



T. C.

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YOĞUN BAKIM ÇALIŞANLARININ TAŞIDIĞI ÖLÜM  
KAYGISININ TÜKENMİŞLİK ALGILARINA ETKİSİNDE BAŞA  
ÇIKMA TUTUMLARININ ARACI ROLÜ**

AHMET DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2023





T. C.

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YOĞUN BAKIM ÇALIŞANLARININ TAŞIDIĞI ÖLÜM  
KAYGISININ TÜKENMİŞLİK ALGILARINA ETKİSİNDE BAŞA  
ÇIKMA TUTUMLARININ ARACI ROLÜ**

Ahmet Demir

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Prof. Dr. Fatma Betül Aydın

İstanbul, 2023

## Kabul ve Onay

Ahmet Demir tarafından hazırlanan Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşındığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü başlıklı bu çalışma, 25.09.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fatma Betül AYDIN (Danışman)

Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Ferda Şule KAYA (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Ferda Şule KAYA

Enstitü Müdürü

## Bildirim

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Demiroğlu Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin iki yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

25.09.2023

Ahmet Demir

## Teşekkür

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, ders ve tez aşamalarımda desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. Fatma Betül AYDIN'a teşekkürü borç bilir, gerçek sevginin her türlü zorluğu yenebileceğini öğreten sevgili annem ve babama çok teşekkür ederim.



*Anneanneme ve Babaanneme...*

## İçindekiler

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ADAMA	iv
ÖZET	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Ölüm Kavramı	4
1.2. Kaygı	4
1.3. Ölüm Kaygısı	5
1.3.1. Ölümün Belirsizliği	5
1.3.2. Ölümü Düşünme ve Tanıklık	6
1.3.3. Acı Çekme	7
1.4. Tükenmişlik	7
1.4.1. Mesleki Tükenmişlik ve Yorgunluk	8
1.4.2. Akut Yorgunluk	9
1.4.3. Kronik Yorgunluk	9
1.4.4. Toparlanma	10
1.5. Başa Çıkma	11
1.5.1. Başa Çıkma Tutumları	11
1.5.2. Kendine Yardım	12
1.5.3. Başa Çıkma Yaklaşımı	12
1.5.4. Uyum Sağlama	13
1.5.5. Sakınma-Kaçınma	13
1.5.6. Kendine Ceza	14
1.6. Yoğun Bakım	15
1.6.1. Yoğun Bakım Çalışanlarında Ölüm Kaygısı	15

1.6.2. Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Dönem ve Palyatif Bakım	17
1.7. Araştırmanın Problemi	18
1.8. Araştırmanın Amacı	18
1.9. Araştırmanın Önemi	18
2. YÖNTEM	20
2.1. Evren ve Örneklem	20
2.2. Veri Toplama Araçları	20
2.2.1. Demografik Veri Formu (Ek A)	20
2.2.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek B)	20
2.2.3. Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği (Ek C)	21
2.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek D)	21
2.3. Veri Toplama Süreci	22
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	22
3. BULGULAR	23
3.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri	23
3.1. Verilerin İstatistiksel Analizleri	24
4. TARTIŞMA	49
4.1. Sonuç	53
4.2. Sınırlılıklar ve Öneriler	54
KAYNAKÇA	56
EK A	65
EK B	67
EK C	68
EK D	69

EK E

71

EK F

72

EK G

73

EK H

76



## Tablolar Listesi

Tablo 3. 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri	23
Tablo 3. 2. Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi	24
Tablo 3. 3. Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi	25
Tablo 3. 4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi	26
Tablo 3. 5. Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları	28
Tablo 3. 6. Ölçeklere İlişkin Kolmogorov-Smirnov Testi	28
Tablo 3. 7. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	29
Tablo 3. 8. Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	30
Tablo 3. 9. Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	31
Tablo 3. 10. Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	33
Tablo 3. 11. Sektörde Çalışma Süresine Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	35
Tablo 3. 12. Aynı Hastanede Çalışma Süresine Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	37
Tablo 3. 13. Hastanedeki Göreve Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	39
Tablo 3. 14. Ölçeklere İlişkin Korelasyon Tablosu	40
Tablo 3. 15. Ölüm Kaygısı Ölçeği Boyutlarıyla Kronik-Akut Yorgunluk Arasındaki Regresyon İlişkisi	43
Tablo 3. 16. Ölüm Kaygısı Ölçeği Boyutlarıyla Toparlanma Boyutu Arasındaki Regresyon İlişkisi	44
Tablo 3. 17. Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Kendine Yardım Arasındaki Regresyon İlişkisi	44
Tablo 3. 18. Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Yaklaşım Arasındaki Regresyon İlişkisi	45
Tablo 3. 19. Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Uyum Arasındaki Regresyon İlişkisi	45
Tablo 3. 20. Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Sakınma-Kaçınma Arasındaki Regresyon İlişkisi	46
Tablo 3. 21. Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Kendine Ceza Arasındaki Regresyon İlişkisi	46
Tablo 3. 22. Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Üzerindeki Etkisi	47
Tablo 3. 23. Ölüm Kaygısının Başa Çıkma Tutumları Üzerindeki Etkisi	48

## Özet

Demir, Ahmet. *Yoğun bakım çalışanlarının taşıdığı ölüm kaygısının tükenmişlik algılarına etkisinde başa çıkma tutumlarının aracı rolü*, Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2023

Bu araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin tanık oldukları ölüm vakalarının sonucunda ölüm kaygısından etkilenme düzeylerinin mesleki olarak tükenmişlik algıları ve başa çıkma tutumları ile ilişkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık sisteminde önemli bir yere sahip olan yoğun bakım çalışanlarının, ölümle en fazla karşılaşan kişiler arasında yer almalarının etkilerinden biri olarak ölüm kaygısı taşımalarına dikkat çekilmiştir. Bu varoluşsal kaygı durumu, yoğun bakım çalışanlarının mesleki açıdan tükenmişlik çekmelerine sebep olabilmektedir. Verimli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için vazgeçilmez konumda yer alan yoğun bakım çalışanlarının psikolojik yönden desteklenmelerinin gerekliliğine dikkat çekilen bu çalışmada, daha önceki araştırmalara ek olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan yoğun bakım çalışanlarının toplam sayısı 149 olmuştur. Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcıların gönüllü olarak araştırmaya katılım sağladıkları teyit edilmiştir. Demografik ve genel bilgiler ölçekler öncesinde bir Demografik Veri Formu, formu dolduran hakkında genel bilgiler adı altında sunulmuştur. Ölüm Kaygısı Ölçeği, Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin analizleri sonucunda yoğun bakım çalışanlarının orta düzeyde ölüm kaygısı taşıdıkları görülmüştür. Kadın çalışanlar, erkek çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı taşımaktadırlar. Bekar çalışanlar ise ölümün belirsizliği boyutunda evli çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı taşımaktadırlar. Yoğun bakım çalışanlarında ölümü düşünme düzeyi artış gösterdiğinde akut ve kronik yorgunluk düzeyleri de artış göstermektedir. Bu durum, ölüm kaygısının mesleki tükenmişliğe etkisi olarak görülebilmektedir.

*Anahtar Sözcükler:* Ölüm Kaygısı, Tükenmişlik, Başa Çıkma, Yoğun Bakım

## Abstract

Demir, Ahmet. *The mediator role of coping attitudes in the effect of death anxiety of intensive care workers on perceptions of burnout*, Master's Thesis, Istanbul, 2023

In this study, it was aimed to determine the relationship between the levels of being affected by death anxiety as a result of death cases witnessed by doctors, nurses and other health personnel working in intensive care units with their professional burnout perceptions and coping attitudes.

It has been pointed out that intensive care workers, who have an important place in the health system, have death anxiety as one of the effects of being among the people who encounter death the most. This existential anxiety can cause intensive care workers to suffer professional burnout. This study, which draws attention to the necessity of psychological support of intensive care workers, who are indispensable for an efficient and sustainable health system, is thought to contribute to the literature in addition to previous research. The total number of intensive care workers who voluntarily participated in the study was 149. With the informed consent form, it was confirmed that the participants voluntarily participated in the research. Demographic and general information was presented in a Demographic Data Form before the scales, under the name of general information about the person filling the form. Death Anxiety Scale, Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale and Coping Attitudes Assessment Scale were used.

As a result of the analysis of the data obtained in the study, it was seen that the intensive care workers had a moderate level of death anxiety. Female employees have higher levels of death anxiety compared to male employees. Single employees, on the other hand, have higher levels of death anxiety compared to married employees in the uncertainty of death dimension. When the level of thinking about death increases in intensive care workers, acute and chronic fatigue levels also increase. This situation can be seen as the effect of death anxiety on occupational burnout.

*Keywords:* Death Anxiety, Burnout, Coping, Intensive Care

## 1. GİRİŞ

Sağlık sisteminde büyük bir role sahip olan yoğun bakım servisleri, hastalıkların ileri düzeylere ulaştığı durumlarda kritik görevler üstlenmektedir. Doktor, hemşire ve diğer yardımcı sağlık çalışanları yoğun bakım ünitelerinde ciddi sağlık sorunlarına sahip olan hastalara bakım vermektedirler. Hastanelerin diğer departmanlarına kıyasla, yoğun bakım birimlerinde tedavi gören hastaların takip edilme sıklığının daha fazla olması gerekmektedir. Ayaktan tetkik ve tedavi yöntemleri uygulanan polikliniklerde hasta ile sağlık profesyonellerinin geçirdikleri süre, yatarak tedavi sağlanan yoğun bakım ünitelerine oranla daha kısa olmaktadır. Bunun sebebi, takip edilen hastanın rahatsızlık niteliklerinin ve bakıma muhtaç olma düzeylerinin farklı olmasıdır.

Yaşamın her alanında ve anında ölüm ile karşılaşmak mümkündür. Yaşamın geri dönülemez şekilde, kesin biçimde sona erdiği anlamına gelen ölüm, çoğu zaman hastalıkların eşliği ile gerçekleşir. Hastanelerde, tedavisi zor olan ciddi hastalıklar için çoğu zaman yoğun bakım servislerine yatış işlemleri yapılır. Yoğun bakım çalışanları, hastanelerdeki diğer çalışanlar veya herhangi başka bir meslek grubuna kıyasla daha fazla ölüm olayına şahitlik etmektedirler. Geçmişten günümüze, hastanelere ulaşmak kolaylaştığı için insanlar hastalık durumunda sağlık kuruluşlarına ulaşabilmektedirler. Eski dönemlerde ölümler evlerde gerçekleşirken, modern çağda ölüm hastanelerde sağlık çalışanlarının şahitliğinde gerçekleşmektedir (Kayalı ve ark., 2015).

Ölüm ile diğer insanlara göre daha sık karşılaşabilen yoğun bakım çalışanları, ölüm kaygısı taşıyabilmektedirler. Ölüme maruz kalmayı gerektiren mesleki zorunluluk, sağlık hizmeti sağlayan yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısını artırabilir (Peters ve ark., 2013). Ölüm kaygısı taşıyan yoğun bakım çalışanlarının özgüvenlerinde azalma, hastaların yakınlarına hastanın ve olumsuz durumlarının bilgi akışını sağlamakta isteksiz oldukları görülmüştür (Brown ve ark., 2014). Yaşanılan özgüven eksikliği, sağlık çalışanlarının performanslarına olumsuz yönde etki edebilir. Bu bağlamda yoğun bakımda çalışan doktor, hemşire ya da yardımcı personelin görevlerini verimli biçimde yerine getirmelerinin önünde bir bariyer oluşabilmektedir.

Ani ve travmatik ölümlere tanık olan yoğun bakım çalışanlarında mesleki yönden yorgunluk görülebilir. Ölümü görmeye maruziyet artışı ile gelişen mesleki tükenmişlik,

yoğun bakım çalışanları özelinde tükenmişliği pekiştirmektedir. Yoğun bakım çalışanlarının, diğer sağlık çalışanlarından daha fazla mesleki stres bildirdiği, daha yüksek tükenmişlik yaşadığı ve daha fazla ölüm kaygısı taşıdığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (Mallett, Jurs, Price ve Slenker, 1991). Yoğun bakım servislerinde görev alan sağlık çalışanlarının daha fazla ölüm vakası ile teması sonucunda ortaya çıkan mesleki tükenmişlik düzeyinin de orantılı olarak arttığı gözlemlenmektedir.

Yoğun bakım personelinin deneyimlediği zorlayıcı kayıp vakaları sonucunda ortaya çıkan kaygı ve tükenmişlik algıları ile yaşamaya devam edebilmek ve etkilerini azaltabilmek adına bazı savunma mekanizmaları geliştirilmektedir. Bir duygu aracı olarak başa çıkma tutumları, kaygıları dengelemek için bireylere destek olmaktadır. Olumsuz duygular arasında yer alan ölüm kaygısı ve tükenmişlik algısı, başa çıkma tutumları aracılığı ile normalize edilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde ortalama ölüm oranı %34,7 olarak bildirilmiştir. Türkiye'deki yoğun bakımdaki hastaların ölüm oranı %20,5 ile %60,4 arasında olduğu rapor edilmiştir (Çakır ve ark., 2020). Ölüm oranlarının yüksek olduğu oranlarda belli olmaktadır.

Her gün acı çeken hastaları görmek ve ölümlerle yüzleşmek yoğun bakım çalışanları için oldukça zorlayıcıdır. Yoğun bakım hekimlerine, sıkça ölüm vakaları ile karşılaşmakla nasıl başa çıkabildikleri sorulmaktadır. Savunma mekanizmaları ve başa çıkma stratejileri yoğun bakım hekimleri, bu birimlerde görev alan sağlık çalışanları ve yardımcı personel tarafından kullanılır. Bu savunma tarzları, tekrar eden travmalardan zihni korumak için yapılan bilinçdışı mekanizmalardır (Baider ve Wein, 2001). Hekimlerin bazı durumlarda psikolojik hassasiyet ve savunmasızlık yaşayarak zor durumlarda kendilerini suçlamaya yöneldikleri görülmüştür (Vaillant, Sobowale ve McArthur, 1972). Başa çıkma tutumları arasında yer alan kendine ceza faktörü yoğun bakım hekimleri üzerinde yapılan önceki çalışmalarda saptanmıştır.

Hasta ve bakım veren sağlık profesyonellerinin ilişkilerini sağlıklı tutmak, tedavi sürecinin problemsiz bir biçimde ilerleyebilmesi açısından çok önemlidir. Doktor, hemşire veya yardımcı sağlık personelinin hastaya karşı olan duygularının kontrolü ve farkındalığının artırılması için desteğe ihtiyaç olabilir. Negatif duygu ve tutumların hasta ile olan ilişkiye yansımaması adına duygusal tepkiler ölçülmeli ve değerlendirilmelidir (Smith ve Zimny, 1988). Hemşire ve doktorlar hastaları ile temas halindeyken

duygudurum dalgalanmaları yaşayabilmektedirler. Bu durumlarda sağlık çalışanlarının işlerine odaklanmada sorun yaşayabilecekleri, işlerindeki önemli noktalara odaklanmada sorun yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Hastaya yanlış bir medikal tedavinin uygulanması veya gerekli olan ilaçlarının verilmesinin atlanması, sağlık çalışanlarının yaşadıkları işle bağlantılı tükenmişliğe dayalı problemler olabilir.

Bazı hastaların ileri düzey hastalıklarla mücadele etmesine yardımcı olmak adına öncelikli olarak yaşanan ağrıları ve hastayı yoran semptomları ortadan geçici olarak kaldırmak amaçlanır. Bu hastalıkları kalıcı olarak tedavi etmek oldukça güç olduğundan, hastalık süresince acısız bir süreç olması için çaba gösterilir. Yaşam sonu bakım süreci olarak görülen zaman diliminde yalnızca daha az olumsuz uyarının olduğu bir süreç yürütülür. Yaşam sonu bakım olarak adlandırılan palyatif bakım aşamasına sadece belirli kriterleri karşılayan hastalar kabul edilmektedir. Demans, Parkinson hastalığı veya kanser gibi çok ciddi hastalıklarda palyatif bakım uygulanarak hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek amaçlanmaktadır. (Cohen ve ark., 2018)

Yaşam sonu bakım sağlayan yoğun bakım çalışanları, hastalarının durumlarının genellikle ileri düzeyde ağır hastalıklarla mücadele etmek olduğundan, kendilerini psikolojik açıdan savunmasız hissedebilirler (Martins, Fonseca ve Carvalho, 2011). Yaşanan kaygı, tükenmişlik, yorgunluk ve savunmasızlık hisleri sağlık çalışanlarının vardiya aralarında toparlanma sürecine girmektedir. Yoğun bakım ortamı dışında dinlenme sürelerinde anlamlı bir toparlanma aşaması ile denge sağlanmaktadır (Winwood, Winefield, Dawson ve Lushington, 2005). Mesleki yorgunluğun vardiya aralarında toparlanması sayesinde yeni bir nöbete gelen sağlık çalışanı dengelenmiş hisleri ile daha iyi bir performans göstermektedir (Chen ve ark., 2014).

Acı çeken insanlara ve ölüme meslekleri gereği tanıklık eden yoğun bakım çalışanlarının başa çıkma tutumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, sürdürülebilir bir sağlık sistemi için vazgeçilemez konumda yer alan yoğun bakım ünitelerinin daha verimli çalışanlara sahip olması için mesleki tükenmişlik kaynaklı problemlerine dikkat çekilerek savunma mekanizmaları tespit edilmiştir.

### 1.1.Ölüm Kavramı

İnsanlar fânidir ve ölümlerle ilgili düşüncelere sahip olmak onların ortak bir noktasıdır. En eski çağlardan beri insanlar, yaşamlarının bir sonu olduğunu fark etmişlerdir. Yaşamın sonu bir merak konusu olmuştur (Feifel, 1990). İnsanlar ölüm hakkında düşündüklerinde bilinçdışı etkisi ile kendi ölümlerini değil, başka insanların ölümlerini düşünürler. Ölüm bir kavram olarak ele alındığında herkesin başına gelebilecek bir olay olarak düşünülür ancak bunu düşünen kişi kendini çerçevenin dışında tutar (Kübler-Ross, 1972). Bu durum, insanların ölümü bir kavram olarak kendi benliklerinin dışında algılamaları ile ilgili olabilir.

Hayat boyunca karşılaşılabilecek en kesin deneyimlerden biri ölümdür. Bugünkü algı sınırları dahilinde insanlar için değişmez bir gerçek olan ölüm hakkında düşünölmeye devam edilmektedir (Okyayüz, 1995). İnsanların yakınlarını kaybetmeleri ölüme karşı yoğun düşünceleri tetikleyebilir. Ölüm bir bitiş olması ve dönüşü olmaması nedeniyle bireyin yaşayabileceği en acılı gerçek kayıptır. Birey böyle bir kayıp sonrasında kendini, güven duyduğu ve bağılı olduğu kaynaklarını yitiren yalnızlık, pişmanlık, nefret gibi kompleks duygu durumları ile dolu bir anlamsızlık içinde tek kalmış ve yardımsız hissedebilir (Bildik, 2013).

### 1.2.Kaygı

Kaygı, çeşitli yetersizliklerden dolayı ortaya çıkan, henüz çözülememiş çelişkilere fiziksel ve zihinsel yönleriyle verilmekte olan bir tepkidir (Harris, 1934). Kaygının ortaya çıkmasında belirsizliklerin rolü olduğuna vurgu yapılabilir. Bireyin kaygıya dayanma gücü, kaygının ortaya çıkmasından önce etkili olan bir başka unsurdur. Bazı kişilerin doğuştan gelen yapısı, kaygı duymadan önce daha fazla stresle baş edebilmelerine imkân veriyor olabilir. Biyolojik eksiklikler genetik veya hastalıkla ilgili olabilir. Psikolojik eksiklikler ise genellikle kişinin içgüdülerine nasıl baktığının sonucudur ve bu da kişinin eğitiminin sonucudur. Bu bağlamda kaygı gelmeden önce nasıl baş edilebileceğinin psikolojik eğitiminin bireylere sağlanması faydalı olabilecektir. Bireyler arası ilişkilerin güçlü olması kaygıya karşı güçlü bir savunma oluşturabilir (Sullivan, 1948).

Kaygı, insanların fark ettikleri tehlikelere karşı dikkatli olmalarını sağlayan rahatsız edici ama normal ve yararlı bir duygudur (McCormick, Funderburk, Lee ve Hale-Fought, 2005). Bu açıdan bakıldığında, kaygılı olmak olumsuz bir his uyandırmasına karşın olumlu bir etkiye sahip olabilmektedir. Kaygılı bireyler yaşadıkları negatif his ile başa

çıkmayı başarabildikleri takdirde, kaygının dikkatli olmayı sağlaması ile pozitif bir sonuç olarak en az zarar ile kaygı süreci yönetilebilir.

### 1.3.Ölüm Kaygısı

Ölüme karşı oluşturulan tutum, denge ve uyum bozulduğunda kaygı bozukluğu artar ve çevreye olan uyumun sağlanması zorlaşır. Ölüm bireyi hem endişelendirir hem de ona sınırlı ve değerlendirilmesi gereken bir zaman dilimine sahip olduğu için yaşama sebebi verir. Ölümün gerçek olduğunu kabul eden insan, yaşamını daha değerli ve zengin bir şekilde yaşayabilir.

Ölüm kaygısı, yaş, cinsiyet ve meslek gibi faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Kadınların erkeklere göre daha fazla ölüm kaygısı taşıdığı ölçülmüştür (Thorson ve Powell, 1992). Bireylerin kendi ölümleri için kaygılanma düzeyleri ile başka kişilerin ölümlerine olan yaklaşımları aynı oranda değildir. İnsanlar öncelikli olarak kendi ölümleri için kaygı ve korku hissetmektedirler (Collett ve Lester, 1969).

Yaşlı ve bakıma muhtaç hastalara bakım veren sağlık çalışanlarında ölüm kaygısının artması ile bu hasta grubuna bakım vermede isteksizlik olduğu görülmüştür (Depaola, Neimeyer, Lupfer ve Fiedler, 1992). Ölüm kaygısı taşımakta olan bireylerde bu kaygıya eşlik eden duygudurum bozukluğu sorunlarının da olabildiği gözlemlenmiştir (Abdel-Khalek, 2005). Duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği bir anksiyete türü olan ölüm kaygısına ölümlerle yüzleşmek de sebep olabilir. Bir insanın ölümüne şahitlik etmek ölüm kaygısını tetikleyebilir (Yalom, 2008).

Ölüm insanın en büyük zayıflığıdır. Kurtuluşu olmayan sona karşı insan sonsuz olmak ister ama bu sadece limitli kuvvetiyle var olmaya çalıştığı bir hayaldir. Birey kendi ölümünü düşündüğünde dünyanın onun olmadan nasıl sürdüreceğine kederlenir ve bunu mümkün görmez. Yaşanılan kaygı, korkulan şeyin ölüm olmadığını göstermeye çalışılırken duyulan şey gerçekte ölüm kaygısıdır (Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

#### 1.3.1. Ölümün Belirsizliği

Ölümün zamanlaması en doğru şekilde “belirsiz” olarak nitelendirilebilir (Bern-Klug, 2004). İnsanların ölüm risklerinin arttığı kritik hastalık durumlarında bile zamanlama son derece belirsizdir. Bu belirsizlik ve hazırlıksızlık ciddi anlamda kaygı oluşturabilmektedir.

Ölümün kesin olması ancak zamanının belirsiz olması bazı insanları intihara sürükleyebilir (Beberman, 1963). Kesin olan ölümün her an gelebilecek olmasının rahatsızlığından kurtulmak adına patolojik bir yaklaşım olarak intihar vakalarının gerçekleşmesi tedbir alınması gereken durumlar arasında yer almaktadır.

Ölüm vakti belirsizdir bundan dolayı, insan tutum ve davranışları etkilenebilir. Ne zaman olacağı bilinmeyen bu olgu etrafında hareket edilirken, yaşama karşı geliştirilen tutumlarda olumsuz eğilimli değişiklikler gözlemlenebilir (Strulik, 2013). Her ölüm kaygı yaratır ve belirsizdir. Geri alınamaz bir durum olarak ölüm, en büyük kaygı kaynaklarından biridir (Santrac, 2021). Belirsizlik, bu bağlamda ölüm kaygısının önemli bir bileşenidir ve kaygının ortaya çıkmasında rolü mevcuttur.

### **1.3.2. Ölümü Düşünme ve Tanıklık**

Ölümlerle ansızın karşılaşabileceğinin farkında olarak yaşayan insan, ölüm üzerine düşünerek ölüme karşı tutumlar oluşturmuştur. İnsanın zihninde şekillenen ölüm kavramı, onun dini, felsefi, ahlaki ve hukuki alanlardaki davranışlarını ve yaşam biçimini etkilemiştir (Tanhan ve İnci, 2009). Ölümü düşünmeye, ölüme tanıklığın pekiştirici bir etkisi olabileceği düşünülebilir. Hastanelerde çalışan hekim ve hemşireler ölüme diğer insanlara kıyasla daha sık tanık olabilmektedir.

Doktorlarda ölümü düşünme konusunda cinsiyete göre farklılıkların incelendiği araştırmalar, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre ölümü daha fazla düşündüklerini ve ölümcül olmayan hastalarla iletişim kurmalarının daha kolay olduğunu ortaya koymaktadır (Curtis ve McGee, 2000). İnsanları korkutan şey, hayatın bir noktada biteceğini düşünmek ve tanık olmak olabilir. Tüm bedensel fonksiyonların ölümle son bulacağını ve öldükten sonra toprağa verilerek bedeninin kaybolacağını düşünmek insanın endişelenmesine sebep olabilecek bir sorun olabilir (Yıldız, 1996). Bu fiziksel var olma problemi kaygının kaynakları arasında yer alabilir.

Ölüm gibi bir hakikatle yüzleşen insan, hayatın tadını çıkaramama ve ölümü akılda tutma sonucunda korku hissedebilir (Akyol, 2011). İnsan kaçınılmaz bedensel ölümünün bilincindedir. Bu fikrin yol açabileceği yıkıcı endişeyi kontrol etmek için, kişinin son ölümü düşüncesiyle başa çıkmasına zorlandığında, çeşitli bilişsel savunma mekanizmaları devreye girer (Trémolière, De Neys ve Bonnefon, 2012). Farklı bir açıdan bakıldığında, ölümün bir bitiş olarak algılanması, ölümün var olmama olarak yorumlanması ve

ölümden sonra yaşanacak bir şeyin olmadığına inanılmasıyla bağlantılı olduğu söylenebilir (Teskereci, Sümen ve Esirgenler, 2015). Ölümle ilgili düşüncelerin tanıklık sıklığına ve bundan doğan yorumlama ve inançlara bağlı olduğu söylenebilir.

Sonsuzluk ve yokluk fikirlerinin zihni zorlu bir sorgulama çemberi dahilinde yordduğu zamanlarda yoğun endişe durumu, yaşam ve ölüm arasındaki denge oranını ayarlamaya olumlu yönde katkı sağlamaktadır (Demir, 2019). Bu kaygı durumlarında, bireylerin ölüm düşüncelerini tolere edilebilir düzeye indirgemeleri beklenebilir.

### 1.3.3. Acı Çekme

Evensel olarak yaygın bir anlayışa göre, eğer kişi acı çekmeyi hafifletmek istiyorsa, ölüm kaçınılmaz bir dost olarak benimsenmelidir (Champigny, 1970). Acı çekmek insanların kaçınmak istedikleri bir duyumdur. Hastalıklardan kaynaklanan tedavi edilemez acılarda ölüm bir kaçış olarak görülmüştür.

Acı çekme, bireysel savunmasızlığın köklü bir farkındalığıdır (Carrow ve Hegarty, 2006). Acı çekilirken hissedilen çaresizlik fizyolojik olarak içselleştirilir. Bazı klinik vakalarda acı çekmek, bireyleri ölümü yaşama tercih etmeye itmiştir (Schroepfer, 2007). Acı çekmek bir şeyleri kaybetmekle ilgili olarak algılanabilir, bu yaşamın kendisi de olabilir. Acı çekme bir eksiklik yaşama durumudur, iyileşmeyen bir yaradır. İstirap, acı, yara, mahrumiyet veya önemli sosyal değişim sebebiyle bir tür kaybı kapsayan benlik duygusundaki önemli bir değişimdir (Kellehear, 2009).

Yoğun bakım çalışanlarının ölen hastaların çok fazla acı duyduğunu düşündüklerinde kendilerinin de psikolojik olarak acı duyduklarını belirttikleri yapılan araştırmalarda görülmüştür. Hemşire değerlendirmelerine göre, solunum güçlüğü ve ödem gibi çeşitli bulgu ve belirtiler hastaların yaşadıkları bu acıya daha fazla sıkıntı verici etki yapmıştır (Su ve ark., 2018). Ölümüne tanıklık ile acı çekme artış gösterebilmektedir. Acı çekme, ölüm kaygısına somut olarak etki edebilmektedir.

### 1.4. Tükenmişlik

Tükenmişlik, enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepte bulunarak başarısız olmak, yıpranmak veya bitkin düşmek olarak tanımlanabilir (Freudenberger, 1974). Tükenmişlik, çoğunlukla zihinsel ve duygusal yorgunluğa yol açmaktadır.

Bireyler arası rol çatışmaları ve görev belirsizlikleri tükenmişliğe neden olabilir (Murphy ve Pardeck, 1986). İnsanların stresli durumları nasıl algıladıklarını etkileyen birçok değişken vardır. Stres artarak birikmeye başladığında, tükenmişlik adı verilen bir

sendrom ortaya çıkar. Tükenmişlik, kendini veren, çalışkan, istekli insanları etkileyen fark edilmemiş ve çözülmemiş stresin bir sonucudur (Mallett ve ark., 1991). Çözüm bulamayan birikmiş stres tükenmişliğe dönüşebilmektedir.

Tükenmişlik, başarıyla üstesinden gelinemeyen kronik stresin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (Weber ve Jaekel-Reinhard, 2000). İnsan faktörünün hizmet kalitesinde çok etkili olduğu alanlarda insanlara doğrudan hizmet verenlerde tükenmişlik sık rastlanan bir durumdur. Tükenmişlik, ekonomik kayıplara, çalışanların işi bırakmasına, hizmetin kalitesinin azalmasına yol açmaktadır (Kaçmaz, 2005).

Ölmek üzere olan hastalarla ilgilenen sağlık çalışanları ölüm kaygısı yaşayabilir, bu tükenmişliğe yol açabilir (Melo ve Oliver, 2011). Önceki çalışmalardan anlaşılacağı üzere, ölüme tanıklık eden sağlık çalışanlarında, bu duruma bağlı olarak gelişen birikmiş stres kaynaklı tükenmişlik görülebilmektedir.

#### **1.4.1. Mesleki Tükenmişlik ve Yorgunluk**

Mesleki tükenmişlik ve yorgunluk, fiziksel, bilişsel ve duygusal boyutları içeren tüm vücut hissi ve deneyimidir. Rahatsızlık veren ve hoşnutsuzluk yaratan bir durum veya kronik ve durdurulması güç bir kavram olarak tanımlanabilir (Ream ve Richardson, 1996). Yorgunluk, sadece genel toplumdaki insanların değil, aynı zamanda kanser, multipl skleroz, kronik yorgunluk sendromu, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli tıbbi ve psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin de yaşadığı yaygın bir belirtidir (Jason ve ark., 2010).

Mesleki tükenmişlik, çalışanların kendilerini ve çevrelerini uyumlu hale getirmelerini engellerken işlerine olan ilgilerini de azaltmakta, işle bağlarını da koparmaktadır (Gündüz, Çapri ve Gökçakan, 2013). Bu tükenmişlik ile sağlık çalışanları özelinde bir mesleki yorgunluk da eşlik edebilmektedir. Mesleki tükenmişliğin, sağlık çalışanlarının sağlıklarını ve etkinliklerini, dolayısıyla hasta bakımını etkilediği bilinmektedir (Cavanagh ve ark., 2020). Hemşire olmanın bir maliyeti olarak literatürde değişik tanımlamalarla yer alan mesleki yorgunluk, bir kavram olarak ele alınmaktadır (Ata, Yılmaz ve Bayrak, 2020). Hasta ile yüz yüze en fazla mesai süresi geçiren sağlık çalışanlarından olan hemşireler ile mesleki yorgunluk bağdaştırılabilmektedir.

Dinlenme süresi yeterli olmayan zamanlarda mesleki yorgunluk, tıbbi hata sayısının, işlemlerin yanlış uygulanma oranının, iş performansının düşüklüğünün ve iş kazası olasılığının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, uyku kalitesi sağlıklı uyku

süresinin altında kalan sağlık çalışanlarının yorgunluk skorlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur (Havlıoğlu, Ersin ve Kahraman, 2020). Mesleki yorgunluk, tükenmişliğe neden olmayan durumlarda, işyerindeki diğer faktörlerle birlikte görülebilir (Kaminski, 2020).

Yorgunluk, özellikle stabil olmayan ve kritik durumdaki hastalara bakım veren hemşireler için bir kaygı unsuru olarak değerlendirilmektedir. Kritik durumdaki hastaların bakımı zorlayıcıdır çünkü hemşirelerin uyanık kalması ve anlık değişimlere hassas olması gerekmektedir; bu beklentiler ek stres yaratmakta, zihinsel ve fiziksel yorgunlukla ilişkili olmaktadır (Tirviene, Spirgiene ve Simatoniene, 2020). Mesleki tükenmişlik ve yorgunluk, fiziksel ve zihinsel etkilerinden dolayı işte verimliliği azaltabilmektedir.

#### **1.4.2. Akut Yorgunluk**

Çalışanlar bir çalışma süresinin ardından akut yorgunluk yaşarlar. Sağlık çalışanlarının akut yorgunluğu fiziksel ve psikososyal çalışma ortamlarıyla doğrudan ilişkilidir. Akut yorgunluk, çalışma ortamlarındaki risklere, iş yüküne, iş kontrolüne, işteki desteğe ve uyku kalitesine bağlıdır (Fang ve ark., 2013).

Akut yorgunluğu erken değerlendirmeye almak ve tanımlamak, kronik yorgunluk oluşumunu engellemede önemli bir rol oynamaktadır (Cook ve Boore, 1997). Sağlık çalışanlarında akut yorgunluk sık rastlanan ve orta-yüksek seviyede olan bir durumdur. Akut yorgunluk iyileşme fırsatı bulamazsa, kronik yorgunluğa dönüşür ve performansı düşürür, fiziksel sağlığı ve iyileşmeyi bozar (Ross ve ark., 2021). Akut düzeyde yorgunluğun ilk aşamalarında önlem alınması durumu hafifletebilir.

#### **1.4.3. Kronik Yorgunluk**

Kronik yorgunluk, kişinin günlük iş gereksinimlerini yerine getirme kapasitesini azaltan ve bu gereksinimler yerine getirilse bile, bunun bedelinin fiziksel ve zihinsel çabanın artması ve psikolojik sınırın zorlanması olarak yıpratıcı bir rahatsızlıktır. İş ortamlarında sıkça karşılaşılan bir yorgunluk türü, sürekli veya kronik yorgunluktur. Kronik yorgunluğun dikkate alınması gereken olası bir etkeni de başa çıkma stratejileridir. Başa çıkmalar, stresli durumlarda savunma sağlamak için bireylerin kullandığı zihinsel ve davranışsal yöntemlerdir (Samaha ve ark., 2007).

Kronik, tıbben açıklanamayan yorgunlukları olan hastalar uzun bir zaman dilimi boyunca devam eden bir rahatsızlık durumuna sahip olabilirler (Sharpe, 1998). Sinir sisteminin aşırı yüklenmesi nedeniyle fiziksel ve ruhsal olarak yorulan kişiler, baş ve vücutlarında belirsiz ağrılar, uyku bozukluğu, sindirim sorunları, kalp çarpıntısı ve ateşlenme gibi semptomlar gösteren bir hastalığa yakalanma durumuna kronik yorgunluk denebilir. Bu rahatsızlıkların altı aydan daha uzun sürmesi halinde Kronik Yorgunluk Sendromu tanısı konulabilmektedir (Fidaner, 1999). Henüz tanı belirlenmeden önce bu rahatsızlığa yakalanan ünlü hemşire Florence Nightingale'in adı ile de Kronik Yorgunluk Sendromu özdeşleşmiştir, aynı zamanda Florence Nightingale Hastalığı olarak da literatürde yer almıştır (Jason, Taylor, Plioplys, Stepanek ve Shlaes, 2002).

Yorgunluk genel popülasyonda sıklıkla bulunsa da Kronik Yorgunluk Sendromu (Florence Nightingale Hastalığı) kriterlerinin karşılanması nadirdir (Kara ve ark., 2008). Kronik Yorgunluk Sendromu, doğuştan olmayan karmaşık, şiddetli, çok sistemik ve engelleyici bir durumdur (Bulut ve Bulut, 2018). Bu sendrom, uzun süreli ve birden fazla vücut sistemini etkileyen bir hastalıktır.

#### **1.4.4. Toparlanma**

Yorgunluk ve toparlanma, sağlık, güvenlik ve performans sonuçlarıyla ilişkilidir. Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının desteklenmesi ve hastane kalitesinin artırılması için yorgunluk risk yönetimi ve sağlık geliştirme programlarına giderek daha fazla önem verilmektedir (Steege, Pasupathy ve Drake, 2014). Hemşirelerin yorgunluk ve iyileşme sonuçları hastaneden hastaneye göre değişebilir. Bu bağlamda, sağlık kuruluşlarının kalite ve yönetimlerine göre sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik ve yorgunluktan toparlanma aşamasına geçiş süreci farklı olabilir. Yüksek kronik yorgunluk, yüksek akut yorgunluk ve düşük vardiyalar arası iyileşme ile ilişkilendirilir. Öte yandan, vardiyalar arası yüksek iyileşme, düşük akut yorgunluk, düşük kronik yorgunluk ve tükenme ile ilişkilendirilir (Winwood, Winefield, Dawson ve Lushington, 2005). Vardiyalı çalışan hemşirelerde yorgunluktan kurtulma, en çok yüksek iş ve iş taleplerinden etkilenebilir (Gifkins, Johnston, Loudoun ve Troth, 2020). Toparlanmanın gerçekleşebilmesi için iş yükünün hafiflemesi yardımcı olabilir.

### 1.5.Başa Çıkma

Başa çıkma kavramı öncelikli olarak duygulara karşı verilen bir tepki olarak tanımlanmıştır (Folkman ve Lazarus,1988). Başa çıkma, görev, duygu ve kaçınma odaklı olmak üzere üç alt boyutta incelenmektedir. Duyguların ifade edilmesi, anlaşılması ve iyimserliğin korunması, duygusal işleme aracılığıyla baş etmenin üç stratejisidir (Zuckerman ve Gagne, 2003). Başa çıkma tutumları arasında görev odaklı olarak uyum sağlama tutumu yer alırken, kaçınma odaklı olarak sakınma tutumu geliştirilmektedir.

Bireyin kendisi için önemli olan ama yeterli kaynakları olmadığını hissettiği bir durum veya koşulla karşılaştığında gösterdiği tepki ve davranışlar başa çıkma olarak adlandırılır (Folkman ve Moskowitz, 2004). Bireyin çevresinden gelen isteklere verdiği tepki başa çıkma olarak bilinir ve bu tepki bireyin nasıl algıladığına ve sahip olduğu sosyal ve kişisel kaynaklara bağlıdır (Skinner ve Zimmer-Gembeck, 2007).

Yoğun Bakım Ünitesi çalışma ortamı, orada görev yapan hemşireler ve diğer sağlık personelleri açısından sürekli bir stres unsuru teşkil etmektedir (Raja ve ark., 2007). Stresli bir çalışma ortamına sahip olan yoğun bakım çalışanları duygu veya problem odaklı olarak tutumlar sergileyebilirler. Her iki başa çıkma türünün de işlevlerine bakılarak, başa çıkmanın iki bileşeninin bir bütün olarak ele alınması gereklidir (Dicle ve Ersanlı, 2015). Başa çıkma konusunda tek bir yöntem yoktur, iş yerindeki durumlarla ilgili akran desteği almak, kıdemli meslektaşlarla veya olaylar hakkında konuşmak ve olayları anlamlandırmak yaygın başa çıkma stratejileri arasında yer almaktadır (Butcher ve ark., 2023). Zorlu koşullara uyum sağlamada başa çıkma stratejileri etkili bir rol üstlenmektedir (Oancea ve ark., 2023).

#### 1.5.1. Başa Çıkma Tutumları

Baş a çıkma tutumları, bireylerin olumlu düşünme becerilerini yansıtmaları için bilişsel teoriye dayalı olumlu ifadelerden oluşur. Başa çıkma tutumları genellikle olumlu bir ton taşır ve kendine değer verme, umutluluk, başarı ve problem çözme gibi bilişsel alanlara odaklanır. Bu şekilde başa çıkma tutumları, bireylere yönelik bir değerlendirme aracı olarak pozitif psikolojik işleyişin kuramsal boyutlarını oluşturmaya çalışır. Başa çıkma tutumları daha güçlü olan bireyler, daha az depresyon ve umutsuzluk hissedebilirler (DeJong ve Overholser, 2007).

Başa çıkma tutumları, pek çok hastalıkta incelenmiş olsa da iki farklı hastalık grubunun bakım verenlerinin uzun dönemli stresle nasıl baş ettiklerini karşılaştıran yeterli çalışma bulunmamaktadır. Başka aktivitelere yönelme, zihinsel uzaklaşma ve duygusal baş etme tutum puanları, kanserli hastaların bakım verenlerinden daha yüksek olan kansersiz hastaların bakım verenlerinde yapılan çalışmalara göre anlamlı farklılar saptanmıştır (İnci ve ark., 2020).

Kültürel değerlerin hasta-personel ilişkisine etki etmesi olasıdır ve hastalara yönelik olumsuz tutum ve duyguların ifade edilmesine dair daha yüksek eğilimler ortaya çıkarabilir (Goussinsky ve Livne, 2019). İşle başa çıkmak için etkin tutumlar, işe dönüş için anahtar bir faktördür ve kendine güven ile ilişkilidir (Muschalla, 2017). Sosyal aktivitelere katılmak veya hobilerle ilgilenmek, stresle baş etmek için olumlu bir tutum sergilemek ve öz bakım becerilerini geliştirmek açısından etkili olduğu çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Komser ve Özakgöl, 2023).

### **1.5.2. Kendine Yardım**

Kendine yardım, bireyler veya aile üyeleri tarafından yönetilen herhangi bir karşılıklı destek odaklı girişimi ifade eder (Brown, Shepherd, Wituk ve Meissen, 2008). En etkili olduğu bilinen kendine yardım türleri, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi belirli alanlarda bilişsel davranışçı terapi yöntemlerine dayalı olanlardır (Guha, 2011). Bir anksiyete türü olan ölüm kaygısında kendine yardım işlevsel etki gösterebilir.

Etkinliklerin bilişsel, duygusal ve fiziksel durumlarına yardımcı olan kendine yardım stratejileri, anlamlı etkinliklerin ve yaşam tarzı değişikliklerinin zihinsel sağlık sorunlarının ilk evrelerinde iyileşmeyi etkilediğini ortaya koyan araştırmalarla desteklenmektedir (Biringer ve ark., 2016). Böylece başa çıkma sağlanabilir.

### **1.5.3. Başa Çıkma Yaklaşımı**

Stres veya belirsizlik durumlarına karşı farklı başa çıkma yaklaşımları oluşturulabilir. Sağlık çalışanları stresle başa çıkma yaklaşımını sıkça uygularlar. Bu yaklaşım sayesinde, hastalar kendilerine yardımcı olan sağlık çalışanlarından destek alır ve iyileşme sürecinde karşılaştıkları zorlukları aşmak ve bu deneyimlerden ders çıkarmak

için daha güçlü hissederler. Hastalık stresiyle mücadele etmek için daha iyi yöntemler geliştirilmektedir (Provencher, 2007).

İç kontrol sistemleri, eğitim, ekip çalışması, bilgi teknolojisi ve esnek süreç akışı gibi başa çıkma yaklaşımları vardır. Bu yöntemler belirsizlikle mücadelede etkili olabilirler (Field ve ark., 2006). Başa çıkma yaklaşımlarına yön veren etkenler arasında çaba, sabır ve yenilikçilik yer almaktadır. Çaba, başa çıkma yaklaşımlarıyla en güçlü pozitif ilişkiye sahip olan faktördür. Onu sabır ve yenilikçilik izlemektedir (Poorkord, Ghorbani ve Khodarahmi, 2013). Bu bağlamda, olay ve durumlara yaklaşımın başa çıkma tutumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

#### **1.5.4. Uyum Sağlama**

Uyum sağlama, başa çıkma tutumlarının alt boyutları arasında yapıcı bir tutum olarak yer almaktadır. Stres, başa çıkma ve uyum arasında ilişki olduğu literatür çalışmalarında ortaya koyulmuştur (Bowen ve ark., 2012).

Sağlık çalışanlarının iş stresi düzeyleri, uygulanan iş stresi yönetim stratejileri, personelin sosyal ve psikolojik uyum düzeyleri, kültürel çeşitliliğe uyum sağlama becerileri ve karşılıklı ilişkileri uyum sağlama durumlarını etkileyen faktörler arasında sıralanabilir (Blumberga ve Safonova, 2016). Uyum sağlama modelleri incelendiğinde zaman, risk ve dayanıklılık üçgeni dahilinde süreç ilerletilebilmektedir (Ekberg, Timpka ve Gursky, 2009). Uyum sağlamada dayanıklılık önemli görülmektedir.

#### **1.5.5. Sakınma-Kaçınma**

Sakınma-kaçınma türündeki başa çıkma tutumu, bireyin duygularına odaklanan bir özellik olarak tanımlanır (Kuo ve ark., 2006). Başa çıkma yaklaşımı ve kaçınarak başa çıkma tutumu arasındaki etkileşimi göz önünde bulundurmak, başa çıkma ile psikolojik belirtiler arasındaki bağlantının, sadece bir başa çıkma yöntemine odaklanan ilişkisel yöntemlerden daha iyi analiz edilmesini sağlayabilir (Kirchner, Forns ve Mohino, 2007). Yaklaşım ve kaçınma tutumları birlikte değerlendirilebilir. Bir başa çıkma tutumu olarak sakınma-kaçınma genellikle psikolojik ve fiziksel sağlık açısından olumsuzdur, kaçınma amacı güdenlerin kullandığı kaçınma başa çıkma yönteminin zararlı bir sonuca yol açacağı düşünülebilir (Elliot, Thrash ve Murayama, 2011). Başa çıkmanın bir yolu olarak

görülebilen kaçınmada geri çekilmekten kaynaklanabilecek olumsuz sonuçlar muhtemeldir.

Kaçınarak başa çıkma tutumunun depresyonla sıkı bir bağlantısı olduğu bilinmektedir, ancak davranışsal kaçınma başa çıkmanın da daha genel kaçınma davranışlarıyla (örneğin, yaklaşma davranışının azalması) benzer ilişkiler gösterip göstermediğini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Grant ve ark., 2013). Bilişsel ve davranışsal olarak ele alınabilen kaçınma tutumlarında, Bilişsel kaçınma başa çıkma, problemden uzaklaşmak için düşünmeyi bırakma girişimleri iken, davranışsal kaçınma başa çıkma, kişinin stresini hafifletmek veya negatif duygularını ifade etmek için eylemlerde bulunması şeklinde tanımlanabilir. Sağlık çalışanları özelinde bakıldığında bilişsel ve davranışsal kaçınma tutumları bir arada görülebilir.

#### **1.5.6. Kendine Ceza**

Bireylerin suçluluk duygusuna sahip oldukları durumlarda bir başa çıkma tutumu olarak kendine ceza görülebilir. Birçok birey kendisine ceza verir ve bu durum mitoloji ve folklorda sıkça karşımıza çıkar. Kendine ceza verme, bastırılmış olan duygunun uyanması ve geri gelmesiyle ilişkilidir (Loewenstein, 1945).

Kendine ceza vermek gerçekten suçlu hissetmenin bir göstergesi olabilir. Bu bağlamda kendine ceza vermenin suçu azalttığı ve suçluluk duygusunun kişilerarası ilişkileri korumaya yarayan uyumlu bir duygu olduğu görüşleriyle tutarlı olabilir. Ancak kendine ceza vermek aynı zamanda bazı psikopatolojilerin bir belirtisi de olabilir ve bu yüzden tamamen yararsız olabilir. Kendine ceza vermenin işlevsel olup olmadığına dair farklı görüşler, suçluluğun kişilerarası veya içsel etkilerine odaklanan çalışmalardaki bir farklılıktan kaynaklanabilir. Kendine ceza vermenin sosyal bir işaret olarak iş görebileceği düşüncesi, suçluluğun kişilerarası sonuçlarıyla ilgili çalışmalara dayanmaktadır (Nelissen, 2012). Bu durum suçun kişilerarası ilişkilere zarar vermesini önlemek için telafi edici davranışları başlattığını gösterebilir.

Kişi pişmanlığını sadece sosyal bağlarını korumak için gösterirse, kendini neden cezalandırdığını anlamak zorlaşır. Kendini cezalandırmanın mantıklı bir başka nedeni, kişinin itibarını kaybetmemeyi istemesi olabilir (Watanabe ve Ohtsubo, 2012).

## 1.6.Yoğun Bakım

Yoğun bakım, yaşamı tehlikede olan hastaların özel bakım ve tedavi yöntemleriyle hayata tutunmalarını sağlar. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların sağlık durumu anlık olarak takip edilir ve acil durumlarda hemen müdahale edilir. Yoğun bakım hekimleri yoğun bakıma hasta kabulü için kritik kararlar verebilirler (Body, 1922). Yoğun bakım uzmanının kabullere katılımı, bakım kalitesinin önemli bir göstergesi ve kritik bakım sunumunun kalite ölçütlerinden biridir.

Yoğun bakımdaki stres durumlarının büyük çoğunluğunun personel tarafından aktif dışsal baş etme stratejileri kullanılarak ele alındığı, kişisel stresle başa çıkmanın ise pasif stratejiler içerdiği daha önce yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir (Becker ve ark., 1989). Yoğun bakım veren doktorlar hangi hastaların hangi tedavi planları ile daha çok iyileşme şansı olduğunu belirlemek durumundadır. Bu kararları verirken sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve izlenmesine verilen önemi göz önünde bulundurabilirler. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin yoğun bakım alanındaki karşılaştırmalı denetimi ve değerlendirmeli araştırması yapılabilir (Gunning ve Rowan, 1999). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar özel ve ağır bir bakım gerektirir. Bu ünitelerde görev yapan tüm sağlık personelinin belirli bir eğitimi almış olması şarttır. Bu şekilde tedavideki farklılıklar en düşük seviyeye indirgenebilir (Akalin, 2001). Yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin kendi iyilik hallerini de korumaları gereklidir. Bu, psikolojik ve fiziksel açıardan sağlıklı olmalarını kapsar. Böylece hastalara daha iyi bir sağlık hizmeti sağlayabilirler (Cubrilo-Turek, Urek ve Turek, 2006).

Yoğun bakım çalışanlarının potansiyel olarak manevi sıkıntı yaşamasının temel nedenleri arasında sağladıkları bakımın kalitesi, bakım hakkında iletişim ve personel için sağlanan destek ve kaynaklarla ilgili sorunlar vardır. Bakım konusunda çalışanların endişelenmesine neden olan bazı faktörler disiplinlere ve tesislere göre değişebilir (Coombs, 2017). Bu yüzden yoğun bakım ünitesinde yapılacak bazı iyileştirmeye yönelik değişiklikler, yoğun bakımda yaşana sıkıntıların bazı kaynaklarını gidermeye yardımcı olabilir.

### 1.6.1. Yoğun Bakım Çalışanlarında Ölüm Kaygısı

Ölüm, yoğun bakım ünitesinde sık rastlanan bir olaydır. Kritik bakım hemşireleri, yaşamın son evresinde gereken profesyonel bakımı vermek için çoğu zaman kendilerini

hazırlıksız hissederler (Ciccarello, 2003). Sağlık çalışanları için ölüm her zaman tanık olunan bir gerçektir. Hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli, bireylerin ve ailelerin ölüm sürecini yönetmelerine destek olmalıdır. Hemşirelik personelinin ve bu kaygıyla baş etme becerileri etkilenen hastaların durumları zorlaşabilmektedir. Ölüm kaygısı, varoluşsal bir sorundur. Hemşirelikte bu kritik kavramın netleştirilmesi için daha fazla çaba sarf edilmesi gerekmektedir (Lehto ve Stein, 2009).

Ölüm sürecindeki hastalara bakım sunan hemşireler, kendi ölüm kaygılarını nasıl ele alacakları, ölüme ilişkin tutumlarının bilincinde olarak hasta ve ailesine nasıl yardımcı olacakları, ölüm sürecindeki duygularını nasıl ifade edecekleri hususunda aydınlatılmalı ve bu hususta eğitim görebilecekleri imkanlar sağlanmalıdır (İnci ve Öz, 2012). Yoğun bakımda uzun süredir çalışan hemşirelere göre, yoğun bakım tecrübesi az olan hemşireler ölümle ilgili daha fazla kaygı ve endişe duymaktadırlar (Kang ve Han, 2013).

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm kaygısı düzeylerine, hemşirelerin yaşı ve ayrıca hemşirelik uygulama süresinin aracılık ettiği yapılan çalışmalarda görülmüştür (Peters ve ark., 2013). Ölüm döşeğindeki hastalara bakmak, ölümü ve varoluşsal kaygıyı gündeme getirir ve bu kaygı, hastanın ölümüne bağlı olarak ölüm kaygısı olarak adlandırılır. Yoğun bakım çalışanları ölüm olaylarına sık sık tanık oldukları için daha fazla ölüm kaygısı hissedebilirler. Ölüm kaygısı, dayanıklılık çabalarını bozar ve stresle başa çıkma becerisini zayıflatır (Nyatanga, 2016).

Yapılan çalışmalar, yoğun bakım çalışanlarının kendi ölüm kaygılarının bilincinde olmalarının çalışmalarına olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Yoğun bakım çalışanlarının kendi ölüm kaygılarını fark etmeleri, ölüme yakın hastalarla daha iyi bir ilişki kurma isteklerini artırabilir (Clare, Elander ve Baraniak, 2020). İleri düzeyde hastalıkları olan hastalara bakım verenlerin sorumluluğu, kendilerine zaman ayırmakta zorlanma, özgürlüklerinin sınırlanması, günlük yaşam aktivitelerinde yeterli olamama, sosyal işlevsellikte sorunlar yaşama gibi sonuçlara yol açabilir. Bu sonuçlar psikolojik ve fizyolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (Kulu ve Özsoy, 2020). Hastalarda ani ve travmatik ölümlere sıklıkla maruz kaldıkları klinik alanlarda çalışan hemşirelerde stres düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Milligan ve Almomani, 2020). Öğrenci ve stajyer hemşireler üzerinde de ölüm kaygıları ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin çoğunun, hayatlarının bir noktasında ölümle yüzleştikleri, bu durumun ölüm kaygılarını yükselttiği ve ölüm kaygısı fazla olan öğrencilerin ölüme yakın

hastalara bakmak istemedikleri belirlenmiştir. Sağlık profesyoneli olacak hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygılarını azaltmak için danışmanlık hizmetlerine ve baş etme yöntemlerini etkin kullanabilecekleri eğitime ihtiyaçları olabilir (Şahin, Demirkıran ve Adana, 2021).

### **1.6.2. Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Dönem ve Palyatif Bakım**

Yaşam sonu dönemde, insanlar kalan ömürlerinin uzunluğu, sağlık durumlarının bozulması, ağrı gibi konular hakkında düşünürler. Bu düşünceler sorulara dönüştüğünde cevap vermek önemlidir, çünkü hastaların ne istediklerini ve ne tür tedavi ve konfor sağlama seçenekleri olduğunu belirlemelerine yardımcı olur. Ayrıca sağlık profesyonellerinin en iyi bakımı sunmalarına da katkıda bulunur (Cohen ve ark., 2018).

Ölümün kaçınılmaz olduğunun anlaşıldığı zamanlarda tedavinin önceliği, yaşam süresini uzatmaktan çok ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek olur (Hanson, Danis ve Garrett, 1997). Yaşamın sonu dönem için en önemli öncelikler konusunda büyük ölçüde herkes için benzerlikler olduğu söylenebilir de ölüm yolculuğunun kişiye özgü olabileceği de söylenebilir (Downey, Engelberg, Curtis, Lafferty ve Patrick, 2009). Bu durumda yaşam sonu dönemlerini geçiren hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının, hastaların bireysel ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmaları yararlı olabilir.

Hasta ve aile odaklı bakım, yoğun bakımdaki yaşam sonu için genel bir hedef olarak kabul edilmiştir, ailenin hem karar verme aşamasına hem de yaşam sonu bakımının sunulmasına etkin bir şekilde dahil olması tavsiye edilmektedir (Tanaka Gutiez ve ark., 2023). Yoğun bakımda yaşam sonu dönem içinde uygulanan palyatif bakım, bu son dönemin hastaya olumsuz etkilerde bulunan belirtileri geçici olarak hafifletmek için uygulanan bir yöntemdir. Geleneksel tıp yaklaşımında iyileşme şansı olmayan hastalar sadece son aşamada rahatlatıcı bakım alır. Palyatif tıp ise tedavi edilemeyen hastalık teşhis edildiği süreç boyunca hastaya destek olacak tedaviyi sunar (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013). Palyatif bakımda süreklilik esas alınmaktadır.

Palyatif bakım veren sağlık çalışanları, kendi acılarına neden olabilecek ölüm ve ölüm süreciyle yüzleşmektedir (Martins Pereira ve ark., 2011). Palyatif bakım, hastalığın ilerlemesi ve hastalığa yönelik tedavilerin etkinliğini yitirmesi sonucunda genellikle yaşamın son hafta veya günlerine ertelenmektedir (Murray ve ark., 2017). Bu durumda

ölümü kaçınılmaz olan hastaya bakım veren sağlık çalışanının da ölüme tanıklık etmesi kaçınılmaz olduğundan, ölüm kaygısı ve tükenmişlik gelişebilir.

### **1.7. Araştırmanın Problemi**

Bu çalışmada, yoğun bakım çalışanlarının tanık oldukları ölümler sonucunda sahip oldukları ölüm kaygısının, mesleki tükenmişlik algıları ve yorgunluk durumlarına başa çıkma tutumlarının herhangi bir etkisinin olup olmadığı incelenmektedir. Problem cümleleri şöyle sıralanabilir:

H1: Yoğun bakım çalışanlarının taşıdığı ölüm kaygısı ile tükenmişlik algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Ölüm kaygısı, tükenmişlik algısı ve başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Başa çıkma tutumlarından sakınma-kaçınma ile uyum sağlamanın ölüm kaygısı ve tükenmişlik algısı üzerindeki etkisinde anlamlı bir fark vardır.

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır:

1. Yoğun bakım çalışanlarının ölümle karşılaşma sıklıkları ile ölüm kaygısı taşımaları arasında bir ilişki var mıdır?
2. Ölüm kaygısı ile mesleki tükenmişlik arasında bir ilişki var mıdır?
3. Ölüm kaygısının yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile bir ilişkisi var mıdır?
4. Ölüm kaygısı ve tükenmişliğin, başa çıkma tutumları ile bir ilişkisi var mıdır?
5. Tükenmişlik ile başa çıkma yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

### **1.8. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin tanık oldukları ölüm vakalarının sonucunda ölüm kaygısından etkilenme düzeylerinin mesleki olarak tükenmişlik algıları ve başa çıkma tutumları ile ilişkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

### **1.9. Araştırmanın Önemi**

Bu çalışmada, sağlık sisteminde önemli bir yere sahip olan yoğun bakım çalışanlarının, ölümle en fazla karşılaşan kişiler arasında yer almalarının etkilerinden biri olarak ölüm kaygısı taşımalarına dikkat çekilmiştir. Bu varoluşsal kaygı durumu, yoğun

bakım çalışanlarının mesleki açıdan tükenmişlik çekmelerine sebep olabilmektedir. Verimli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için vazgeçilmez konumda yer alan yoğun bakım çalışanlarının psikolojik yönden desteklenmelerinin gerekliliğine dikkat çekilen bu çalışmada, daha önceki araştırmalara ek olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



## 2. YÖNTEM

### 2.1.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni İstanbul ilindeki hastanelerin yoğun bakım servislerinde çalışan doktor, hemşire, asistan ve yardımcı sağlık personelidir. Araştırmanın örneklemini Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Ataşehir, Gayrettepe, Kadıköy ve Şişli ilçelerinde bulunan Grup Florence Nightingale Hastanelerinde görev yapan yoğun bakım çalışanlarından oluşmaktadır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan yoğun bakım çalışanlarının toplam sayısı 149 olmuştur. Katılımcılar, 97 (%65.1) kadın ve 52 erkek (%34.9) olarak dağılım göstermişlerdir. Katılımcıların çoğunluğu (%40.9) 25-34 yaş aralığındadır. Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında çoğunluk (%39.6) lisans mezunudur.

Katılımcılardan 103 kişi (%69.1) hemşire, 19 kişi (%12.8) yardımcı personel, 13 kişi (%8.7) doktor, 10 kişi (%6.7) asistan ve 4 kişi (%2.7) yönetim/idari görevlidir.

### 2.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak ölçekler kullanılmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcıların gönüllü olarak araştırmaya katılım sağladıkları teyit edilmiştir. Demografik ve genel bilgiler ölçekler öncesinde bir Demografik Veri Formu (Ek A), formu dolduran hakkında genel bilgiler adı altında sunulmuştur. Katılımcıların ölüm kaygısını ölçmek için Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek B), tükenmişlik algılarını ölçmek için Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği (Ek C) ve başa çıkma tutumlarının ölüm kaygısı ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkisini ölçmek için Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek D) kullanılmıştır.

#### 2.2.1. Demografik Veri Formu (Ek A)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kısa formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, toplam çalışma süreleri ve meslek bilgileri toplanmıştır.

#### 2.2.2. Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek B)

Sarıkaya, Y. ve Baloğlu, M. (2016) tarafından bireyin ölüm kaygısını ölçmeye yönelik olarak geliştirilen bu ölçek 20 soru ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk on soru ‘‘Ölümün Belirsizliği’’, 11-17 arası sorular ‘‘Ölümü Düşünme ve Tanıklık’’, son üç soru

ise ‘‘Acı Çekme’’ alt boyutları ile ilişkili sorulardır. Ölçek maddeleri 5’li Likert formda hazırlanmıştır. Her bir maddeye verilen ‘hiçbir zaman’ cevabı için sıfır puan, ‘nadiren’ cevabı için bir puan, ‘ara sıra’ cevabı için iki puan, ‘sık sık’ cevabı için üç puan ve ‘her zaman’ cevabı için dört puan verilmektedir. Ölçek 0-80 arasında puanlanırken yüksek puanlar yüksek ölüm kaygısına işaret etmektedir. Ölçekte tersine puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değerinin .95 olduğu görülmektedir. Alt faktörlerin Cronbach alfa değerleri ise Ölümün Belirsizliği faktörü için .94, Ölümü Düşünme ve Tanıklık faktörü için .92 ve Acı Çekme faktörü için .76 bulunmuştur. Bu değerler ölçek maddelerinin iç tutarlılığını göstermektedir.

### **2.2.3. Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği (Ek C)**

Mesleki Yorgunluk, Tükenmişlik, Toparlanma Ölçeği, Winwood ve ark. (2005) tarafından mesleki yorgunluğun boyutlarını ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Havlıoğlu S. ve Ortabağ T. (2019) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, güvenilirlik analizlerinde kronik yorgunluk için .93, akut yorgunluk için .82 ve toparlanma için .75 değerinde Cronbach alfa katsayılarına sahiptir. Ölçek, 15 maddeden oluşmakta ve üç alt boyuta ayrılmaktadır: Kronik yorgunluk (1-5. maddeler), akut yorgunluk (6-10. maddeler) ve toparlanma (11-15. maddeler). Ölçekte yer alan 9, 10, 11, 13 ve 15. maddeler olumsuz yönde ifade edilmiştir ve ters kodlanarak puanlanmaktadır. Yanıtlar için 7’li likert tipi bir ölçek kullanılmıştır (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1=Katılmıyorum, 2=Biraz Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Biraz katılıyorum, 5=Katılıyorum, 6=Tamamen Katılıyorum). Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puan hesaplaması yapılmaktadır. Bu hesaplamada (madde toplam puanları / 30 x 100) formülü kullanılmaktadır. Böylece her alt boyut için 0-100 arası bir puan elde edilmektedir. Kronik ve akut yorgunluk alt boyutlarında alınan yüksek puanlar mesleki yorgunluğun arttığına işaret etmektedir. Toparlanma alt boyutunda alınan yüksek puanlar ise vardiyalar arası toparlanmanın gerçekleştiğine işaret etmektedir.

### **2.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek D)**

Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçeği, stresli durumlarla başa çıkmak için kullanılan stratejileri değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçek, Ersanlı ve Dicle tarafından 2015 yılında Türk kültürüne uyarlama çalışması yapılarak Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe formda ölçek 5 faktör ve 32 madde içermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar başa

çıkma tutumunun kalitesini göstermektedir. İlk olarak 1989 yılında Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 15 alt boyut ve 60 madde içeren bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Daha sonra 2003 yılında Zuckerman ve Gagne, ölçeği 5 faktör ve 40 maddeye indirgemişlerdir. Bu faktörler Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçek, katılımcılardan stresli bir durumda nasıl davrandıklarını 4'lü likert tipi bir ölçekle belirtmelerini ister. Ölçekte hiçbir madde ters puanlanmaz. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse, başa çıkma tutumu o kadar olumludur.

### **2.3. Veri Toplama Süreci**

Araştırma, gönüllü olarak katılım sağlayan 149 yoğun bakım çalışanından toplanan veriler ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde araştırmacı, veri toplamak için gerekli izinlerin alındığı hastanelerde bulunarak müsait olan hemşire, doktor veya yardımcı sağlık personelinin anket doldurmasını talep etmiştir. Bu süreçte bazı sağlık çalışanları yoğun iş temposu dolayısıyla anketler için zaman ayıramamıştır. Kağıt üzerinde basılı olarak dağıtımı sağlanan anketler toplandıktan sonra elde edilen verilerin SPSS programına girişi yapılmıştır.

### **2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri**

Araştırmada veri toplama süreci boyunca elde edilen tüm veriler SPSS programına aktarılmıştır. Veri toplanırken kullanılan üç farklı ölçek için ilk olarak açıklayıcı faktör analizleri gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğünün ölçek için yeterli, evrendeki dağılımın faktör analizinde normal olduğu görülmüştür. Ölçeklerde faktör yüklerinin zayıf olduğu ve binişik faktör yükünün bulunduğu bazı sorular çıkarılarak işleme devam edilmiştir. Ölçeklere verilen cevapların normal dağılımları incelendiğinde tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin ve ölçek boyutlarının normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır.

Demografik ve genel verilerden cinsiyet ve medeni durum ile ilgili analiz gerçekleştirmek için T testi; yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve hastanedeki görev için Anova (Tek yönlü varyans analizi) testi uygulanmıştır. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyonu incelemek adına Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Son olarak alt boyutlardan ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve acı çekmenin kronik ve akut yorgunluk, toparlanma, kendine yardım, yaklaşım, uyum ve kendine ceza üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan yoğun bakım çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma süreleri ve hastanedeki görev değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdelik dilimleri analiz edilmiştir (Bkz. Tablo 3.1).

Tablo 3.1.

*Katılımcıların Demografik Bilgileri*

Değişkenler	N	%
Yaş		
18-24	36	24.2
25-34	61	40.9
35-44	23	15.4
45-54	17	11.4
55-64	10	6.7
65 ve üzeri	2	1.3
Cinsiyet		
Kadın	97	65.1
Erkek	52	34.9
Eğitim Durumu		
İlköğretim	6	4.0
Lise	7	4.7
Ön Lisans	32	21.5
Lisans	59	39.6
Yüksek Lisans	28	18.8
Doktora	17	11.4
Medeni Durum		
Evli	59	39.6
Bekar	90	60.4
Sektörde Çalışma Süresi		
0-1 yıl	24	16.1
2-5 yıl	46	30.9
6-10 yıl	42	28.2
11-15 yıl	17	11.4
16 yıl ve üstü	20	13.4
Aynı Hastanede Çalışma Süresi		
0-1 yıl	37	24.8
2-5 yıl	55	36.9
6-10 yıl	33	22.1
11-15 yıl	13	8.7
16 yıl ve üzeri	11	7.4

Tablo 3.1. (devam)

Görev Türü		
Doktor	13	8.7
Asistan	10	6.7
Hemşire	103	69.1
Sağlık Teknikeri	0	0
Yönetim/İdari	4	2.7
Yardımcı Personel	19	12.8

Katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde %40.9'unun 25-34 yaş arasında %24.2'sinin 18-24 yaş arasında ve %15.4'ünün 35-44 yaş arasında olduğu; %65.1'inin kadın olduğu; %60.4'ünün bekar olduğu; sektörde çalışma sürelerinin sırasıyla 2-5 yıl (%30.9), 6-10 yıl (%28.2) ve 0-1 yıl (%16.1) olduğu; hastanede çalışma sürelerinin sırasıyla 2-5 yıl (%36.9), 0-1 yıl (%24.8) ve 6-10 yıl (%22.1) olduğu; hastanedeki görevlerinin dağılımı incelendiğinde ise en çok (%69.1) hemşire görevinde çalışan bireylerin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo Bkz. 3.1).

### 3.1.Verilerin İstatistiksel Analizleri

Tablo 3.2.

#### *Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi*

Faktörler	Maddeler	Faktör Yükleri	Faktör Açıklayıcılığı	Cronbach's Alfa
Ölümün Belirsizliği	S1	.905	56.595	.95
	S2	.903		
	S3	.903		
	S7	.745		
	S8	.743		
	S9	.739		
	S10	.738		
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	S11	.927	15.170	.97
	S12	.921		
	S13	.932		
	S15	.928		
	S16	.923		
	S17	.727		
	Acı Çekme	S18		
S19		.543		
S20		.556		
Toplam				79.631
Açıklayıcılık KMO Ölçüm Yeterliliği				.845

Tablo 3.2. (devam)

Ki-Kare	4926.230
Serbestlik Derecesi	120
Anlamlılık (Sig.)	<.001

Ölüm Kaygısı Ölçeği ile yapılan faktör analizinde faktörlerin üç boyuttan oluştuğu ve toplam açıklanma oranının %79.63 olduğu görülmektedir. Ayrıca boyutların alfa değeri (güvenilirlik) hesaplanarak Tablo 3.2’de gösterilmiştir. Ölüm Kaygısı Ölçeğinin alt boyutlarının alfa değerleri sırasıyla ölümün belirsizliğinde .95; ölümü düşünme ve tanıklıkta .97 ve acı çekmede .67 olarak hesap edilmiştir. Ölçekteki KMO değeri ile ifade edilen Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü .845 değerinde olup faktör analizi veya örnek büyüklüğü için yeterli olduğu görülmektedir. Tavşancıl (2002) evrendeki dağılımın faktör analizinde normal olması gerektiğini söylemektedir. Bu bağlamda verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği Bartlett Küresellik Testi ile test edilmektedir. Bu testin yüksek olması anlamlı olma olasılığının yüksekliğini işaret etmektedir. Tablo 3.2’deki verilere uygulanan Bartlett Küresellik Testinin anlamlı ve değişkenler arasındaki korelasyonun yüksek olduğu (*sd*: 120, *p*: .000) tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak faktör yüklerinin zayıf olması ve binişik faktör yükü bulunması sebebiyle bu ölçekten üç soru (4,5,6. sorular) çıkarılmıştır (Patır 2009, Karagöz ve Kösterelioğlu 2008).

Tablo 3.3.

*Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi*

Faktörler	Maddeler	Faktör Yükleri	Faktör Açıklayıcılık	Alfa
Kronik ve Akut Yorgunluk	S-A1	.629	35.896	.89
	S-A2	.940		
	S-A3	.949		
	S-A4	.786		
	S-A5	.568		
	S-A6	.524		
	S-A7	.576		
	S-A8	.548		
Toparlanma	S-A11	.909	18.569	.78
	S-A12	.714		
	S-A13	.576		
	S-A14	.543		

Tablo 3.3.  
(devam)

Toplam	54.4
Açıklayıcılık	
KMO Ölçüm Yeterliliği	.743
Bartlett Küresellik Testi	1886
Ki-Kare	.942
Serbestlik Derecesi	66
Anlamlılık	<.01

Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği ile yapılan faktör analizinde faktörlerin iki boyuttan oluştuğu ve toplam açıklanma oranının %54.465 olduğu görülmektedir. Ayrıca boyutların alfa değeri (güvenilirlik) hesaplanarak Tablo 3.3'te gösterilmiştir. Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeğinin alt boyutlarının alfa değerleri sırasıyla kronik ve akut yorgunluk boyutunda .89 ve toparlanma boyutunda .78 olarak hesap edilmiştir. Ölçekteki KMO değeri ile ifade edilen Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü .743 değerinde olup faktör analizi veya örnek büyüklüğü için yeterli olduğu görülmektedir. Tavşancıl (2002) evrendeki dağılımın faktör analizinde normal olması gerektiğini söylemektedir. Bu bağlamda verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği Bartlett Küresellik Testi ile test edilmektedir. Bu testin yüksek olması, anlamlı olma olasılığının yüksekliğini işaret etmektedir. Tablo 3.3'teki verilere uygulanan Bartlett Küresellik Testinin anlamlı ve değişkenler arasındaki korelasyonun yüksek olduğu ( $s: 66, p: .00$ ) tespit edilmiştir. Faktör analizinde faktör yükünün az olması ve binişik faktörün bulunması sebebiyle sekiz soru (9,10, 15, 16, 17, 18, 19, 20. sorular) çıkarılmıştır (Patır 2009, Karagöz ve Kösterelioğlu 2008).

Tablo 3.4.

*Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi*

<i>Faktörler</i>	<i>Maddeler</i>	<i>Faktör Yükleri</i>	<i>Faktör Açıklayıcılık</i>	<i>Cronbach's Alfa</i>
Kendine Yardım	S-B4	.506	17.912	.787
	S-B5	.972		
	S-B6	.971		
Yaklaşım	S-B7	.637	12.848	.753
	S-B9	.518		
	S-B12	.696		
	S-B17	.701		

Tablo 3.4.  
(devam)

Uyum	S-B18	.570		
Sağlama	S-B20	.621		
Sakınma	S-B21	.561	8.582	.792
Kaçınma	S-B24	.678		
	S-B25	.618		
Kendine	S-B27	.625	7.992	.677
Ceza	S-B29	.503		
	S-B30	.613		
Toplam Açıklayıcılık				57.775
KMO Ölçüm Yeterliliği				.707
Bartlett Küresellik Testi				
Ki-Kare				3831.413
Serbestlik Derecesi				117
Anlamlılık				<.01

Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile yapılan faktör analizinde faktörlerin beş boyuttan oluştuğu ve toplam açıklanma oranının %57.77 olduğu görülmektedir. Ayrıca boyutların alfa değeri (güvenilirlik) hesaplanarak Tablo 3.4'te gösterilmiştir. Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarının alfa değerleri sırasıyla kendine yardım .78, yaklaşım .75, uyum sağlama .70, sakınma-kaçınma .79 ve kendine ceza .67 olarak hesap edilmiştir. Ölçekteki KMO değeri ile ifade edilen Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü .707 değerinde olup faktör analizi veya örnek büyüklüğü için yeterli olduğu görülmektedir. Tavşancıl (2002) evrendeki dağılımın faktör analizinde normal olması gerektiğini söylemektedir. Bu bağlamda verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği Bartlett Küresellik Testi ile test edilmektedir. Bu testin yüksek olması, anlamlı olma olasılığının yüksekliğini işaret etmektedir. Tablo 3.4'teki verilere uygulanan Bartlett Küresellik Testinin anlamlı ve değişkenler arasındaki korelasyonun yüksek olduğu ( $s: 117, p: .00$ ) tespit edilmiştir. Faktör analizinde faktör yükünün az olması ve binişik faktörün bulunması sebebiyle 17 soru (1, 2, 3, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 23, 26, 28, 31, 32 sorular) çıkarılmıştır (Patır 2009, Karagöz ve Kösterelioğlu 2008).

Tablo 3.5.

*Ölçeklerin Alt Boyutlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri*

<i>Alt Boyutlar</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
Ölüm Belirsizliği	-.199	-.852
Maruz Kalma	.467	-.500
Acı Çekme	-.210	-.602
Kronik ve Akut Yorgunluk	.888	1.820
Toparlanma	-.086	.015
Kendine Yardım	-.289	-.844
Yaklaşım	-.309	-.360
Uyum	-.420	-.159
Sakınma-Kaçınma	.078	-.177
Kendine Ceza	.242	.078

Ölçeklere verilen cevapların normal dağılıp dağılmadığı incelendiğinde tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerinin -2 ile +2 arasında bulunduğu ve ölçek boyutlarının normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Joanes ve Gill, 1998). (Bkz. Tablo 3.5).

Tablo 3.6.

*Ölçeklere İlişkin Kolmogorov-Smirnov Testi Anlamlılık Düzeyi Sonuçları*

<i>Ölçeklerin Alt Boyutları</i>	<i>P</i>
Ölümün Belirsizliği	<.01
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	<.01
Acı Çekme	<.01
Akut-Kronik Yorgunluk	<.01
Toparlanma	<.01
Kendine Yardım	<.01
Yaklaşım	<.01
Uyum	<.01
Sakınma-Kaçınma	<.01
Kendine Ceza	<.01

Tablo 3.6. (devam)

Ölüm Kaygısı	.02
Tükenmişlik	.006
Başa Çıkma Tutumları	.002

Tablo 3.6’da gösterildiği üzere, Kolmogorov-Smirnov testi tüm alt boyutlara ilişkin verilerin normal dağılmadığını göstermiştir. Ancak, örneklem büyüklüğü ve çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alındığında (Field, 2013) ölçeklerin alt boyutlarına dair verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Tablo 3.7.

*Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi*

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ort.	S	T Testi	
					T	P
Ölümün Belirsizliği	Kadın	97	2.99	.51	8.107	.000
	Erkek	52	2.25	.55		
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	Kadın	97	2.74	.56	3.431	.001
	Erkek	52	2.42	.46		
Acı Çekme	Kadın	97	3.42	.39	2.905	.004
	Erkek	52	3.24	.36		
Kronik ve Akut Yorgunluk	Kadın	97	3.14	.45	3.748	.000
	Erkek	52	2.89	.34		
Toparlanma	Kadın	97	4.70	.44	-1.562	.121
	Erkek	52	4.82	.45		
Kendine Yardım	Kadın	97	2.09	.60	-1.754	.082
	Erkek	52	2.26	.52		
Yaklaşım	Kadın	97	3.14	.39	-.649	.518
	Erkek	52	3.19	.52		
Uyum	Kadın	97	3.25	.44	-.699	.486
	Erkek	52	3.30	.44		

Tablo 3.7.  
(devam)

Sakınma- Kaçınma	Kadın	97	2.25	.44	-1.657	.100
	Erkek	52	2.37	.41		
Kendine Ceza	Kadın	97	2.21	.37	-.226	.822
	Erkek	52	2.23	.49		

Katılımcıların ölçeklere verdikleri cevapların cinsiyete göre değerlendirilmesi yapıldığında ölüm belirsizliği, ölümü düşünme, acı çekme, kronik ve akut yorgunluk boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < .05$ ). Ölüm belirsizliği boyutunda kadınların ( $Ort. = 2.99, S = .51$ ) erkeklere göre ( $Ort. = 2.25, S = .55$ ) ölüm belirsizliği algısının daha yüksek olduğu; ölümü düşünme boyutunda kadınların ( $Ort. = 2.74, S = .56$ ) erkeklere göre ( $Ort. = 2.42, S = .46$ ) ölümü düşünme algısının daha yüksek olduğu; acı çekme boyutunda kadınların ( $Ort. = 3.42, S = .39$ ) erkeklere göre ( $Ort. = 3.24, S = .36$ ) acı çekme algısının daha yüksek olduğu; kronik ve akut yorgunluk boyutunda kadınların ( $Ort. = 3.14, S = .45$ ) erkeklere göre ( $Ort. = 2.89, S = .39$ ) yorgunluk algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 3.7).

Tablo 3.8.

*Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	N	Ort.	S	T Testi	
					T	P
Ölümün Belirsizliği	Evli	59	2.56	.61	-2.766	.007
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	Bekar	90	2.84	.63		
	Evli	59	2.55	.50	-1.423	.157
	Bekar	90	2.68	.57		
Acı Çekme	Evli	59	3.28	.34	-2.175	.031
	Bekar	90	3.41	.40		
Kronik ve Akut Yorgunluk	Evli	59	2.97	.38	-2.058	.041
	Bekar	90	3.11	.45		

Tablo 3.8.  
(devam)

Toparlanma	Evli	59	4.74	.42	-.039	.969
	Bekar	90	4.74	.46		
Kendine Yardım	Evli	59	2.15	.55	.066	.948
	Bekar	90	2.15	.59		
Yaklaşım	Evli	59	3.16	.44	.136	.892
	Bekar	90	3.15	.45		
Uyum	Evli	59	3.31	.43	.974	.332
	Bekar	90	3.24	.44		
Sakınma-Kaçınma	Evli	59	2.25	.43	-.908	.366
	Bekar	90	2.32	.43		
Kendine Ceza	Evli	59	2.21	.42	-.106	.915
	Bekar	90	2.22	.42		

Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ölümün belirsizliği, acı çekme ve kronik-akut yorgunluk boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir ( $p < .05$ ). Ölümün belirsizliği boyutunda evlilerin ( $Ort. = 2.56, S = 61$ ) bekarlara göre ( $Ort. = 2.84, S = .63$ ) ölüm belirsizliği algılarının düşük olduğu; acı çekme boyutunda evlilerin ( $Ort. = 3.28, S = .34$ ) bekarlara göre ( $Ort. = 3.11, S = .45$ ) algılarının yüksek olduğu ve kronik-akut yorgunluk boyutunda evlilerin ( $Ort. = 2.97, S = .38$ ) bekarlara göre ( $Ort. = 3.11, S = .45$ ) algılarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 3.8).

Tablo 3.9.

*Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Yaş	N	Ort.	S	ANOVA Testi		Farklılaşan Gruplar
					F	P	
Ölümün Belirsizliği	18-24	36	2.72	.58	1.801	.116	
	25-34	61	2.85	.64			
	35-44	23	2.63	.61			
	45-54	17	2.67	.65			
	55-64	10	2.57	.67			
	65 ve üzeri	2	1.71	.20			

Tablo 3.9.  
(devam)

Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	18-24	36	2.55	.57	1.050	.391	
	25-34	61	2.72	.56			
	35-44	23	2.63	.54			
	45-54	17	2.62	.46			
	55-64	10	2.45	.45			
	65 ve üzeri	2	2.16	.00			
Acı Çekme	18-24	36	3.32	.38	2.245	.053	
	25-34	61	3.44	.38			
	35-44	23	3.30	.38			
	45-54	17	3.37	.37			
	55-64	10	3.26	.30			
	65 ve üzeri	2	2.66	.47			
Kronik ve Akut Yorgunluk	18-24	36	2.98	.50	1.712	.136	
	25-34	61	3.14	.43			
	35-44	23	3.03	.39			
	45-54	17	3.09	.37			
	55-64	10	2.92	.26			
	65 ve üzeri	2	2.42	.20			
Toparlanma	18-24	36	4.80	.43	.550	.738	
	25-34	61	4.75	.47			
	35-44	23	4.71	.38			
	45-54	17	4.70	.50			
	55-64	10	4.55	.43			
	65 ve üzeri	2	4.75	.35			
Kendine Yardım	18-24	36	1.87	.60	3.320	.007	1→2, 3, 4, 5. 2→1,5.
	25-34	61	2.15	.54			
	35-44	23	2.31	.60			
	45-54	17	2.25	.55			
	55-64	10	2.56	.31			
	65 ve üzeri	2	2.16	.23			
Yaklaşım	18-24	36	3.15	.43	.348	.883	
	25-34	61	3.14	.41			
	35-44	23	3.21	.58			
	45-54	17	3.21	.40			
	55-64	10	3.13	.42			
	65 ve üzeri	2	2.83	.70			

Tablo 3.9.  
(devam)

Uyum	18-24	36	3.17	.48	.771	.572
	25-34	61	3.27	.44		
	35-44	23	3.37	.35		
	45-54	17	3.35	.50		
	55-64	10	3.20	.39		
	65 ve üzeri	2	3.33	.00		
Sakınma-Kaçınma	18-24	36	2.43	.40	1.371	.239
	25-34	61	2.21	.43		
	35-44	23	2.30	.51		
	45-54	17	2.25	.43		
	55-64	10	2.36	.29		
	65 ve üzeri	2	2.50	.23		
Kendine Ceza	18-24	36	2.13	.41	1.398	.229
	25-34	61	2.16	.42		
	35-44	23	2.33	.47		
	45-54	17	2.27	.31		
	55-64	10	2.40	.37		
	65 ve üzeri	2	2.50	.23		

Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde kendine yardım boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < .05$ ). Kendine yardım boyutunda 18-24 yaş arasındaki bireylerle ( $Ort. = 1.87, S = .60$ ), 25-34 yaş ( $Ort. = 2.15, S = .54$ ), 35-44 yaş ( $Ort. = 2.31, S = .60$ ), 45-54 yaş ( $Ort. = 2.25, S = .55$ ) ve 55-64 yaş ( $Ort. = 2.56, S = .31$ ), algılarının düşük olduğu; 25-34 yaş arasındaki bireylerin ( $Ort. = 2.15, S = .54$ ) 18-24 yaş ( $Ort. = 1.87, S = .60$ ) bireylere göre algılarının düşük ve 55-64 yaş arasındaki ( $Ort. = 2.56, S = .31$ ) bireylere göre algılarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 3.9).

Tablo 3.10.

*Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim	N	Ort.	S	ANOVA Testi		Farklılaşan Gruplar
					F	P	
Ölümün Belirsizliği	İlköğretim	6	2.65	.66	1.088	.370	
	Lise	7	2.85	.68			
	Ön Lisans	32	2.69	.62			
	Lisans	59	2.97	.51			

Tablo 3.10.  
(devam)

	Yüksek Lisans	28	2.50	.61		
	Doktora	17	2.57	.68		
Ölümü	İlköğretim	6	2.65	.57	.986	.428
Düşünme	Lise	7	2.67	.54		
ve Tanık	Ön Lisans	32	2.60	.57		
Olma	Lisans	59	2.79	.48		
	Yüksek Lisans	28	2.25	.20		
	Doktora	17	2.54	.47		
Acı Çekme	İlköğretim	6	3.31	.31	1.951	.089
	Lise	7	3.47	.39		
	Ön Lisans	32	3.30	.40		
	Lisans	59	3.54	.31		
	Yüksek Lisans	28	3.38	.38		
	Doktora	17	3.19	.53		
Kronik ve	İlköğretim	6	3.05	.39	1.522	.187
Akut	Lise	7	3.17	.52		
Yorgunluk	Ön Lisans	32	2.98	.44		
	Lisans	59	3.22	.32		
	Yüksek Lisans	28	2.90	.19		
	Doktora	17	2.95	.46		
	İlköğretim	6	4.67	.47	.484	.788
Toparlanma	Lise	7	4.69	.36		
	Ön Lisans	32	4.77	.47		
	Lisans	59	4.73	.47		
	Yüksek Lisans	28	4.87	.20		
	Doktora	17	4.85	.55		
Kendine	İlköğretim	6	2.30	.57	.954	.448
Yardım	Lise	7	2.21	.49		
	Ön Lisans	32	2.09	.59		
	Lisans	59	2.05	.69		
	Yüksek Lisans	28	2.22	.58		
	Doktora	17	1.90	.49		
Yaklaşma	İlköğretim	6	3.20	.36	.873	.501
	Lise	7	3.29	.40		
	Ön Lisans	32	3.13	.46		
	Lisans	59	3.29	.40		
	Yüksek Lisans	28	3.33	.47		
	Doktora	17	3.14	.50		

Tablo 3.10.  
(devam)

Uyum	İlköğretim	6	3.31	.45	.232	.948
	Lise	7	3.32	.48		
	Ön Lisans	32	3.24	.43		
	Lisans	59	3.25	.40		
	Yüksek Lisans	28	3.16	.58		
	Doktora	17	3.23	.37		
Sakınma- Kaçınma	İlköğretim	6	2.25	.35	1.355	.245
	Lise	7	2.33	.41		
	Ön Lisans	32	2.31	.44		
	Lisans	59	2.43	.54		
	Yüksek Lisans	28	2.33	.42		
	Doktora	17	1.95	.35		
Ceza	İlköğretim	6	2.19	.39	.388	.856
	Lise	7	2.23	.34		
	Ön Lisans	32	2.19	.44		
	Lisans	59	2.33	.48		
	Yüksek Lisans	28	2.27	.44		
	Doktora	17	2.14	.46		

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde üç ölçekten alınan puanların eğitim seviyelerine göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p > .05$ ). (Bkz. Tablo 3.10).

Tablo 3.11.

*Sektörde Çalışma Süresine Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Sektörde Çalışma Süresi	N	X	S	Anova Testi	
					F	P
Ölümün Belirsizliği	0-1 yıl	24	2.73	.47	1.075	.371
	2-5 yıl	46	2.80	.69		
	6-10 yıl	42	2.73	.63		
	11-15 yıl	17	2.84	.58		
	16 yıl ve üstü	20	2.47	.70		
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	0-1 yıl	24	2.60	.66	.498	.737
	2-5 yıl	46	2.68	.54		
	6-10 yıl	42	2.67	.52		
	11-15 yıl	17	2.60	.47		
	16 yıl ve üstü	20	2.49	.53		

Tablo 3.11. (devam)	0-1 yıl	24	3.31	.39	2.008	.096
	2-5 yıl	46	3.42	.39		
	6-10 yıl	42	3.43	.39		
Acı Çekme	11-15 yıl	17	3.29	.30		
	16 yıl ve üstü	20	3.18	.38		
Kronik ve Akut Yorgunluk	0-1 yıl	24	3.00	.41	1.330	.262
	2-5 yıl	46	3.10	.52		
	6-10 yıl	42	3.12	.37		
	11-15 yıl	17	3.03	.35		
	16 yıl ve üstü	20	2.88	.38		
Toparlanma	0-1 yıl	24	4.82	.51	.330	.857
	2-5 yıl	46	4.73	.47		
	6-10 yıl	42	4.74	.41		
	11-15 yıl	17	4.66	.38		
	16 yıl ve üstü	20	4.72	.47		
Kendine Yardım	0-1 yıl	24	1.91	.72	1.984	.100
	2-5 yıl	46	2.09	.55		
	6-10 yıl	42	2.26	.50		
	11-15 yıl	17	2.17	.59		
	16 yıl ve üstü	20	2.31	.54		
Yaklaşım	0-1 yıl	24	3.06	.50	.841	.501
	2-5 yıl	46	3.18	.44		
	6-10 yıl	42	3.20	.47		
	11-15 yıl	17	3.03	.35		
	16 yıl ve üstü	20	3.23	.39		
Uyum	0-1 yıl	24	3.18	.35	1.012	.404
	2-5 yıl	46	3.28	.47		
	6-10 yıl	42	3.31	.43		
	11-15 yıl	17	3.13	.44		
	16 yıl ve üstü	20	3.36	.45		
Sakınma- Kaçınma	0-1 yıl	24	2.41	.37	.793	.531
	2-5 yıl	46	2.28	.42		
	6-10 yıl	42	2.24	.49		
	11-15 yıl	17	2.37	.38		
	16 yıl ve üstü	20	2.25	.44		
Kendine Ceza	0-1 yıl	24	2.11	.46	.926	.451
	2-5 yıl	46	2.23	.42		
	6-10 yıl	42	2.19	.43		
	11-15 yıl	17	2.35	.34		
	16 yıl ve üstü	20	2.25	.37		

Katılımcıların sektörde çalışma sürelerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde üç ölçekten alınan puanların sektörde çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p > .05$ ). (Bkz. Tablo 3.11).

Tablo 3.12.

*Aynı Hastanede Çalışma Süresine Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Aynı Hastanede Çalışma Süresi	N	Ort.	S	Anova Testi		Farklılaşan Gruplar
					F	P	
Ölümün Belirsizliği	0-1 yıl	37	2.64	.55	1.399	.237	
	2-5 yıl	55	2.85	.63			
	6-10 yıl	33	2.77	.65			
	11-15 yıl	13	2.46	.72			
	16 yıl ve üstü	11	2.64	.69			
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	0-1 yıl	37	2.52	.60	1.780	.136	
	2-5 yıl	55	2.69	.52			
	6-10 yıl	33	2.72	.53			
	11-15 yıl	13	2.34	.36			
	16 yıl ve üstü	11	2.74	.61			
Acı Çekme	0-1 yıl	37	3.32	.39	1.794	.133	
	2-5 yıl	55	3.44	.40			
	6-10 yıl	33	3.37	.37			
	11-15 yıl	13	3.15	.32			
	16 yıl ve üstü	11	3.30	.37			
Kronik ve Akut Yorgunluk	0-1 yıl	37	2.96	.39	2.007	.097	
	2-5 yıl	55	3.13	.49			
	6-10 yıl	33	3.12	.38			
	11-15 yıl	13	2.82	.35			
	16 yıl ve üstü	11	3.06	.41			

Tablo 3.12. (devam)	0-1 yıl	37	4.79	.43	.785	.536	
	2-5 yıl	55	4.77	.50			
	6-10 yıl	33	4.69	.37			
	Toparlanma	11-15 yıl	13	4.76	.38		
		16 yıl ve üstü	11	4.54	.47		
Kendine Yardım	0-1 yıl	37	2.00	.67	1.596	.178	
	2-5 yıl	55	2.12	.52			
	6-10 yıl	33	2.21	.59			
	11-15 yıl	13	2.35	.48			
	16 yıl ve üstü	11	2.39	.49			
Yaklaşım	0-1 yıl	37	3.14	.48	.104	.981	
	2-5 yıl	55	3.17	.46			
	6-10 yıl	33	3.18	.39			
	11-15 yıl	13	3.10	.45			
	16 yıl ve üstü	11	3.18	.45			
Uyum	0-1 yıl	37	3.18	.36			
	2-5 yıl	55	3.25	.47	.893	.470	
	6-10 yıl	33	3.38	.42			
	11-15 yıl	13	3.30	.49			
	16 yıl ve üstü	11	3.27	.49			
Sakınma- Kaçınma	0-1 yıl	37	2.34	.39	.480	.750	
	2-5 yıl	55	2.30	.41			
	6-10 yıl	33	2.22	.50			
	11-15 yıl	13	2.28	.42			
	16 yıl ve üstü	11	2.39	.46			
Kendine Ceza	0-1 yıl	37	2.17	.42	1.400	.237	
	2-5 yıl	55	2.25	.41			
	6-10 yıl	33	2.16	.44			
	11-15 yıl	13	2.43	.39			
	16 yıl ve üstü	11	2.12	.37			

Katılımcıların hastanede çalışma sürelerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde üç ölçekten alınan puanların hastanede çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p>.05$ ). (Bkz. Tablo 3.12).

Tablo 3.13.

*Hastanedeki Göreve Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi*

Ölçek Alt Boyutları	Hastanedeki Görev	N	Ort.	S	Anova Testi		Farklılaşan Gruplar
					F	P	
Ölümün Belirsizliği	Doktor	13	2.53	.62	.844	.500	
	Asistan	10	2.77	.61			
	Hemşire	103	2.50	.51			
	Yönetim	0	2.60	.81			
	Yardımcı P.	4	2.80	.77			
Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	Doktor	19	2.48	.43	.572	.684	
	Asistan	13	2.64	.54			
	Hemşire	10	2.48	.47			
	Yönetim	103	2.62	.91			
	Yardımcı P.	0	2.72	.63			
Acı Çekme	Doktor	4	3.33	.47	.832	.507	
	Asistan	19	3.38	.39			
	Hemşire	13	3.16	.32			
	Yönetim	10	3.50	.43			
	Yardımcı P.	103	3.36	.33			
Kronik ve Akut Yorgunluk	Doktor	0	2.98	.34	1.16	.330	
	Asistan	4	3.06	.40			
	Hemşire	19	2.85	.34			
	Yönetim	13	3.00	.58			
	Yardımcı P.	10	3.20	.61			
Toparlanma	Doktor	103	4.78	.37	.521	.721	
	Asistan	0	4.76	.45			
	Hemşire	4	4.70	.48			
	Yönetim	19	4.50	.40			
	Yardımcı P.	13	4.67	.47			
Kendine Yardım	Doktor	10	2.05	.54	1.57	.185	
	Asistan	103	2.10	.59			
	Hemşire	0	2.50	.39			
	Yönetim	4	2.16	.79			



Tablo 3.14.  
(devam)

2	Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	.57 5* *	1								3.9 1	.97 1
3	Acı Çekme	.58 2* *	.54 7* *	1							4.2 6	.77 3
4	Kronik- Akut Yorgunluk	.58 6* *	.54 8* *	.61 4*	1						4.2 5	.78 9
5	Toparlanma	.16 3* *	.24 3* *	.14 2* *	.21 3* *	1					3.4 0	.87 1
6	Kendine Yardım	.41 6* *	.44 7* *	.43 8* *	.59 9* *	.43 0* *	1				3.8 0	.94 1
7	Yaklaşım	.42 3* *	.37 5* *	.39 7* *	.38 9* *	.14 9* *	.39 8* *	1			4.3 9	.63 6
8	Uyum Sağlama	.55 0* *	.55 5* *	.63 6* *	.67 3* *	.15 4* *	.50 0* *	.46 5* *	1		3.7 6	.93 7
9	Sakınma Kaçınma	.56 6* *	.58 5* *	.59 2* *	.64 6* *	.26 6* *	.54 6* *	.50 9* *	.73 2* *	1	3.7 8	.90 8
1 0	Kendine Ceza	.48 2* *	.45 3* *	.53 4* *	.63 2* *	.12 0* *	.44 0* *	.37 2* *	.60 3* *	.62 9* *	1 4.1 3	.88 8

\*\*\* $p < .001$ . \*\* $p < .01$ . \*  $p < .05$

Genel olarak daha hassas ölçek ile ölçülen verilerden elde edilen ve değişkenlerin de aralıklı ölçek ile ölçüldüğü metot Pearson korelasyon analizidir. Analiz. -1 ile 1 arasında değer almaktadır. Alınan değer 1 ise pozitif yönlü tam ilişki. -1 ise negatif yönlü tam ilişkinin var olduğu ve sıfır ise iki değişken arasında ilişkinin olmadığı kabul edilmektedir. Bu değer 1'e yaklaştıkça ilişkinin gücünün arttığını, sıfıra yaklaştığında ise ilişkinin gücünün azaldığını göstermektedir. Analiz sonuçları Tablo 3.14'te verilmiştir.

Tablo 3.14'te görüldüğü üzere ölüm belirsizliği ile kronik ve akut yorgunluk arasında ( $r=.568, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Toparlanma boyutuyla ( $r=.163, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine

yardım boyutuyla ( $r=.416, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaklaşım boyutuyla ( $r=.423, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Uyum sağlama boyutuyla ( $r=.550, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Sakınma-kaçınma boyutuyla ( $r=.566, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine ceza boyutuyla ( $r=.482, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Maruz kalma boyutu ile kronik ve akut yorgunluk arasında ( $r=.548, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Toparlanma boyutuyla ( $r=.243, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine yardım boyutuyla ( $r=.447, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaklaşım boyutuyla ( $r=.375, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Uyum sağlama boyutuyla ( $r=.555, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Sakınma-kaçınma boyutuyla ( $r=.585, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine ceza boyutuyla ( $r=.453, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Acı çekme ile kronik ve akut yorgunluk arasında ( $r=.614, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Toparlanma boyutuyla ( $r=.142, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine yardım boyutuyla ( $r=.438, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaklaşım boyutuyla ( $r=.397, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Uyum sağlama boyutuyla ( $r=.636, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Sakınma-kaçınma boyutuyla ( $r=.592, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine ceza boyutuyla ( $r=.534, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Kronik ve akut yorgunluk boyutu ile kendine yardım boyutu arasında ( $r=.599, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaklaşım boyutuyla ( $r=.389, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Uyum sağlama boyutuyla ( $r=.673, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Sakınma-kaçınma boyutuyla ( $r=.646, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine ceza boyutuyla ( $r=.632, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Toparlanma boyutu ile kendine yardım boyutu arasında ( $r=.430, p<.01$ ) güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaklaşım boyutuyla ( $r=.149, p<.01$ ) güçlü ve

pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Uyum sağlama boyutuyla ( $r=.154, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Sakınma-kaçınma boyutuyla ( $r=.266, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kendine ceza boyutuyla ( $r=.120, p<.01$ ) güçlü ve pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 3.15.

*Ölüm Kaygısı Ölçeği Boyutlarıyla Kronik-Akut Yorgunluk Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti		ANOVA		Katsayılar						
R	R <sup>2</sup>	F		B	Std. Hata	St. Kts. B	T	P	VIF	
.918	.843	259.518*	Sabit	.093	.127		.734	.464		
			Ölümün Belirsizi	H <sub>1</sub>	.033	.028	.049	1.197	.233	1.541
			Ölümü Düşünme ve Tanık Olma	H <sub>1</sub>	.525	.032	.661	16.328	.000	1.515
			Acı Çekme	H <sub>1</sub>	.443	.041	-.397	10.872	.000	1.229
Bağımlı Değişken: Kronik ve Akut Yorgunluk						S: 840	*p = .001			

Tablo 3.15'te verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin kronik ve akut yorgunluk üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. *F* değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=259.518, p<.05$ ). Kronik ve akut yorgunluk üzerindeki değişimin %84'ünü ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme ile açıklandığı görülmektedir ( $R^2=.843$ ). Kronik ve akut yorgunluk ile maruz kalma ( $\beta= .525; p=.001$ ) ve acı çekme ( $\beta= .443 p=.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Kronik ve akut yorgunluğun ölüm belirsizliğini ( $\beta= .033; p=.233$ ) etkilemediği görüldüğü için aralarında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışanların acı çekme ve maruz kalma düzeyleri arttıkça kronik ve akut yorgunluk seviyeleri de artmaktadır. Ayrıca Beta değeri en güçlü etkiyi maruz kalma sürecinde ( $\beta= .525 p<.001$ ) ve acı çekme de ( $\beta= .443 p<.001$ ) göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre iki alt hipotez ( $H_{1b}, H_{1c}$ ) desteklenirken, bir alt hipotez ( $H_{1a}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.15).

Tablo 3.16.

*Ölüm Kaygısı Ölçeği Boyutlarıyla Toparlanma Boyutu Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti			ANOVA		Katsayılar					
R	R <sup>2</sup>	F			B	Std. Hata	St. Kts.	T	p	VIF
.557	.310	21.686*	Sabit		5.865	.275		21.328	.000	
			Ölümün Belirsizliği	H2 <sub>a</sub>	.075	.060	.106	1.242	.216	1.541
			Ölümü	H2 <sub>b</sub>	-.498	.070	-.608	-7.154	.000	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma Acı Çekme	H2 <sub>c</sub>	-.005	.088	-.004	-.053	.958	1.229
Bağımlı Değişken: Toparlanma					S: 295			*p = .001		

Tablo 3.16’da verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin toparlanma üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. *F* değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=21.686$ ,  $p<.05$ ). Toparlanma üzerindeki değişimin %31’ini ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekme ile açıklandığı görülmektedir ( $R^2=.310$ ). Toparlanma ile maruz kalma ( $\beta= -.498$ ;  $p=.001$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Toparlanma ile ölüm belirsizliğini ( $\beta= .106$ ;  $p=.216$ ) ve acı çekmeyi ( $\beta= -.005$ ;  $p=.958$ ) etkilemediği görüldüğü için aralarında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışanların maruz kalma düzeyleri arttıkça toparlanma seviyeleri azalmaktadır. Ayrıca Beta değeri en güçlü etkiyi maruz kalma sürecinde ( $\beta= -.498$ ;  $p<.001$ ) göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre bir alt hipotez ( $H_{2b}$ ) desteklenirken, iki alt hipotez ( $H_{2a}$ ,  $H_{2c}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.16).

Tablo 3.17.

*Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Kendine Yardım Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti			ANOVA		Katsayılar					
R	R <sup>2</sup>	F			B	Std. Hata	St. Kts. B	T	p	VIF
.174	.030	1.504*	Sabit		1.741	.421		4.133	.000	
			Ölümün Belirsizliği	H3 <sub>a</sub>	-.170	.093	-.187	-	.068	1.541
			Ölümü	H3 <sub>b</sub>	-.140	.107	.132	1.313	.197	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma Acı Çekme	H3 <sub>c</sub>	.151	.135	.102	1.120	.265	1.229

Tablo 3.17’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin kendine yardım üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $F=21.686$ ,  $p>.05$ ). Analiz sonuçlarına göre tüm alt hipotezler ( $H_{3a}$ ,  $H_{3b}$ ,  $H_{3c}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.17).

Tablo 3.18.

*Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Yaklaşım Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti		ANOVA		Katsayılar					
$R$	$R^2$	$F$		$B$	Std. Hata	St. Kts. $B$	$T$	$p$	VIF
.076	.006	.280*	Sabit	3.388	.328		10.319	.000	
			Ölümün Belirsizliği	$H_{4a}$ .008	.072	.012	.115	.909	1.541
			Ölümü	$H_{4b}$ -.056	.083	-.069	-.680	.496	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma						
			Acı Çekme	$H_{4c}$ -.029	.105	-.026	-.278	.781	1.229
			Bağımlı Değişken: Yaklaşım	S: 451		*p = .840			

Tablo 3.18’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin yaklaşıma üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $F=.280$ ,  $p > .05$ ). Analiz sonuçlarına göre tüm alt hipotezler ( $H_{4a}$ ,  $H_{4b}$ ,  $H_{4c}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.18).

Tablo 3.19.

*Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Uyum Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti		ANOVA		Katsayılar					
$R$	$R^2$	$F$		$B$	Std. Hata	St. Kts. $\beta$	$T$	$P$	VIF
.164	.027	.265*	Sabit	3.252	.320		10.148	.000	
			Ölümün Belirsizliği	$H_{5a}$ -.032	.070	-.046	-.450	.652	1.541
			Ölümü	$H_{5b}$ -.117	.081	-.145	-.145	.151	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma						
			Acı Çekme	$H_{5c}$ .123	.103	.109	-.109	.232	1.229

Tablo 3.19’da verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin uyum üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $F=0.265$ ,  $p > .05$ ). Analiz sonuçlarına göre tüm alt hipotezler ( $H_{5a}$ ,  $H_{5b}$ ,  $H_{5c}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.19).

Tablo 3.20.

*Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Sakınma-Kaçınma Arasındaki Regresyon İlişkisi\**

Model Özeti			ANOVA		Katsayılar				
R	R <sup>2</sup>	F		B	Std. Hata	St. Kts. $\beta$	T	P	VIF
.119	.014	.699*	Sabit		2.299	.317	7.247	.000	
			Ölümün Belirsizliği	$H_{6a}$	-.101	.070	-.148	.156	1.541
			Ölümü	$H_{6b}$	.061	.080	.078	.446	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma						
			Acı Çekme	$H_{6c}$	.034	.102	.031	.736	1.229
			Bağımlı Değişken: Sakınma-Kaçınma		S: 451		*p =.554		

Tablo 3.20’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin sakınma-kaçınma üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $F=.699$ ,  $p > .05$ ). Analiz sonuçlarına göre tüm alt hipotezler ( $H_{6a}$ ,  $H_{6b}$ ,  $H_{6c}$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.20).

Tablo 3.21.

*Ölüm Kaygısı Boyutlarıyla Kendine Ceza Arasındaki Regresyon İlişkisi*

Model Özeti			ANOVA		Katsayılar				
R	R <sup>2</sup>	F		B	Std. Hata	St. Kts. $B$	T	P	VIF
.130	.017	.836*	Sabit		1.877	.307	6.125	.000	
			Ölümün Belirsizliği	$H_{7a}$	.040	.067	-.061	.551	1.541
			Ölümü	$H_{7b}$	.099	.078	.130	.202	1.515
			Düşünme ve Tanık Olma						

Acı Çekme	$H7_c$	.057	.098	.053	.577	.565	1.229
Bağımlı Değişken: Kendine Ceza		S: 451		*p = 0.476			

Tablo 3.21’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin kendine ceza üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $F=.836$ ,  $p > .05$ ). Analiz sonuçlarına göre tüm alt hipotezler ( $H7_a$ ,  $H7_b$ ,  $H7_c$ ) reddedilmiştir (Bkz. Tablo 3.21).

Tablo 3.22.

*Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Üzerindeki Etkisi*

Model Özeti		ANOVA		Katsayılar					
R	R <sup>2</sup>	F		B	Std. Hata	St. Kıs. B	T	p	VIF
.732	.536	170.133*	Sabit	18.236	1.266		14.406	.000	
			Ölüm Kaygısı	$H8_a$ .343	.026	.732	13.044	.000	1.000
Bağımlı Değişken: Tükenmişlik				S: 451		*p = .476			

Tablo 3.22’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm kaygısının tükenmişlik üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.  $F$  değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=170.133$   $p < .05$ ). Tükenmişlik üzerindeki değişimin %53’ünü ölüm kaygısı ile açıklandığı görülmektedir ( $R^2=.536$ ). Ölüm kaygısı ile tükenmişlik ( $\beta = -.498$ ;  $p=.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre alt hipotez ( $H8_a$ ) desteklenmiştir (Bkz. Tablo 3.22).

Tablo 3.23.

*Ölüm Kaygısının Başa Çıkma Tutumları Üzerindeki Etkisi*

Model Özeti		ANOVA		Katsayılar					
<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>		<i>B</i>	<i>Std. Hata</i>	<i>St. Kts.</i> <i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>VIF</i>
			Sabit	35.016	1.386		25.259	.000	
.104	.011	1.608*	Ölüm Kaygısı	<i>H8<sub>b</sub></i> -0.036	.029	-.104	-1.268	.207	1.000
Bağımlı Değişken: Başa Çıkma Tutumları					<i>S</i> : 451		* <i>p</i> =.476		

Tablo 3.23'te verilen analiz sonuçları incelendiğinde ölüm kaygısının başa çıkma tutumları üzerindeki etkisini açıklamak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. *F* değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=1.608$ ,  $p<.05$ ). Başa çıkma tutumları üzerindeki değişimin %10'unun ölüm kaygısı ile açıklandığı görülmektedir ( $R^2=.011$ ). Ölüm kaygısı ile baş etme ( $\beta= -.036$ ;  $p=.207$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Bu bağlamda çalışanların ölüm kaygısı düzeyleri arttıkça baş etme seviyeleri azalmaktadır. Analiz sonuçlarına göre alt hipotez ( $H_{8b}$ ) desteklenmiştir (Bkz. Tablo 3.23). Baron ve Kenny (1986) aracılık ile ilgili varsayımlarından,

- I. Bağımlı ve bağımsız değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmalıdır,
- II. Bağımsız değişken ile aracı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmalıdır,
- III. Bağımsız değişken kontrol edildikten sonra aracı değişken hala bağımlı değişkeni yordamalıdır;

Bu koşullardan II ve III sağlanamadığından aracı rolün bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Baron ve Kenny'nin yönteminde I, II, III varsayımlarına ilişkin üç farklı hipotezin peş peşe desteklenmesi neticesinde aracı olduğu önerilen değişkenin aracılık rolünün mevcudiyetine karar verilmektedir. Ancak bu çalışmada II ve III varsayımları gerçekleşmediğinden aracı rolün mevcut olmadığı bulgusu elde edilmiştir.

#### 4. TARTIŞMA

Bu araştırma, İstanbul ilinde bulunan hastanelerin yoğun bakım servislerinde çalışmakta olan 149 kişiden toplanan verilerin üç farklı değişken olarak ölüm kaygısı, tükenmişlik algısı ve başa çıkma tutumlarının bu kişilerdeki bazı demografik ve sosyal özelliklere göre istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterip göstermediğini kapsamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri çeşitli kriterlere göre değerlendirilmiştir. Bu kriterler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, sektördeki ve hastanedeki çalışma süresi ve hastanedeki görev yer almaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu (%65.1) kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında ise %60.4'ünün bekar olduğu görülmektedir. Katılımcıların hastanedeki görevleri değerlendirildiğinde ise en çok (%69.1) hemşirelik mesleğine sahip bireyler olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda bu araştırmadaki sonuçların önemli bir kısmını hemşirelerden alınan verilerin oluşturduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklere verdikleri cevaplar, cinsiyet kriterine göre gruplandırılmış ve gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak test edilmiştir. Bu test sonucunda ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanık olma, acı çekme, kronik ve akut yorgunluk adlı ölçek boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Bu farklılığın yönüne bakıldığında ise kadınların erkeklere göre bu boyutlarda daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Bu da kadınların erkeklere göre ölüm belirsizliği ile daha fazla kaygılandıkları, ölümü daha fazla düşündükleri, ölüme tanıklık ettiklerinde kaygı eğiliminde oldukları, acı çekmekten endişe duydukları ve mesleki yorgunluk hissettikleri anlamına gelmektedir. Ölüm kaygısı, bireylerin ölümle ilgili duyduğu endişe, korku ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Literatürde ölüm kaygısının cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Kadınlar, erkeklere kıyasla ölüm kaygısı düzeyleri açısından daha yüksek puanlara sahiptirler. Erkekler ise ölüm ve ölmeyi daha sık düşünmelerine rağmen, ölüme karşı daha az olumsuz tutum sergilemektedirler (Chiappetta, Floyd ve McSeveney, 1976). Bu durum, cinsiyetler arasındaki başa çıkma stratejilerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Ölüm kaygısı ile ilgili olarak katılımcıların medeni durumlarına göre farklılıkların olup olmadığı ayrıca incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen puanlar medeni duruma göre karşılaştırıldığında, ölümün belirsizliği, acı çekme ve kronik-akut yorgunluk boyutlarında anlamlı bir etkileşim olduğu görülmüştür. Evli olan katılımcılar, bekar olanlara göre ölüm belirsizliğini ve kronik-akut yorgunluğu daha az algılamakta, acı çekmeyi daha fazla algılamaktadırlar. Bu bulgular, evliliğin ölüm kaygısı üzerinde ölümün belirsizliği ve kronik-akut yorgunluk açısından olumlu, acı çekme kaygısı açısından ise olumsuz yönde etkisi olduğunu göstermektedir. Bu durumda evli olan yoğun bakım çalışanlarının bekar olanlara kıyasla ölümün belirsizliği ve kronik-akut yorgunluk değişkenlerinden daha az etkilendikleri görülmektedir. Öteki taraftan bu çalışmadaki sonuçlara göre, ölüm kaygısının bir alt boyutu olan acı çekme faktöründen bekar bireylere göre daha fazla etkilenmektedirler.

Bu çalışmada, katılımcıların kendine yardım becerilerini değerlendirmek için kullanılan ölçeğin yaş gruplarına göre farklılaştığı bulunmuştur. Bu sonuç, kendine yardım becerisinin yaşla birlikte değişen bir psikolojik özellik olduğunu göstermektedir. Kendine yardım becerisi, kişinin kendi sorunlarını çözmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasıdır. Bu çalışmanın amaçlarından biri, katılımcıların kendine yardım becerilerinin yaş gruplarına göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemektir. Sonuçlar, kendine yardım ölçeğinden alınan puanların yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Yaş grupları, kendine yardım becerisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu çalışmada, katılımcıların kendine yardım becerilerini ölçen bir ölçek kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanlar, yaş gruplarına göre analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, yaş grupları arasında kendine yardım puanları açısından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yaş grupları ileri doğru gittikçe kendine yardım algısının azalmakta olduğu görülebilmektedir. Yaş açısından inceleme yapıldığında kendine yardım alt boyutu dışındaki değişkenlerde anlamlı bir farklılık mevcut değildir.

Ölümün belirsizliği alt boyutu ile kronik ve akut yorgunluk, toparlanma, kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama, sakınma-kaçınma ve kendine ceza alt boyutları arasında güçlü pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda ölüm kaygısını işaret eden ölümün belirsizliği alt boyutu tükenmişlik ve başa çıkma tutumlarının tüm alt boyutları ile anlamlı olarak ilişki dahilindedir. Bu araştırmadaki bağımlı değişken olan ölüm kaygısının diğer iki değişken ile anlamlı ilişkisi olduğu

görülürken, mesleki tükenmişlik ve yorgunluğu tanımlayan kronik ve akut yorgunluğun başa çıkma tutumlarının alt boyutları ile güçlü pozitif yönde ve anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada, ölçek uygulaması sonucunda elde edilen kronik ve akut yorgunluk puanlarının %84'lük bir kısmının, maruz kalma ve acı çekme faktörleriyle ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu faktörlerin kronik ve akut yorgunluk üzerinde pozitif bir etkisi olduğu, yani bu faktörler arttıkça yorgunluğun da arttığı görülmüştür. Öte yandan, kronik ve akut yorgunluk ile ölüm belirsizliği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlara göre, çalışanların maruz kaldıkları ölüme tanık olma ve acı çekmeyi düşünme durumları, onların kronik ve akut yorgunluk düzeylerini yükseltmektedir. Çalışmada, ölümün belirsizliği, maruz kalma ve acı çekmenin toparlanma üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, toparlanmadaki varyansın %31'inin bu üç değişken tarafından açıklandığı saptanmıştır. Ayrıca, toparlanma ile maruz kalma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ancak toparlanma ile ölüm belirsizliği ve acı çekme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, çalışanların ölüm olayına maruz kalma düzeyleri yükseldikçe toparlanma seviyelerinin düştüğünü göstermektedir.

Literatür, yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısı üzerine incelendiğinde, Özdemir (2014) tarafından yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin ölüm kaygısı düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, mevcut araştırmada çoğunluğu hemşire olan katılımcıların ölüm kaygısı düzeyleri ile uyumludur. Meşeli (2020) tarafından yapılan çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin ölüm kaygısı düzeyleri, demografik ve mesleki değişkenler ile ilişkili bulunmuştur. Bu değişkenler arasında cinsiyet, medeni durum, sağlık durumu, ölüme tanık olma sıklığı ve ölümlerden etkilenme durumları yer almaktadır. Ayrıca, çalışmanın bulgularına göre, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu araştırmada da cinsiyet ve medeni durum faktörlerinin ölüm kaygısının alt boyutlarına göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının mesleki açıdan yaşadıkları tükenmişlik ve yorgunluk düzeyleri de literatürde araştırılarak mevcut çalışmadaki bulgular ile karşılaştırılmıştır. Akan (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin

psikolojik dayanıklılık ve algılanan stres düzeylerinin orta seviyede olduğu ancak tükenmişlik seviyelerinin tehlikeli düzeyde olduğu ve bu değişkenler arasında anlamlı bir etkileşimin de olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik dayanıklılık seviyesi arttıkça algılanan stres ve tükenmişlik seviyeleri azalmakta, tükenmişlik seviyesi arttıkça ise algılanan stres seviyesi yükselmektedir. Bu bulgular ile benzerlik gösterecek şekilde mevcut araştırmada da ölümü düşünme ve tanık olma alt boyutu ile toparlanma alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısının bir alt boyutu olan maruz kalma arttıkça, toparlanma azalmaktadır. Kazaz (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, mesleki tükenmişlik, yorgunluk ve toparlanma süreci arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşireliğin yaşam kalitesini ve kişisel gelişimini olumsuz yönde etkilediğine inanan, mesleğe uygun olmadığını düşünen ve işten ayrılmayı planlayan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksektir. Bu bağlamda başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi yararlı olabilecektir. Akpınar (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, yoğun bakım hemşirelerine sorun çözme eğitimi verilmesinin, stresle başa çıkma, tükenmişlik ve sorun çözme becerileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sorun çözme eğitimi alan hemşireler, etkin başa çıkma yöntemleri kullanmada, tükenmişlik düzeyini azaltmada ve sorun çözme becerilerini geliştirmede daha başarılı olmuşlardır. Buna istinaden yoğun bakımda çalışan personele çeşitli eğitimler sunularak başa çıkma tutumlarını geliştirmeye yönelik destek sağlanabilir.

Yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısının literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da orta düzeyde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölüm kaygısının alt boyutlarından ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanık olma ile acı çekme boyutlarının çalışanların mesleki yorgunluk ve tükenmişlik algılarında değişiklik sağladığı saptanmıştır. Bu bağlamda, hasta kaybı yaşayan yoğun bakım çalışanlarının ölüm ile yüzleşme deneyimlerinin bir sonucu olarak maruz kalma faktörü devreye girebilmekte ve bir ölüm kaygısı oluşmasına sebep olabilmektedir. Analiz sonuçlarından anlaşılacağı üzere, ölüm ile karşılaşma durumlarında akut ve kronik yorgunluk düzeyleri de artış göstermektedir. Buradan ölüm kaygısının tükenmişlik algısına sebep olabildiği görülmektedir. Bir diğer ölüm kaygısı tetikleyicisi olan acı çekme faktörü de yoğun bakım çalışanlarının ölçeklerde yüksek puanlar aldıkları bir değişken olmuştur.

“ Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım.”, “ Ölürken canımın yanacağı fikri beni kaygılandırır” ve “ Yavaş yavaş ölmekten endişelenirim” şeklinde üç farklı maddede acı çekme faktörünün ölçümü amaçlanmıştır. Yoğun bakım çalışanları söz konusu maddelere çoğunlukla yüksek puanlar vererek yüksek ölüm kaygısı belirtisi göstermişlerdir. Bu maddenin ölümün belirsizliği ve ölümü düşünme (tanık olma, maruz kalma) boyutlarına göre daha bireysel ve kişilerin kendi varoluşsal durumlarını tehdit eden bir faktör olarak algılanabilmesi daha yüksek puanları açıklayabilir. Diğer alt boyutlardaki ölçek maddeleri daha çok dışsal sebeplerle ilişkili olmasına karşın acı çekme boyutunda bireylerin doğrudan kendileri ile ilgili ifadeler yer almıştır. Analiz sonuçlarına göre acı çekme düşüncesi arttıkça akut ve kronik yorgunluk boyutları da pozitif yönde artış göstermektedir. Bu durumda, ölüm kaygısının mesleki yorgunluk ve tükenmişlik algılarına kısa ve uzun periyotlarda etkisi olduğu söylenebilir.

Tükenmişlik algısının önemli belirleyicilerinden olan toparlanma süreci mesleki yorgunluğu dengelemek için aranan bir değişkendir. Mesleki yorgunluk tükenmişlik toparlanma ölçeği alt boyutlarından biri olan toparlanma faktörü ölüm kaygısından etkilenmektedir. Ölüm kaygısının ölümü düşünme ve tanık olma boyutu toparlanmayı negatif yönde etkilemektedir. Araştırmaya katılan yoğun bakım çalışanlarından ölüme maruz kalma faktöründe yüksek puanlar alan kişilerin büyük bir çoğunluğunda toparlanma alt boyutu düşük puanlar ile sonuçlanmıştır. Buradan ölüm kaygısının artış gösterdiği durumlarda mesleki yorgunluk kaynaklı tükenmişlik algısından toparlanma aşaması zorlaşmaktadır.

#### 4.1. Sonuç

Yoğun bakım servislerinde çalışan doktor, hemşire, asistan ve yardımcı personelden oluşan 149 kişilik bir örneklem üzerinde yapılan araştırmada ölüm vakaları ile diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha fazla karşılaşmaları sebebiyle ölüm kaygısı taşıma ihtimalleri ve bu durumun mesleki tükenmişlik, yorgunluk algılarına ve başa çıkma tutumlarına etkisi incelenmiştir. Söz konusu çalışmada elde edilen verilerin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir:

- 1) Yoğun bakım çalışanları orta düzeyde ölüm kaygısı taşımaktadırlar.

- 2) Kadın çalışanlar, erkek çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı taşımaktadırlar.
- 3) Bekar çalışanlar, ölümün belirsizliği boyutunda evli çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı taşımaktadırlar.
- 4) Bekar çalışanlar, akut ve kronik yorgunluk boyutunda evli çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde mesleki yorgunluk ve tükenmişlik yaşamaktadırlar.
- 5) Evli çalışanlar, acı çekme boyutunda bekar çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı yaşamaktadırlar.
- 6) Yoğun bakım çalışanlarında ölümü düşünme düzeyi artış gösterdiğinde akut ve kronik yorgunluk düzeyleri de artış göstermektedir. Bu durum, ölüm kaygısının mesleki tükenmişliğe etkisi olarak görülebilmektedir.
- 7) Ölüme tanık olma ve maruz kalma düzeylerindeki artış yoğun bakım çalışanlarının akut ve kronik yorgunluk düzeyleri ile mesleki yorgunluk seviyelerini de artırmaktadır.
- 8) Yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısının alt boyutu olan acı çekme düşüncesi faktöründe artış ile pozitif yönlü olarak kronik ve akut yorgunluk ile mesleki yorgunluk ve tükenmişlik de artış göstermektedir.
- 9) Toparlanma ile ölüme tanık olma ve maruz kalma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Bu bağlamda ölüme tanıklık arttıkça oluşan mesleki yorgunluk ve tükenmişlik algısından toparlanma aşamasına geçiş zorlaşmaktadır.
- 10) Yoğun bakım çalışanlarında ölüm kaygısının bir alt boyutu olarak ölümü düşünme eyleminin artış göstermesi toparlanma düzeyini negatif yönde etkilemektedir.

#### 4.2. Sınırlılıklar ve Öneriler

Araştırmanın sonuçlarına dayanarak yapılan çıkarımlar, aşağıda belirtildiği gibi bazı sınırlamalar çerçevesinde uygulanmıştır:

- 1) Araştırma, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi ile Ataşehir, Gayrettepe, Kadıköy ve Şişli ilçelerinde bulunan Grup Florence Nightingale Hastaneleri yoğun bakım servislerinde çalışan kişiler arasından 149 kişi ile sınırlıdır.
- 2) Katılımcılardan toplanan veriler, araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

- 3) Araştırma sadece İstanbul ilinde yer alan seçili hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Farklı şehirler de eklenerek daha çeşitli bir popülasyon üzerinde kapsamlı bir araştırma yapılabilir.
- 4) Hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan bireylere ölüm kaygısı ve mesleki tükenmişlik problemlerine karşı başa çıkma tutumları geliştirerek toparlanma sağlamaları adına psikolojik destek verilebilir. Böylelikle sürdürülebilir bir sağlık sistemi için önemli bir yeri olan yoğun bakım çalışanları motivasyonları artmış biçimde daha verimli bir hizmet sunabilirler.
- 5) Yoğun bakım çalışanlarının ölüm kaygısı ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu konuda gerekli farkındalığın sağlanması için yoğun bakım çalışanları hakkında daha fazla veri elde edilerek çalışmalar genişletilebilir.

## KAYNAKÇA

Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251-259.

Ata, E. E., Yılmaz, E. B., ve Bayrak, N. G. (2020). Resilience, occupational satisfaction, burnout and compassion fatigue in Turkish intensive care nurses. *Kontakt*, 22, 152-158.

Akalın, H. E. (2001). Yoğun bakım ünitelerinde kalite iyileştirme, *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(2), 69-74.

Akan, S. (2022). *Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde psikolojik dayanıklılık, algılanan stres ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akpınar, H. (2014). *Yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine olan etkisi*, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akyol, A. (2011). Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 59-72.

Baider, L., ve Wein, S. (2001). Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. *Critical reviews in oncology/hematology*, 40(2), 97-103.

Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.

Beberman, A. (1963). Death and my life. *The Review of Metaphysics*, 18-32.

Becker-Carus, C., Gunthner, G. ve Hannich, H. J. (1989). Stress and situation specific coping behaviour in intensive care unit nursing staff. *Work and Stress*, 3(4), 353-358.

Bern-Klug, M. (2004). The ambiguous dying syndrome. *Health and Social Work*, 29(1), 55-65.

Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-229.

Biringer, E., Davidson, L., Sundfor, B., Lier, H. O. ve Borg, M. (2016). Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. *Journal of mental health*, 25(1), 23-27.

Blumberga, S. ve Safonova, A. (2016). Stress, coping, adaptation and culturdiversity of healthcare personnel. *Society Integration Education Proceedings of the International Scientific Conference* (1), 299-307.

Body, A. (1922). Intensive Care Unit Admission and Discharge Policy. *Policy*, 1(25).

Bowen, M. K., Taylor, K. P., Marcus-Aiyeku, U. ve Krause-Parello, C. A. (2012). An examination of stress, coping, and adaptation in nurses in a recovery and monitoring program. *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), 159-166.

Brown, A. J., Shen, M. J., Ramondetta, L. M., Bodurka, D. C., Giuntoli, R. L. ve Diaz-Montes, T. (2014). Does death anxiety affect end-of-life care discussions? *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(8), 1521–1526.

Brown, L. D., Shepherd, M. D., Wituk, S. A. ve Meissen, G. (2008). Introduction to the special issue on mental health self-help. *American Journal of Community Psychology*, 42 (1-2), 105–109.

Bulut, A. ve Bulut, A. (2018). The prevalence of chronic fatigue syndrome in emergency healthcare professionals and the associated factors. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 868-875.

Butcher, I., Morrison, R., Balogun, O., Duncan, H., St Louis, K., Webb, S. ve Shaw, R. (2023). Burnout and coping strategies in pediatric and neonatal intensive care staff. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, (1), 1-15.

Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R. ve Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665

Champigny, R. (1970). Suffering and death. *In Symposium: A Quarterly Journal in Modern Literatures*, 24(3), 197-205.

Chen, J., Davis, K. G., Daraiseh, N. M., Pan, W. ve Davis, L. S. (2014). Fatigue and recovery in 12-hour dayshift hospital nurses. *Journal of nursing management*, 22(5), 593-603.

Chiappetta, W., Floyd, H. H. ve McSeveney, D. R. (1976). Sex differences in coping with death anxiety. *Psychological Reports*, 39(3), 945–946.

Ciccarello, G. P. (2003). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 216–222.

Clare, E., Elander, J. ve Baraniak, A. (2020). How healthcare providers' own death anxiety influences their communication with patients in end-of-life care: A thematic analysis. *Death Studies*, 46(7), 1773-1780.

Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Skornick-Bouchbinder, M. ve Brill, S. (2018). What is the end of life period? Trajectories and characterization based on primary caregiver reports. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(5), 695-701.

Collett, L. J. ve Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The journal of Psychology*, 72(2), 179-181.

Cook, N. F. ve Boore, J. R. (1997). Managing patients suffering from acute and chronic fatigue. *British Journal of Nursing*, 6(14), 811-815.

Coombs, M. A. (2017). Concerns about care and communication are key causes of moral distress in intensive care staff. *Australian Critical Care*, 30(2), 107-108.

Cubriilo-Turek, M., Urek, R. ve Turek, S. (2006). Burnout syndrome–assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium antropologicum*, 30(1), 131-135.

Currow, D., ve Hegarty, M. (2006). Suffering–at the bedside of the dying. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 18(2-3), 123-136.

Curtis, K. K. ve McGee, M. G. (2000). An overview of physician attitudes toward death and dying: History, factors, and implications for medical education. *Illness, Crisis and Loss*, 8(4), 341-349.

Çakır E., Kocabeyoğlu G. M., Gürbüz Ö., Baltacı Özen S., Mutlu N. M., Özkoçak Turan İ. (2020). Yoğun bakım ünitesinde mortalite sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(1), 20-24.

DeJong, T. M. ve Overholser, J. C. (2007). Coping attitudes scale: psychometric properties of a measure of positive attitudes in depression. *Cognitive therapy and research*, 31, 39-50.

Demir, M. N. (2019). Performans toplumunun ölüm algısı. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(14), 40-52.

Depaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B. ve Fiedler, J. (1992). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies*, 16(6), 537-555.

Dicle, A. N. ve Ersanlı, K. (2015). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarılama geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(16), 111-126.

Downey, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., Lafferty, W. E. ve Patrick, D. L. (2009). Shared priorities for the end-of-life period. *Journal of pain and symptom management*, 37(2), 175-188.

Ekberg, J., Timpka, T. ve Gursky, E. A. (2009). Elicitation of pandemic coping strategies among health care workers: contextual adaptation of a mental models method. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 6(1), 78.

Elliot, A. J., Thrash, T. M. ve Murayama, K. (2011). A longitudinal analysis of self-regulation and well-being: Avoidance personal goals, avoidance coping, stress generation, and subjective well-being. *Journal of Personality*, 79(3), 643-674

Fang, J., Qiu, C., Xu, H. ve You, G. (2013). A model for predicting acute and chronic fatigue in Chinese nurses. *Journal of advanced nursing*, 69(3), 546-558.

Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45(4), 537.

Fidaner, H. (1999). Kronik yorgunluk sendromu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 261-265.

Field, J. M., Ritzman, L. P., Safizadeh, M. H. ve Downing, C. E. (2006). Uncertainty reduction approaches, uncertainty coping approaches, and process performance in financial services. *Decision Sciences*, 37(2), 149-175.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475.

Folkman, S. ve Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Reviews Psychology*, 55, 745-774.

Freud, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1-28.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Gifkins, J., Johnston, A., Loudoun, R. ve Troth, A. (2020). Fatigue and recovery in shiftworking nurses: A scoping literature review. *International Journal of Nursing Studies*, (112), 2-15.

Goussinsky, R. ve Livne, Y. (2019). The role of coping resources in the relationship between mistreatment and job burnout: Evidence across two healthcare settings. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 28(10), 1250-1268.

Grant, D. M., Wingate, L. R., Rasmussen, K. A., Davidson, C. L., Slish, M. L., Rhoades-Kerswill, S. ve Judah, M. R. (2013). An examination of the reciprocal relationship between avoidance coping and symptoms of anxiety and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(8), 878-896.

Guha, M. (2011). Self-help. *Journal of Mental Health*, 20(6), 610-614.

Gunning, K. ve Rowan, K. (1999). Outcome data and scoring systems. *Bmj*, 319(7204), 241-244.

Gündüz, B., Çapri, B. ve Gökçakan, Z. (2013). Mesleki tükenmişlik, işle bütünleşme ve iş doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 29-49.

Hanson, L. C., Danis, M. ve Garrett, J. (1997). What is wrong with end-of-life care? Opinions of bereaved family members. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(11), 1339-1344.

Harris, H. (1934). Anxiety: its nature and treatment. *Journal of Mental Science*, 80(330), 482-512.

Havlıoğlu, S., Ersin, F. ve Kahraman, S. (2020). Vardiyalı çalışan hemşirelerde mesleki yorgunluğu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 5(9), 15-20.

Havlıoğlu, S., Ortabağ, T., Winwood, P. C. (2019). Turkish validity and reliability of the occupational fatigue exhaustion / recovery scale. *Medicine Science Dergisi*, (8), 916-922.

İnci, F. ve Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-188.

İnci, H., Kılınçel, O., İnci, F., Karataş, F. ve Adahan, D. (2020). Comparison of stress coping attitudes in caregivers for cancer and non-cancer patients on palliative care. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 12(1), 18-24.

Jason, L. A., Taylor, R. R., Plioplys, S., Stepanek, Z. ve Shlaes, J. (2002). Evaluating attributions for an illness based upon the name: Chronic fatigue syndrome, myalgic encephalopathy and Florence Nightingale disease. *American Journal of Community Psychology*, 30, 133-148.

Jason, L. A., Evans, M., Brown, M. ve Porter, N. (2010). What is fatigue? Pathological and nonpathological fatigue. *PM and R*, 2(5), 327-331.

Joanes, D. N., & Gill, C. A. (1998). Comparing measures of sample skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*, 47(1), 183-189.

Kabalak, A. A., Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.

Kaminski, K. (2020). Exploring compassion fatigue and burnout in healthcare professionals: A scoping review. *International Journal of Nursing Student Scholarship*, 49(7), 2-9.

Kang, J. H. ve Han, S. J. (2013). A study of intensive care unit nurses' understanding of the meaning of death, death anxiety, death concern and respect for life. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(2), 80-89.

Kara, I. H., Demir, D., Erdem, Ö., Sayin, G. T., Yildiz, N. ve Yaman, H. (2008). Chronic Fatigue Syndrome among nurses and healthcare workers in a research hospital in Turkey. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(5), 585-590.

Karagöz, Y. ve Kösterelioğlu, İ. (2008). İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (21).

Karakuş, G., Öztürk, Z. ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.

Kayalı, S., Çiftlik, E. E., Durmuş, M. K., Tan, Y. M., Akça, Ö. ve Yiğit, Ö. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları ve kaygı düzeyleri. *Performans ve Kalite Dergisi*, 10, 65-78.

Kazaz, R. (2019). *Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin iş ve yaşam doyumu ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kellehear, A. (2009). On dying and human suffering. *Palliative Medicine*, 23(5), 388-397.

Kirchner, T., Forns, M. ve Mohino, S. (2007). Psychological adjustment in a forensic sample: Relationship with approach and avoidance-coping typologies. *Journal of Forensic Sciences*, 52(3), 712–716.

Komser, N. ve Özakgöl, A. (2023). Attitudes of coping with stress and self-care agency levels of nursing students. *Journal of Education and Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 20(1).

Kulu, M. ve Özsoy, F. (2020). Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Çukurova Medical Journal*, 45(1), 29-38.

Kübler-Ross, E. (1972). On death and dying. *The Journal of the American Medical Association*, 221(2), 174.

Kuo, B. C. H., Roysircar, G. ve Newby-Clark, I. R. (2006). Development of the cross-cultural coping scale: collective, avoidance, and engagement coping. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39(3), 161–181.

Lehto, R. H. ve Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23–41.

Loewenstein, R. M. (1945). A special form of self-punishment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(1), 46-61.

Mallett, K., Jurs, S. G., Price, J. H. ve Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological reports*, 68, 1347-1359.

Martins Pereira, S., Fonseca, A. M. ve Sofia Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326.

McCormick, B. P., Funderburk, J. A., Lee, Y. ve Hale-Fought, M. (2005). Activity characteristics and emotional experience: Predicting boredom and anxiety in the daily life of community mental health clients. *Journal of Leisure Research*, 37(2), 236-253.

Melo, C. G. ve Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of palliative care*, 27(4), 287-295.

Meşeli, N. (2020). *Hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Milligan, F. ve Almomani, E. (2020). Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 29(15), 874-879.

Murphy, J. W. ve Pardeck, J. T. (1986). The "burnout syndrome" and management style. *The Clinical Supervisor*, 4(4), 35-44.

Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblàs-Novellas, J. ve Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, (356), 878.

- Muschalla, B. (2017). Work-anxiety-coping intervention improves work-coping perception while a recreational intervention leads to deterioration: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(6), 858-869.
- Nelissen, R. M. (2012). Guilt-induced self-punishment as a sign of remorse. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 139-144.
- Nyatanga, B. (2016). Death anxiety and palliative nursing. *British journal of community nursing*, 21(12), 636.
- Oancea, C., Cernamoriti, A., Gherman, D. M. ve Popescu, F. G. (2023). Social insurance physician burnout—Stress Factors and Coping Strategies, *Medicina*, 59(3), 436.
- Okyayuz, Ü. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi*, 3(1), 167-171.
- Özdemir, K. (2014). *Yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısı*, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Patır, S. (2009). Faktör analizi ile öğretim üyesi değerlendirme çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 69-86.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21.
- Poorkord, M., Ghorbani, T. ve Khodarahmi, S. (2013). A social work study on relationship between coping approaches and general self-efficacy scale. *Management Science Letters*, 3(8), 2335-2338.
- Provencher, H. L. (2007). Role of psychological factors in studying recovery from a transactional stress-coping approach: Implications for mental health nursing practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(3), 188-197.
- Raja Lexshimi, R., Tahir, S., Santhna, L. P. ve Md Nizam, J. (2007). Prevalence of stress and coping mechanism among staff nurses in the intensive care unit. *Med Health*, 2(2), 146-53.
- Ream, E. ve Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 33(5), 519-529.
- Ross, A., Geiger-Brown, J., Yang, L., Flynn, S., Cox, R., Wehrle, L. ve Lee, L. J. (2021). Acute and chronic fatigue in nurses providing direct patient care and in non-direct care roles: A cross-sectional analysis. *Nursing and health sciences*, 23(3), 628-638.
- Samaha, E., Lal, S., Samaha, N. ve Wyndham, J. (2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of advanced nursing*, 59(3), 221-232.
- Santrac, A. (2021). Uncertainty and death inevitability, universality and irreversibility of death, *Religija i Tolerancija*, (19)36, 263-270.

Sarikaya, Y. ve Baloğlu, M. (2016). The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale. *Death studies*, 40(7), 419-431.

Schroepfer, T. A. (2007). Critical events in the dying process: the potential for physical and psychosocial suffering. *Journal of palliative medicine*, 10(1), 136-147.

Sharpe, M. (1998). Doctors' diagnoses and patients' perceptions: Lessons from chronic fatigue syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 20, 335-338.

Skinner, E. A. ve Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Reviews Psychology*, 58, 119-144.

Smith, R. C. ve Zimny, G. H. (1988). Physicians' emotional reactions to patients. *Psychosomatics*, 29(4), 392-397.

Steege, L. M., Pasupathy, K. S. ve Drake, D. (2014). Relationships between wellness, fatigue, and intershift recovery in hospital nurses. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, Los Angeles, Sage Publications, 58(1), 778-782.

Strulik, H. (2013). Optimal aging with uncertain death. *Center for European Governance and Economic Development Research*, (160).

Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J. ve Prigerson, H. G. (2018). Beyond pain: nurses' assessment of patient suffering, dignity, and dying in the intensive care unit. *Journal of pain and symptom management*, 55(6), 1591-1598.

Sullivan, H. S. (1948). The meaning of anxiety in psychiatry and in life. *Psychiatry*, 11(1), 1-13.

Şahin, M. ve Demirkıran, F. (2021). Does death anxiety affect nurses' attitudes toward the care of a dying patient? A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Invest*, 59(1), 8-13.

Tanaka Gutiez, M., Efstathiou, N., Innes, R. ve Metaxa, V. (2023). End-of-life care in the intensive care unit. *Anaesthesia*, 78, 636-643.

Tanhan, F. ve İnci, F. A. (2009). Ölüm eğitimi. *Pegem Akademi*.

Tavşancıl, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. *Nobel Yayınevi*.

Teskereci, G., Sümen, A., Esirgenler, A. ve Abdullah, Ş. (2015). Son ile başlangıç arasında kalmış bir durum: Ölüm algısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 6(1), 1-10.

Tirviene, G., Spirgiene, L. ve Simatoniene, V. (2020). Fatigue among intensive care unit nurses. *Nurs. Educ. Res. Pract*, 10, 4-9.

Thorson, J. A. ve Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521.

Tremoliere, B., De Neys, W. ve Bonnefon, J. F. (2012). Mortality salience and morality: Thinking about death makes people less utilitarian. *Cognition*, 124(3), 379-384.

Vaillant, G. E., Sobowale, N. C. ve McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, 287(8), 372–375.

Watanabe, E. ve Ohtsubo, Y. (2012). Costly apology and self-punishment after an unintentional transgression. *Journal of Evolutionary Psychology*, 10(3), 87-105.

Weber, A. ve Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational medicine*, 50(7).

Winwood, P. C., Winefield, A. H., Dawson, D. ve Lushington, K. (2005). Development and validation of a scale to measure work-related fatigue and recovery: the occupational fatigue exhaustion/recovery scale (ofer). *Journal of occupational and environmental medicine*, 594-606.

Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283-297.

Yıldız, M. (1996). Ölümle ilgili genel tutumlar, *Akademik Araştırmalar-Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1): 178-188.

Zuckerman, M. ve Gagne, M. (2003). The cope revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169-204.

## EK A



T.C.  
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI  
ETİK KURULU

**Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Psikolog Ahmet Demir tarafından yürütülen ‘‘Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü’’ konulu çalışmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmanız ve samimi cevaplar vermeniz bilimsel verilere ulaşmak için önemlidir. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı beyan etmeniz gerekmektedir, anlaşılmayan her türlü durum ile ilgili soru sorabilirsiniz. Katkınız için şimdiden teşekkür ederim.

ÇALIŞMANIN ADI: Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü

ÇALIŞMANIN AMACI: Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için gerekli olan çalışan motivasyonunun önemli noktalarının literatüre katkı olarak sunulması

ONAM FORMU TALEP YÖNTEMİ: Yazılı Belge

GİZLİLİK: Bu çalışmayla boyunca elde edilen verilerde katılımcıların bilgileri gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları kişi veya kurumları tanımlamadan bilimsel dergilerde yayınlanacaktır.

KATILIM VE AYRILMA: Bu çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz.

***Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman katılımcı olarak ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası tarafıma verildi.***



### Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından yürütülmekte olan “Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü” konulu araştırmanın uygulama kısmı ile ilgilidir. Bu araştırma çalışması **tamamen akademik bir amaca yönelik** olup, çalışmanın amacı; sürdürülebilir bir sağlık sistemi için gerekli olan çalışan motivasyonunun önemli noktalarını inceleyip anlamlı bilimsel sonuçlara ulaşabilmektir.

Sorulara verilen cevaplar **kesinlikle gizli tutulacaktır**. Birbirine benzeyen ve tekrar gibi görünen sorular araştırma tekniği açısından sorulması zorunlu sorulardır. Bütün soruların cevaplandırılması, değerlendirmenin sağlıklı yapılabilmesi için önem arz etmektedir.

İlginiz için teşekkürlerimi sunar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

**Araştırma Sorumlusu: Psikolog Ahmet Demir**

Formu Dolduran Hakkında Genel Bilgiler	
Yaşınız:	<input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55- 64 <input type="checkbox"/> 65+
Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Eğitim Durumunuz:	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Medeni Durumunuz :	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekâr
Çalıştığınız Sektörde Toplam Çalışma Süreniz :	<input type="checkbox"/> 0-1 yıl <input type="checkbox"/> 2-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 16 yıl ve üstü
Bu Hastanede Toplam Çalışma Süreniz :	<input type="checkbox"/> 0-1 yıl <input type="checkbox"/> 2-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 16 yıl ve üstü
Hastanedeki Göreviniz :	<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Yönetim/İdari <input type="checkbox"/> Asistan <input type="checkbox"/> Sağlık Teknikeri <input type="checkbox"/> Yardımcı Personel

## EK B

Bu ölçekte gerilim ya da endişeye neden olabilecek bazı deneyim ve durumlarla ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir maddeyi okuyarak, maddede belirtilen durumun genelde sizi ne kadar rahatsız ettiğini "Hiçbir zaman (0)", "Nadiren (1)", "Ara sıra (2)", "Sık sık (3)", "Her zaman (4)" seçeneklerinden birini (X) şeklinde işaretleyerek belirtiniz. Lütfen ifadeler üzerinde fazla düşünmeyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeyi okuduktan sonra fazla zaman sarf etmeden uygun seçeneği işaretleyiniz.

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	0	1	2	3	4
1	Ölümün nasıl bir şey olacağını bilememek beni kaygılandırır					
2	Ölümün belirsizliği beni kaygılandırır					
3	Ölürken yanımda kimsenin olmaması düşüncesi beni kaygılandırır					
4	Öldükten sonra bana ne olacağı konusunda kaygılanıyorum					
5	Ölümden sonra ne olacağını bilememek beni endişelendirir					
6	Ölümün yalnızlığı beni kaygılandırır					
7	Nasıl öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
8	Ölmenin nasıl bir his olduğunu bilmemek beni endişelendirir					
9	Ne zaman öleceğimi bilememek beni kaygılandırır					
10	Ölüme karşı elimden bir şey gelmemesi beni kaygılandırır					
11	Bir tabut görmek beni kaygılandırır					
12	Ölüm hakkında konuşmak beni kaygılandırır					
13	Ölümlle ilgili bir televizyon programı izlemek beni kaygılandırır					
14	Yolda ilerleyen bir cenaze alayını görmek beni kaygılandırır					
15	Taziye ziyaretlerine gitmek beni kaygılandırır					
16	Ölümlle ilgili bir yazı okumak beni kaygılandırır					
17	Ölmüş birinin arkasından ağlayanları görmek beni kaygılandırır					
18	Ölümcül bir hastalığa yakalanmaktan endişe duyarım					
19	Ölürken canımın yanacağı fikri beni kaygılandırır					
20	Yavaş yavaş ölmekten endişelenirim					

## EK C

Bu ifadeler son birkaç aylık süreçteki işte ve evde yaşadığınız deneyimlerinize ilgilidir. Yanıtınızı en iyi yansıtan “Kesinlikle **Katılmıyorum** (0)”, “Katılmıyorum (1)”, “Pek Katılmıyorum (2)”, “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3)”, “Biraz Katılıyorum (4)”, “Katılıyorum (5)” ve “Tamamen **Katılıyorum** (6)” şeklinde 0’dan 6’ya kadar seçeneklerden birini (X) şeklinde işaretleyerek belirtiniz.

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	0	1	2	3	4	5	6
1	Çoğu kez, işimde ‘tahammülümün tükendiğini’ hissediyorum							
2	Çoğu kez, bir diğer iş günüm için uyanmaktan korkuyorum							
3	Çoğu kez işime gitmeye daha ne kadar devam edebileceğimi merak ediyorum							
4	Çoğu zaman sadece ‘çalışmak için yaşadığımı’ hissediyorum							
5	İşimde benden çok fazla şey bekleniyor							
6	Bir iş vardiyasından sonra çok az enerjim kalıyor							
7	İşten eve geldiğimde genelde tükenmiş hissediyorum							
8	İşim her gün enerjimin tamamını tüketiyor							
9	Genellikle ailem veya arkadaşlarım için çok fazla enerjim olur							
10	Genellikle işten sonra hobilerim ve diğer aktivitelerim için bol bol enerjim olur							
11	Vardiyalar arasında enerjimi tamamen toparlamak için yeterli vaktim hiç olmuyor							
12	Vardiyadan sonra yorgun olsam da, genellikle bir sonraki vardiyanın başlamasıyla tekrar canlanırım							
13	Vardiyalar arasında gücümü nadiren tamamen toplarım							
14	Vardiyalar arasında iş yorgunluğundan kurtulmak benim için sorun değildir							
15	Bir vardiyadan sonra diğerine başlayana kadar çoğu kez tükenmiş hissedirim							

## EK D

Aşağıdaki ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“**Asla Böyle Yapmam**” için 0’ı, “**Çok Az Böyle Yaparım**” için 1’i, “**Böyle Yaparım**” için 2’yi, “**Çoğunlukla Böyle Yaparım**” için 3’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacı tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır.

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	0	1	2	3
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım				
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım				
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım				
4	Arkadaşımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım				
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum				
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle Konuşurum				
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum				
8	Problemi çözmek için farklı yolları denerim				
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete Geçerim				
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim				
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım				
12	Adımlarımı düşünerek atarım				
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım				
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım				

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	0	1	2	3
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım				
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim				
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım				
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim				
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım				
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım				
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim				
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım				
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım				
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam				
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım				
26	Her şeyi unutmaya çalışırım				
27	Kendimi suçlarım				
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm				
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım				
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder				
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım				
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm				

EK E



T.C.

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

20.07.2022

SAYI : 80360459-604.02.25241

KONU: Ahmet DEMİR'in Çalışması

Sayın  
Ahmet DEMİR,

Aşağıda belirtilen çalışmanız 20.07.2022 tarihli Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi  
F. Şule KAYA  
BAŞKAN

Çalışmanın Adı : Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü

Sorumlu Araştırmacı: Ahmet DEMİR

## EK F

**Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni****Yusuf Sarıkaya**

8 Temmuz 2022, 08:52

Ahmet merhaba,

Geliştirdiğimiz ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ekte ölçek forumunu, puanlama anahtarını ve ölçeğin yayınlandığı makaleyi yolluyorum. Ölçekle ilgili sorunuz olursa yazmaktan çekinmeyin lütfen. Kolaylıklar diliyorum.

Dr. Yusuf Sarıkaya

**Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği Kullanım İzni****Suzan Havlioğlu**

7 Temmuz 2022, 18:03

Sevgili Ahmet Demir merhaba, "Mesleki Yorgunluk Tükenmişlik Toparlanma Ölçeği" ni çalışmalarınızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek puanlama sistemini ve yapılan çalışmaları da ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğretim Üyesi Suzan HAVLIOĞLU

**Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni****Abdullah Nuri Dicle**

22 Haziran 2022, 13:38

Ahmet Hocam merhaba,

Türkçe' ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği, geçerlik – güvenirlik çalışmalarını ve yayımlanmış makale halini ekte gönderiyorum. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir şey olursa her zaman seve seve yardımcı olabilirim. Şimdiden iyi çalışmalar dilerim...

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Nuri DİCLE

## EK G



SAYI: İDR 2023-53

02.02.2023

KONU: Ahmet DEMİR'in Tez Çalışma İzni Hk.

T.C.  
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Ahmet DEMİR'in, "Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü" başlıklı tez çalışmasının uygulamalarını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize saygılarımla arz/rica ederim.

Dr. Alkan GÖRÜR  
Başhekim-Mesul Müdür





SAYI: İDR.2023-139  
KONU: Tez Çalışması Hk.

TARİH: 03.02.2023

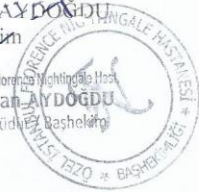
### İLGİLİ MAKAMA

Abide-i Hürriyet Caddesi No: 166 Şişli adresinde faaliyet gösteren kurumumuz Özel İstanbul Florence Nightingale Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi düşünülen "Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşındığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algılarına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını 35533495962 T.C. Kimlik numaralı Ahmet DEMİR'in kurumumuzda gerçekleştirilmesi uygundur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Dr. Serkan AYDOĞDU  
Başhekim

Özel İstanbul Florence Nightingale Hastanesi  
Dr. Serkan AYDOĞDU  
Mesul Müdür / Başhekim





T.C.  
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 62111416-605.99-23906

Konu : Ahmet DEMİR'in Tez Çalışma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Ahmet DEMİR'in "Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ötüm Kaygısının Tükenmişlik Algularına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü" başlıklı tez çalışmasının uygulamalarını Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğine bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Çavlan ÇİFTÇİ  
Rektör

Ek:

- 1 - Dilekçe (1 Sayfa)
- 2 - Ölçekler (4 Sayfa)
- 3 - Danışman (1 Sayfa)
- 4 - Etik kurul kararı (17 Sayfa)

Dağıtım:

AFİLİYE İSTANBUL FLORENCE  
NIGHTINGALE HASTANESİ ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ  
(BAŞHEKİMLİK)NE  
GAYRETTEPE FLORENCE NIGHTINGALE  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE  
KADIKÖY FLORENCE NIGHTINGALE  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE  
ATAŞEHİR FLORENCE NIGHTINGALE  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Doğrulama Kodu: 7046B2B4-A3CF-4EF0-9FEC-73278D11C670  
Büyükdere Cad. No:120/1 Esentepe-Şişli İSTANBUL  
0212 213 64 830212 217 16 26  
istanbulbilim@hs01.kep.tr  
KEP Adresi : [istanbulbilim@hs01.kep.tr](mailto:istanbulbilim@hs01.kep.tr)

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/dbu-ebys>

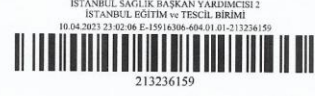
Bilgi için:Kadriye EREN  
Öğrenci İşleri Daire Başkan



## EK H



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-213236159  
Konu : Ahmet DEMİR'in Çalışması Hk

10.04.2023

## İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 07.03.2023 tarihli ve E-62111416-604.01.01-25152 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek lisans Programı öğrencilerinden Ahmet DEMİR'in "**Yoğun Bakım Çalışanlarının Taşıdığı Ölüm Kaygısının Tükenmişlik Algularına Etkisinde Başa Çıkma Tutumlarının Aracı Rolü**" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Bahse konu çalışma değerlendirilmiş olup tarafımıza sunulan uygun görüş yazısına istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından **04.04.2023 tarih ve 2023/05** sayılı kararınca onaylanmıştır.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D47E2D11-E485-41B7-810C-F89BD74535D9

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122  
Telefon No: 02126383000  
e-Posta: [ist.sagligingel@saglik.gov.tr](mailto:ist.sagligingel@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:  
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>  
Kep Adresi: [ism.34@hs01.kep.tr](mailto:ism.34@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Leyla ÇELİK  
Tıbbi Sekreter

Telefon No: 02126383399

