cihazlara bağımlı, ileri yaşam desteği verilen hastalara güvenli bakım sağlamak için hızlı kararlar vermek

durumunda kalırlar. Profesyonel bir yaklaşımla hastanın durumunda ortaya çıkan ya da çıkabilecek sağlık problemlerini hızlı bir şekilde saptarlar. Ancak bu ünite de birçok nedene bağlı (hastanın durumu, zamanın kullanımı, gelişmiş cihazlar gibi) stres, yoğun bakım hemşiresinin profesyonel davranış göstermesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşiresinin hastaya vereceği bakımda her zaman dikkatli olması gerekmektedir. Aynı zamanda hemşire, sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında, ekiple hasta ailesi arasında ve hasta ile aile arasındaki iletişimde esas rolü oynar. Yoğun bakım ekibinin diğer elemanları, hemşire ile iş birliği yapmazsa, yoğun bakımda hedeflenen tatmin edici tedavi ve bakım düzeyi tutturulamaz (68).

1.5.4. Ruh Sağlığı

Günümüzde modern tıbbın temelini oluşturan biyo-psiko-sosyal modele göre, Dünya Sağlık Örgütü sağlığı ; ‘Hastalık ve sakatlığın olmaması, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır.’ Bedenen sağlıklı olmak, sağlığın yalnızca bir boyutudur. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak ise, birbiriyle sıkı sıkıya bağlı ve bedensel sağlığı da etkileyen kavramlardır. Başka bir deyişle ruh sağlığı ; ‘bireyin içinde ve dışında bulunan dünya ile barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi’ olarak tanımlanabilir.

1.5.4.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Ruhsal Durumu

Bireyin yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için çalışması gerekmektedir. Nitekim Freud’da ruh sağlığını “çalışmak ve sevmek” olarak özetlemiştir. Çalışma yaşamı; bireye toplum içinde belli bir rol, yer ve ekonomik

yarar sağlamaktadır ve çalışma yaşamının bireyi, bireyinde çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Ancak sahip olunan işin, kişi için ne anlam ifade ettiği, birey-iş ilişkisinin temelinde ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz tutumlar ya da duygular, çalışan kişinin işinden alacağı doyumunu da etkilemektedir. Bunun yanı sıra, bireyin yaptığı işin niteliği, işin sevilerek yapılması, işe duyulan ilgi ve çalışma koşulları da, kişilerin işine olumlu ya da olumsuz duygular yüklemesine neden olmaktadır (119).

Sağlık sektörü, yoğun stres yaşayan hasta bireylere hizmet verme güçlüğünün yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle, diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli görevleri olan hemşireler de; iş yükü fazlalığı, duygusal destek verme zorunluluğu, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan yetersizlikler, otonomi azlığı düşük ücret, yükselme, gelişme ve ödüllendirme olanaklarının sınırlı olması, mesleğin imajı ve özgüven eksikliği gibi etmenler nedeniyle, iş ortamlarında yoğun baskı altında kalmakta ve büyük ölçüde stres yaşamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara, ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir, ayrıca, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre, değişmek

üzere, uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar (3).

Türkiye koşullarında hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle, yoğun iş yüküne sahip, stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarını; denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin iş yaşamındaki sorunlarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; yurt içinde ve yurtdışında genel olarak hemşirelerin aynı problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (5). Hastanelerde çalışan sağlık personeli için fiziki ortam, çalışma şekli ve çalışma koşulları oldukça önemlidir. Çalışma ortamı ve koşullarındaki olumsuzluklar, birey ve kurumlar üzerinde de olumsuz durumlara neden olmaktadır (111) ki, pek çok yoğun bakım ünitesi, diğer bölümlerle ilişkiyi kolaylaştırmak için hastanenin merkezi bir bölümündedir. Bazen ünitenin dışarıya açılan bir penceresi bile bulunmamaktadır. Ünitenin aydınlatılması 24 saat süresince aynı miktar ve renkteki yapay ışık ile sağlandığı için, hastalar ve çalışanlar zaman algılarını yitirmektedir. Bu üniteye havanın karardığını ya da günün ışıdığını izlemek gibi “doğal” pek çok şey doğallığını kaybetmiştir (108).

Yaşanan sorunların çalışanlara; kişilerarası çatışmalar, performans düşmesi ve iş doyumsuzluğu olarak yansması kaçınılmazdır.

Yoğun bakımda çalışan personel, yaşamsal değerleri kaydetme, yorumlayabilme eğitimi almışlardır; ilk yardım ve yaşamın devamı için çalışırlar. Hastanın psikolojik sorunları onlar için ikinci sırada yer alır (108).

Burada çalışanlar somut düşünür. Gördüğü, işittiği, test ettiği şeylere inanır. Kan basıncı düşer, görür. Elektrolit değerleri yazılıdır, görür. Hasta terler, dokunur, hisseder. Bütün bunların bir anlamı vardır. Soyut şeyler çalışanlar üzerinde genellikle iki tür tepki yaratır; ilgilenmeme ve öfkeye kapılma. Çalışanlar sadece hastalarına karşı değil, kendi duygularına karşı da, genellikle bu gibi tepkiler gösterirler.

Uzun süre strese maruz kalarak çalışmak, çalışanların psikososyal durumlarının etkilenmesine neden olabilir. Bu sorunlarda; ilk sırayı somatik yakınmalar, depresyon, uyku bozuklukları ve tükenmişlik almaktadır. Hemşirelerin mesleki yaşamları, bilgi ve becerilerini kullanmaları, hasta ve ailesi ile önemli ilişkiler kurmalarıyla zenginleşebilmektedir. Diğer taraftan sürekli fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak acı çeken hasta ve aileleri ile uğraşmak duygusal olarak yıpratıcı bir durumdur. Bu etkileniş, hastalara karşı pozitif duyguların kaybına, tek tip davranmaya, düşünmede katılığa, iş doyumunda azalmaya, mesleki tükenmişliğe, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olarak, hemşirenin verdiği hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açabilir (48, 94, 110). Hemşirelerin maruz kaldıkları kronik stresle yeni savunma mekanizmaları geliştirerek başa çıkmaya çalıştıkları; bazen bu savunma mekanizmaları ve anksiyete/depresyon yaşantılarının patolojik bir boyuta ulaşarak Tükenmişlik Sendromu'nun gelişmesine neden olabileceği bildirilmektedir (4).

Hastanelerde işler acil ve ertelenemez niteliktedir; yanılğı ve kuşkuya yer yoktur. Acil ve yoğun bakımda başarı iyi teşvik edilmiş, kurumuna bağlı, örgütsel ortamdaki hoşnut bir personellerle sağlanacaktır.

İnsanın işinden hoşnut ve verimli olmasını sağlayan faktörlerin başında; o iş için gerekli niteliklere sahip olması ve o işi istemesi gelir. Bu nedenle, hemşireler

yoğun bakım ve acil ünitelerinde görevlendirilirken, rastgele değil, kendi isteklerine ve niteliklerine göre görevlendirilmelidirler.

Yoğun bakım ve acil gibi iş baskısı yoğun, çalışma ve gerilimin çok olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerde tatminsizlik oranının diğer ünitelerde çalışanlardan çok olduğu söylenebilir.

İşe yeni alınan hemşirelerin oryantasyon eğitiminden geçmeden yoğun bakım ve acilde görevlendirilmeleri yine tatminsizliğe yol açacaktır. İlk işe başlanan günlerde edinilen yanlış izlenimlerin telafisi zordur (102).

1.5.5. Ölüm

1.5.5.1. Ölüm Gerçeği

İnsan yaşamını anne karnında başlamakta, fiziksel, duygusal, zihinsel ve çevresel birçok faktörün etkisiyle gelişip şekillenerek sürdürülmekte ve ölümle son bulmaktadır (68). Ancak günlük yaşamın hareketi içinde ölüm unutulur; Epikurus bu durumu “...yaşadığımız sürece ölüm yoktur, ölüm geldiğinde de artık biz yokuz” sözleriyle açıklamıştır. Yaşamımızda kesin olan tek şey, bir gün öleceğimizdir.

19. yüzyıla varıncaya kadar ölüm ile ilgili olarak, bilimsel açıdan yeterli bir tanımlama yapılmamıştır. İlk kez Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere “**somatik ölüm**” (vücut ölümü) tanımını ortaya atmıştır. Somatik ölüm, temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen, merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının irreversibl kaybıdır (32).

Günümüzde literatürde, ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini kaybetmesi veya yaşamsal organlardan birinin veya birkaçının tamamen işlevini yitirmesiyle yaşamın sona ermesi şeklinde tanımlanmaktadır (105).

1.5.5.2. Biyolojik Ölüm

Kalp atımlarının olmadığı saptanınca ölümün meydana geldiği kabul edilerek, hastaların ölüm saati olarak, kalp seslerinin alınamadığı anın yazılması, geleneksel biçimde sürdürülmektedir. Ancak 1950’li yılların sonundan itibaren tıpta kullanıma giren, yapay solunum uygulaması; bu konuda klasik kavramların değişmesine yol açmış, ölümün anlık bir olay olmadığı, bir süreç sonunda meydana geldiği bilgisi netleşmiştir. Geri dönüşümsüz bir nedenle solunum durduğunda; yapay solunuma başlanmazsa, oksijen yetersizliğine bağlı olarak, dakikalar içinde ölüm meydana gelecektir. Böylesi koşullarda kaçınılmaz olan ölüm, yapay solunum sayesinde,

değişken bir süre sonrasına ertelenmektedir. İşte bu ortamda yaşatılan biri için etrafını çevreleyen aygıtlar, yaşamın göstergesi olur, bu aşamada 1960'larda ortaya atılan, ancak, son on yılda önemi daha iyi anlaşılan "beyin ölümü" kavramı gündeme gelir (13). Beyin ölümü kavramı, 20. yüz yılda tıptaki ilerlemelere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Önce, solunum ve dolaşımın yapay aygıtlarla desteklenmesi ile yaşam süresinin uzatılması; sonra kan grubu ve subgruplarının bulunması, antibiyotiklerin bulunması, bağışıklık sistemi ile ilgili buluşlar ile başka bir vericiden doku ve organ transplantasyonu olanağı doğmuştur.

Beyin ölümü, beynin klinik fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı olarak tanımlanabilir (54). Beyin ölümünün saptanmasında en önemli ölçüt, beyin sapında geri dönüşümsüz biçimde işlev kaybının oluştuğunun ortaya konmasıdır. Eğer beyin sapı ölümü meydana gelmiş ise, yapay solunum dahil tüm destek tedavilerine rağmen kalp atımlarının en geç bir- iki hafta içinde kesinlikle duracağı bilinmektedir (13).

Beyin ölümü tanısının konması için ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca Organ Nakil Merkezleri Yönetmeliği için belirlenmiş kriterler vardır, bunlar

- 1- Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması
 - Primer hipotermi
 - Hipovolemik ya da hipotansif şok
 - Geriye dönüşümü sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotikler) ile metabolik bozukluklar
- 2- Bilincin tam kaybı
- 3- Spontan hareketin bulunmaması ve ağırlı uyaranlara serebral –motor yanıt alınmaması
- 4- Spontan solunumun bulunmaması

- 5- Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması
 - Pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilatedir (4-9 mm)
 - Kornea refleksi yokluğu
 - Vestibulo-oküler refleks yokluğu
 - Okülo- sefalik refleks yokluğu
 - Faringeal ve trakeal refleks yokluğu
- 6- Apne testi
- 7- Daha önce tanısı konmuş bir nedenle, hasta irreversible koma tablosuna girmişse, en az 12 saat, etiyojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir
- 8- Etiyojisi belirlenmemiş irreversible komada, hekimler kurulunun uygun göreceği bir yöntemle klinik bulgular teyit edilebilir (54).

Yalnızca “ölüm” yerine, “beyin ölümü” deyiminin kullanılması, olayın anlam ve sonuçları konusunda bazı belirsizliklerin doğmasına yol açmaktadır; beyin ölümü denildiğinde, hastanın değil yalnızca beyninin öldüğü düşünölmekte, yaygın inanışa göre, beyin ölümünün gerçekleşmesinden ve yaşam desteği önlemlerinin uygulamasına son verilmesinden sonra hastası ölmektedir. Kısaca bu durumda hastanın önce beyni, sonra kendisi öldüğü için, sonuçta “iki defa ölmek” gibi garip bir tablo ortaya çıkmaktadır (13).

Canlı ya da cansız neyin ölümü olursa olsun ölüm, anlık bir olgu olmayıp kısa veya uzun bir zaman diliminde gerçekleşir. Bu süreçte ölüme neden olan olgular veya ölüm sebebi türünden değil ama, ölümün gerçekleşmesi, biçimi anlamında konuyu ele alış ve ona bakış açısı yönünden fiziksel ölüm, biyolojik ölüm, psikolojik ölüm, sosyal ölüm gibi farklılıklar ortaya çıkar (41).

1.5.5.3. Psikolojik ve Sosyal Ölüm

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

Hayatını kaybeden kişi, yalnızca fiziksel ölümü yaşarken, etrafındaki insanlar ölen kişi ile ilgili sosyal ölümü yaşarlar. Hatta ölüm düşüncesinin oluşmasında çevresel faktörlerin daha büyük önemi vardır. Çünkü ölüm insanın bizzat tecrübe alanı dışında gerçekleşen bir olaydır (2). Trafik kazasında bir kişinin ani olarak, fiziksel ölümü gerçekleşirken, sosyal ölümün, defin ve yas sürecinde ve ailenin ölen kişinin arkasında bıraktığı boşlukla başa çıkmaya başlamasından sonra olduğu söylenebilir. Bunun aksine nörodejeneratif hastalığı olanlar, fiziksel bir ölüm yaşamadan önce sosyal olarak var oluşlarıyla ilgili rollerini, her gün biraz daha kaybederler. Bu nedenle, ölüm yalnızca fiziksel olarak gerçekleşen bir süreç değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal olarak yaşanan bir deneyimdir (75).

Aries'e göre, Batılı'nın ölüme karşı almış olduğu tavır, Antik Çağ'dan Ortaçağ'a ve oradan günümüze kadar birçok değişim göstererek gelişmiş, ancak modern insanın ölüm karşısındaki tavırları, uygarlıktaki gelişimin aksine, evcillikten vahşiliğe doğru evrilmiştir. 18. yüzyılda, mezarlıklar kalabalık şehir merkezlerinin ortasına kurulmakta, bu komşuluğun ölümü anımsatan etkisinden hiçbir rahatsızlık duyulmamakta ve hayatla ölüm birbirlerini tamamlayan süreçler olarak görülmekteydi. Günümüzde gelinen noktada ise; ölüm artık konuşulmaması gereken bir tabudur. Mutluluğa duyulan gereksinim ve her zaman mutlu görünme zorunluluğu nedeniyle ölüm ve ölüme ilişkin hüznü dolu duyguları belli etmek yasaklanmıştır.

Modern çağın insanı, ölümü unutmak ve hafızasından silbilmek için, onu bilinçaltının en ücra köşesine bastırmaya çalışmaktadır. Ölümün yadsınması, varoluşçu yaklaşıma göre özellikle bireyin kendi ölümünü inkar etme çabasıdır. Bu yaklaşıma göre, insan varlığı, ölümün kaçınılmazlığını gerçek olarak görmekte, ancak çoğu zaman bunu kendisi için düşünmede zorlanmaktadır. Başkasının ölümü medyada sıklıkla görülerek, ölümün hep başkalarının başına geldiği yanlış bir anlamda desteklenmektedir.

Aries'e göre ilk kez 20. yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkıp, oradan endüstrileşmiş Avrupa'ya yayılmış olan yasak ölüm döşegini, ölenin yakınlarının ve toplumun iyiliği için evden hastaneye taşınmıştır. Böylece ölümün, mutlu bir hayatın ortasında belirivermesinin doğurduğu rahatsızlık ve ölümün hayatta kalanlarda uyandırdığı can sıkıntısı ortadan kaldırılmak istenmiştir (6).

1.5.5.4. Varoluşçu Kuram'a Göre Ölüm

Ölüm kavramının psikoloji ve psikiyatri alanında ele alınışı ise, ikinci dünya savaşı sonralarına uzanmaktadır. Ölüm bilincinin insan yaşamı üzerinde yapıcı etkileri olduğu anlayışının, varoluşçu psikolojinin de temeli olduğu görülmektedir. Varoluşçulara göre insan, doğduğunu ve bir gün öleceğini bilen tek canlıdır ve bu gerçek onu anlamlı yaşayıp yaşamadığı konusunda kaygılandırır. Onlar için ölüm kavramı konuşulmaması gereken, yaşarken unutulması gereken bir durum değildir; aksine yaşama ışık tutan, yaşamın bir parçası, belki de yaratıcısı olarak görülmelidir. Ayrıca ölümden ya da acı yaratan her şeyden sürekli kaçınmanın, yaşamdan da kaçma ile sonuçlandığı üzerinde durmuşlardır. Bu varoluş kaygısı ile yüzleşildiğinde; iki seçenek söz konusudur; ya bu kaygıya katlanmanın ve başa çıkmanın yollarını

kullanarak “otantik” bir olma durumuna geçilir ya da bu kaygıyı yaşamamak için yaşamın günlük rutinleri arasında “otantik” olmayan var olma yolları seçilir. Otantik olmayan varoluş biçimi, bireyin kendisine yabancılaşmasına yol açarak nevrotik bir kişiliğin kapılarını aralar (67).

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

Varoluşçu yaklaşıma göre, kişi kendi ölümünü düşünmeye yönelip, bu düşüncelerin eylemlerini biçimlendirmesine izin verirse, daha önemli olarak algılanan bütün basmakalıp hayat tarzları önemini yitirir ve böylece kişi başkalarının yolunu izlemek yerine kendi yolunu çizer (50).

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 hakkına sahip olacaklarından bahseder. Bu acelecilik hissi, bireylerin yaşamlarına yön ve anlam veren projelere odaklanmalarını sağladığı için özgürleştiricidir. Özetle, bir insanın ölüm gerçeğinin varlığını yadsıması, kişinin kendini aldatmasıdır ve ölüm gerçeğinin inkarı aslında ölüm korkusunun bastırılmasıdır (66).

1.5.5.5. Psikoanalitik Kurama Göre Ölüm

Psikoanalitik kuramın kurucusu Freud'a göre ölüm, yaşamın asil bir parçasıdır ve ölüm hakkındaki düşünce ve duygularımızın temelini oluşturan, bizim bilinçli bir şekilde yüzleşemediğimiz veya anlayamadığımız ruhsal madde deposudur. Düşüncelerimizin pek çoğu bastırılmış endişelerin ve çözülemeyen ruhsal gerilimlerin parçası veya sembolik temsilleri olduğu için, bir kişinin hastalık veya ölüm hakkında ifade edilen düşünce ve duyguları bu yaklaşımı benimseyenler tarafından, öncelikle ele alınmaz. Herhangi bir psikolojik incelemede, öncelikli olan hastanın ifadelerinde veya eylemlerindeki saklanan veya gizil durumda olan anlamlardır (44).

Psikoanalitik kurama göre insan, doğuştan iki eğilimle dünyaya gelir; yaşam içgüdü ve ölüm içgüdü. Yaşam içgüdü, insanın yaşama coşkusunu yansıtır ve cinsel içgüdüleri içerir. Ölüm içgüdü ise insandaki yıkıcı, yok edici eğilimleri içerir. Psikoanalitik görüşe göre; yaşayan her varlık, ilksel (inorganik) konumuna dönme amacını taşıyan yok edici içgüdülere sahiptir. Buna karşın her insan bilinç dışında kendi ölümsüzlüğüne inanır. Bu inanç, insanın ölümlü olmaya karşı başlangıçta güçlü bir duygusal tepki vermesine yol açar. Ölüme ilişkin bilimsel bilginin yetersizliği de buna eklenince, bireyde tutucu davranışlar gözlemlenir. Dolayısıyla, bu yaklaşıma göre, hiçbir insanoğlu ölümü gerçekten kavramaz ve bilinçdışı kendi ölümlülüğü düşüncesine gereksinim duymaz (45).

Psikoanalitik çerçevede ölüm korkusu, deneyimle daha doğrudan ilişkili olan korkulara ve bu deneyimlerden çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır. Ölüm korkusunun izleri, sıklıkla çözülemeyen erken deneyimlere kadar sürdürülebilir. Ölümün bilinçaltı temsili olmadığı için, onun korkusu ebeveyne ilişkin korumanın kaybolmasında deneyimlenmiş olan çocukça güçsüzlüğün korkularını temsil eder.

Benzer biçimde ölüm korkularının ilk olarak ayrılmadan doğan kimsesizlik, haksızlık, terk edilme korkularından kaynaklandığı ileri sürülebilir (44).

1.5.5.6. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm

Gelişim dönemleri içerisinde bireyin ölüm kavramını algılaması, açıklama biçimi ve hissettiği duygular farklılık göstermektedir. İki yaş ve daha küçük çocuklar ölümü; ayrılma, yok olma olarak algılar ve bu durum onlarda çok stres yaratırken 2–5 yaşındaki çocuklarda daha az stres ve korkuya sebep olur. Çünkü okul öncesi dönemde çocuklarda bilişsel olarak süreklilik kavramı gelişmediği için ölümün geri dönülmez ve sürekli olduğunu anlayamazlar. Ancak bu dönemde ölümün büyükler için korkutucu bir şey olduğunu kavrarlar.

Adolesanlar / ergenler de soyut düşüncenin gelişmesiyle ölümü hayal ederler ve ölen kişi için endişe duyarlar. Kayıp yaşayan ergenler güçlü inkâr, öfke, suçlanma, üzüntü, sevdiğine kavuşma (intihar fikirleri) gibi duygusal tepkiler verebilmektedir. Olası belirtiler olarak da suça yönelme, ilaç, alkol kullanımı, bedensel yakınmalar, depresyon, intihar davranışları ve okul başarısızlığı gözlenebilmektedir.

Yetişkinlerin ölüm kavramı; sosyal, kültürel değerlerin, inançların, kişisel ve duygusal konuların, dini ve kavramsal anlayışların bir bileşkesidir. Yetişkin için ölüm; temel olarak biyolojik bir olaydır, tüm yaşayanlarla gelebilir, yaşam çemberinin son aşamasıdır, kaçınılmaz ve geri döndürülemezdir ve inkâr edilemezdir. Sonuç olarak ölüm, bedensel fonksiyonların bozulmasının sonucunda gelişen bir durumdur.

Yaşlılık dönemi gelişim aşamasının son kısmı olduğu için birey bu dönemde hayatın sınırlılığı ve yok oluşun kaçınılmazlığının daha çok farkındadır. Birey

ölümün ertelenemez olduğunu bilir, teslimiyet ya da tümüyle inkâr yolunu seçebilir (28).

1.5.5.7. Ölüm Sürecinin Beş Evre Modeli

Elisabeth Kübler-Ross ölmek üzere olan insanların, ölüme ilişkin tutumları üzerine çalışmalar yapmıştır. Kübler-Ross'un en iyi bilinen "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabında, ölmekte olan hastanın içinden geçtiği psikolojik evrelerin kavramsallaştırılması yer almaktadır (73).

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

Kübler-Ross'un teorisine göre, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip olduğunu öğrenen, birey bunun doğru olduğuna inanmaz ve durumu inkar ederek tepki verir. İlk tepki "hayır, ben değil, doğru olamaz!" biçiminde ortaya çıkmaktadır. Kimi hastalar bir yanlışlık yapıldığını düşünmekte, kimileri daha olumlu bir tanı için başka doktorlara gitmektedir. Bu yadsıma/inkar tepkisi kısa vadede tampon işlevi görmekte, beklenmeyen haberin şokuyla başa çıkmada sağlıklı bir yol olarak görülmekte, uzun vadede ise daha köklü savunmalar geliştirmesine olanak sağlamaktadır.

İkinci evre olan öfke evresinde tepki; "bu adil değil, haksızlık, neden ben?" biçiminde ortaya çıkmaktadır. Odak duygu öfke ve küskünlük olup, aile ve bakım

verenler için hastanın bakış açısını anlamak ve öfkesiyle başa çıkmasını sağlamak zordur.

Öfkeyi pazarlık evresi izlemektedir. Bu evrede hasta kişi Tanrıyla, sağlık profesyonelleriyle ya da kaderle pazarlık ederek yaşamak için, alışveriş anlamında sözler vererek, ölümü ertelemeye çalışmaktadır.

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

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

Özetle Kübler-Ross'un modeli geniş bir biçimde kabul görmüştür. Çünkü, sağlık bakım teorisinde büyük bir boşluğu doldurmuş, ayrıca insanların kendi ölümlerine tepkilerini anlamalarında da etkili olmuştur. Kübler-Ross'un modelinin amacı, insanlara nasıl hissetmeleri gerektiğini söylemek olmadığı halde, bu bazen ölmek üzere olan kişinin evreler içerisinde ilerleme göstermesi gerektiği şeklinde anlaşılmıştır. Kübler-Ross'unda açıkladığı gibi her hasta bu süreçleri tamamlamak durumunda değildir, bazı hastalar bazı evrelerde kalabilir ve her hasta kabullenme

aşamasına kadar gelemeyebilir. Bununla birlikte, ölüme ilişkin evrelenen beş tepki sağlık personeli tarafından da yaşanabilir. Ancak sağlık profesyonelleri açısından hissedilen duygular sadece bu beş evreyle açıklanandan ibaret değildir. Ölmekte olan hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin deneyimleri sakinlik, korku, umut, depresyon, öfke, keder ve geri çekilme evreleri arasında geçişler de gösterebilmektedir (73).

1.5.6. Tutum

Tutum, “bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik nesne ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir” (60). Başka bir tanıma göre tutum “bireylerin belirli bir kişiyi, grubu, kurumu veya bir düşünceyi kabul ya da reddetme şeklinde gözlenen duygusal bir hazır oluş hali veya eğilimdir” (89). Tutumlar bireyin yetişme tarzı ya da yaşam boyu geçirdiği deneyimleri sonucu çevresindeki herhangi bir konuya karşı (somut ya da soyut, canlı ya da cansız) zaman içinde oluşan ve zamanla değişebilen, güçlenebilen veya yok olabilen, doğrudan gözlemlenemeyen, varlıkları sözlü ifadelerle ya da davranışlarla anlaşılabilen, bireyi yönlendiren ve bireyi diğer insanlardan ayıran olumlu ya da olumsuz bir tepki ön eğilimi olarak tanımlanabilmektedir (40, 104).

Tutumların varlığı davranışlardan anlaşılabilirse de kendi kendilerine oluşmazlar. Tutum, bireyin bir konuda istenen ya da istenmeyen sonuçlarla (ödüllendirici- cezalandırıcı) ilişkilendirilmesi, konuya ilişkin doğrudan deneyim geçirmesi ya da başkalarından öğrenmesi yolu ile oluşur (104).

Tutumlar kalıtsal özellik taşımazlar. İnsanlar toplumsal yaşamda öğrenme yoluyla tutum sahibi olurlar. Başka bir deyişle, insanlar sosyalleşme süreciyle beraber tutum sahibi olurlar. İşte insanların bu sosyalleşme süreci içinde nelere, nasıl

ve ne tür tutumlar oluşturacağını belirleyen birçok faktör mevcuttur. Bunlar zihinsel ve bilgisel faktörler, fizyolojik faktörler, anne-baba faktörü, tutum nesnesiyle gerçekleşen yaşantılar, akranlar faktörü, kişilik özellikleri faktörü, kitle iletişim araçları faktörü, sosyal sınıf faktörü, grup üyeliği faktörüdür (26, 27).

İnsanlar genellikle, kendileri için psikolojik bir anlam ifade eden, her şeye karşı bir tutum sahibi olabilirler. İnsanlar kendileri için psikolojik bir anlam ifade eden, her şeye karşı bir tutum sergileyeceklerine göre; bir kişinin sayılmayacak kadar çok tutumu olabilir. Fakat bir insanın tutumları hem onun için taşıdığı önem açısından hem de kuvvetleri bakımından farklılıklar gösterebilirler.

İnsanların tutumlarının sayısı çok olmasına rağmen, kesinlikle sınırsız değildir. İnsanların çevresinde çok sayıda canlı- cansız, soyut- somut şeyler olmasına rağmen, bunlar arasında kendileri için psikolojik anlamlar ifade edenlere, karşı bir tutum geliştirirler. Yoksa bir nesnenin, sadece kişinin çevresinde bulunması, kişinin o nesneye karşı bir tutum geliştirmesi için yeterli değildir (49, 60).

1.5.7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumu

Yoğun bakım ünitesinde görev üstlenen hemşireler, her an ölümle karşılaşabilirler, çünkü üniteye kabul edilen hastalar kardiyovasküler ve/veya solunum fonksiyonlarının yetersizliği nedeniyle her an ölebilirler (32). Dolayısıyla yoğun bakım ünitesinde en önemli sorunlardan biri de ölüm/yas tutmadır (108). Hemşireler meslekleri gereği, genellikle ölen bir hastaya ilk yaklaşımda bulunması gereken kişilerdir ve hemşireler için kayıp yaşayan bireylerin içinden geçtikleri dönemleri ve yaşadıklarını anlamaları önemlidir. Kişiler bu dönemleri her zaman mantıklı bir sıra izleyerek kederin çözümlenmesi aşamasına gelemeyebilirler, bir dönemden diğerine geçebilirler ya da bir dönemde belirsiz bir süre kalabilirler.

Ölüme ilişkin tepkiler hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal alanda yaşadıklarından önemli ölçüde etkilenir (29). Bireyin ölümle karşılaşmasındaki tavrı, onun emosyonel yeteneklerine bağlıdır. Dini inançlar, etnik yapı ve toplum yapısı hayat değerlerinin hepsi kişinin ölüme değinmesindeki yolları belirler (72).

Yaşadığı sürece insan, bugün ne durumda bulunursa bulunsun, yarın daha iyi olacağını hayal ederek yaşar. Daha iyi yaşama, güven içinde bir hayat sürme amacını taşıyan bir çaba içindedir. Hayal eder, planlar yapar, uygular, sonunda elde eder. Bunlardan birinde ortaya çıkan aksaklık kişide, ümitsizliğe, gerginliğe ve dolayısıyla anksiyeteye neden olur. Hemşireler de doğal olarak, daha iyi yaşama ve güven içinde bir hayat sürme amacındadırlar. Onlarında hayalleri, planları vardır. Oysa özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışanların, ölüm olayıyla sık karşılaşmaları, onların hayallerinin, planlarının önemini yitirmesine neden olmaktadır (106). Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise, sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarla görülmektedir. Hemşireler tarafından sıklıkla kullanılan savunmalar şunlardır:

- Hastadan kaçmak,
- Hastayı bir eşya gibi tedavi etmek,
- Hastayla konuşmaktan kaçınmak,
- Donuk bir yüz ifadesi takınmak,
- Hasta ve ailesiyle duygusal ilişkiden kaçınmak,
- Gelecekle ilgili konuşmalardan kaçınmak,
- Hastanın durumuna ilişkin çok az bilgi vermek,
- Hastanın ve ailesinin soruları için zamanı olmadığı havasını yaratmak,

- Karşılıklı konuşmayı kontrol altında tutmak için bazı şeyleri duymazlıktan gelmek,
- Hastanın öleceğini bilmek,
- Enerjisini iyileşecek hastaya ayırmaktır.

Ayrıca ölmek üzere olan hastalara farklı davranmada altı değişkenin önemi büyüktür. Bunlar; hastanın hastanede kalış süresinin uzunluğu, başvuruların sıklığı, ailesinin rolü, başvurduğu zaman ki hastanın ölümle başa çıkma şekli ve hemşirenin bilinçaltının rolüdür (25).

Hemşireler de ölüm olayı karşısında, bilememenin ve anlayamamanın verdiği huzursuzluk, gerginlik duyacaklar, bundan korunmak içinde savunma mekanizmaları geliştireceklerdir. Eğer hemşire rahatlayacağı savunma mekanizmaları geliştirmede etkisiz kalırsa ya da onun yaşam koşulları anksiyetenin giderilmesini engellerse sonuçta davranış bozuklukları gösterebileceklerdir.

Ölüm karşısında anksiyete duymak, genellikle beklenen bir sonuçtur. Anksiyete çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Hemşireler hafif anksiyete duyduklarında, çevrelerine karşı oldukça uyanık olup, etrafında geçen en ufak olaya dikkat ederler. Orta düzeydeki anksiyetede, hemşirenin diğer sağlık elemanlarıyla ve hastalarıyla iletişimleri ve kavrama becerilerinde azalma görülebilir. Hemşirenin çevresinde olup bitenleri kavramadaki becerisi azaldıkça, anksiyete düzeyi de ağırlaşmaktadır. Hemşirede fiziksel ve duygusal huzursuzluk hali gözlenebilir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde görevli olan hemşirelerin, bu psikolojik gelişimi iyi bilmelerinin, öncelikle kendilerine ve iletişimde bulunduğu kişilere yardımcı olmaları açısından büyük önem taşımaktadır (24, 97, 106).

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek oldukça zor bir görev olmakla beraber diğer taraftan da çok özel bir deneyimdir. Şüphesiz ölüm gerçeği ile

yüzleşmek gerek, hasta ve ailesi gerekse sağlık profesyonelleri için travmatik olabilmektedir. Ancak güç olan bu dönemi, gelişmek ve olgunlaşmak için bir fırsata dönüştürebilmekte önemlidir. Bireyselleştirilmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım, her hasta için gereklidir fakat ölmekte olan bir hasta için birlikte olmak için başka bir şans olmadığından daha da değerlidir. Bu nedenle yaşamlarının son deneyiminde hastaların nitelikli bakım almaları sağlanmalıdır. Bu bakımı sağlayacak hemşirelerin, yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme ait tepkilerini anlamaya ve onlara ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazırlanması gerekmektedir (21,84).

Sağlık profesyonelleri, hastanın bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Bu korkunun yersiz olmadığı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hasta ve ailesinin duygusal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını göstermiştir. Sağlık profesyonellerinin kendilerini yetersiz ve başarısız olarak görmeleri, suçluluk yaşamalarına yol açabilir (21, 51, 81). Oysa, ölümcül hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesi, hastayı uzun süre yaşatmak değil, mümkün olduğunca acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (23, 31).

Ölmekte olan hastalara bakım vermek, sağlık profesyonellerinin birçok alanda bilgi ve beceri sahibi olmasını ve stresle uygun şekilde baş edebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailelere bakım sunmanın temelinde, sağlık profesyonellerinin ölüm ve ölümcül hasta bakımına ilişkin eğitilmeleri ve kendi davranışlarına ilişkin iç görüş kazanmalarında yatar. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenemeyen sağlık profesyonelleri, ölümcül hasta ve ailesinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara yansıtırlar (23, 42, 105).

Ölmekte olan hastanın bakımı, hemşirenin fiziksel ve duygusal enerjisini çok fazla tüketiyor gibi gözükse de, aynı zaman da onların bakım bilgisini, yeteneğini ve sezgisini geliştirmek için de bir fırsat sağlar. Ölen hasta ve ailesiyle yaşanan deneyimler, hemşire için ilham verici olabilir ve iyi bir yaşam sonu bakımında hemşireler sıklıkla verdiklerinden, daha fazlasını aldıkları duygusunu yaşarlar. Yine, kendi ölümlülüğü ile yüzleşmeyen/yüzleşmekten kaçınan bir görevli için, her ölüm, kişinin kendisiyle benzerlik kurduğu bir olgu haline gelir. Yas ve ölümlü ilgili yaşananlar destek gruplarında ele alınmalı; bir uzmanın denetiminde konuşulmalıdır.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma hemşirelerin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma yapılması ile ilgili gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun bakımlarında yapılması planlanmış ancak, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği araştırmanın yapılmasına izin vermemiş bu yüzden araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakımlarında 1 Temmuz 2011 -1 Eylül 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakımlarında çalışan tüm hemşirelerin (N=140) oluşturması planlanmıştır, ancak Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınamaması nedeniyle bu hastaneler araştırma kapsamına alınamamıştır.

Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım'da çalışan 91 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre dağılımı ise şöyledir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım (N=50), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım (N=40), Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım (N=30). Araştırma kapsamına alınan 120 yoğun bakım hemşiresinden 29 kişi senelik izin kullanmaları, raporlu olmaları ve araştırmaya katılmayı reddetme nedenlerinden dolayı araştırma kapsamına alınamamıştır. Toplam 91 hemşire örneklem grubunu oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım'da görev yapan yoğun bakım hemşireleriyle yapılmıştır.

2.5. Veri Toplama Yöntemi

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar; Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I), Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (EK II), Kısa Semptom Envanteri (EK III) dir.

2.5.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Formun 10 sorusu demografik (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, kronik/akut bir hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda kronik/akut hastalık varlığı, geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, şu anda bir ruhsal hastalık varlığı, birinci derece yakınını kaybetmek), 8 sorusu mesleki özellikleri (hemşirelik yılı, birimdeki çalışma yılı, haftalık çalışma saati, yoğun bakım eğitimi alma durumu, ölüm eğitimi alma durumu, ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma, çalıştığı birim seçimi kendine mi ait, çalıştığı birimden memnuniyeti), 6 sorusu ölüm hakkındaki düşüncelerini (kendi ölümünü ne sıklıkla düşündüğü, aileye ölüm haberi verme işi hemşireye düşerse, ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur,

ölümle ilk karşılaşmasında ne hissettiği, ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında ne hissettiği) içeren soruları kapsamaktadır.

2.5.1.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği -ÖKTÖ (EK II)

Bu ölçek, bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise uyarlama çalışması 2009 yılında Işık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÖKTÖ ölümün var olduğu görüşüne dayanır ve ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşımı kabullenme ve kaçıışı kabullenme olmak üzere üç boyuttan oluşan ölüme karşı tutumları ölçer. Her bir boyut için puan alınabileceği gibi ölçek toplam puanı da elde edilebilmektedir. Her bir alt ölçek 7'li Likert tipi ölçeklemeye sahip, toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe ölüme karşı negatif tutum geliştiği (kötü) yönünde değerlendirilmektedir. Ölçek alt boyutları aşağıda verilmektedir (114).

Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme alt boyutu 4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31. maddelerdir.

Kaçış Kabullenme alt boyutu 5, 9, 11, 23, 29. maddelerdir.

Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma alt boyutu 1, 2, 3, 7, 10, 18, 20, 21, 32. maddelerdir.

Wong ve arkadaşları (1994) kendi beş alt boyutunun her birini tanılamaktadır.

Ölüm Korkusu, bir kişinin ölümle yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir. Ölümden Sakınma, ölüm kaygısını azaltmak umuduyla ölümü düşünmekten ve onun hakkında konuşmaktan kaçınmaktır. Dolayısıyla, Ölümden Sakınma bir kimsenin ölümü kendinden uzak tutmada kullandığı bir savunma mekanizmasıdır.

Tarafsız Kabullenme, ölümün yaşamın bir parçası olduğuna inanmaktır, bu şekilde bir kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul etmektedir; kişi sadece onu yaşamın değiştirilemeyecek gerçeklerinden biri olarak kabul eder ve sınırlı hayattan en iyi şekilde istifade etmeye çalışır.

Yaklaşım Kabullenme, ölümün diğer hayata geçiş olduğunu düşünüp, mutlu bir ahiret hayatına inanmaktır.

Kaçış Kabullenme, ölümün fiziksel veya psikolojik ağrıdan ve hayatın sıkıntılarında rahatlama sağladığına inanmaktır. Hayatın acı ve sefalet dolu olduğuna ölümün hoş karşılanabilecek bir alternatif olabileceğine inanmaktır (114).

Araştırmada kullanılacak ölçeğin kullanım izni Türkçe geçerliliğini yapan Elif Abalı Işık'tan alınmıştır (EK-IV).

Tablo 1 : Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri

Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Işık ve Ark. Çalışmasında α Değeri	Bizim Çalışmamızda Ulaştığımız α Değeri
Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme	12	0.82	0.82
Kaçış kabullenme	5	0.72	0.82
Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma	9	0.70	0.81
Tüm ölçek	26	0.81	0.81

Tablo 1'de Işık ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ölüme karşı tutum ölçeği alt ölçekleri iç tutarlılık katsayıları; 0.82 (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme) ile 0.70 (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma) arasında değişmekte; tüm ölçek iç tutarlılık katsayısı ise 0.81'dir. Bizim çalışmamızda ise ölüme karşı tutum

ölçeği; iç tutarlılık katsayıları ise 0.81 (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma) ile 0.82 (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme) arasında değişmekte; tüm ölçek iç tutarlılık katsayısı ise 0.81'dir.

2.5.1.3. Kısa Semptom Envanteri (EK III)

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur, çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla Derogatis tarafından (1992) geliştirilmiş ve Türkçeye uyarlaması Şahin ve Durak tarafından (1994) yapılmıştır. Bu envanter 53 maddeden oluşmaktadır, 0 ile 4 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir.

Kısa Semptom Envanteri, 5-10 dakikada uygulanabilir, 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği aşağıda verilmektedir:

Somatizasyon (S): 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB): 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler.

Kişilerarası duyarlılık (KD): 20, 21, 22 ve 42. maddeler.

Depresyon (D): 9, 16, 17, 18, 35, 50. maddeler.

Anksiyete Bozukluğu (AB) : 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler.

Hostilite (H) : 6, 13, 40, 41, 46. maddeler.

Fobik Anksiyete (FA) : 8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler

Paranoid düşünceler (PD) : 4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler

Psikotizm (P) : 3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler.

Ek Maddeler (EM) : 11, 25, 39, 52. maddeler

Şahin ve Durak (1994)'ın yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık

katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise; 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir (98).

Tablo 2: Kısa Semptom Envanteri Cronbach Alfa Değerleri

ALT ÖLÇEKLER	MADDE SAYISI	α
Somatizasyon	7	0.83
Obsesif- kompulsif bozukluk	6	0.77
Kişilerarası duyarlılık	4	0.80
Depresyon	6	0.82
Anksiyete bozukluğu	6	0.79
Hostilite	5	0.81
Fobik anksiyete	5	0.73
Paranoid düşünceler	5	0.76
Psikotisizm	5	0.69
Ek maddeler	4	0.58

Tablo da çalışmamızda ulaşılan kısa semptom envanterinin alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları 0.58 (ek maddeler) ile 0.83 (somatizasyon) arasında değişmektedir.

2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul'u tarafından incelenip araştırmanın yürütülmesi 01.07.2011 tarihinde uygun bulunduktan sonra, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü tarafından, araştırmanın örnekleminde bulunan hastane başhekimliklerine uygulama izni için, resmi yazı gönderilmiştir. Araştırmanın örnekleminde bulunan beş kurumun; ikisinden

uygulama için izin alınamamış, diğer üç kurumdan izin alınmıştır. Veri toplama araçları kurumlara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama süreci 01.09.2011’de tamamlanmıştır.

2.6. Verilerin Analizi

2.6.1. Değişkenler

2.6.1.1. Bağımlı Değişkenler

Yoğun bakım hemşirelerinin Kısa Semptom Envanteri ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’ne vermiş oldukları yanıtların puan ortalamalarıdır.

2.6.1.2. Bağımsız Değişkenler

Yoğun bakım hemşirelerinin demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, kronik/akut bir hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda kronik/akut hastalık varlığı, geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, şu anda bir ruhsal hastalık varlığı, birinci derece yakınıni kaybetmek), mesleki özellikleri (hemşirelik yılı, birimdeki çalışma yılı, haftalık çalışma saati, yoğun bakım eğitimi alma durumu, ölüm eğitimi alma durumu, ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma, çalıştığı birim seçimi kendine mi ait, çalıştığı birimden memnuniyeti), ölüm hakkındaki düşünceleridir (kendi ölümünü ne sıklıkla düşündüğü, aileye ölüm haberi verme işi hemşireye düşerse, ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur, ölümle ilk karşılaşmasında ne hissettiği, ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında ne hissettiği).

2.6.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizi için Ege Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmış ve istatistiksel analizler, ilgili anabilim dalında bir biyoistatistik uzmanı tarafından yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde;

- Yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları,
- Yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özellikleriyle Kısa Semptom Envanteri'nin tüm alt ölçek (Somatizasyon, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Psikotizm, Ek Maddeler) puan ortalamalarını karşılaştırmak için non parametrik testlerden Kruskal Wallis ve Mann- Whitney U testi,
- Yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özellikleriyle Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin tüm alt ölçek (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme, Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) ve ölçek toplam puan ortalamalarını karşılaştırmak için non parametrik testlerden Kruskal Wallis ve Mann- Whitney U testi,
- Kısa Semptom Envanteri'yle Ölüme Karşı Tutum Ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.
- Kısa Semptom Envanteri'nin güvenilirlik çalışması kapsamında, tüm alt ölçeklerin (Somatizasyon, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Psikotizm, Ek Maddeler) Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı,

- Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması kapsamında, tüm alt ölçeklerin (Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme, Kaçış Kabullenme, Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma) Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı hesaplanmıştır.

2.7. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın örneklemini oluşturan hastanelerin başhekimliklerinden izin alınmış ve katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşireleriyle araştırma uygulaması yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan “Ölüme Karşı Tutum Ölçeği” için Sayın Elif Abalı Işık'tan yazılı izin alınmıştır.

2.8. Araştırmanın Süresi ve Olanakları

Araştırmanın konusu, 01.11.2010 ve 01.01.2011 tarihleri arasında literatür incelemesi yapıldıktan sonra belirlenmiştir. Araştırma, 01.01.2011 ve 01.02.2011 tarihleri arasında veri toplama formu hazırlanarak yüksek lisans tez önerisi olarak Tez Öneri Komitesi'ne sunulmuştur. Tez Öneri Komitesi tarafından 17.02.2011 tarihinde yüksek lisans tezi olarak hazırlanması uygun bulunduktan sonra, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu tarafından incelenip, araştırmanın yürütülmesi 31.05.2011 tarihinde uygun bulunduktan sonra, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü tarafından araştırmanın örnekleminde bulunan hastanelerin başhekimliklerine uygulama izni için resmi yazı gönderilmiştir. Araştırma verileri 01.07.2011 – 01.09.2011 tarihleri arasında toplanmış olup, 01.07.12 – 13.02.13 tarihlerinde tez raporu yazılmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, mesleki özellikleri ve ruhsal durumlarına ve ölüme karşı tutumlarına etki eden faktörler incelenmiştir.

3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

3.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 3: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=91)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
<u>Yaş grubu</u>		
22-26 yaş	35	38.5
27-31 yaş	33	36.3
32-36 yaş	19	20.8
37-41 yaş	4	4.4
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	47	51.6
Bekar	44	48.4
<u>Yaşadığı Yer</u>		
Tek başına evde yaşıyor	13	14.3
Ev arkadaşı ile birlikte evde yaşıyor	7	7.7
Hemşire lojmanda yaşıyor	7	7.7
Anne-babası ile birlikte yaşıyor	22	24.1
Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşıyor	42	46.2
Toplam	91	100

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
<u>Gelir Durumu</u>		
Gelir giderden az	26	28.6
Gelir giderden fazla	8	8.8
Gelir gidere denk	57	62.6
<u>Eğitim Durumu</u>		
Sağlık Meslek Lisesi	4	4.4
Ön Lisans	6	6.6
Lisans	76	83.5
Lisans Üstü	5	5.5
<u>Kronik/Akut Bir Hastalığın Varlığı</u>		
Var	15	16.5
Yok	76	83.5
<u>1. Derece Akrabalarda Kronik/Akut Hastalık Varlığı</u>		
Var	56	61.5
Yok	35	38.5
<u>Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Varlığı</u>		
Var	8	8.8
Yok	83	91.2
<u>Şu Anda Bir Ruhsal Hastalık Varlığı</u>		
Var	5	5.5
Yok	86	94.5
<u>Birinci Derece Yakın Kaybetmiş Mi?</u>		
Evet	15	16.5
Hayır	76	83.5
Toplam	91	100

Tablo 3’de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Hemşirelerin %38.5’i 22-26 yaş grubunda olduğu, %51.6’sı evli olduğu, % 46.2’si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %62.6’sının gelirinin giderine denk olduğu, % 83.5’inin lisans mezunu olduğu, % 61.5’inin birinci derece akrabalarında kronik/akut hastalığın var olduğu, % 91.2’sinin geçirilmiş bir ruhsal hastalığı olmadığı, geçirilmiş ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin % 6.6’sının depresyon hastalığı geçirdiği % 94.5’inin şu anda bir

ruhsal hastalığı olmadığı, şu anda ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin ise %3.3'ünün depresyon, %1.1'inin obsesif kompulsif bozukluğu olduğu, % 83.5'inin birinci derece yakınını kaybetmediği, birinci derece yakınını kaybeden hemşirelerin % 8.8'inin babasını kaybettiği saptanmıştır.

3.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (N=91)

Mesleki Özellikler	Sayı	%
<u>Hemşirelik Yılı</u>		
6 ay – 1 yıl	7	7.7
2 – 5 yıl	37	40.7
6 – 10 yıl	31	34.1
11 yıl ve üzeri	16	17.6
<u>Birimdeki Çalışma Yılı</u>		
6 ay – 1 yıl	24	26.4
2 – 5 yıl	42	46.2
6 – 10 yıl	17	18.7
11 yıl ve üzeri	8	8.8
<u>Haftalık Çalışma Saati</u>		
40 saat	91	100
<u>Yoğun Bakım Eğitimi Alma Durumu</u>		
Eğitim almış	24	26.4
Eğitim almamış	67	73.6
<u>Ölüm Eğitimi Alma Durumu</u>		
Eğitim Almış	13	14.3
Eğitim Almamış	78	85.7
<u>Ölüm Konusunda Aldığı Eğitimi Yeterli Buluyor Mu?</u>		
Yeterli	17	18.7
Yetersiz	74	81.3
<u>Çalıştığı Birim Seçimi Kendine Mi Ait?</u>		
Evet	28	30.8
Hayır	63	69.2
<u>Çalıştığı Birimden Memnuniyeti</u>		
Memnun	58	63.7
Memnun değil	33	36.3
Toplam	91	100

Tablo 4'te araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin % 34.1'inin hemşirelik mesleğini 6-10 yıl süredir yaptığı, % 46.2'sinin 2-5 yıl süredir yoğun bakımda çalıştığı, hemşirelerin tamamının haftada 40 saat çalıştıkları; % 73.6'sının yoğun bakım eğitimi almamış olduğu, % 85.7'sinin ölüm eğitimi almamış olduğu, % 81.3'ünün ölüm konusunda aldığı eğitimi yetersiz bulduğu % 69.2'sinin çalıştığı birimi kendisinin seçmediği, % 63.7'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu saptanmıştır.

Ayrıca araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 20.9'unun Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası aldığı, % 1.1'inin Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası, CPR Kursu ve EKG Kursu aldığı, % 4.4'ünün CPR Kursu aldığı saptanmıştır.

3.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi

Tablo 5 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hemşirelerin Ölüm Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Ölüm Hakkındaki Düşünceleri	Sayı	%
<u>Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı</u>		
Çok sık	10	11.0
Ara sıra	50	54.9
Çok seyrek ya da hiç	31	34.1
<u>Aileye Ölüm Haberi Verme İşi Hemşireye Düşerse;</u>		
Normal bir olay kabul eder ve söylerim	24	26.4
Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim	52	57.1
Kaçarım söylemek istemem	15	16.5
<u>Ölüm Haberini Yakınlarına Kimin Vermesi Uygundur?</u>		
Doktorun	66	72.5
Hemşirenin	2	2.2
Doktor-hemşirenin birlikte	22	24.2
Diğer	1	1.1
<u>Ölümlle İlk Karşılaşmasındaki Duygusu</u>		
Çaresizlik	24	26.4
Başarısızlık	7	7.7
Korku	6	6.6
Üzüntü	45	49.4
Diğer	9	9.9
Toplam	91	100

Ölüm Hakkındaki Düşünceleri	Sayı	%
<u>Ünitesinde Karşılaştığı Ölüm Olayları Karşısındaki Duyguları</u>		
Kendi ölümümü düşünüp korkarım	1	1.1
Ölümü kabullenmem güç oluyor	2	2.2
Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor	67	73.6
Ölümlerle o kadar çok karşılaştım ki alıştım	13	14.3
Hiçbir şey hissetmiyorum	7	7.7
Diğer	1	1.1
<u>Hemşirelik Mesleğinin Duygusal Yıpratıcılığından Korunmak Amacıyla 1. Sıradaki Seçim</u>		
İlaç kullanımı(sedatif, antidepresan)	5	5.5
Hastayı kişi değil vaka olarak algılama	28	30.8
Hastayla duygusal/sözel en az iletişim kurarak	2	2.2
Mantığa büründürerek		
Diğerleriyle konuşarak	23	25.3
Kızgınlık	22	24.2
İçe bastırma	1	1.1
Mizah	3	3.3
Dine yönelerek	2	2.2
Alkol kullanımı	2	2.2
Sigara kullanımı	1	1.1
	2	2.2
Toplam	91	100

Tablo 5'te araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin % 69.2'sinin çalıştığı birimi kendisinin seçmediği, % 63.7'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu, % 54.9'unun kendi ölümünü ara sıra düşündüğü, %57.1'inin aileye ölüm haberini verme işi hemşireye düşerse nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlük çekeceği, %72.5'inin ölüm haberini yakınlarına doktorun vermesinin uygun olduğu, % 49.5'inin ölümle ilk karşılaşmasında üzüntü hissettiği, % 73.6'sının ünitesinde

karşılaştığı ölüm olayları karşısında duygularının hastanın yaşına ve hastalığına göre değiştiği, %30.8'inin hemşirelik mesleğinin yıpratıcılığından korunmak amacıyla birinci sırada hastayı kişi değil vaka olarak algılamayı seçtiği saptanmıştır.

3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarının İncelenmesi

Tablo 6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kısa Semptom Envanteri	X	SS	Min-Max
Somatizasyon (S)	0.55	0.58	0-4
Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)	0.96	0.68	0-4
Kişilerarası Duyarlılık (KD)	0.68	0.73	0-4
Depresyon (D)	0.69	0.68	0-4
Anksiyete Bozukluğu (AB)	0.70	0.60	0-4
Hostilite (H)	0.80	0.73	0-4
Fobik Anksiyete (FA)	0.35	0.48	0-4
Paranoid Düşünceler (PD)	0.81	0.69	0-4
Psikotizizm (P)	0.50	0.57	0-4
Ek Maddeler (EM)	0.70	0.66	0-4

Yoğun bakım hemşirelerinin kısa semptom envanteri, alt ölçek puan ortalamaları dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre somatizasyon puan ortalaması 0.55 ± 0.58 , obsesif kompulsif bozukluk puan ortalaması 0.96 ± 0.68 , kişilerarası duyarlılık puan ortalaması 0.68 ± 0.73 depresyon puan ortalaması 0.69 ± 0.68 , anksiyete bozukluğu puan ortalaması 0.70 ± 0.60 , hostilite puan ortalaması 0.80 ± 0.73 , fobik anksiyete puan ortalaması 0.35 ± 0.48 , paranoid düşünceler puan ortalaması 0.81 ± 0.69 , psikotizizm puan ortalaması 0.50 ± 0.57 ve ek maddeler puan ortalaması 0.70 ± 0.66 olarak saptanmıştır.

3.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

3.2.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Tablo 7: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	KISA SEMPTOM ENVANTERİ									
	S	OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM
Yaş										
Medeni Durum										
Yaşadığı Yer										
Gelir durumu										
Kronik/akut bir hastalık varlığı	Z= -2.287 p= 0.022*					Z= -2.106 p=0.035*				
1. derece akrabada kronik/akut hastalık varlığı										
Geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı	Z = -2.360 p = 0.018*	Z = -2.353 p = 0.019*	Z= - 2.119 P = 0.034*	Z= -2.279 p= 0.023*	Z= -1.981 p= 0.048*	Z= -2.287 p= 0.022*		Z= -2.143 p= 0.032*	Z= -2.498 p= 0.013*	
Şu anda bir ruhsal hastalık varlığı	Z = -1.193 p = 0.046*								Z= -2.434 p= 0.015*	
1. derece yakın kaybı										

(*) $p < 0.05$

Tablo 7’de yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre kısa semptom envanterinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı belirtilmiştir. Buna göre kronik/ akut bir hastalık varlığı değişkenine göre somatizasyon, hostilite alt boyutu puan ortalamalarının, geçirilmiş ruhsal hastalık değişkenine göre somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının ve şu anda bir ruhsal hastalık varlığı değişkenine göre somatizasyon alt boyutu ve ek maddeler puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.2.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 8 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Mesleki Özellikler	KISA SEMPTOM ENVANTERİ									
	S	OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM
Eğitim										
Hemşirelik Yılı										
Birimdeki çalışma yılı										
Yoğunbakım eğitimi alma durumu										
Ölüm eğitimi alma durumu										
Ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma durumu								Z= -2.343 p= 0.019*		
Çalıştığı birim seçiminin kendine ait olma durumu	Z= -2.341 p= 0.019*				Z= -2.206 p= 0.027*		Z= -2.665 p= 0.008*			
Çalıştığı birimden memnuniyeti										

(*) $p < 0.05$

Tablo 8’de yoğun bakım hemşirelerinin mesleki özelliklerine göre kısa semptom envanterinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli buluyor mu değişkenine göre paranoid düşünceler alt boyutu puan ortalamasının, çalıştığı birim seçimi kendine mi ait değişkenine göre somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.2.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi

Tablo 9 : Yoğun Bakım Hemşirelerin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölüm hakkındaki düşünceler	KISA SEMPTOM ENVANTERİ									
	S	OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM
Kendi ölümünü düşünme sıklığı										
Aileye ölüm haberi verme işi size düşse				KW=7.313 p= 0.026*					KW= 9.977 p= 0.007*	
Ölüm haberini yakınlarına kimin vermesinin uygun olduğu										
Ölümlerle ilk karşılaştığındaki duyguları										
Ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları hakkındaki duyguları										

(*) $p < 0.05$

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşüncelerine göre kısa semptom envanterinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre aileye ölüm haberini verme işi size düşse değişkenine göre depresyon, psikotizm alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarının İncelenmesi

Tablo 10 : Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölüme Karşı Tutumlar	X	SS	Min-Max
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu (TKYK)	4.77	0.89	1-7
Kaçış Kabullenme Alt Boyutu (KK)	3.29	1.36	1-7
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu (ÖKÖK)	3.87	1.18	1-7
Ölçek Toplam Puanı	4.18	0.71	1-7

Yoğun bakım hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması 4.77 ± 0.89 , kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması 3.29 ± 1.36 , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması 3.87 ± 1.18 toplam ölçek puan ortalaması 4.18 ± 0.71 olarak saptanmıştır.

3.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

3.3.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Tablo 11: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	ÖKTÖ Alt Boyutlar			TÖKTPO
	TKYK	KK	ÖKÖK	
Yaş				
Medeni durum		Z= -2.363 p =0.018*		Z= -2.578 p =0.010*
Yaşadığı Yer				
Gelir Durumu				
Kronik/akut bir hastalık varlığı				
1. derece akrabada kronik/akut hastalık varlığı				
Geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı				
Şu anda bir ruhsal hastalık varlığı				
1. derece yakın kaybı				

(*) $p < 0.05$

Tablo 11’de hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkileyen sosyodemografik özelliklerin dağılımı belirtilmiştir. Buna göre, sosyodemografik değişkenlerden sadece medeni durum değişkenine göre kaçış kabullenme ve toplam ölüme karşı tutum istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.3.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerin İncelenmesi

Tablo 12 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerin İncelenmesi

Mesleki Özellikler	ÖKTÖ Alt Boyutlar			TÖKTPO
	TKYK	KK	ÖKÖK	
Eğitim				
Hemşirelik yılı				
Birimdeki çalışma yılı				
Yoğun bakım eğitimi alma durumu				
Ölüm eğitimi alma durumu				
Ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulma durumu			Z= -2.486 p = 0.013*	
Çalıştığı birim seçiminin kendisine ait olma durumu				
Çalıştığı birimden memnuniyeti	Z= -2.045 p = 0.041*			

(*) $p < 0.05$

Tablo 12’de yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen mesleki özellikler verilmiştir. Ölüm konusunda aldığı eğitim yeterli bulma durumu değişkenine göre ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu arasında, çalıştığı birimden memnuniyet değişkenine göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.3.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşünceleri

Tablo 13 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölüm Hakkındaki Düşünceleri	ÖKTÖ Alt Boyutlar			TÖKTPO
	TKYK	KK	ÖKÖK	
Kendi ölümünü ne sıklıkla düşünüyor?				
Aileye ölüm haberini verme işi kendisine düşse ?		KW=7.159 p = 0.028*		
Ölüm haberini yakınlarına kimin vermesinin uygun olduğu				
Ölümlerle ilk karşılaştığındaki duyguları				
Ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları hakkında ki duyguları	KW=9.230 p =0.026*			KW= 8.308 p = 0.040*

(*) $p < 0.05$

Tablo 13'te yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen ölüm hakkındaki düşüncelerin dağılımı verilmiştir. Buna göre aileye ölüm haberini verme işi kendisine düşse değişkenine göre, kaçış kabullenme alt boyutu arasında, ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları hakkında ne hissettiği değişkenine göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 14: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumları, Ölüm Karşı Tutumları ile İlişkili Özellikler

		KSE										ÖKTÖ			
		S	OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM	TKYK	KK	ÖKÖK	TÖKTPO
SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	Medeni Durum												Z= 2.363 p=0.018		
	Evli	0.48	0.89	0.69	0.64	0.68	0.77	0.34	0.74	0.44	0.63	4.88	3.62	4.12	4.37
	Bekar	0.62	1.04	0.68	0.74	0.72	0.84	0.36	0.89	0.56	0.77	4.69	2.96	3.63	3.99
	Kr./Ak. Hast. Var.	Z=-2.287 p=0.022					Z=-2.106 p=0.035								
	Var	0.90	1.18	0.93	0.84	0.88	1.16	0.38	0.92	0.76	1.05	5.01	3.16	3.69	4.20
	Yok	0.48	0.92	0.64	0.66	0.66	0.73	0.35	0.79	0.45	0.63	4.73	3.31	3.91	4.17
	Geç. Ruh. Hast.	Z=-1.193 p=0.019	Z=-2.360 p=0.019	Z=-2.119 p=0.034	Z=-2.279 p=0.023	Z=-1.198 p=0.048	Z=-2.287 p=0.022					Z=-4.498 p=0.013			
	Var	1.14	1.54	1.18	1.41	1.22	1.55	0.52	1.50	0.95	1.37	4.65	3.12	4.26	4.22
	Yok	0.49	0.91	0.64	0.62	0.65	0.73	0.33	0.75	0.46	0.63	4.79	3.30	3.84	4.17
	Şu Anda Ruh. Hast.	Z=-1.193 p=0.046										Z=-2.434 p=0.015			
Var	1.37	1.63	1.35	1.35	1.43	1.48	0.60	1.48	1.00	1.65	4.65	2.56	3.62	3.89	
Yok	0.50	0.92	0.65	0.65	0.65	0.76	0.34	0.77	0.47	0.64	4.78	3.33	3.89	4.19	
MESLEKİ ÖZELLİKLER	Ölüm Kon. Ald. Eğitim								Z=2.143 p=0.019						
	Yeterli	0.45	0.80	0.61	0.50	0.50	0.58	0.35	0.49	0.31	0.47	5.16	3.27	3.32	4.16
	Yetersiz	0.57	1.00	0.70	0.73	0.74	0.85	0.35	0.89	0.54	0.75	4.69	3.29	4.00	4.18
	Çal. Birim Seçimi	Z=-2.341 p=0.019					Z=-2.206 p=0.027		Z=2.665 p=0.008						
	Kendi Seçimi	0.37	0.82	0.50	0.49	0.51	0.58	0.20	0.67	0.48	0.59	4.71	3.22	3.69	4.07
Kendi Seçimi Değil	0.63	1.06	0.76	0.78	0.78	0.90	0.42	0.87	0.51	0.75	4.80	3.32	3.95	4.22	
ÖLÜM HAK. DÜŞ.	Ölüm olayları karşısında ne hissediyor?	KW=9.230 p=0.026													X=8.308 p=0.040
	Korku*	1.00	0.83	2.50	0.83	0.50	1.20	0.40	1.20	0.80	1.50	5.91	5.00	5.77	5.69
	Kabullenememe	0.00	0.41	0.37	0.25	0.16	0.00	0.10	0.60	0.10	0.12	4.12	1.80	4.50	3.80
	Değişken	0.57	1.01	0.69	0.71	0.74	0.75	0.39	0.79	0.53	0.72	4.88	3.34	3.85	4.23
	Alışkın	0.46	0.75	0.51	0.57	0.65	0.90	0.27	0.86	0.47	0.63	4.74	3.55	3.85	4.20
	Hiçbir şey Hissetmiyor	0.51	1.04	0.71	0.90	0.65	0.90	0.27	0.86	0.47	0.63	3.95	2.34	3.63	3.53
	Diğer	1.42	1.33	1.00	0.00	1.16	2.20	0.60	1.00	0.20	0.75	4.41	4.00	4.11	4.23

3.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 15 : Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İle Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri)

Ölçek	S	OKB	KD	D	H	FA	PD	P	EM
TKYK	- .075	-.082	- .059	- .052	-.011	-.016	- .167	.079	-.027
KK	.162	.128	.156	.189	.281**	.276**	.093	.264*	.124
ÖKÖK	.129	.077	.100	.118	.064	.129	.183	.006	.096
TÖKTPO	.107	.055	.096	.116	.142	.157	.031	.146	.067

(*) $p < 0.05$ (**) $p < 0.01$

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeği ile kısa semptom envanteri arasındaki korelasyon Tablo 15’te verilmiştir. Kaçış Kabullenme (KK) ile Hostilite (H) ($r = .281$, $p < 0.01$), Fobik Anksiyete (FA) ($r = .276$, $p < 0.01$) alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kaçış Kabullenme (KK) ile Psikotizm (P) ($r = .264$, $p < 0.05$) ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri, ruhsal durumları, ölüme karşı tutumlarına etki eden faktörler, hemşirelerin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkilerle ilgili bulgular yorumlanmış olup mevcut kaynakların ışığında tartışılmıştır.

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %38.5'i 22-26 yaş grubunda olduğu, %51.6'sı evli olduğu, % 46.2'si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %62.6'sının gelirinin giderine denk olduğu, % 83.5'inin lisans mezunu olduğu, % 61.5'inin birinci derece akrabalarında kronik/akut hastalığın var olduğu, % 91.2'sinin geçirilmiş bir ruhsal hastalığı olmadığı, geçirilmiş ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin % 6.6'sının depresyon hastalığı geçirdiği, % 94.5'inin şu anda bir ruhsal hastalığı olmadığı, şu anda ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin ise %3.3'ünün depresyon, %1.1'inin obsesif kompulsif bozukluğu olduğu, % 83.5'inin birinci derece yakını kaybetmediği, birinci derece yakını kaybeden hemşirelerin % 8.8'inin babasını kaybettiği saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleriyle ilgili bulgular değerlendirildiğinde; yoğun bakım hemşirelerinin genç yaş grubunda, evli, gelirini orta olarak değerlendiren bir grup olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin genç, bekar, lisans ve lisans üstü mezunu olmalarının; alana özgü bilgi ve beceri gerektiren, yoğun iş yükü ve ağır çalışma koşulları olan bir bölüm açısından avantajlı olduğu düşünülmektedir. Altıntoprak (2008) ve Özeltin ve Nehir (2007)'in çalışmalarında belirttiği gibi lisans mezunu hemşirelerin çoğunun yoğun bakımda çalıştığı saptanmıştır (4,85). Özgür (2008) ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı araştırmada hemşirelerin depresif, obsesif-kompulsif belirtiler ve somatizasyon belirtilerini daha ağırlıklı gösterdiğini saptamıştır (87), bizim çalışmamızda da geçmişte veya şu anda ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin hastalıkları depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk olduğu şeklinde açıklamaları olmuştur. Araştırma sonuçları önceki çalışmaları destekler niteliktedir.

4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin; %40.7'sinin 2-5 yıl süredir hemşirelik yaptığı saptanmıştır. Ayrıca % 46.2'sinin 2-5 yıl süredir yoğun bakımda çalıştığı, hemşirelerin tamamının haftada 40 saat çalıştıkları saptanmıştır. Kahraman ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada da yoğun bakımda çalışan hemşirelerin % 80.9'unun mezun olduktan sonra geçen sürenin 1-5 yıl olduğu saptanmıştır. Diğer deneyim gruplarında daha az hemşireye rastlanmış olması hemşirelerin ileri yaşlarda, yoğun bakım ünitesinde görev yapmayı düşünmedikleri ve daha az yorucu birimleri seçtikleri sonucuna götürmektedir (61).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin; % 73.6'sının yoğun bakım eğitimi almamış olduğu, % 20.9'unun Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği

Sertifikası aldığı, % 1.1'inin Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası, CPR Kursu ve EKG Kursu aldığı, % 4.4'ünün CPR Kursu aldığı saptanmıştır. Ülkemiz koşullarında hemşirelikte branşlaşma ile ilgili çalışmalar başlamışta olsa hastanelerde bu konuya yeterince önem verilmemekte ve hemşirelerin buldukları bölümlerle ilgili eğitimler yeterince desteklenmemektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu yılda iki veya üç kez düzenlenmekte ve yoğun bakımlarda bütün hemşirelerin yararlanmasını sağlayacak yeterli sayıda hemşireyi kabul edememektedir. Dolayısıyla çalışmamızda karşılaşılan bu oran beklenen bir sonuçtur.

Yoğun bakım hemşirelerinin % 85.7'sinin ölüm eğitimi almamış olduğu, % 81.3'ünün ölüm konusunda aldığı eğitimi yetersiz bulduğu saptanmıştır. Wass (2004)'ın aktardığına göre; sağlık eğitiminin her düzeyinde ölüm eğitiminin yetersiz olduğu bilinmektedir (113). Ölüm eğitimi müfredatlarda 1970'li yıllarda oldukça az yer alırken, 1990'lı yıllarda eğitim içine entegre edilmiştir. Ancak yine de gerek tıp, gerekse hemşirelik eğitiminde ölüme ilişkin eğitimin yeterli olduğunu söylemek güçtür. Ülkemizde öğrenci hemşireler ile yapılan başka bir çalışmada, hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma verilen önemin hasta bakımını etkileyip/etkilemeyeceği sorulduğunda; öğrencilerin %60'ının “oldukça etkileyeceği” görüşünü paylaştıkları ve yaşam sonu bakım konusundaki eğitime müfredatta daha fazla önem verilmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir (71). Literatürde lisans eğitimi sırasında verilen bu ölüm eğitiminin de, hemşireleri ölmekte olan hastaya bakım vermeye hazırlamada yeterli olmadığı; meslek yaşantısında hizmet içi eğitim/sürekli eğitim programları ile desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (64, 65, 100).

Yoğun bakım hemşirelerinin, % 69.2'sinin çalıştığı birimi kendisinin seçmediği, % 63.7'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu saptanmıştır. Özaltın ve Nehir (2007)'in yaptığı araştırmada hemşirelerin %65.4'ü buldukları yoğun bakım ünitesinde çalışmanın kendi seçimleri olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (85). Araştırma bulguları paralellik göstermektedir.

4.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin; % 54.9'unun kendi ölümünü ara sıra düşündüğü, %57.1'inin aileye ölüm haberini verme işi hemşireye düşerse nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlük çekeceği, %72.5'inin ölüm haberini yakınlarına doktorun vermesinin uygun olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

Ünsal (2008)'in yaptığı araştırmada, hemşirelerin %60'ının kendi ölümlerini ara sıra düşündüğü belirtilmiştir (110). Araştırmamızda hemşirelerin %49.5'inin ölümle ilk karşılaşmasında üzüntü hissettiği, % 73.6'sının ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında duygularının hastanın yaşına ve hastalığına göre değiştiği, %30.8'inin hemşirelik mesleğinin yıpratıcılığından korunmak amacıyla birinci sırada hastayı kişi değil vaka olarak algılamayı seçtiği saptanmıştır. Ünsal (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin ölümle ilk karşılaşmalarında %53.7'sinin üzüntü duyduğu ve %21.5'inin bakımını üstlendiği hastanın ölümü karşısında durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa daha fazla etkilendiğini belirtmiştir (110).

Çevik (2010)'in yaptığı araştırmada ise hemşirelerin %33.3'ü ölüm olgusu ile karşılaştıklarında yaşadıkları duyguları “doğal karşıladım ve hayatın bir gerçeği olarak düşündüm” şeklinde ifade etmişlerdir, Çevik (2010)'in aynı çalışmasında ölmekte olan hastaya bakım verenlerin keder ve çaresizlik yaşadıkları ifade edilmiştir

(33). Ayrıca Öztunç ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada hemşirelerin terminal dönemdeki hastayla çalışırken hayal kırıklığı ve depresyon yaşadıkları bilgisine ulaşılmıştır (92).

Çevik (2010) 'in yaptığı çalışmada ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin sırasıyla ölümün doğal olduğunu düşünme, dua etme, arkadaşları ile konuşma gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (33).

Iranmanesh ve arkadaşlarının (2008) hemşirelerin ölüm sürecinde ve ölmekte olan hastaların bakımında kendilerini nasıl hazırladıkları ve kullandıkları baş etme yöntemlerini içeren bir çalışmada, hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastasına karşı, karışık duygular hissettiğini ve mesleklerinde yeni olan hemşirelerin hastaları öldüğü zaman, günlerce acı ve üzüntü yaşadıklarını belirtmişlerdir (56).

4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

4.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Yoğun bakım hemşirelerinin yaş gruplarına göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) ancak 27-31 yaş grubundaki hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 16). Çavuş (2006)'un yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumunu incelediği çalışmada da yaş değişkeni ile ruhsal durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (30).

Karahan ve arkadaşlarının (2007) hemşire grubu üzerinde yaptığı çalışmaya göre; 27 yaş ve üstü hemşirelerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamış

(61) benzer şekilde Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) hemşirelerin ruhsal durumlarını inceleyen araştırmasında da 23-37 yaş grubu hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (119).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre ; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yapılan çalışmada bekar hemşirelerin somatizasyon, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek maddeler alt boyut puan ortalamalarının, evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Evli olmak ruh sağlığını koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir ve çalışmamıza ait bu sonuçlar, hemşirelerle yapılan diğer araştırma bulgularıyla da uyumludur (7, 87, 88, 119).

Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı yere göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Lojmanda yaşayan hemşirelerin kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Bu duruma sebep olarak sosyal destek olmaksızın, aileden uzakta, sürekli hastane bahçesinde bir yaşantı sürmek olduğu düşünülebilir. Buna rağmen ailesiyle yaşayan hemşirelerin somatizasyon, anksiyete, hostilite, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek maddeler alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olması da dikkat çekicidir. Herhangi bir bireyin sosyal yaşamını, iş yaşamından tamamen ayırabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle hemşirelik mesleğini seçen kadınlar; bir yandan kadın/anne/eş olmak, diğer yandan, hem evinde hem de iş yaşamlarında çeşitli sorumluluklara sahip olmak gibi, birbirinden farklı birçok sosyal rolü üstlendikleri için ruhsal yakınmalar açısından risk altındadırlar.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin gelir durumuna göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak gelir durumu kötü olan hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları diğer gruplara daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19). Çalışmamız mevcut literatürü destekler niteliktedir (88,119).

Çalışmamıza katılan yoğun bakım hemşirelerinin bir kısmının kronik/akut bir hastalığı bulunmaktadır. Bu durumda da yoğun bakım hemşirelerinin kronik/akut bir hastalık varlığına göre; somatizasyon ($p = 0.022$) ve hostilite ($p = 0.035$) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 20). Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da hemşirelerin somatizasyon belirti düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin kronik sağlık sorununa sahip olmasının ruhsal durumlarını etkilediği belirlenmiştir (119).

Dizer (2009)'in Sarandöl 'den aktardığına göre de; yoğun bakım ünitesi ve acil servisler gibi çalışma koşullarının yoğun ve ağır olduğu, hastalarla sıkı ve yakın ilişkinin kaçınılmaz olduğu bir serviste çalışmanın, bireyin ruhsal dünyasını etkileyecek kişisel ve sosyal ilişkilerine bir yük getirmesinin kaçınılmaz olduğu vurgulanmıştır (36).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı durumlarına göre; somatizasyon ($p = 0.018$), obsesif-kompulsif bozukluk ($p = 0.019$), kişilerarası duyarlılık ($p = 0.034$), depresyon ($p = 0.023$), anksiyete bozukluğu ($p = 0.048$), hostilite ($p = 0.022$), paranoid düşünceler ($p = 0.032$), ek maddeler ($p = 0.013$) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 21). Yoğun bakım hemşirelerinin geçirdiği ruhsal hastalıkların çalışma koşulları ağır olan ve ruhsal olarak zorlayan yoğun bakım

koşullarında mevcut ruhsal durumlarını kötü etkilediği düşünülmektedir. Benzer şekilde araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin şu anda bir ruhsal hastalığın mevcudiyetine göre; somatizasyon ($p = 0.046$), ek maddeler ($p = 0.015$) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 22). Yoğun bakım hastaları günlük yaşantılarını sürdürürken, hastalandıktan veya aniden bir travmaya maruz kaldıktan sonra yoğun bakıma gelmektedirler. Yoğun bakım hemşireleri de bu durumun kendilerinin de başına gelebileceğini düşünmekte ve anksiyete duymaktadırlar. Yaşadıkları anksiyeteninde etkisiyle somatik belirtiler gösterdikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin birinci derece akrabalarında kronik/akut hastalık mevcudiyetine göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan hemşirelerin birinci derece yakın kaybı durumuna göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 24). Benzer şekilde, Ünsal (2008)'ın yaptığı araştırmada da yakınıni kaybetme durumunun anksiyete düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (110).

4.2.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumuna göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak ön lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamalarının, diğer gruplara göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Benzer şekilde, Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmada da eğitim

durumunun hemşirelerin ruhsal durumu üzerinde etkili olmadığını ortaya koymuştur (119). Araştırma sonuçları paralellik göstermektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik yılı ve birimdeki çalışma yılı değişkenlerine göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 26, 27). Ancak 6-10 yıllık mesleki deneyimi olan hemşirelerin somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek maddeler alt boyutları puan ortalamaları, diğer mesleki deneyim yıllarının puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Ünsal (2008)'ın yaptığı araştırmada da, 6-10 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin 6 ay-1 yıl, 2-5 yıl, 11 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (110). Elpern ve arkadaşlarının (2005) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ruhsal sıkıntılarını saptamak için yaptıkları araştırmada, ruhsal sıkıntının anlamlı bir şekilde hemşirelik deneyimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (38).

Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım eğitimi alma durumuna göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak yoğun bakım eğitimi olan hemşirelerin alt boyut puan ortalamalarının yoğun bakım eğitimi almış olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 28).

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm eğitimi alma durumuna göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak ölüm eğitimi almamış olan hemşirelerin alt boyut puan ortalamalarının ölüm eğitimi almış olan hemşirelere göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 29). İnci ve Öz'ün (2009) ölüm eğitimi programının terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin

depresyon ve ölümcül hastaya yönelik tutumlarını değerlendirmek amacı ile tek grupta ön-test son-test desenli yaptıkları araştırmada, verilen eğitimin sonunda hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşmüştür. Hemşireler ölüm konusunda eğitim almadan önce ruhsal durumları ile ilgili puan ortalamaları araştırmamızdaki gibi daha yüksektir (58).

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmama durumuna göre; kısa semptom envanterinin paranoid düşünceler ($p = 0.019$) alt boyut puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak ölüm konusunda aldığı eğitimi yetersiz bulanların puan ortalamalarının yeterli bulanlara göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 30). Mallory (2003)'nin yaptığı araştırmada ölüm eğitiminin hemşirelik öğrencilerinde ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin olumlu tutum geliştirmelerini sağladığı gösterilmiştir (78). Sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Koç ve Sağlam'ın (2008) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin %75.7'sinin terminal dönemdeki bireyin bakımı için kendilerini yetersiz gördüklerini, %76.4'ünün yaşam sonu bakımla ilgili olarak aldığı bilgiyi yetersiz buldukları görüşünü paylaştıklarını, %61.4'ünde hasta ve yaşamı için oldukça önemli olmasına karşın, hemşirelik eğitimi programlarında yaşam sonu bakıma gerekli önemin verilmediğini belirtmişlerdir (71). Buna göre ölüm eğitimi programları, ölmekte olan hastalara bakım veren başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin ölüme ilişkin kaygı ve depresyonlarını azaltmalarına yardımcı olur.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimi kendi seçip seçmemeleri durumuna göre; kısa semptom envanterinin somatizasyon ($p = 0.019$), anksiyete bozukluğu ($p = 0.027$), fobik anksiyete ($p = 0.008$) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak çalıştığı birimi kendisi seçmeyen hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 31). Çavuş'un (2006) yaptığı araştırmada da araştırmamıza paralel olarak hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları birimi kendileri seçmemiş tayin/atama ile yoğun bakım ünitesinde görevlendirilmiştir. Çavuş (2006)'unda çalışmasında da çalışılan birimin seçiminin kendisine ait olup olmama etkeni ruhsal durumu etkileyen bir faktör olarak saptanmıştır (30).

Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimden memnun olma durumlarına göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Buna karşın çalıştığı birimden memnun olmayan yoğun bakım hemşirelerinin alt boyut puan ortalamalarının çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 32). Yapılan birçok araştırmada hemşirelerin çalıştıkları birimden memnun olmadıkları ve bu durumun ruhsal durumlarını etkilediği saptanmıştır (30, 85, 119). Kuşkusuz yoğun bakımlar iş yükleri ve duygusal zorluklar nedeniyle, diğer birimlere göre çalışılması daha zor birimlerdir. Mallet ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada bu görüşü destekler niteliktedir. Hospislerde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 376 hemşireyle yapılan araştırmada, hospislerde çalışan hemşireler yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre, daha az emosyonel bitkinlik hissettiklerini, daha az

duyarsızlaşma teknikleri kullandıklarını, daha iyi bir kişisel başarı deneyimlediklerini ifade etmişlerdir (77).

Hov ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada yoğun bakım hastalarına iyi bir hemşirelik bakımı verebilmek birkaç temel koşula bağlıdır: süreklilik, bilgi, yeterlik, kooperasyon, uygun yaşam kurtarıcı ya da yaşam sonu hedefleri koymak ve bakım. Hov'un belirttiğine göre, iyi hemşirelik bakımının mihenk taşlarını hemşirenin sözel iletişimi ve ellerini kullanması oluşturmaktadır (52). Literatürde de belirtilen tüm bu zorlukları ve koşulları karşılamak yoğun bakımda çalışmak istemeyen biri için oldukça yorucu ve ruhsal açıdan yıpratıcıdır. Bu nedenle, ülkemizde branşlaşma hala tam anlamıyla oturmasa bile, hemşirelerin istedikleri birimde çalışmalarını hem kendi hem de hastanın ruhsal ve fiziksel durumuna hem de birimin işleyişi yararına olacaktır.

4.2.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin kendi ölümünü düşünme sıklığına göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak beklendiği üzere kendi ölümünü çok sık düşünen yoğun bakım hemşirelerinin; kişiler arası duyarlılık, somatizasyon, anksiyete bozukluğu, hostilite ve paranoid düşünceler alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 33). Ünsal (2008)'ında araştırmasında araştırmamızda olduğu gibi ölümü ara sıra düşünen yoğun bakım hemşiresi çoğunluğu oluşturmaktadır ve kendi ölümünü "çok sık" düşünen hemşirelerin anksiyete puanları araştırmamızda olduğu gibi anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (110). Bu durum hemşirelerin ölüm empatisi yaptığını düşündürmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin aileye ölüm haberini verme işi size düşerse sorusunun cevabına göre; kısa semptom envanterinin depresyon ($p = 0.026$) ve psikotizm ($p = 0.007$) alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak ölüm haberini verme işini normal bir olay kabul edip söyleyeceği cevabını veren hemşirelerin, diğer gruplara göre alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olduğu, yalnızca “nasıl söyleyeceğimi bilemem” cevabını veren hemşirelerin ölüm empatisi yaptıkları ve kişilerarası duyarlılık alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 34). Reisetter ve Thomas (2004)’ın yaptığı araştırmada terminal dönemdeki hastaların hemşirelik bakım kalitesini etkileyen bağımlı değişkenler iletişim, bakımın sürekliliği ve aile bakımıdır (95). Ölmekte olan hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleriyle yüzleşemeyen ve kabullenemeyen hemşireler, ölmekte olan hasta ve yakınlarından uzaklaşırlar ve onlara yardımcı olmaya kendilerini hazır hissetmeyebilirler (55).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ölüm haberini kimin vereceği fikirlerine göre; kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 35).

Yoğun bakım hemşirelerinin ölümle ilk karşılaştığındaki duygularına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 36).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısındaki duygularına göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak

“duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor” ve “ölümle o kadar çok karşılaştım ki alıştım” cevaplarını veren hemşirelerin puan ortalamaları “kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım”, “ölümü kabullenmem güç oluyor” ve “hiçbir şey hissetmiyorum” cevaplarına göre, daha yüksektir (Tablo 37). Buradan yoğun bakım hemşirelerinin ölüm olayını realize ettiği ve ölüm sonucunda oluşan duygularını bastırdığı sonucuna varabiliriz.

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarını Etkileyen Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yaş gruplarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 38). Daha önceki çalışmalar olarak, Çevik (2010)'in ve Kara (2002)'nin yaptığı araştırmalarda da, yaş değişkeni ile ölçek alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (33,62). Benzer şekilde Massie (1995)'nin araştırmasında da 21 yaş ve üstündeki çalışanlarda ölüm kaygısı gençlere göre daha düşük bulunmuştur (79). 27-31 yaş grubundaki hemşirelerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunması ve 22-26 yaş grubundaki hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunması durumu muhtemel ölümün uzak algılanmasına ve ölüm üzerine çok düşünülmemesi nedeniyle oluşmuş

olabileceği düşünülebilir. Sonuç olarak, ölüm gerçeği ile yüzleşmenin genç hemşirelerde daha fazla kaygı yarattığı düşünülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutunun ($p = 0.018$) ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalamasının ($p = 0.010$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 39). Çevik (2010)'in yaptığı araştırmada da araştırmamızla paralel olarak, medeni durum ölüme karşı tutumu etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur ve araştırmamızda olduğu gibi, evli hemşirelerin alt boyut puan ortalamaları bekar hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (33). Evli hemşirelerin geride bırakacağı eşleri ve çocukları dolayısıyla ölümden daha çok korktukları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı yere göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak, tek başına evde yaşadığını belirten hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 40) Bu sonuçtan tek başına evde yaşayan hemşirelerin sosyal destek mekanizmalarının diğer gruplara göre, daha az olması nedeniyle ölüm korkularının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin gelir durumuna göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 41) .

Yoğun bakım hemşirelerinin kronik/akut hastalığı durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 42) .

Yoğun bakım hemşirelerinin geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı ve şu anda ruhsal hastalığın mevcudiyetine göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 43, 44). Çalışmamızın tersi sonuçlar da literatürde bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, orta düzeyde bir ruhsal sıkıntıya sahip olduğu saptanmıştır (38). Bireysel farkındalığın mevcut iş yükü ve yoğunluk gibi nedenlerle düşük olması ihtimaline ek olarak, ülkemizde hala ruhsal hastalıklar tabu olarak görülmekte ve birçok bireyde ruhsal hastalık belirtisi görülmesine rağmen, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli tarama yapılmadığı için bu bireylere tanı konamamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda geçirilmiş ruhsal hastalık ve şu anda ruhsal hastalık mevcudiyeti sorularının yanıtlarının bu şekilde olması olağandır.

Yoğun bakım hemşirelerinin birinci derece yakınlarını kaybedip kaybetmeme durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak birinci derece yakınını kaybetmemiş olan hemşirelerin puan ortalamaları, bütün alt gruplarda kaybedenlere göre, daha yüksektir (Tablo 45), bu durum ölüme hiç karşılaşmamış bireyin olası bir kayıptan korkması şeklinde yorumlanabilir.

4.3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Araştırmamızda lisansüstü eğitim görmüş olan yoğun bakım hemşirelerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ve kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamaları diğer eğitim düzeylerine göre, daha yüksek olduğu ve ön lisans eğitimi almış hemşirelerin ölüm

korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerindekiyle göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 46). Dunn ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmaya göre; eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin, ölüm deneyimi ve ölüm konusunda bilgisinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (37). Hemşirelikte lisans düzeyinde verilen eğitimin, hem öğrencilerin mesleki eğitim ve gelişmelerini olumlu yönde etkilediği, hem de çok erken yaşlarda zorlu çalışma yaşamına başlamalarını önleyerek onları belli bir ölçüde koruduğu söylenebilir. Lisans eğitimiyle gerekli mesleki bilgi ve becerilerle donanmış ve belirli bir yaş olgunluğuna ulaşmış hemşirelerin, terminal dönemdeki hasta bakımı gibi güç deneyimlerle daha uygun şekilde baş edebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik yılına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızda 11 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan yoğun bakım hemşirelerinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamaları diğer deneyim sürelerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 47). Literatürde de bu bilgiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur. Lange ve arkadaşlarının 2008 yılında ve Çevik'in 2010 yılında ölüme karşı tutum ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarda meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olanların ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamaları diğer deneyim yıllarına göre daha yüksek bulunmuştur (33,74). Benzer şekilde Howze (2001)'nin master ve doktora öğrencisi olan 195 psikolojik danışman ile yaptığı çalışmada, deneyimli danışmanlarda orta düzeyde ölüm kaygısı ve ölüm korkusu saptanmıştır. Ölümle ilgili deneyimli danışmanlar, deneyimsizlere kıyasla daha düşük ölüm kaygısı ve korkusu rapor etmişlerdir (53).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin birimdeki çalışma yılına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 48) .

Konuya ilişkin literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, deneyimin olumlu tutum geliştirmede etkili olduğu görülmektedir. Bir çalışmada, 1-6 yıl arasında yoğun bakım deneyimi olan hemşirelerin normal koşullarda ve ölüm sonrasında hissettikleri anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır (106). Ölüm ile karşılaşmak yoğun bakım deneyimi yedi yıldan az olan hemşirelerde anksiyete düzeyini önemli ölçüde arttırırken, yedi yıl ve üzeri deneyimi olanlarda anksiyete düzeylerinde fark yaratmamıştır.

Ölmekte olan hasta ile çalışan hemşirelerde bu deneyim doğru değerlendirildiğinde iyi bir öğrenme biçimi olabilir. Ölmekte olan hastayla yaşanan deneyim, hemşirelerin kendi ölüm kaygılarına ilişkin farkındalık geliştirmelerine neden olabilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım eğitimi alma durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 49). Yoğun bakım ünitelerinde gelişmiş teknolojinin olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de ortaya çıkmaktadır; kullanılan teknolojik malzemeler ve hastaların bu teknolojik malzemelere olan komplike bağımlılıkları hemşirelerin iyi bir bilgi donanımına sahip olmasını gerektirmektedir (9). Hemşireler ülkemizde yoğun bakım hemşireliği eğitiminin tüm yoğun bakım hemşirelerine verilememesi nedeniyle, çoğunlukla genç hemşireler bu bilgileri kendilerinden kıdemli hemşirelerden almaktadır. Bu durum deneyimsiz hemşirenin zamanının büyük bir kısmını almakta ve yoğun bakım da ölmekte olan hastasına iletişim için yeteri kadar vakit ayıramamasına sebep

olabilmektedir. Çalışmamızda olduğu gibi, bu durum hemşirenin ölüme karşı tutumunu etkilemese de, hastanın hak ettiği ilgiyi alamamasına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ölüm eğitimi alıp almama durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak ölüm eğitimi almadığını ifade eden, yoğun bakım hemşirelerinin, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ölüm eğitimi aldığını ifade eden hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 50). Ölüme ilişkin eğitimin ölüme karşı oluşan olumsuz tutumu değiştirmede ve ölüm kaygısını azaltmada her zaman etkili olduğunu söylemek güçtür. Literatürde ölüme ilişkin eğitimin ölüm kaygısının üzerine etkisinin olmadığını ya da ölüm kaygısını artırdığını gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (69, 76, 80). Keinow (1992), yaptığı araştırmada ölüme ilişkin eğitimin etkisini, yarı yapılandırılmış grup süreciyle deney grubu ve hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubu arasındaki fark üzerinden değerlendirmiştir (69). Araştırma sonucunda, her iki grupta da ortalama düzeyde ölüm kaygısı görülmüş, ölüm kaygısı ve terminal dönemdeki hasta bakımına ilişkin kaygıda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mogi (2003) ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da 62'si deney, 49'u kontrol olmak üzere, toplam 111 öğrenci ile çalışmışlardır. Üç ay süren ölüme ilişkin eğitim dersinden sonra, ölüm kaygısı ölçeği ön test son test puanlarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (80).

Ölüm eğitiminin ölüme karşı oluşan olumsuz tutumu değiştirmede ve ölüm kaygısını azaltmada etkili olduğunu savunan araştırmalarda literatürde mevcuttur. Tanhan (2006)'ın yaptığı deneysel çalışmada, ölüme ilişkin eğitim programının

katılımcıların ölüm kaygılarını anlamlı düzeyde azalttığı ve bu azalmanın takip testlerinde de sürdüğü belirlenmiştir (105).

Ölüme ilişkin mevcut olumsuz tutumların değişmesi, olumlu tutumların geliştirilmesi gerek, sağlık çalışanları gerekse, sağlık hizmetini alanlar için önemlidir. Mensubu olduğu topluma benzer tutumlar sergileyen, sağlık profesyonellerinin, aldıkları eğitimin gereği ölüme ilişkin tutumlarının farklı olması beklenmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının eğitiminde, ölüme ilişkin bilgilerini ve kişisel farkındalıklarını arttıracak programların düzenlenmesi gerekmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin okulda aldıkları ölüm eğitimini yeterli bulup bulmamalarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunun puan ortalamasının ($p = 0.013$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 51). Benzer olarak, literatürde de Koç ve Sağlam (2008)'in hemşirelik öğrencilerinin ölüme ve yaşam sonu bakıma ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırma da, öğrencilerin % 57.9'unun ölümcül bir hastaya bakım verdiği ve bakım verirken % 25.7'sinin yetersizlik, %21.4'ünün çaresizlik, % 20'sininde anksiyete yaşadığını, % 75.7'sinin terminal dönemdeki bireyin bakımı için kendilerini yetersiz gördüklerini göstermiştir. Ayrıca öğrencilerin %76.4'ünün yaşam sonu bakımla ilgili olarak aldığı bilgiyi yetersiz buldukları görüşünü paylaştıklarını, % 61.4' ü de hasta ve yaşamı için oldukça önemli olmasına karşın, hemşirelik eğitimi programlarında yaşam sonu bakıma gerekli önemin verilmediğini belirtmişlerdir (71). Cooper ve Barnett'in (2005) yaptıkları öğrenimini devam ettirmekte olan öğrenci hemşirelerle ve çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırma da, hemşirelerin büyük çoğunluğunun ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin duygusal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldıklarını ortaya çıkarmışlardır (24). Sherman ve arkadaşları (2005) yaşam sonu kaliteli bakım

sağlamak için hemşirelerin yalnızca bilgi ve beceriye sahip olmalarının yeterli olmadığını, aynı zamanda tutum ve davranışların da geliştirilmesi gerektiğini; bu amaçla öğrencilerin mezun olmadan önce yaşam sonu bakımla ilgili konularda yeterince bilgilendirilmelerini ve bu eğitimin mezun olduktan sonra da devam ettirilmesinin önemli olduğunu vurgulamışlardır (99).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin çalışılan birimi seçip seçmeme durumlarına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalıştığı birimi kendisi seçmeyen yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeğinin puan ortalamaları, çalıştığı birimi kendi seçen yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 52). Halihazırda çalıştığı birimde kendi isteği ve seçimiyle bulunmayan bir hemşire ruhsal rahatsızlıklara her zaman açıktır. Özellikle yoğun bakımlar gibi ölüm olayının sıklıkla karşılaşıldığı birimlerde hemşire isteksiz bir şekilde çalışıyorsa ölüm olayını kabullenmesinin zor olacağı düşünülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimden memnun olma durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutları puan ortalamalarının anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 53). Hemşirelerin çalıştığı bölümü isteyerek seçmesinin, günlük yaşamın büyük bir kısmını geçirdiği iş yerinde, yapmak istediği işi yapabilmesine, bilgi beceri ve yeteneklerini kullanabilmesine, işe ve iş yerine uyum sağlayabilmesine yardımcı olur. Bu sonuç, ülkemizde hemşirelik mesleğinde branşlaşma olmadığı için, hemşirelerin yoğun bakım üniteleri gibi, özel ünitelere yönlendirilmesinde, kendi isteklerinin dikkate alınmadığını ve hemşirelerin çalışma alanlarının kurumların gereksinimlerine göre, belirlendiğini düşündürmektedir.

4.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarını Etkileyen Ölüm Hakkındaki Düşüncelerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin kendi ölümlerini düşünme sıklıklarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kendi ölümünü “çok sık” düşünen yoğun bakım hemşirelerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamaları, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kendi ölümlerini “çok seyrek ya da hiç düşünmeyen” yoğun bakım hemşirelerinin kaçış kabullenme alt boyutu ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 54). Bu sonuç gösteriyor ki ölümlü anlamış ve kendi ölümlülüğü ile yüzleşmiş hemşireler ölümlü daha kolay kabullenip, günlük yaşantısına devam edebiliyor ancak ölümden korkan, kendi ölümlülüğünü kabullenemeyen hemşireler ise, kendi ölümlerini çok seyrek ya da hiç düşünmediklerini belirtmişlerdir.

Yoğun bakım hemşirelerinin aileye ölüm haberini verme durumlarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamasının ($p = 0.028$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 55). Palyatif bakım verilen hasta ve ailelere nitelikli bakım sunmanın temelinde, hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin iç görü kazanmaları yatar. Bu nedenle hemşirelerin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlamlar açığa çıkarılmalıdır. Kendi ölümlülükleriyle yüzleşemeyen ve kabullenmeyen hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailesinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtırlar (42, 55).

Araştırmaya katılan hemşirelerin, ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur sorusuna verdikleri yanıtı göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt

boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 56). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin hemen hepsi ölüm gerçekleştiğinde bu haberi ailelere vermekte çok zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Ay (2001)'in aktardığına göre yoğun bakım hemşireliğinin en stresli işlerinden biri, ölen kişinin yakınlarına durumu bildirmek ve bunu yaparken mümkün olduğunca duyarlı olmasıdır. Her gün ölümle karşılaşan hemşire, bütün tedavi olanakları tükendiğinde, enerjisini hastayı ve ailesini teselli etmek, sakinleştirmek için kullanır. Hemşire ailenin acısını azaltacak bir şeyler yapmalıdır. Burada önemli olan, önceden bilinmeyen reaksiyonlara karşı hazırlıklı olmasıdır. Ailenin tepkisine karşı hemşire emosyonel olarak ölümden etkilenir; bununla birlikte, hemşire nazik ve sakin olmalıdır (9). Sonuç olarak hemşirelerin terminal dönemdeki hasta ve aileyle iletişim konusunda yaşadıkları problemler dikkate alındığında, bu konuda eğitim almalarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ölümle ilk karşılaştıklarındaki duygularına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 57).

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısındaki duygularına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamasının ($p = 0.026$) ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 58).

Literatüre bakıldığında; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin % 65.7'si ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik

hissettiklerini ifade etmişlerdir (106). Ayrıca Çevik (2010)'in çalışmasında da ölmekte olan hastaya bakım verenlerin keder ve çaresizlik yaşadıkları ifade edilmiştir (33).

Çalışmamızda “duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor” cevabı % 73.6 oranında verilmiştir ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olan gruptur. Çevik (2010)'in çalışmasına paralel olarak hemşirelerin % 43.4'ünün ölümü doğal olduğu düşüncesine sahip olduğu belirtilmiştir (33).

4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeği ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkiler Tablo 15'te verilmiştir. Kaçış Kabullenme (KK) ile Hostilite (H) ($r = .281, p < 0.01$), Fobik Anksiyete (FA) ($r = .276, p < 0.01$) alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kaçış Kabullenme (KK) ile Psikotizm (P) ($r = .264, p < 0.05$) ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Araştırma bulgusu hostile, fobik anksiyete ve psikotizme ait ruhsal belirtiler gösteren hemşirelerin ölüme karşı tutumlarında kaçış kabullenme yolunu seçtikleri şeklinde yorumlanabilir.

Yoğun bakımlar, durumları kritik olan hastaların yakından gözlemlendiği hastanelerin diğer bölümlerinden izole birimleridir. Zaman ilerledikçe yoğun bakımlar teknolojinin getirdiği araç gereçlerle donatılmıştır. Bu araçlar birçok insanın hayatının kurtulmasını ve yaşama dönmesini sağlamıştır. Birçok hayat kurtarılmasına karşın, yoğun bakımlarda yaşanan ölümler, yaşam sürecinin sonu

olarak görölmekten ziyade birçok teknolojik ekipmana rağmen yaşanan başarısızlık, karşı konulacak ve savaşılacak bir olgu halini almıştır. Ölüme karşı verilen bu savaş; tedaviler ve bakım sayesinde kazanılsa da, bu sonuç çoğu zaman hastanın yatağa bağımlı, ölümü bekleyeceği bir yaşam sürecine bağlanmaktadır.

Yoğun bakım hemşireleri, bire bir uyguladıkları bakımlar nedeniyle, hastalarıyla diğer sağlık çalışanlarından daha fazla zaman geçirmekte ve çektikleri acılara daha yakından tanık olmaktadır. Bu yakın tanıklığa rağmen, hemşire ne hastasının acı çekmesini engelleyebilmekte, ne de bu acılı süreci sonlandırabilmektedir. Uzun süre birlikte olduğu hastasıyla empati kuran hemşire, onun yaşadığı bu acıların bitmesini istemekte ve bu acılı süreci uzatan her şeye karşı öfkelenmektedir. Hemşire hastasıyla çok uzun süre geçirdiğinde ise sempati geliştirebilmekte ve onun çektiği acıları kendisinin de bir gün yaşayabileceği endişesini duyup, korkmaktadır. İşte bu noktada yoğun bakım hemşiresi ölümü hastanın çektiği acıların sonu, fiziksel ve ruhsal açıdan rahatlaması olarak görmeye başlamaktadır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakımlarında çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarıyla ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

Yoğun bakım hemşirelerinin %38.5'i 22-26 yaş grubunda olduğu, %51.6'sı evli olduğu, % 46.2'si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %62.6'sının gelirinin giderine denk olduğu, % 83.5'inin lisans mezunu olduğu, % 61.5'inin birinci derece akrabalarında kronik/akut hastalığın var olduğu, % 91.2'sinin geçirilmiş bir ruhsal hastalığı olmadığı, geçirilmiş ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin % 6.6'sının depresyon hastalığı geçirdiği % 94.5'inin şu anda bir ruhsal hastalığı olmadığı, şu anda ruhsal hastalığı olduğunu ifade eden hemşirelerin ise, %3.3'ünün depresyon, %1.1'inin obsesif kompulsif bozukluğu olduğu, % 83.5'inin birinci derece yakınını kaybetmediği, birinci derece yakınını kaybeden hemşirelerin % 8.8'inin babasını kaybettiği saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin; % 34.1'inin hemşirelik mesleğini 6-10 yıl süredir yaptığı, % 46.2'sinin 2-5 yıl süredir yoğun bakımda çalıştığı, hemşirelerin tamamının haftada 40 saat çalıştıkları, % 73.6'sının yoğun bakım eğitimi almamış olduğu, % 85.7'sinin ölüm eğitimi almamış olduğu, % 81.3'ünün ölüm konusunda aldığı

eğitimi yetersiz bulduğu % 69.2'sinin çalıştığı birimi kendisinin seçmediği, % 63.7'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin % 20.9'unun Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası aldığı, % 1.1'inin Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası, CPR Kursu ve EKG Kursu aldığı, sadece % 4.4'ünün CPR Kursu aldığı saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin %57.1'inin aileye ölüm haberini verme işi hemşireye düşerse nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlük çekeceği, %72.5'inin ölüm haberini yakınlarına doktorun vermesinin uygun olduğu, % 49.5'inin ölümle ilk karşılaşmasında üzüntü hissettiği, % 73.6'sının ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında duygularının hastanın yaşına ve hastalığına göre değiştiği, %30.8'inin hemşirelik mesleğinin yıpratıcılığından korunmak amacıyla birinci sırada hastayı kişi değil vaka olarak algılamayı seçtiği saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin kısa semptom envanteri obsesif-kompulsif bozukluk alt boyut puan ortalamasının (0.96 ± 0.68) en yüksek, fobik anksiyete puan ortalamasının ise (0.35 ± 0.48) en düşük puanlar olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsa durumlarını etkileyen sosyodemografik özellikler incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Yoğun bakım hemşirelerinin yaş gruplarına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. 27-31 yaş grubundaki hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yapılan araştırmada bekar hemşirelerin somatizasyon,

depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek maddeler alt boyut puan ortalamalarının, evli hemşirelere göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı yere göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Lojmanda yaşayan hemşirelerin kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumuna göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin gelir durumuna göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak gelir durumu kötü olan hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları diğer gruplara daha yüksek bulunmuştur.
- Yoğun bakım hemşirelerinin kronik/akut bir hastalık varlığına göre somatizasyon ($p = 0.022$) ve hostilite ($p = 0.035$) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin birinci derece akrabada kronik/akut hastalık varlığına göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin birinci derece yakın kaybı durumuna göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumlarını etkileyen mesleki özellikleri incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik yılına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin birimdeki çalışma yılına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 6-10 yıllık mesleki deneyimi olan hemşirelerin somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek maddeler alt boyutları puan ortalamaları diğer mesleki deneyim yıllarının puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.
- Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım eğitimi alma durumuna göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yoğun bakım eğitimi almamış olan hemşirelerin, alt boyut puan ortalamalarının, yoğun bakım eğitimi ve ölüm eğitimi almış olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm eğitimi alma durumuna göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ölüm eğitimi almamış olan hemşirelerin alt boyut puan ortalamalarının yoğun bakım eğitimi ve ölüm eğitimi almış olan hemşirelere göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmama durumuna göre, kısa semptom envanterinin paranoid düşünceler ($p = 0.019$) alt boyut puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak ölüm konusunda aldığı eğitimi

yetersiz bulanların puan ortalamalarının yeterli bulanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimi kendi seçip seçmemeleri durumuna göre kısa semptom envanterinin somatizasyon ($p = 0.019$), anksiyete bozukluğu ($p = 0.027$), fobik anksiyete ($p = 0.008$) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak çalıştığı birimi kendisi seçmeyen hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimden memnun olup olmamaları durumuna göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çalıştığı birimden memnun olmayan yoğun bakım hemşirelerinin alt boyut puan ortalamalarının çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumlarını etkileyen ölüm hakkındaki düşünceleri incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin kendi ölümünü düşünme sıklığına göre, kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Kendi ölümünü çok sık düşünen yoğun bakım hemşirelerinin; kişiler arası duyarlılık, somatizasyon, anksiyete bozukluğu, hostilite ve paranoid düşünceler alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin aileye ölüm haberini verme işi size düşerse sorusunun cevabına göre kısa semptom envanterinin depresyon ($p = 0.026$)

ve psikotizm ($p = 0.007$) alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm haberini kimin vereceği fikirlerine göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ölümle ilk karşılaştığında ne hissettiğine göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında ne hissettiğine göre kısa semptom envanterinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeğinin puan ortalamalarına göre; tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamasının (4.77 ± 0.89) en yüksek, kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamasının ise (3.29 ± 1.36) en düşük puanlar olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen sosyodemografik özellikler incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin yaş gruplarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutunun ($p = 0.018$) ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalamasının ($p = 0.010$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

- Yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı yere ve gelir durumuna göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin kronik/akut hastalığı bulunma durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ailelerinde kronik/akut hastalık varlığı durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin geçirilmiş ruhsal hastalık varlığına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin şu anda ruhsal hastalık mevcudiyetine göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin birinci derece yakınlarını kaybedip kaybetmeme durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen mesleki özellikleri incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik yılı yılına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin birimdeki çalışma yılına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım eğitimi alma durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm eğitimi alıp almama durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ölüm eğitimi almadığını ifade eden yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ölüm eğitimi aldığını ifade eden hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin okulda aldıkları ölüm eğitimini yeterli bulup bulmamalarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunun puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin çalışılan birim seçimi durumlarına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalıştığı birimi kendisi seçmeyen yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeğinin puan ortalamaları

çalıştığı birimi kendi seçen yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalamalarından daha yüksektir.

- Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimden memnun olma durumlarına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamasının ($p = 0.041$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen ölüm hakkındaki düşünceleri incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin kendi ölümlerini düşünme sıklıklarına göre; ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kendi ölümünü “çok sık” düşünen yoğun bakım hemşirelerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamaları diğer gruplara göre, daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kendi ölümlerini “çok seyrek ya da hiç düşünmeyen” yoğun bakım hemşirelerinin kaçış kabullenme alt boyutu ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin aileye ölüm haberini verme işi size düşerse sorusuna verdikleri yanıtı göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamasının ($p = 0.028$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur sorusuna verdikleri yanıtı göre ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

- Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme ilk karşılaştığındaki duygularına göre, ölüme karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısındaki duygularına göre ölüme karşı tutum ölçeğinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamasının ($p = 0.026$) ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelendiğinde Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutum ölçeği ile kısa semptom envanteri arasında Kaçış Kabullenme (KK) ile Hostilite (H) ($r = .281$, $p < 0.01$), Fobik Anksiyete (FA) ($r = .276$, $p < 0.01$) alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kaçış Kabullenme (KK) ile Psikotizm (P) ($r = .264$, $p < 0.05$) ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin periyodik olarak ruhsal durumları değerlendirilmeli, psikolojik iyi oluşlarını desteklemek ve tükenmişlik yaşamalarını önlemek için, profesyonel psikolojik destek sağlanması ve ruhsal durumu yoğun bakımda çalışmaya elverişli olmayan hemşirelerin yer değişikliğinin sağlanması,
2. Hemşirelerin ölmekte olan hastalara sergiledikleri pozitif ya da negatif tutumların farkındalığını sağlayacak eğitim programlarının yapılması,
3. Yaşam sonu bakım konusuna lisans eğitiminde daha çok yer verilmeli, çalışma yaşantısında da hizmet içi eğitim konuları içinde sürekliliği ve güncelliği sağlanmalı,
4. Ölüm çok fazla değişkenin etkilediği bir kavram olduğu için, mevcut ölçüm araçlarıyla ölçüm sınırlı olabilmektedir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak araştırmalarda, ölüm kavramı ilgili daha derin bilgilerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlayacak nitel yöntemlerin kullanılması önerilmiştir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Önsöz, S.B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Durumları İle Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin Saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013. Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal durumları ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir araştırmadır. Araştırma üç farklı hastanenin reanimasyon yoğun bakımlarında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 91 hemşireyle yürütülmüştür. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis, Mann Whitney U testi ve Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Araştırma da, kronik/akut hastalık varlığı, geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, şu anda ruhsal hastalığının olması, ölüm konusunda aldığı eğitimi yeterli bulup/bulmama durumu, çalıştığı birim seçimini kendinin yapıp/yapmaması, aileye ölüm haberini verme, ölüm olayları karşısındaki duyguları değişkenleri hemşirelerin ruhsal durumlarını etkilerken; medeni durum ve ölüm olayı karşısındaki duyguları değişkenleri hemşirelerin ölüme tutumlarını etkilemiştir ($p < 0.05$). Ayrıca yoğun bakım hemşirelerinin kısa semptom envanteri ile ölüme karşı tutum ölçeğinin korelasyonu karşılaştırıldığında; kısa semptom envanterinin hostilete, fobik anksiyete ve psikotizm alt boyutları ile ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin ruhsal durumunun periyodik olarak takip edilmesi, ölüme ilişkin farkındalığı sağlayacak eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım hemşireleri, ruhsal durum, ölüme karşı tutum.

SUMMARY

Önsöz, S.B. Establishing the correlation of intensive care unit nurses' state of mind and death attitude profile, Aegean University Graduate School of Health Sciences, Psychiatric Nursing Postgraduate Thesis, İzmir, 2013. Study, which was made to analyse the relation of intensive care unit nurses' state of mind and death attitude, is a descriptive and a relational form. Study was carried out with ninety-one nurses working at reanimation intensive care unit of three different hospitals and accepting to be part in the study. Parameters were gathered by using Introductory Information Form, Brief Symptom Inventory and Death Attitude Profile Revised (DAP-R). Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U test and Pearson's Correlation Test were used in evaluating the parameters. Whilst absence of chronic / acute disease, previous mental illness, to have mental illness at present, adequateness of the education on the death cases, making the unit selection on her own or not, death knell to the family and their emotive variables about death cases affects the nurse's mental state, emotive variables about marital status and the death case affects the attitudes of the nurse's on the death. ($p < 0.05$). Besides when the correlation of brief symptom inventory and death attitude profile compared; a positively poor relation was found between brief symptom inventory's hostility, phobic anxiety and lower dimensions of psychoticism and in lower dimensions of acceptance escape of death attitude profile. In the direction of this findings it is advised to follow intensive care units nurses' state of mind periodically and to organize education programmes providing death awareness.

Key Words: intensive care unit nurses, state of mind, death attitude profile.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

- 1) **Akbayrak, N. (1998).** Ölümü Yaklaşan Hasta ve Bakımı, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed, N. Akdemir, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, S:24-30.
- 2) **Aksu, T., Okçay, H. (2010).** Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14):113-126.
- 3) **Alçelik A., Deniz F., Yeşildal N., Mayda A.S., Ayakta Şerifi B. (2005)** AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(2).
- 4) **Altıntoprak, E.A. ve ark. (2008).** Hemşirelerin İş Ortamlarındaki Stres Kaynakları; Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri: Yoğun Bakım ve Yataklı Birimlerde Hizmet Veren Hemşireler Arasında Yapılan Bir Karşılaştırma Çalışması, 10(1):9-17.
- 5) **Arcak R., Kasımoğlu E. (2006).** Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1): 23-30.
- 6) **Aries, P. (1991).** Batılının Ölüm Karşısındaki Tavrı (M.A. Kılıçbay, Çev.). Ankara:Gece Yayınları.
- 7) **Aslan, H., Alpaslan, Z.N., Aslan, O., Ünal, M. (1996).** Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33:192-199.
- 8) **Aştı, N. (2009).** Cinsiyet Sosyalleşimi ve Hemşireliğe Yansımaları. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Sivas, 20-24 Ekim, 70-77.

- 9) **Ay, F.(2001).** Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1):44-47.
- 10) **Aydın, H. (2007).** Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 11) **Badır, A. (2004).** Uluslararası Öneriler Işığında Yoğun Bakım Hemşireliği'nin Türkiye' Deki Durumu, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(2):83-88.
- 12) **Badır, A. (1999).** Koroner Yoğun Bakı Ünitesi Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2(3):15-17.
- 13) **Badur, S. (2004).** Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler, Cogito, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 93-105.
- 14) **Bahçecik, N., Kutlu-Koca, A. (2004).** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(2):55-60.
- 15) **Batlaş, Z., Özer, Y., Erteğün, Y.(1995)** Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri, 2. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, S:147-165, İstanbul.
- 16) **Berman A., Snyder SS., Kozier B., Erbs G. (2008).** Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice, 8 th ed. New Jersey, 5-13.
- 17) **Bilge, A., Çam, O. (2004).** Ölüm sürecindeki hastaya ve yakınına psikiyatri hemşiresinin terapötik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(2):127-136.
- 18) **Brosche, TA. (2003).** Death, Dying and the ICU Nurse, *Dimens Crit Care Nurs* 22(4):173–179
- 19) **Brown, P. (1993).** Saying Goodby, *Nursing Times*, 89, 4, 26-28

- 20) **Calvin, AO., Lindy, CM., Clingon, SL. (2009).** The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 25: 214-220.
- 21) **Cherlin, E., Schulman-Green, D., Mccorkle, R. , Johnson- Hurzeler, R. , Bradley, E., (2004).** Family Perceptions Of Clinicians' Outstanding Practises in End-Of-Life. *J Palliat care*, 20: 113-116
- 22) **Cicarello, GP. (2003).** Strategies to Improve End-of-life Care in the Intensive Care Unit, *Dimens Crit Care Nurs* 22(5):216-222.
- 23) **Cimete, G. (2002).** Yaşam Sonu Bakım, Nobel Yayınevi, İstanbul.
- 24) **Cooper, J., Barnett, M. (2005).** Aspects of Caring Dying Patients Which Cause Anxiety to First Year Student Nurses, *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8):423-430.
- 25) **Çakırcalı E. (2000).** Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, 3.Baskı, E.Ü. Basımevi. İzmir.
- 26) **Çam, O. (2001).** The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*, 38:201-207.
- 27) **Çam, O., Akgün, E., Babacan-Gümüş A. ve ark. (2005).** Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:213-220.
- 28) **Çam, O., Bilge, A., Keskin, G., (2010).** Gidenler ve Geride Kalanlar: İnsan, Yavrusu ve Ölüm Yarasını Sarmak, İzmir
- 29) **Çavusoglu, H. (1997).** Yasamı Tehdit Edici /Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt1, Ankara, 1997, s.53-108.

- 30) **Çavuş, E. (2006).** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 31) **Çavuşoğlu, H. (2004).** Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi.
- 32) **Çelik, S., Uğraş Altun, G., Aksoy, G. (2010).** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşamını Kaybetmiş Hasta ve Hasta Ailesine Verdikleri Bakımın İncelenmesi, 18(2): 80-86.
- 33) **Çevik, B. (2010).** Hemşirelerin Ölüm ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 34) **Dede, M., Çınar, S. (2008).** Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:253-260.
- 35) **Demir, F., Dramalı, A. (2002).** Yoğun Bakım Ünitelerinin Tasarımı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 6(1):8-15.
- 36) **Dizer, B., İyigün, E. (2009).** Yoğun Bakım Hemşirelerinde Empatik Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1):9-19.
- 37) **Dunn, K.S., Otten, C., Stephens, E. (2005).** Nursing Experience and The Care of Dying Patients, *Oncology Nursing Forum*, 32(1):97-104.
- 38) **Elpern, E.H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005).** Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit, *American Journal of Critical Care*, 14:523-530.

- 39) **Erdoğdu, MY., Özkan M. (2007).** Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3): 171-179
- 40) **Eren, E. (2001).** Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 7. Basım. İstanbul: Beta Basımevi, 267.
- 41) **Erginer, G. (2004).** Bir Halk Bilimcinin Gözünden Ölüm. Cogito. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- 42) **Ferrel, B., Virani, R., Grant, M. Ve Juarez, G. (2000).** Analysis of Palliative Care Content in Nursing Textbooks. *Journal of Palliative Care*, 16(1):39-47.
- 43) **Field, MJ., Cassel, CK. (1997).** Approching Death: Improving Care At The End-Of-Life, *Institute Of Medicine National Academy Press*, Washington, D.C.
- 44) **Freud, S. (1997).** Psikanaliz Üzerine (A. Öneş, Çev.). İstanbul: Say Yayınları.
- 45) **Freud, S. (1999).** Sanat ve Edebiyat. (Çev: E. Kapkın, A.T. Kapkın). İstanbul: Payel Yayınevi.
- 46) **Geçtan, E. (2003).** İnsan Olmak, Metis Yayınevi, İstanbul, ss: 152-159
- 47) **Geylan, R. (Ed). (1991).** Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 497.
- 48) **Gülseren, Ş., Karaduman, E., Kültür, S. (2000).** Hemşire ve Teknisyenlerde Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi, *Kriz Dergisi*, 8:27-38.
- 49) **Güney, S. (2006).** Davranış Bilimleri, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Basım, Ankara.
- 50) **Heidegger, M. (2004).** Varlık ve Zaman (A. Yardımlı, Çev.). İstanbul: İdea Yayınları.
- 51) **Hopkinson, J.B., Hallet, C.E. ve Luker, K.A., (2003).** Caring For Dying People in Hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 44(5):525-533.

- 52) **Hov, R., Hedelin, B., Athlin, E. (2007).** Good Nursing Care to ICU Patients On The Edge of Life, *Nurse Education Today*, 28(2):163-170.
- 53) **Howze, A.R. (2001).** Death Anxiety and Psychotherapy: An Examination Of Counselor Trainees' Ractions to Death Related Issues. The Degree Doctor of Philosophy, Texas A&M University.
- 54) http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/Buran/yogun_bakim_yonerge_10_0cak_2003_372.pdf
- 55) **Hurting WA, Stewin L. (1990).** The Effect of Death Education and Experience on Nursing Students' Attitude Toward Death. *J Adv Nurs*; 15:29-34.
- 56) **Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A.(2008).** Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients, *Palliative and Supportive Care*, 6:363–369.
- 57) **Işık, E., Fadıloğlu, Ç., Demir, Y. (2009).** Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 28-43.
- 58) **İnci, F., Öz, F. (2009).** Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:253-260
- 59) **İzdeş, S., Erkilıç, E. (2007).** Beyin Ölümü, *Turkish Medical Journal*, 1:173-179.
- 60) **Kağıtçıbaşı, Ç. (2006).** Yeni İnsanlar ve İnsanlar. Sosyal Psikoloji Dizisi 1, 10. Basım, Evrim Yayınevi, İstanbul, 101-134.
- 61) **Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, Ş., Öztürk, E. (2011).** Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş doyumları ve Etkileyen Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1):12-18.

- 62) **Kara, N. (2002).** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 63) **Karaca, F. (2000).** Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul
- 64) **Karahisar, F. (2006).** Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- 65) **Karen, S., Cecile, O., Elizabeth, S. (2005).** Nursing Experience And Care Of Dying Patients, *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-103.
- 66) **Kastenbaum, R., Aisenberg, R. (1972).** The Psychology of Death. New York:Springer Publishing Company.
- 67) **Kaufmann, W. (1992).** Varoluşçuluk ve Ölüm, Ölümün Anlamı (D. Özkan, Çev.): Merkür Yayınları, İstanbul.
- 68) **Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F. (2009).** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 51:168-173.
- 69) **Keinow, N.L. (1992).** Death Education and Death Anxiety in Student Nurse Aides. The Degree Doctor of Philosophy in The Graduate School of The Ohio State University.
- 70) **Keskin, GÜ. (2005).** Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21:2 125-134
- 71) **Koç, Z., Sağlam, Z. (2008).** Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım Ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
- 72) **Kozier B., Erb G., Berman A., Synder S. (2004)** Fundamentals of nursing, Prentice Hall, 7.th Edition, New Jersey

- 73) **Kübbler-Ross, E. (2010).** Ölüm ve Ölmek Üzerine, Çev. Ekin Uşşaklı, April Yayıncılık, Ankara.
- 74) **Lange, M., Thom, B., Kline, NE. (2008).** Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center, *Onchology Nursing Forum*, 35(6): 955-959.
- 75) **Lederberg, M.S., Joshi, N. (2007).** Yaşam Sonu Ve Palyatif Bakım (F. Oflaz, Çev.). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. İstanbul:Güneş Kitabevi.
- 76) **Maglio, C.J., (1992).** Meta-analysis of The Effects of Death Education on Death Anxiety, The Degree Doctor of Philosophy of Arizona State University.
- 77) **Mallet, K., Price, J.H., Jurs, S.G., Slenker, S. (2007).** Relationships Among Burnout, Death Anxiety, and Social Support In Hospice and Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and critical Care Medicine*, 175:634-636.
- 78) **Mallory, J.L. (2003).** The Impact of A Palliative Care Educational Component On Attitudes Toward Care of The Dying in Undergraduate Nursing Students, *Journal of Professional Nursing*, 19(5): 305-312.
- 79) **Massie, M.F. (1995).** The Effects of A Multimethod Death Education Curriculum On Death Anxiety And Attitudes Toward Aging. The Degree Doctor of Philosophy of Arkansas University.
- 80) **Mogi, N., Masuda, Y., Hattori, A., Natio, M., Iguchi, A., Uemura, K. (2003).** Effect of Death Education on Self-Determination in Medical Treatment in University Students. *Geriatrics and Gerontology International*. 3, 200-207.
- 81) **Mok, E., Chiu, P.C. (2004).** Nurse- Patient Relationships in Palliative Care. *Jornal of Advanced Nursing*, 48(5): 475-483.

- 82) **Öz F. (2001)**. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1): 61-68.
- 83) **Öz, F. (2004)**. Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj Yayınevi, Ankara
- 84) **Özaltın, G.(1996)**. Ölümcül Hastaya Yaklaşım, *3P Dergisi*, 4(Ek 3):40-42.
- 85) **Özaltın, G., Nehir, S. (2007)**. Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri ve Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(3):60-68.
- 86) **Özdemir, Z., Çelik Şenol, S.(2010)**. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Dergisi*, 2(1):32-41.
- 87) **Özgür, G. ve ark. (2008)**. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(2): 21-30.
- 88) **Özgür, G., Babacan-Gümüş, A., Gürdağ, Ş. (2011)**. Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(4):296-305.
- 89) **Özgüven, İ. E. (1994)**. Psikolojik Testler, Ankara: PDREM Yay.
- 90) **Özkan, F., Şahinoğlu, AH. (2009)**. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan 967 hastanın retrospektif analizi, *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi* 26:62-67.
- 91) **Özsoy, S.A. (2000)**. Toplumda Hemşirelik İmajının Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 16: 1-19.

- 92) **Öztunç, G. (2003).** Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastanın Bakımına İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi, 2. Uluslar Arası 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 254-257.
- 93) **Öztürk , N., Ulusoy, H. (2008) .** Lisans ve Yüksek Lisans Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1):15-25.
- 94) **Öztürk, MO. (1997).** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 7.Baskı.
- 95) **Reisetter, K.H., Thomas, B. (1985).** Nursing Care Of The Dying:Its Relationship To Selected Nurse Characteristics, *Journal of Consulting Psychology*, 29(4): 296-301.
- 96) **Roman, EM., Sorribes, E., Ezquerro O., (2001).** Nurses' Attitudes to Terminally Ill Patients. *J Adv Nurs*, 34: 338-345
- 97) **Sabuncu, N., Alpar Ecevit, Ş., Özduilli, K., ve Ark. (2008).** Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ed. Sabuncu N., Alter Yayıncılık, Ankara.
- 98) **Savaşır, I., Şahin, NH. (1997).** Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- 99) **Sherman, D.W., Matzo, M.L., Pitorak, E., Ferrel, B.R., Malloy, P. (2005).** Preparation and Care at the Time of Death: Content of the ELNEC Curriculum and Teaching Strategies, *Nurse Staff Development*, 21(3):93-100.
- 100) **Shih, F.J., Gau, M.L., Lin, Y.S., Pong, S.J., Lin, H.R. (2009).** Death and Help Expected From Nurses When Dying, *Nurse Ethics*, 13(4):360-375.
- 101) **Soehren, P. (1995)** Stressors Perceived By Cardiac Surgical Patients In The Intensive Care Unit, *American Journal of Critical Care*, 3:287-295.

- 102) Söyük, S. (2001).** Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Arttırmak İçin Neler Yapılabilir? *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 5(1):24-27.
- 103) Şahinoğlu, A. (2003)** .Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, Türkiye Klinikleri Yayın Serisi, Set Ofset, 2. Baskı, Ankara.
- 104) Şimşek, Ş., Akgemci, T., Çelik, A., (2001).** Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Nobel Yayın Dağıtım, Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara
- 105) Tanhan, F., Arı, F. (2006).** Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 34-43.
- 106) Tatar Ü. (1988).** Yoğun bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı.: Doktora Tezi, İstanbul.
- 107) Terakye, G. (1994).** Hasta -Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- 108) Turgay, M. (2001)** Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Stres, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(2):80-82.
- 109) Tyler, PA., Ellison, RN. (1994).** Sources of Stres And Psychological Well-Being İn High-Dependency Nursing, *J Adv Nursing*, 19:469-476.
- 110) Ünsal, S. (2008)** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- 111) Üstün, B. (2001).** Hemşirelik ve Tükenmişlik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 17:87-96.
- 112) Voort, PHJ. (2005).** Reducing ICU Mortality: To What Extend?, *Yearbook of Intensive Care and Medicine* 16:755-759

- 113) **Wass, H. (2004).** A Perspective On The Current State Of Education, Death Studies, 28, 289-308.
- 114) **Wong, P., Reker, G., Gesser, G. (1994).** Death Attitude Profile–Revised. In Death Anxiety Handbook, In RA Neimeyer(Ed.) Washington, DC: Taylor & Francis, 120–144
- 115) **Yalom, I. (2001).** Varoluşçu Psikoterapi, Kabalcı Yayınevi, İstanbul
- 116) **Yalom, I. (2008).** Güneşe Bakmak Ölüme Yüzleşmek, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
- 117) **Yanbastı, G. (1990).** Kişilik Kuramları, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir
- 118) **Yıldız, N., Kanan, N. (2005).** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9 (1-2): 8-13.
- 119) **Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z. (2006).** Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi, *Sted Dergisi*, 15(6): 92-97.
- 120) **Yiğit, R. (1998).** Hasta ve Ailesine Ölümle Baş Etmelerinde Yardım Etme, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2(2):9-15.

EK I- TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Meslektaşım;

Son 5 yıldır Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaktayım, çalıştığımız ortamda sıklıkla karşılaştığımız ölüm olgusunu araştırdığım “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin Saptanması” konulu yüksek lisans tezime bu anket formunu doldurarak vereceğiniz destekten ötürü şimdiden teşekkür ederim.

Saime Banu ÖNSÖZ

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Denek No:.....
2. Yaşınız?.....
3. Medeni Durumunuz?
 - 1) Evli 2) Bekar 3) Dul/Boşanmış
4. Şu anda nerede ve kimlerle yaşıyorsunuz?
 - 1) Yalnız, evde yaşıyorum
 - 2) Arkadaşlarımla birlikte evde yaşıyorum
 - 3) Lojmanda yaşıyorum
 - 4) Ailemle birlikte yaşıyorum
 - 5) Eşim ve çocuklarımla birlikte yaşıyorum
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 1) Gelir giderden az
 - 2) Gelir giderden fazla
 - 3) Gelir gidere denk
6. Mezun olduğunuz okulu belirtiniz?
 - 1) Sağlık meslek lisesi
 - 2) Ön lisans
 - 3) Lisans
 - 4) Lisansüstü
- 7) Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?.....
- 8) Şu an çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 9) Bir haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....
- 10) Yoğun bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır
- 11) Cevabınız “evet” ise belirtiniz?.....
- 12) Ölümle ilgili bir eğitim aldınız mı?
- 1) Evet 2) Hayır
- 13) Kronik / akut bir hastalığınız var mı?
- 1) Evet 2) Hayır
- 14) Birinci derece akrabalarınızda kronik / akut hastalığı olan var mı?
- 1) Evet 2) Hayır
- 15) Geçirdiğiniz bir ruhsal hastalığınız var mı ?
- 1) Evet 2) Hayır
- 16) Cevabınız “evet” ise belirtiniz?.....
- 17) Şu anda bir ruhsal hastalığınız var mı?
- 1) Evet 2) Hayır
- 18) Cevabınız “evet” ise belirtiniz?.....
- 19) Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?
- 1) Evet 2) Hayır
- 20) Çalıştığınız birimden memnun musunuz?
- 1) Evet 2) Hayır
- 21) Kendi ölümünüzü ne sıklıkla düşünüyorsunuz?
- 1) Çok sık 2) Ara sıra 3) Çok seyrek ya da hiç
- 22) Şu anda aileye ölüm haberini verme işi size düşerse;
- 1) Normal bir olay kabul eder ve söylerim
- 2) Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim
- 3) Kaçarım, söylemek istemem
- 23) Sizce, hastanın ölüm haberini yakınlarına kimin vermesi uygundur?
- 1) Doktorun
- 2) Hemşirenin
- 3) Doktor – hemşirenin birlikte
- 4) Diğer
- 24) Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaşmanızda neler hissetmişsiniz?

- 1) Çaresizlik
- 2) Başarısızlık
- 3) Öfke
- 4) Korku
- 5) Üzüntü
- 6) Diğer.....

25) Ünitenede karşılaştığımız ölüm olayları karşısında neler hissetmektesiniz?

- 1) Çok üzülüp ağlarım
- 2) Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım
- 3) Ölümü kabullenmem güç oluyor
- 4) Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor
- 5) Ölümle o kadar çok karşılaştım ki alıştım
- 6) Hiçbir şey hissetmiyorum
- 7) Diğer

26) Ölüm konusunda okulda aldığımız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- 1) Yeterli
- 2) Yetersiz

27) Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

28) Cevabınız “evet” ise

belirtiniz?.....

29) Hemşirelik mesleğinin duygusal yıpratıcılığına karşı kendinizi nasıl korumaya çalışıyorsunuz? Daha çok kullandığınızdan başlayarak 1-2-3 (ilk 3) olarak sıralayınız.

İlaç kullanımı (sedatif, antidepresan vb.) ()

Hastayı kişi olarak değil vaka olarak algılama ()

Hastayla duygusal/sözel en az iletişim kurarak ()

Mantığa büründürerek ()

Diğerleriyle konuşarak (evde, arkadaşlarla veya meslektaşlarla) ()

Kızgınlık ()

İçe bastırma ()

Mizah ()

Dine yönelerek ()

Alkol kullanımı ()

Sigara kullanımı ()

Diğer (.....)

EK II- ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
27 Ölüm ruhun muhteşem bir şekilde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK III- KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin, **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16. Yalnızlık hissetmek					
17. Hüzünlü, kederli hissetmek					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19. Ağlamaklı hissetmek					
20. Kolayca incinebilme, kırılmak					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30. Sıcak soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın “bomboş” kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK IV- ÖLÇEK İZİN YAZISI

- **Re: FW: ölüme karşı tutum ölçeği**

04.03.2011

Elif Abalı

Kime: banu önsöz

Kimden: **Elif IŞIK** (abalielif@gmail.com)

Gönderme tarihi: 04 Mart 2011 Cuma 11:16:10

Kime: banu önsöz (banu_onsoz@hotmail.com)

28 Şubat 2011 23:26 tarihinde banu önsöz <banu_onsoz@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Elif Hanım,

Yüksek lisans tezimde hemşireler üzerinde Türkçe geçerliliğini yaptığınız Ölüme Karşı Tutum Ölçeğini kullanmak istiyorum, sizin içinde uygunsa, teşekkür ederim, iyi çalışmalar.

Saime Banu Önsöz

Merhaba Banu Hanım

"Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarıyla ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu yüksek lisans tezinizde Ölüme Karşı Tutum Ölçeğini kullanabilirsiniz.

Tezinizde başarılar dilerim. İyi çalışmalar...

Elif ABALI IŞIK



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2011 - 156
KONU : Etik Kurul Kararı hk.

Bornova /İZMİR
31.05.2011

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Saim Banu ÖNSÖZ ve Prof.Dr.Mahire Olcay ÇAM'ın sorumluluğunda 01.06.2011 tarihinden itibaren (140) örneklem sayısına ulaşmaya kadar yapılması planlanan "**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin Saptanması**" konulu araştırma 31.05.2011 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Ümran SEVİL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

SAYI : B.30.2.EGE.0.20.10.02 / 1930
KONU :

Bornova / İZMİR
21.06.2011

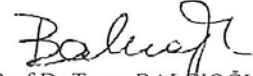
Hastane Başhekimliğine
(Yönetim Bürosu) ✓

Bornova

İlgi:21.06.2011 tarih ve B.30.2.EGE.0.AJ.73.00-010.07-H.Yönt.
sayılı yazınıza cevap:

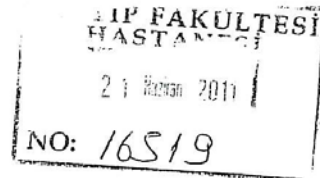
E.Ü.Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Saime Banu ÖNSÖZ'ün "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarıyla Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Temmuz 2011-01 Eylül 2011 tarihleri arasında Anabilim Dalı'mız Yoğun Bakım servisinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.



Prof.Dr.Taner BALÇIOĞLU
Anabilim Dalı Başkan Vek.

Yönetim
21.06.2011
- [Handwritten signature]





T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 - 313
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
28./06/2011

29.06.2011, 006269

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi:16.06.2011 tarihli 1703 sayılı yazınız;

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüzün Psikiyatri Hemşireliği anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrenciniz Banu Önsöz'ün "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarıyla Ruhsal Durumları arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını belirttiğiniz tarihlerde hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 259 97 23
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL

Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği - İZMİR

Sayı : Per. Şb. / B104ISM04356539
Konu: Uygulama İzni

29.06.2011* 19784

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
İZMİR

İlgi: 16.06.2011 tarih, B.30.2.EGE.0.42.72.00-1702 sayılı yazınız;

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Saime Banu ÖNSÖZ' ün

“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarıyla Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu tez çalışmasını 01.07.200-01.09.2011 tarihleri arasında Hastanemiz Reanimasyon Yoğun Bakım Biriminde yapması Baştabipliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Mustafa KURTULUŞ
Baştabip
Baştabip Yrd.

Güney Mahallesi 1140/1 Sokak No:1 Konak / İZMİR
Telefon: 02324696969 Fax: 02324330756
e-posta: tepecikegitimh@ism.gov.tr
Elektronik Ağ: <http://www.tepecikhastanesi.gov.tr>



T.C.
İzmir Valiliği
Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B104İSM4359403/003
Yazı İşleri
KONU : Uygulama İzni

27.06.2011 020115

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İLGİ: 16.06.2011 tarih ve 1701 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda sözü edilen enstitünüz yüksek lisans öğrencisi Saim Banu ÖNSÖZ'ün tez çalışmasını hastanemizde yapması iş yoğunluğundan dolayı uygun bulunmamıştır.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Eşref OKUNAKOL
Başhekim yardımcısı
Başhekim a.

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabibliği

SAYI:B.10/4/ISM/4/35/94/02-003
Özlük İşleri
KONU:Uygulama İzni

27 HAZİRAN 2011

09775

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İlgi:16.06.2011 tarih, 1699 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda bahsekonu Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Saime Banu ÖNSÖZ'ün "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumlarıyla Ruhsal Durumları Ararsındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması, Hastanemiz Yoğun Bakımları tadilata alınacağından uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Adıgüzel DEMİREL
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

**EK V- HEMŞİRELERİN KISA SEMPTOM ENVANTERİNDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMIN
GÖSTEREN TABLOLAR**

Tablo 16: Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
YAŞ	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
22-26 yaş	35	0.49	0.48	0.48	0.65	0.51	0.66	0.55	0.52	0.51	0.53	0.60	0.53	0.27	0.44	0.58	0.43	0.40	0.43	0.60	0.62
27-31 yaş	33	0.51	0.70	1.10	0.79	0.81	0.85	0.83	0.80	0.85	0.69	0.98	0.88	0.40	0.53	1.12	0.89	0.64	0.75	0.78	0.76
32-36 yaş	19	0.67	0.54	1.00	0.59	0.81	0.68	0.73	0.73	0.71	0.56	0.93	0.73	0.43	0.53	0.80	0.52	0.53	0.42	0.73	0.59
37-45 yaş	4	0.85	0.38	1.12	0.62	0.56	0.23	0.54	0.59	0.91	0.31	0.55	0.44	0.35	0.25	0.35	0.25	0.15	0.19	0.68	0.37
Toplam	91	0.55	0.58	0.68	0.73	0.68	0.68	0.69	0.69	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal- Wallis test	KW	5.345		3.095		4.908		2.377		7.120		4.183		4.444		9.236		4.915		1.559	
	p	0.148		0.377		0.179		0.498		0.068		0.242		0.217		0.063		0.178		0.669	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 17: Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
MEDENİ DURUM	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Evli	47	0.48	0.49	0.89	0.70	0.69	0.78	0.64	0.68	0.68	0.57	0.77	0.67	0.34	0.47	0.74	0.62	0.44	0.46	0.63	0.64
Bekar	44	0.62	0.65	1.04	0.66	0.68	0.68	0.74	0.69	0.72	0.65	0.84	0.80	0.36	0.51	0.89	0.76	0.56	0.66	0.77	0.68
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann- Whitney Test	U	-1.177		-1.365		-0.105		-0.932		-0.168		-0.132		-0.542		-0.721		-0.823		-1.234	
	p	0,239		0.172		0.917		0.351		0.867		0.895		0.588		0.471		0.410		0.217	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 18: Hemşirelerin Yaşadığı Yere Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Kiminle yaşadığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Tek başına, evde yaşıyor	13	0.75	0.55	0.94	0.57	0.67	0.58	0.74	0.57	0.64	0.52	0.73	0.64	0.40	0.58	0.76	0.62	0.41	0.35	0.67	0.53
Ev arkadaşı ile birlikte yaşıyor	7	0.57	0.55	0.88	0.62	0.50	0.61	0.50	0.40	0.50	0.45	0.42	0.42	0.20	0.34	0.60	0.38	0.31	0.30	0.57	0.34
Hemşire Lojmanında yaşıyor	7	0.42	0.32	0.92	0.58	0.71	0.85	0.76	0.96	0.59	0.52	0.74	0.75	0.31	0.32	0.91	0.81	0.51	0.63	0.71	0.72
Anne babası ile yaşıyor	22	0.62	0.76	1.15	0.72	0.67	0.67	0.75	0.72	0.83	0.75	1.03	0.90	0.38	0.51	0.95	0.87	0.71	0.81	0.86	0.78
Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	42	0.47	0.51	0.89	0.73	0.73	0.82	0.67	0.71	0.70	0.59	0.78	0.68	0.36	0.49	0.78	0.63	0.45	0.48	0.64	0.66
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal-Wallis Test	KW	3.969		2.493		0.610		1.495		1.166		3.540		1.414		0.809		3.792		1.799	
	p	0.410		0.646		0.962		0.828		0.884		0.472		0.842		0.937		0.510		0.773	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 19: Hemşirelerin Gelir Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Gelir durumu	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Gelir giderden az	26	0.71	0.77	1.17	0.80	0.88	0.92	0.92	0.88	0.85	0.79	1.10	0.89	0.40	0.53	1.16	0.89	0.68	0.75	0.82	0.83
Gelir giderden fazla	8	0.62	0.67	0.75	0.44	0.71	0.54	0.64	0.55	0.54	0.33	0.77	0.72	0.42	0.54	0.80	0.42	0.50	0.35	0.65	0.42
Gelir gidere denk	57	0.47	0.44	0.90	0.64	0.59	0.65	0.59	0.57	0.65	0.53	0.67	0.61	0.32	0.46	0.66	0.55	0.42	0.48	0.65	0.60
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.58	0.66
Kruskal-Wallis Test	KW	1.663		2.462		1.590		2.163		0.835		4.094		1.574		6.913		3.637		0.470	
	p	0.435		0.292		0.452		0.339		0.659		0.129		0.455		0.032		0.162		0.791	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 20: Hemşirelerin Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Hastalık Varlığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	15	0.90	0.84	1.18	0.70	0.93	0.91	0.84	0.84	0.88	0.79	1.16	0.88	0.38	0.50	0.92	0.85	0.76	0.87	1.05	0.91
Yok	76	0.48	0.49	0.92	0.68	0.64	0.69	0.66	0.65	0.66	0.56	0.73	0.68	0.35	0.49	0.79	0.66	0.45	0.48	0.63	0.58
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.48	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann- Whitney Test	U	-2.287		-1.393		-1.031		-0.943		-1.001		-2.106		-0.775		-0.443		-1.516		-1.836	
	p	0.022*		0.164		0.302		0.346		0.317		0.035*		0.438		0.658		0.129		0.066	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin kısa semptom envanterinin obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizizm alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının hastalık varlığı durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), hastalığı olan hemşirelerin hastalığı olmayan hemşirelere göre somatizasyon ve hostilite alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 21: Hemşirelerin Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	8	1.14	1.04	1.54	0.68	1.18	0.77	1.41	1.06	1.22	0.92	1.55	1.09	0.52	0.61	1.50	1.06	0.95	1.14	1.37	1.00
Yok	83	0.49	0.49	0.91	0.66	0.64	0.71	0.62	0.60	0.65	0.55	0.73	0.65	0.33	0.47	0.75	0.61	0.46	0.47	0.63	0.59
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann Whitney test	U	-2.360		-2.353		-2.119		-2.279		-1.981		-2.287		-1.561		-2.143		-1.403		-2.498	
	p	0.018*		0.019*		0.034*		0.023*		0.048*		0.022*		0.119		0.032*		0.161		0.013*	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin kısa semptom envanterinin; fobik anksiyete, psikotisizm alt boyutlarının geçirilmiş ruhsal hastalık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), geçirilmiş ruhsal hastalığı olan hemşirelerin geçirilmiş ruhsal hastalığı olmayan hemşirelere göre somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, paranoid düşünceler alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 22: Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ruhsal Hastalık Mevcudiyeti	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	5	1.37	1.30	1.63	0.79	1.35	0.87	1.35	1.23	1.43	1.09	1.48	1.41	0.60	0.80	1.48	1.22	1.00	1.48	1.65	1.14
Yok	86	0.50	0.48	0.92	0.66	0.65	0.71	0.65	0.63	0.65	0.55	0.76	0.66	0.34	0.46	0.77	0.64	0.47	0.47	0.64	0.59
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann Whitney Test	U	-1.993		-1.935		-1.953		-1.359		-1.769		-1.175		-1.006		-1.327		-0.460		-2.434	
	p	0.046*		0.053		0.051		0.174		0.077		0.240		0.314		0.184		0.645		0.015*	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin, kısa semptom envanterinin obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotisizm alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının ruhsal hastalık varlığı durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), ruhsal hastalığı olan hemşirelerin somatizasyon alt boyutu ve ek maddeler puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 23: Hemşirelerin Ailede Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ailede Hastalık Varlığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	56	0.58	0.49	1.04	0.66	0.79	0.79	0.71	0.67	0.69	0.56	0.86	0.71	0.36	0.47	0.81	0.61	0.43	0.38	0.66	0.54
Yok	35	0.49	0.70	0.84	0.71	0.52	0.60	0.65	0.72	0.70	0.68	0.72	0.76	0.34	0.51	0.82	0.81	0.61	0.77	0.77	0.82
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.58	0.81	0.69	0.50	0.50	0.70	0.66
Mann Whitney Test	U	-1.579		-1.460		-1.652		-0.748		-0.332		-1.138		-0.583		-0.445		-0.274		-0.017	
	p	0.114		0.144		0.099		0.455		0.740		0.255		0.560		0.657		0.784		0.987	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile ailede hastalık varlığı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 24: Hemşirelerin Birinci Derece Yakın Kaybedip Kaybetmemelerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan

Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Birinci derece yakın kaybı var mı?	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Evet	15	0.42	0.30	1.10	0.77	0.60	0.60	0.72	0.63	0.70	0.58	0.96	0.73	0.33	0.42	0.66	0.79	0.53	0.50	0.76	0.54
Hayır	76	0.57	0.62	0.94	0.67	0.70	0.76	0.68	0.70	0.70	0.61	0.77	0.73	0.36	0.50	0.84	0.67	0.50	0.58	0.69	0.68
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann Whitney Test	U	-0.334		-0.855		-0.331		-0.447		-0.124		-0.889		-0.107		-1.495		-0.456		-0.866	
	p	0.738		0.393		0.741		0.655		0.902		0.374		0.915		0.135		0.648		0.386	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile birinci derece yakın kaybedip kaybetmemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 25: Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Eğitim Durumu	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Sağlık meslek lisesi	4	0.35	0.18	0.87	0.34	0.68	0.55	0.58	0.31	0.70	0.36	0.60	0.43	0.30	0.11	0.75	0.19	0.65	0.34	0.56	0.31
Ön lisans	6	1.00	0.61	1.38	0.80	0.95	1.08	0.91	0.99	0.94	1.04	1.40	0.99	0.53	0.75	0.93	0.79	0.46	0.45	1.00	0.96
Lisans	76	0.53	0.59	0.94	0.70	0.68	0.73	0.69	0.69	0.68	0.59	0.77	0.72	0.36	0.49	0.82	0.71	0.48	0.59	0.67	0.61
Lisansüstü	5	0.45	0.30	0.83	0.42	0.45	0.20	0.43	0.43	0.66	0.39	0.76	0.55	0.12	0.17	0.60	0.46	0.68	0.57	0.90	1.14
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal- Wallis test	KW	3.921		2.307		0.348		0.848		0.293		2.755		2.027		0.303		2.489		0.420	
	p	0.270		0.511		0.951		0.838		0.961		0.431		0.567		0.960		0.477		0.936	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 26: Hemşirelerin Hemşirelik Yılına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Hemşirelik Yılı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
6ay-1yıl	7	0.51	0.42	1.04	0.81	0.67	0.70	0.66	0.63	0.83	0.83	0.51	0.70	0.34	0.59	0.62	0.48	0.40	0.34	0.78	0.54
2 – 5 yıl	36	0.46	0.48	0.90	0.68	0.58	0.79	0.62	0.56	0.58	0.48	0.76	0.57	0.33	0.49	0.68	0.56	0.49	0.52	0.66	0.64
6 – 10 yıl	31	0.59	0.77	1.03	0.75	0.85	0.81	0.85	0.89	0.83	0.75	0.89	0.93	0.41	0.56	1.15	0.86	0.61	0.73	0.75	0.81
11 yıl ve üzeri	16	0.69	0.41	0.95	0.51	0.60	0.30	0.56	0.47	0.66	0.39	0.88	0.65	0.28	0.24	0.55	0.40	0.36	0.34	0.67	0.39
Toplam	91	0.65	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal	KW	3.835		0.669		3.247		0.765		1.635		2.649		2.205		7.778		0.919		0.937	
Wallis test	P	0.280		0.880		0.355		0.858		0.652		0.449		0.531		0.051		0.821		0.817	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile hemşirelik yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 27: Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yılına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Birimdeki Çalışma Yılı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
6ay-1yıl	24	0.69	0.54	0.93	0.60	0.69	0.67	0.68	0.56	0.76	0.65	0.74	0.71	0.39	0.48	0.76	0.53	0.45	0.47	0.76	0.61
2 - 5 yıl	42	0.51	0.67	0.92	0.71	0.57	0.78	0.64	0.71	0.62	0.59	0.85	0.75	0.32	0.51	0.78	0.73	0.56	0.69	0.70	0.72
6 - 10 yıl	17	0.48	0.48	1.10	0.75	1.01	0.76	0.89	0.81	0.86	0.65	0.84	0.79	0.41	0.55	1.12	0.81	0.56	0.45	0.67	0.66
11 yıl ve üzeri	8	0.46	0.26	0.97	0.70	0.56	0.34	0.58	0.62	0.58	0.43	0.70	0.63	0.30	0.26	0.50	0.44	0.25	0.20	0.59	0.51
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal	KW	3.260		0.982		6.323		2.151		2.256		0.642		1.386		4.484		2.533		0.625	
Wallis Test	p	0.353		0.806		0.097		0.542		0.521		0.887		0.709		0.214		0.469		0.891	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile birimdeki çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 28: Hemşirelerin Yoğun Bakım Eğitim Alma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
YB eğitim	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Almış	24	0.53	0.53	0.85	0.62	0.72	0.64	0.54	0.51	0.63	0.59	0.77	0.75	0.32	0.39	0.75	0.68	0.46	0.49	0.71	0.62
Almamış	67	0.56	0.60	1.00	0.70	0.67	0.77	0.74	0.73	0.72	0.61	0.82	0.72	0.36	0.52	0.83	0.70	0.51	0.60	0.69	0.68
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann-Whitney Test	U	-0.232		-0.828		-0.955		-0.952		-0.752		-0.472		-0.293		-0.441		-0.288		-0.295	
	p	0.817		0.407		0.340		0.341		0.452		0.637		0.769		0.659		0.773		0.795	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile yoğun bakım eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 29: Hemşirelerin Ölüm Eğitimi Alma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ölüm Eğitimi	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Almış	13	0.50	0.58	0.69	0.60	0.46	0.49	0.46	0.53	0.51	0.51	0.69	0.75	0.18	0.44	0.61	0.59	0.49	0.59	0.73	0.81
Almamış	78	0.56	0.58	1.01	0.69	0.72	0.76	0.73	0.70	0.73	0.62	0.82	0.73	0.38	0.49	0.85	0.70	0.50	0.57	0.69	0.64
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.78	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann-Whitney test	U	-0.572		-1.591		-0.961		-1.433		-1.249		-0.891		-1.984		-1.099		-0.421		-0.230	
	p	0.567		0.112		0.337		0.152		0.212		0.373		0.047		0.272		0.671		0.818	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 30: Hemşirelerin Okulda Aldıkları Ölüm Eğitimi Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Okulda aldığı ölüm eğitimi yeterli mi?																					
Yeterli	17	0.45	0.56	0.80	0.69	0.61	0.59	0.50	0.50	0.50	0.53	0.58	0.63	0.35	0.55	0.49	0.50	0.31	0.38	0.47	0.40
Yetersiz	74	0.57	0.58	1.00	0.68	0.70	0.76	0.73	0.72	0.74	0.62	0.85	0.74	0.35	0.47	0.89	0.71	0.54	0.60	0.75	0.70
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann	U	0.981		-1.157		-0.083		-1.148		-1.593		-1.518		0.497		-2.343		-1.717		-1.402	
Whitney	p	0.327		0.247		0.934		0.251		0.111		0.129		0.619		0.019*		0.086		0.161	
Test																					

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin kısa semptom envanterinin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, psikotisizm alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının ölümle ilk karşılaştığında ne hissedildiğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), ancak okulda aldıkları ölüm eğitimi yetersiz bulanın yeterli bulanlara göre paranoid düşünceler alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 31: Hemşirelerin Çalışılan Birim Seçimi Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Çalışılan Birim Seçimi	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Kendisi Seçmiş	28	0.37	0.47	0.82	0.66	0.50	0.55	0.49	0.48	0.51	0.53	0.58	0.56	0.20	0.39	0.67	0.62	0.48	0.54	0.59	0.67
Kendisi Seçmemiş	63	0.63	0.61	1.06	0.69	0.76	0.79	0.78	0.74	0.78	0.62	0.90	0.77	0.42	0.51	0.87	0.71	0.51	0.58	0.75	0.65
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.70	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann Whitney Test	U	-2.341		-1.349		-1.427		-1.641		-2.206		-1.923		-2.665		-1.367		-0.472		-1.441	
	p	0.019*		0.177		0.154		0.101		0.027*		0.054		0.008*		0.172		0.637		0.150	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin kısa semptom envanterinin obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilite, paranoid düşünceler, psikotisizm alt boyutları ve ek maddeler puan ortalamalarının çalışılan birim seçimi durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), somatizasyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 32: Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnun Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Çalıştığı Birimden Memnuniyeti	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Memnun	58	0.51	0.49	0.91	0.65	0.66	0.73	0.65	0.62	0.63	0.52	0.72	0.61	0.31	0.44	0.78	0.62	0.48	0.46	0.65	0.59
Memnun Değil	33	0.62	0.71	1.05	0.73	0.72	0.75	0.75	0.79	0.81	0.73	0.95	0.89	0.43	0.55	0.86	0.80	0.53	0.73	0.79	0.76
Toplam	91	0.65	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Mann Whitney Test	Z	-0.624		-0.726		-0.293		-0.432		-0.880		-0.886		-1.301		-0.062		-0.264		-0.740	
	p	0.532		0.468		0.769		0.666		0.379		0.376		0.193		0.950		0.792		0.459	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile çalıştığı birimden memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 33: Hemşirelerin Ölümü Düşünme Sıklıklarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ölümü Düşünme Sıklığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Çok sık	10	0.64	0.66	1.21	0.71	1.20	0.83	0.88	0.69	0.98	0.74	1.30	0.95	0.50	0.53	1.24	0.83	0.56	0.36	0.80	0.64
Ara sıra	50	0.56	0.58	0.96	0.65	0.65	0.68	0.66	0.66	0.73	0.58	0.77	0.71	0.36	0.44	0.73	0.66	0.48	0.63	0.70	0.61
Çok seyrek ya da hiç	31	0.51	0.56	0.88	0.73	0.58	0.73	0.68	0.74	0.56	0.58	0.70	0.63	0.30	0.55	0.81	0.66	0.51	0.53	0.67	0.75
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal	KW	0.674		1.990		5.738		1.583		3.941		3.016		4.519		4.236		1.330		1.167	
Wallis Test	p	0.714		0.370		0.057		0.453		0.139		0.221		0.104		0.120		0.514		0.558	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile ölümü düşünme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 34: Hemşirelerin Ölüm Haberini Verme Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKEN		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotisizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ölüm haberini verme	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Normal bir olay kabul eder ve söylerim	24	0.75	0.83	1.00	0.75	0.85	0.74	0.87	0.80	0.87	0.74	0.92	0.79	0.49	0.60	0.99	0.77	0.78	0.81	0.91	0.94
Nasıl söyleyeceğimi bilemem	52	0.45	0.44	0.89	0.70	0.65	0.76	0.55	0.63	0.60	0.51	0.74	0.70	0.31	0.46	0.71	0.63	0.35	0.43	0.57	0.50
Kaçarım, söylemek istemem	15	0.59	0.46	1.15	0.49	0.53	0.59	0.88	0.58	0.74	0.55	0.85	0.73	0.26	0.30	0.88	0.72	0.57	0.31	0.81	0.54
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskal Wallis Test	KW	2.425		2.829		2.394		7.313		2.894		1.325		1.383		3.257		9.977		3.037	
	p	0.297		0.243		0.302		0.026		0.235		0.515		0.501		0.196		0.007		0.219	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile ölüm haberini verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 35: Hemşirelerin Ölüm Haberini Kimin Vereceği Fikirlerine Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ölüm haberini kim vermelidir	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Doktorun	66	0.60	0.63	1.00	0.70	0.73	0.77	0.71	0.72	0.73	0.63	0.86	0.78	0.36	0.52	0.90	0.70	0.52	0.61	0.74	0.66
Hemşirenin	2	0.50	0.50	0.58	0.58	0.50	0.70	0.66	0.47	0.50	0.70	0.30	0.42	0.50	0.70	0.70	0.42	0.50	0.70	0.50	0.70
Doktor-hemşirenin birlikte	22	0.38	0.40	0.90	0.68	0.57	0.65	0.65	0.62	0.61	0.54	0.69	0.58	0.30	0.36	0.60	0.65	0.41	0.44	0.59	0.68
Diğer	1	0.85	.	0.66	.	0.50	.	0.33	.	1.00	.	0.80	.	0.20	.	0.20	.	1.20	.	0.75	.
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.68	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskall Wallis Test	KW	3.619		0.888		0.656		0.293		1.361		1.620		0.099		6.057		2.340		2.023	
	P	0.306		0.828		0.883		0.961		0.715		0.655		0.992		0.109		0.505		0.568	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile ölüm haberini kimin vereceği fikirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 36: Hemşirelerin Ölümle İlk Karşılaştıklarındaki Duygularına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif- Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
Ölümle ilk karşılaştığındaki duyguları	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Çaresizlik	24	0.55	0.53	1.04	0.63	0.76	0.68	0.71	0.67	0.82	0.55	0.85	0.59	0.44	0.51	0.77	0.59	0.55	0.53	0.81	0.73
Başarısızlık	7	0.57	0.49	0.97	0.63	0.32	0.40	0.50	0.50	0.57	0.51	1.00	0.75	0.20	0.25	0.45	0.42	0.34	0.27	0.46	0.33
Korku	6	0.69	0.50	1.02	0.59	0.66	0.66	0.77	0.92	0.88	0.58	1.03	0.80	0.30	0.30	1.00	0.95	0.56	0.46	0.66	0.37
Üzüntü	45	0.49	0.60	0.89	0.76	0.65	0.78	0.65	0.71	0.62	0.64	0.72	0.77	0.32	0.51	0.86	0.76	0.49	0.66	0.63	0.69
Diğer	9	0.76	0.73	1.07	0.63	0.97	0.87	0.90	0.64	0.72	0.67	0.82	0.89	0.42	0.55	0.86	0.58	0.48	0.43	0.97	0.63
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskall Wallis test	KW	2.422		2.419		4.245		2.279		4.461		3.658		3.899		2.401		1.487		4.643	
	p	0.659		0.659		0.374		0.685		0.347		0.454		0.420		0.663		0.829		0.326	

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile ölümle ilk karşılaştığındaki duyguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 37: Hemşirelerin Karşılaşılan Ölüm Olayları Hakkındaki Duygularına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

		KISA SEMPTOM ENVANTERİ																			
DEĞİŞKEN		Somatizasyon Alt Boyutu		Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu		Kişilerarası Duyarlılık Alt Boyutu		Depresyon Alt Boyutu		Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu		Hostilite Alt Boyutu		Fobik Anksiyete Alt Boyutu		Paranoid Düşünceler Alt Boyutu		Psikotizizm Alt Boyutu		Ek Maddeler	
	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Karşılaşılan ölüm olayları hakkındaki duyguları																					
Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım	1	1.00	.	0.83	.	2.50	.	0.83	.	0.50	.	1.20	.	0.40	.	1.20	.	0.80	.	1.50	.
Ölümü kabullenmem güç oluyor	2	0.00	0.00	0.41	0.11	0.37	0.53	0.25	0.11	0.16	0.23	0.00	0.00	0.10	0.14	0.60	0.00	0.10	0.14	0.12	0.17
Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor	67	0.57	0.61	1.01	0.71	0.69	0.74	0.71	0.71	0.74	0.62	0.75	0.68	0.39	0.51	0.79	0.69	0.53	0.58	0.72	0.70
Ölümlerle o kadar çok karşılaştım ki alıştım	13	0.46	0.49	0.75	0.66	0.51	0.66	0.57	0.56	0.65	0.66	0.90	0.89	0.27	0.47	0.86	0.75	0.47	0.65	0.63	0.60
Hiçbir şey hissetmiyorum	7	0.51	0.45	1.04	0.55	0.71	0.65	0.90	0.75	0.47	0.44	1.11	0.75	0.17	0.24	0.97	0.79	0.42	0.45	0.64	0.40
Diğer	1	1.42	.	1.33	.	1.00	.	0.00	.	1.16	.	2.20	.	0.60	.	1.00	.	0.20	.	0.75	.
Toplam	91	0.55	0.58	0.96	0.68	0.68	0.73	0.69	0.68	0.70	0.60	0.80	0.73	0.35	0.48	0.81	0.69	0.50	0.57	0.70	0.66
Kruskall Wallis Test	K	4.216		3.387		1.832		2.099		3.597		6.442		2.501		0.715		2.380		2.489	
	W	0.239		0.336		0.608		0.552		0.308		0.092		0.475		0.870		0.497		0.477	
	p																				

Hemşirelerin kısa semptom envanteri ve alt boyutları ile karşılaşılan ölüm olayları hakkındaki duyguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Ek-VI Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımını Gösteren Tablolar

Tablo 38: Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
YAŞ	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
22-26 yaş	35	4.83	0.83	3.18	1.42	3.99	1.31	4.22	0.72
27-31 yaş	33	4.68	1.03	3.24	1.44	3.86	1.13	4.12	0.71
32-36 yaş	19	4.84	0.89	3.62	1.19	3.49	0.95	4.13	0.76
37-45 yaş	4	4.83	0.29	3.00	1.07	4.80	1.14	4.47	0.46
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal-Wallis test	KW	0.321		1.933		4.776		0.950	
	p	0.956		0.586		0.189		0.813	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p >0.05).

Tablo 39: Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Medeni Durum	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Evli	47	4.88	0.81	3.62	1.25	4.12	1.03	4.37	0.68
Bekar	44	4.69	0.96	2.96	1.41	3.63	1.30	3.99	0.68
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann-Whitney Test	U	-1.099		-2.363		-1.936		-2.578	
	p	0.272		0.018		0.053		0.010	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 40: Hemşirelerin Kiminle Yaşadıklarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Kiminle yaşadığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Ev arkadaşı ile birlikte yaşıyor	13	4.59	1.20	2.69	1.15	3.52	1.23	3.85	0.70
Tek başına, evde yaşıyor	7	4.71	0.77	2.62	1.02	4.34	1.14	4.18	0.42
Hemşire lojmanda yaşıyor	7	4.40	0.87	2.54	0.81	3.76	1.50	3.82	0.58
Annesi babası ile yaşıyor	22	4.85	0.89	2.31	1.68	3.52	1.23	4.10	0.79
Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	42	4.86	0.83	3.70	1.24	4.11	1.07	4.38	0.69
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal-Wallis Test	KW	3.680		10.608		6.098		8.194	
	p	0.451		0.313		0.192		0.085	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile kiminle yaşadıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 41: Hemşirelerin Gelir Durumuna Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Gelir durumu	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Gelir giderden az	26	4.44	1.11	3.16	1.12	3.79	1.16	3.97	0.71
Gelir giderden fazla	8	4.85	1.05	4.02	1.23	4.06	1.11	4.42	0.87
Gelir gidere denk	57	4.92	0.72	3.24	1.46	3.89	1.22	4.24	0.68
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal-Wallis Test	KW	4.762		2.777		0.287		3.621	
	p	0.092		0.249		0.866		0.162	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 42: Hemşirelerin Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Hastalık Varlığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	15	5.01	1.09	3.16	1.21	3.69	1.55	4.20	0.84
Yok	76	4.73	0.85	3.31	1.39	3.91	1.11	4.17	0.69
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann-Whitney test	U	-0.894		-0.338		-0.594		-0.011	
	p	0.371		0.736		0.552		0.991	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 43: Hemşirelerin Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	8	4.65	0.98	3.12	1.10	4.26	1.73	4.22	0.73
Yok	83	4.79	0.89	3.30	1.39	3.84	1.12	4.17	0.71
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann Whitney test	U	-0.435		-0.239		-0.842		-0.224	
	p	0.664		0.811		0.400		0.822	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile geçirilmiş ruhsal hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 44: Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Mevcudiyetine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ruhsal Hastalık Mevcudiyeti	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Var	5	4.65	0.48	2.56	0.81	3.62	1.72	3.89	0.63
Yok	86	4.78	0.91	3.33	1.38	3.89	1.16	4.19	0.72
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann Whitney Test	U	-0.497		-1.186		-0.514		-1.002	
	p	0.619		0.236		0.607		0.316	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ruhsal hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 45: Hemşirelerin Birinci Derece Yakın Kaybedip Kaybetmemelerine Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Birinci derece yakın kaybı var mı?	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Evet	15	4.45	0.89	2.93	1.22	3.70	1.34	3.90	0.68
Hayır	76	4.83	0.89	3.36	1.38	3.91	1.16	4.23	0.71
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann Whitney Test	U	-1.397		-1.034		-0.749		-1.536	
	p	0.162		0.301		0.454		0.125	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile birinci derece yakın kaybedip kaybetmemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 46: Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Eğitim Durumu	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Sağlık meslek lisesi	4	4.79	1.05	3.90	1.08	3.44	1.44	4.15	1.05
Ön lisans	6	5.09	1.09	3.46	1.32	4.03	1.77	4.41	0.59
Lisans	76	4.73	0.88	3.18	1.34	3.89	1.16	4.14	0.72
Lisans üstü	5	5.13	0.83	4.24	1.74	3.84	0.70	4.51	0.53
Toplam	91	4.77	089	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal-Wallis Test	KW	1.196		3.314		0.733		2.045	
	p	0.754		0.346		0.865		0.563	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 47: Hemşirelerin Hemşirelik Yılına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Hemşirelik Yılı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
6 ay- 1yıl	7	4.69	0.85	3.14	1.44	3.98	1.17	4.14	0.56
2 – 5 yıl	37	4.88	0.91	3.34	1.50	3.75	1.28	4.19	0.79
6 – 10 yıl	31	4.58	0.94	3.15	1.33	3.99	1.24	4.10	0.72
11 yıl ve üzeri	16	4.95	0.78	3.51	1.10	3.89	0.90	4.31	0.61
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal Wallis Test	KW	3.347		0.794		0.887		1.009	
	p	0.341		0.851		0.828		0.799	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelik yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 48: Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yılına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Birimdeki Çalışma Yılı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
6ay-1yıl	24	4.71	0.79	3.29	1.21	4.12	1.15	4.24	0.63
2- 5 yıl	42	4.91	0.93	3.44	1.43	3.81	1.23	4.25	0.74
6- 10 yıl	17	4.51	1.03	2.80	1.40	3.66	1.23	3.88	0.78
11 yıl ve üzeri	8	4.82	0.71	3.52	1.37	3.91	0.97	4.25	0.60
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal Wallis Test	KW	2.960		2.873		1.643		2.450	
	p	0.398		0.412		0.650		0.484	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile birimdeki çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 49: Hemşirelerin Yoğun Bakım Eğitim Alma Durumlarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
YB Eğitim	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Almış	24	4.70	0.90	3.10	1.40	3.88	0.98	4.11	0.74
Almamış	67	4.80	0.90	3.36	1.35	3.87	1.25	4.20	0.71
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann-Whitney test	U	-0.257		-0.677		-0.131		-0.550	
	p	0.797		0.499		0.896		0.530	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile yoğun bakım eğitimi alıp almamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 50: Hemşirelerin Ölüm Eğitimi Alma Durumlarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ölüm Eğitimi	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Almış	13	4.57	0.94	3.09	1.24	3.75	0.76	4.00	0.74
Almamış	78	4.81	0.89	3.32	1.39	3.89	0.24	4.21	0.71
Toplam	91	4.72	0.89	3.29	1.36	3.87	0.18	4.18	0.71
Mann-Whitney Test	U	-0.902		-0.534		-0.511		-0.800	
	p	0.367		0.593		0.610		0.424	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ölüm eğitimi alıp almamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 51: Hemşirelerin Okulda Aldıkları Ölüm Eğitimini Yeterli Bulup Bulmamalarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden

Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Okulda aldığı ölüm eğitimi yeterli mi?	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yeterli	17	5.16	0.87	3.27	1.42	3.32	0.84	4.16	0.78
Yetersiz	74	4.69	0.88	3.29	1.36	4.00	1.22	4.18	0.70
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann	U	-1.895		-0.061		-2.486		-0.132	
Whitney test	p	0.058		0.951		0.013*		0.895	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeğinin, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu, kaçış kabullenme alt boyutu, toplam ölüm karşı tutum puan ortalaması ile okulda aldığı ölüm eğitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$), ancak okulda aldıkları ölüm eğitimini yetersiz bulanların yeterli bulanlara göre ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 52: Hemşirelerin Çalışılan Birim Seçimi Durumlarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Çalışılan Birim Seçimi	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Kendisi Seçmiş	28	4.71	0.99	3.22	1.58	3.69	1.12	4.07	0.77
Kendisi Seçmemiş	63	4.80	0.85	3.32	1.27	3.95	1.21	4.22	0.69
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann Whitney Test	U	-0.133		-0.637		-1.033		-0.955	
	p	0.894		0.524		0.302		0.340	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile çalışılan birim seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 53: Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnun Olma Durumlarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Çalıştığı Birimden Memnuniyeti	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Memnun	58	4.93	0.89	3.37	1.41	3.86	1.19	4.26	0.71
Memnun değil	33	4.51	0.84	3.14	1.28	3.89	1.18	4.03	0.71
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Mann Whitney Test	U	-2.045		-0.608		-0.078		-1.387	
	p	0.041		0.543		0.937		0.165	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile çalıştığı birimden memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 54: Hemşirelerin Ölümü Düşünme Sıklıklarına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ölümü Düşünme Sıklığı	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Çok sık	10	4.91	0.89	3.40	1.47	4.07	1.24	4.33	0.68
Ara sıra	50	4.71	0.79	3.50	1.39	4.04	1.08	4.25	0.69
Çok seyrek ya da hiç	31	4.83	1.06	3.91	1.24	3.54	1.29	4.02	0.76
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal	KW	0.808		3.224		3.374		1.463	
Wallis Test	p	0.668		0.199		0.185		0.481	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ölümü düşünme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 55: Hemşirelerin Ölüm Haberini Verme Durumlarına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ölüm haberini verme	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Normal bir olay kabul eder ve söylerim	24	4.73	0.90	3.80	1.23	3.61	0.99	4.16	0.78
Nasıl söyleyeceğimi bilemem	52	4.80	0.91	3.25	1.35	4.01	1.10	4.23	0.72
Kaçarım, söylemek istemem	15	4.74	0.90	2.62	1.34	3.83	1.67	4.02	0.56
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskal Wallis Test	KW	0.631		7.159		1.797		1.070	
	p	0.730		0.028		0.407		0.586	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ölüm haberini verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 56: Hemşirelerin Ölüm Haberini Kimin Vereceği Fikirlerine Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ölüm haberini kim vermelidir	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Doktorun	66	4.74	0.91	3.24	1.36	3.92	1.25	4.17	0.76
Hemşirenin	2	4.33	1.61	3.60	2.26	3.55	0.94	3.92	1.52
Doktor-hemşirenin birlikte	22	4.90	0.81	3.40	1.39	3.83	1.20	4.24	0.50
Diğer	1	5.41	.	3.20	.	2.55	.	4.00	.
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.23	0.71
Kruskall Wallis test	KW	1.352		0.257		1.923		0.346	
	p	0.717		0.968		0.588		0.951	

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ölüm haberini kimin vereceği fikirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 57: Hemşirelerin Ölümle İlk Karşılaştıklarındaki Duygularına Göre Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüm Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Ölümle ilk karşılaştıklarındaki duyguları	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Çaresizlik	24	4.75	0.82	3.45	1.26	3.96	0.97	4.23	0.71
Başarısızlık	7	5.19	0.77	4.25	1.73	3.52	1.43	4.43	0.66
Korku	6	5.23	0.61	3.26	1.26	3.92	0.48	4.40	0.28
Üzüntü	45	4.74	1.00	3.25	1.33	4.00	1.19	4.20	0.74
Diğer	9	4.38	0.61	2.33	1.20	3.22	1.70	3.58	0.63
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskall Wallis test	KW	5.412		7.958		3.928		7.468	
	P	0.248		0.093		0.416		0.113	

Hemşirelerin ölüm karşı tutum ölçeği ve alt boyutları ile ölümle ilk karşılaştıklarındaki duyguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 58: Hemşirelerin Karşılaşılan Ölüm Olayları Hakkındaki Duygularına Göre Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ									
DEĞİŞKEN		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu		Kaçış Kabullenme Alt Boyutu		Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu		Toplam Ölüme Karşı Tutum Puan Ortalaması	
Karşılaşılan ölüm olayları hakkındaki duyguları	N	X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım	1	5.91	.	5.00	.	5.77	.	5.69	.
Ölümü kabullenmem güç oluyor	2	4.12	0.05	1.80	0.84	4.50	0.07	3.80	0.16
Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor	67	4.88	0.86	3.34	1.34	3.85	1.12	4.23	0.67
Ölümlerle o kadar çok karşılaştım ki alıştım	13	4.74	1.06	3.55	1.52	3.85	1.44	4.20	0.88
Hiçbir şey hissetmiyorum	7	3.95	0.64	2.34	0.83	3.63	1.52	3.53	0.42
Diğer	1	4.41	.	4.00	.	4.11	.	4.23	.
Toplam	91	4.77	0.89	3.29	1.36	3.87	1.18	4.18	0.71
Kruskall Wallis Test	KW	9.230		6.565		1.233		8.308	
	P	0.026*		0.087		0.745		0.040*	

(*) $p < 0.05$

Hemşirelerin ölüme karşı tutum ölçeğinin kaçış kabullenme, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutları ve açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ve toplam ölüme karşı tutum puan ortalamalarının ölümlerle ilk karşılaştığında ne hissedildiğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$).

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini İzmir'de tamamladı. 2007 yılında E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2007 yılında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Bilim Dalı'nda göreve başladı, halen bu birimde çalışmaktadır.

Saime Banu ÖNSÖZ

İZMİR /2013