

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÖLÜM KAYGISI VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Nagihan MEŞELİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI**

İSTANBUL, 2020

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÖLÜM KAYGISI VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Nagihan MEŞELİ

174003154

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, 2020

ÖZET

Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplandı. Araştırma, Mayıs-Ekim 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildi. Uygulanan ankete, 174 kişi katıldı. Veri toplama araçları olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanıldı. Veriler; IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile analiz edildi, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, ortalama, standart sapma), normal dağılım gösteren niceliksel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ise Tukey HSD ve Tamhane T2 post hoc testleri kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla da Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, Continuity (Yates) düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanıldı. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren durumlarda Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen durumlarda ise Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmada, hemşirelerin ölüm kaygısının cinsiyet, medeni durum, ilaç kullanımı, sağlık durumu, ölüme tanık olma sıklığı, ölümlerden etkilenme durumlarına göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise cinsiyet, sağlık durumu, ölümlerden etkilenme durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Ayrıca eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça ölüm kaygısının azaldığı tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, Ölüm kaygısı, Sağlıklı yaşam davranışları, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEATH ANXIETY AND HEALTHY LIFE STYLE OF NURSES WHO WORKS IN THE CRITICAL CARE UNITS

This study was made to specify death anxiety and identify the effect of death concern on healthy life style where nurses work at an intensive care unit in training research hospital. Study data were collected with a survey method. The study was applied between May- October 2010 which is a training research hospital in İstanbul. 174 persons were joined to the Survey. Personal Information Form, The Scale II of Healthy Life Form Behaviour and The Death Anxiety Scale of Thorson-Powell were used to provide the data to be used at the study. The data were evaluated with IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM SPSS, Turkey) program and Shapiro Wilks Test which control suitability of normal distribution of variables. Not only descriptive statistical methods but also quantitative data evaluation were used while the study data were evaluated. These are Student-t Test and Mann-Whitney U Test. Student-t Test was used to show normal distribution of variables between two groups comparison. One - way analysis of variance (ANOVA) was used for between more than two groups which show data of normal distribution. Besides, Tukey HSD and Tamhane T2 post hoc were used for determining that the difference from which groups. Kruskal Wallis Test was used for between more than two groups which not show data of normal distribution. Besides, Mann Whitney U test with Bonferroni correction was used for determining that the difference from which groups. Chi-Square Test, Continuity (Yates) Correction and Fisher Exact Chi-Square Test were used for comparison of qualitative data. Evaluating the relationship between data will be used Pearson Correlation Analysis for normal distribution, Spearman Rho Correlation Analysis for non-normal distribution. Significance was evaluated at $p < 0.05$. In our study; the nurses who work at an intensive care unit in training research hospital is determined that show difference death anxiety according to gender, marital status, drug use, medical condition, frequency of witnesses to death, according to affected from death, on the other hand healthy life behaviour of them show difference gender, medical condition and affected from death. Besides, the nurses who work at an intensive care unit in training research hospital was observed that death concern increased healthy life behaviours.

Keywords: Intensive care, Death Anxiety, Healthy Life Behaviours, Nursing

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI'ya, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmama katılarak destek veren değerli meslektaşlarıma, hayatımın her anında maddi ve manevi varlığını hissettiğim, varlıklarına şükrettiğim aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

Nagihan MEŞELİ

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Nagihan MEŞELİ



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yoğun Bakım Üniteleri.....	3
2.1.1. Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi:	4
2.1.2. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi:	4
2.1.3. Kalp Ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi:	4
2.1.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi:.....	5
2.1.5. Genel Yoğun Bakım Ünitesi:	5
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakım Verilen Hasta Profili.....	5
2.3. Yoğun Bakım Hemşireliği.....	6
2.4. Yoğun Bakım Hemşireliğinin Amacı.....	9
2.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları	10
2.6. Ölüm Kavramı.....	11
2.6.1. Neokortikal Beyin Ölümü	13
2.6.2. Beyin Sapı Ölümü	13
2.6.3. Tüm Beyin Ölümü.....	14
2.7. Kaygı Kavramı	16
2.8. Ölüm Kaygısı Kavramı.....	17
2.8.1. Belirsizlik Korkusu.....	18
2.8.2. Bedeni Kaybetme ve Yok Olma Korkusu	18
2.8.3. Acı Duyma Korkusu	18
2.8.4. Yalnızlık Korkusu.....	18
2.8.5. Yakınlarını Kaybetme Korkusu.....	19
2.8.6. Denetimini Kaybetme Korkusu.....	19
2.8.7. Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu	19
2.8.8. Gerileme Korkusu.....	19
2.8.9. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu	19
2.9. Ölüm Kaygısının Fazla Olduğu Kişiler	21
2.9.1.Yaş	21

2.9.2. Cinsiyet	22
2.9.3. Medeni Durum	22
2.9.4. Eğitim Durumu	23
2.9.5. Fiziksel Hastalık	23
2.9.6. Ruhsal Hastalıklar	23
2.9.7. Çocuğun Varlığı / Sayısı	23
2.9.8. Yaşam Olayları.....	23
2.9.9. Kişilik Özellikleri.....	24
2.9.10. Ekonomik Düzey	25
2.9.11. Meslekler.....	25
2.10. Sağlıklı Yaşam	26
2.11. Sağlık Yaşam Biçimi	26
2.12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	26
2.13. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Veri Toplama Araçları.....	30
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.5.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	30
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	32
3.7. Verilerin Analizi	33
3.8. Araştırma Soruları	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	33
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	95
KAYNAKLAR	98
EKLER.....	107

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Güvenirlik Değerleri (N=174).....	35
Tablo 2. Çalıştığı Birimlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)	37
Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)	39
Tablo 4. Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)	41
Tablo 5. Medeni Durum Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)	43
Tablo 6. Eğitim düzeyine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 7. Deneyim Süresi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 8. Yoğun Bakım Deneyim Süresi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 9. Haftalık Çalışma Süresi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	51
Tablo 10. Çalışma Biçimi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 11. Baktığı Hasta Sayısı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 12. Ölümle İlgili Eğitim gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	57
Tablo 13. Ciddi Sağlık Sorunu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	58
Tablo 14. Kullandığı İlaç Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	59
Tablo 15. Sağlık Durumu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 16. : Birinci Derece Yakınını Kaybetme Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	64
Tablo 17. Ölümü Düşünme Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 18. Ölüm Tehlikesi Yaşama Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 19. Ünitelerde Ölümle Karşılaşma Durumu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 20. Ayda Ölümüne Tanık Olma Sıklığı Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	72
Tablo 21. Ünitelerde Ölümler Ne Hissettirmekte gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 22. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının korelasyonu	77

KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	: Varyans Analizi
ark	: Arkadaşları
EEG	: Elektroensefalogram
EKG	: Elektrokardiyografi
HSD	: Honestly Significant Difference
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KYBB	: Koroner Yoğun Bakım Birimi
m	: metre
m²	: metre kare
s.	: Sayfa
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SVB	: Santral Venöz Basınç
TPÖK	: Tharson Powel Ölüm Kaygısı
TPÖKÖ	: Tharson Powel Ölüm Kaygısı Ölçeği
TDK	: Türk Dil Kurumu
vb.	: ve benzeri
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
YL	: Yüksek Lisans

1. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri; yaşamsal fonksiyonların bir kısmının veya tümünün yitirilmesi ya da yetersizliğinin söz konusu olduğu, yaşamı tehdit edici durumların yaşandığı, daha ileri teknolojiler ile en iyi tedavi ve bakımın sağlandığı birimlerdir. Yerleşim biçimi özel olarak tasarlanmış olup, özel eğitilmiş bir ekip yaklaşımıyla çalışılan alanlardır (1, 2). Bu ünitelerde yaşam fonksiyonları ileri derecede bozulmuş olan veya bozulma riski taşıyan hastalar bulunduğundan dolayı ölümle daha fazla karşılaşmaktadır (1).

Yoğun Bakım Ekibi üyelerinden olan Hemşireler; bireyleri bedensel ve ruhsal açıdan ele alan, doğumundan ölümüne kadar sağlığın korunması için çabalayan ve yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen, sağlık ekibinin çok önemli parçasını oluşturur (3). Yoğun bakım hastalarının sağlığını en iyi duruma getirebilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için profesyonel rol ve sorumluluklar alabilmek; hemşirelik bakımının planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini sağlayabilmek ve sürdürebilmek yoğun bakım hemşireliğinin amacıdır (4). Yoğun bakım hastalarının kritik durumları ve ağır bakım gerektiren özellikleri nedeniyle, hemşirelerin diğer bölümlerde görev alan hemşirelere göre daha fazla tükendikleri ve ölüm kaygısı taşıdıkları gözlenmiştir (5).

İnsan yaşamı doğumla başlar ölümle sona erer (6). Ölüm evrensel bir olgu olup biyolojik fonksiyonların geri dönüşü olmaksızın işlevini kaybetmesidir, bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir (3, 7). Yoğun bakım ünitelerinde durumu kritik hastalar bulunduğu için hastaların tüm fiziksel ve beyinsel işlevlerinin sona ermesine yani ölüme çok sık rastlanır (7). Yoğun bakım hemşireleri ölüm ve ölmekte olan hastayla sürekli karşılaşmaktadır (8). Ölüme karşı kaygılanmakta ve bazen de ölümle yüzleşmekten kaçınmaktadırlar (9). Bu dünyadaki varlığının son bulacağı düşüncesi karşısında hissettikleri korku ölüm kaygısı olarak tanımlanabilir (9). Ölümü düşünmek insanları korkuttuğu ve kaygılandığı gibi, tam tersine yaşamı daha anlamlı hale getirip dolu dolu yaşanılmasını, yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanarak hayata da bağlayabilir (10). Ölümü kabullenmek ve bir gün her canlı gibi kendisinin de ölümle karşı karşıya geleceği düşüncesiyle bütünleşmek, bireye yaşamındaki deneyimlerinin zenginliğini ve bütünlüğünü veren psikolojik gerçeklerdendir (11).

Sağlık, insan yaşamında çok önemli bir yer tutar. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" (12). Sağlıklı yaşam biçimi ise, "İnsanların sağlığını etkileyen bütün davranışlarına dikkat etmesi, günlük hayatını sağlıklı davranışlarla şekillendirmesi ve düzenlemesidir" (13). Hemşireler bakmakla yükümlü olduğu hastalarının sağlıklı bir hayat sürmesi için bütün bilgi ve deneyimlerini ortaya koyarken aynı zamanda bir rol model de oluşturmalıdır (12, 14).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler; prognozu ağır hasta gruplarına sağlıklarına kavuşmaları için bütün bilgi, beceri ve deneyimlerini ortaya koyarak verdikleri hizmete rağmen, hastalarının sağlıklarına kavuşamayıp ölmeleri sonucu ölüm kaygısını yoğun hissedebilir. Bu ölüm kaygısı sonucu kendi sağlıklarından endişe duyarak, sağlıklı yaşamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için günlük hayatlarında daha dikkatli davranışlar sergileyebilmektedirler.

Literatürde "yoğun bakım hemşirelerinde ölüm kaygısına ilişkin" çalışmalara rastlanmaktadır (9, 15), ancak "yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları" konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu doğrultuda, bu araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım üniteleri; yaşamsal fonksiyonların bir kısmının veya tümünün yitirilmesi ya da yetersizliğinin söz konusu olduğu, yaşamı tehdit edici durumların yaşandığı, daha ileri teknolojiler ile en iyi tedavi ve bakımın sağlandığı birimlerdir. Yerleşim biçimi özel olarak tasarlanmış olup, özel eğitilmiş bir ekip yaklaşımıyla günün 24 saati, haftanın yedi günü ve yılın 365 günü sürekli ve aynı standartta hasta bakımı verilen alanlardır (1, 2).

Bu ünitelerde; fiziksel durumu ağır, yaşamı tehdit altında olan en ciddi tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara yarar sağlamak amacıyla mümkün olan en ileri teknolojik araç ve gereçleri kullanarak kanıt temelli bakım yapabilen multidisipliner bir ekip yaklaşımı hakimdir. Bu ekip içinde sürekli olarak hastanın yanında olan yoğun bakım hemşirelerinin yetkin olması oldukça önemlidir. (1, 2, 16, 17, 18).

Koroner bakım, yoğun bakım, özel bakım, travma veya hemşirelik bakım ünitesi olarak farklı birimlerden oluşan yoğun bakım üniteleri genel görünümü ve atmosferi itibarıyla çok stresli, iş baskısının yoğun olduğu birimlerdir ancak uygulanan yaşam sonu bakım ile kritik dönemdeki hastaların yaşama geri döndürülmesi, acılarının azaltılması ya da tamamen yok edilmesi, hasta ve ailesinin desteklenmesi için yapılan uygulamalarla kaliteli bir ölüm sağlayabilir (1, 19).

Yoğun bakım üniteleri hastane trafiğinden uzak, acil servis, ameliyathane, laboratuvarlar, radyoloji üniteleri ve asansörlere yakın olmalıdır. Her ne kadar ihtiyaca göre yatak sayısı belirlense de genellikle hastane yataklarının %5-10'unu oluşturmaktadır. İdeal yatak sayısı 8-12 olmalıdır. Yatak başına 40 m² alan ayrılmalıdır. Bu alanın yarısı hasta için, diğer yarısı da diğer birimler (depolar vb.) için ayrılmalıdır. Yoğun bakım üniteleri açık koğuş sistemi (hastaların ayrı bölümlerde izlenmediği sistem), ayrı izole odalar (her hastanın ayrı bir bölümde izlendiği sistem) veya modüler tarzda (her iki sistemin birlikte uygulandığı, diğer bir deyişle bir bölüme birden fazla hastanın yatırıldığı sistem) şeklinde olabilir. İzole odaların 25 m² olarak planlanması uygundur. Açık koğuş sisteminde yataklar arası 2,5 m mesafe bulunmalıdır (20).

Yoğun bakım üniteleri dahiliye, çocuk yoğun bakım, koroner gibi hastalık gruplarına göre ayrı ayrı veya tüm kritik hastaların yatırılabilirdiği genel yoğun bakım

şeklinde yapılandırılabilir ve yoğun bakım ünitelerinin mümkün olduğunca birbirine yakın yapılandırılması işleyiş için oldukça önemlidir (20).

2.1.1. Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi:

Yeni doğan dönemi insan yaşamının en hassas ve dinamik evresidir. Ulusal ve uluslararası tüm istatistiki verilerden anlaşılacağı gibi yenidoğan dönemi yaşamın en hassas dönemi olup, mortalite ve morbidite yaşamın daha sonraki evrelerine göre daha yüksek oranda görülmektedir. Yüksek riskli yenidoğan bebeğin bakımı yeni doğan bakım ünitelerinde neonatoloji ve pediatri uzmanı, yeni doğan hemşireleri tarafından yapılmalıdır. Doğum odası ve yeni doğan yoğun bakım ünitesinde alt yapı ve teknik donanımlar tam olmalı ayrıca pediatrinin tüm alt branşları tarafından destek verilmelidir. (21)

2.1.2. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi:

Koroner Yoğun Bakım Birimi (KYBB), genellikle birden ortaya çıkan ve herhangi bir tedavi/ işlem yapılmazsa hastanın yaşamını yitirmesine yol açacak kritik kalp hastalıklarının yakından izlenmesi ve ek olarak katlarda yatan ritim problemi olan hastaların takibi amacıyla düzenlenmiş bir bölümdür. Bu birime yatması gereken hastalar; kalp kasını besleyen damarlardan birinin bir pıhtı ile tıkanması sonucunda ortaya çıkan kalp krizi geçirmekte olan kişiler, kalp yetersizliği bulguları olanlar, kalp ritminde ani bozulmaları olan hastalardır. KYBB 'nin uygulamaya girdiği 1960'lı yıllardan önce kalp krizinden erken dönemde yitirilenlerin oranı %30'lara ulaşmakta idi. Kalp krizi geçirmekte olan hastalar bu birimlerde izlenmeye başladıktan sonra bu oran %15'lere düşmüştür. Bu birime yatırılan hastaların durumlarında her an değişiklik görülebilme olasılığı olduğundan dolayı zaman kaybetmeden tedavilerinin uygulanması ve takibe alınması gerekmektedir (22, 23).

2.1.3. Kalp Ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi:

Bu ünite açık kalp ameliyatı ya da büyük damar ameliyatı geçirmiş hastaların, yüksek teknoloji ve donanımlar ile uzman kardiyologlar, invaziv kardiyologlar, literatüre yeni cerrahi teknikler katan kalp cerrahları, damar cerrahları, kardiyak anestezi uzmanları, radyologlar, girişimsel radyologlar, nükleer tıp uzmanları, kardiyak yoğun bakım uzmanları ve hemşireleri, eko-kardiyografi uzmanlarından oluşan donanımlı bir ekip ile takibinin ve tedavisinin yapıldığı bölümlerdir (22).

2.1.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi:

Çocuk metabolizması yetişkinlere göre farklı olup, çocukluk döneminde görülen hastalıklar ve tedavileri yetişkinlerden farklıdır ve bireyin geleceği için oldukça önemli uygulamalardır (24).

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde monitörler, diyaliz cihazları gibi teknolojik alt yapılar ile hastalara gerekli laboratuvar testleri ve tetkikler uygulanarak alanında uzmanlaşmış eğitilmiş personeller hastaların kabulünü, takibini, tedavisini ve bakımını yapmaktadır. Bu üniteler sayesinde ciddi hastalığı olan veya yaralanmış çocukların sağ kalım oranları giderek artmaktadır (22, 25).

2.1.5. Genel Yoğun Bakım Ünitesi:

Politravma, ağır nörolojik hastalar, karaciğer ve akciğer hastalıkları, zehirlenmeler, ameliyatlardan sonrası bakım, organ yetmezlikleri gibi yeni doğan dışındaki tüm yaş grubundan kritik hastaların, gerekli teknolojik araç ve gereçlerle tedavi ve bakımının yapıldığı ünitelerdir (22).

2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakım Verilen Hasta Profili

Bu ünitelerde hasta profilini, yaşamla ölüm arasındaki çizgide farklı hastalıkları olan, yaşam fonksiyonları ileri derecede bozulmuş olan veya bozulma riski taşıyan, ameliyat sonrası veya travma nedeni ile hemodinamisi bozulmuş, koma, şok, ve çeşitli destekleyici aletlere gereksinimi olan, korunma reflekslerinden yoksun riskli hastalar oluşturur (1, 26).

YBÜ'leri daha sık invaziv girişimlerin uygulandığı, mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu birimlerdir ve yaşamı tehdit edici, karmaşık, ciddi problemleri olan hastalar olduğu için ölümle sık karşılaşılacak birimlerdir (2, 27).

Yapılan araştırmalarda; Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 2,5 milyon insan öldüğü, bu insanların %60'ından fazlasının ölümünün hastanede gerçekleştiği ve hastanede ölen hastaların da yaklaşık yarısının yatışını izleyen üç gün içerisinde bir yoğun bakım ünitesinde öldükleri belirtilmiştir. Ülkemizde Özkan ve Şahinoğlu'nun (2009) çalışmasında bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakımında bir yıllık mortalite oranı %46 olarak saptanmıştır (1, 28).

YBÜ’nde kalan hastalarda yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, hareket kısıtlılığı, yatağa bağımlı olma, yakınlarını görememe korkusu, sık tekrarlanan ağrılı durumlar, yapılan işlemler hakkında az bilgilendirilme ve ölüm kaygısı gibi durumlar hastaları psikolojik olarak etkilemekte ve bu durumdan dolayı hastalarda duygusal değişiklikler ortaya çıkmaktadır (27, 29).

Bu değişikliklerden hastanın etkilenme oranını tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklar oluşturur (2).

Bu duygusal değişikliklerin neticesinde hastalarda; anksiyete, psikolojik olarak güçsüzlük, ümitsizlik, spiritüel distres, uyku yoksunluğu gibi belirtiler görülebilir (2, 29).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda; yoğun bakım ünitelerinde uzun süre kalmaktan, hastalık durumlarından dolayı algılama yeteneklerinde ve duyularında önemli değişiklikler olabilir. Bunun yanında uzun süre yoğun bakımda bulunan hastalarda akut beyin sendromu olarak da bilinen psikolojik karışıklık durumu olan yoğun bakım sendromu sık olarak görülmektedir. Hastanın yer, zaman oryantasyonu, mantık, yönelme, uyaran alma süreçleri ya da konsantrasyonu sürdürme yeteneğinde problemler yaşanabilir. Sendromun görülme olasılığı ve süresi yoğun bakımın türüne, hastalığın risk durumuna, gelişimine ve sürecine, hastanın kişilik yapısına, yaşına, çevresel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Kesin olarak bilinmemekle birlikte hastalığın görülme sıklığı %7 ile %77 arasında değişmektedir (2, 30).

2.3. Yoğun Bakım Hemşireliği

Hemşirelik mesleği çalışma ortamında var olan birçok stresör ve yoğun iş yükünün de hem hemşirenin iş doyumunda azalmaya yol açan hem de çalışanın özel hayatında ruhsal, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkileyebilecek bir meslek grubudur (16).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO); hemşirelerin çalışma ortamındaki başlıca stresörleri şu şekilde sıralamıştır: yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma (16). Tüm bu stresörlerin yanında yoğun bakım

hemşireliği bunlara ek olarak daha kritik hastalara bakım verildiği için ölüm oranının daha fazla olduğu birimlerdir ve bu sebeple yoğun bakım hemşireleri ölmekte olan bireyin en yakınında bulunan personel olarak hasta ile doğrudan iletişim kurmaktadır (1, 16). Ayrıca hastanın bakımında diğer sağlık personellerine oranla da hastayla daha fazla vakit geçirerek ölüm sürecine daha yakından tanıklık etmektedir (1).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses=ICN); hemşirelerin iş sağlığını olumsuz çalışma ortamının, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olmasının, iş yükünün artması durumunda hastaya ayrılan zamanın azalmasının ve buna bağlı olarak yorgunluk, dikkatsizlik gibi sonuçlara yol açarak hasta güvenliğinin etkilendiğini söylemektedir. Tüm bunlara ek olarak yoğun bakım ünitelerinin yoğunluğu ve psikolojik olarak etkilerini düşünerek bir yoğun bakım hemşiresinin deneyimli ve yetkin bir şekilde hizmet verebilmesi için uzun ve yorucu bir süreç geçirmesi ayrıca gerekli eğitimler ve psikolojik desteklerle güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Yoğun bakımlardaki hemşireler zamanlarının büyük kısmını hasta bakımı dışındaki birçok işlerden sorumlu olarak harcamaktadır ve halihazırda psikolojik ve mesleki olarak ağır olan iş yükü daha da artmaktadır. Tüm bu sebeplerle yapılan araştırmaya göre yoğun bakım hemşirelerinin diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik sendromu yaşadıkları görülmüştür (16, 26).

İş doyumu sağlıklı bir çalışma ortamının sonucudur ve tüm Dünya’ da hemşire iş gücündeki azalmanın en önemli nedeninin sağlıksız iş ortamları olduğu belirtilmiştir. Birçok durumda hemşirelerin sıkıntılarının yoğun bakım üniteleri gibi özel birimlerde yoğunlaştığı görülmüştür. Hemşirelerin genel ve yoğun bakım alanlarında çalışmaya teşvik edilebilmesi için sağlıklı çalışma ortamları oluşturmak oldukça önemlidir (16).

Yoğun Bakım Ekibi üyelerinden olan Hemşireler; bireyleri bedensel ve ruhsal açıdan ele alan, doğumundan ölümüne kadar sağlığın korunması için çabalayan ve yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen, sağlık ekibinin çok önemli parçasını oluşturur (3). Yoğun bakım hemşireleri; hasta ve ailesi ile terapötik iletişim kurarak, karmaşık hasta bakım gereksinimlerini yapabilecek sorumluluğa sahip, ortaya çıkan sorunlarda hemşirelik yöntemi ile olumlu davranış sergileyerek sorun çözme becerisine sahip olmalıdır (1, 2, 18). Yoğun bakım ünitelerinde hemşirenin hasta bakımında iş gücünün niteliği, bakımın kalitesi için önemlidir (26).

Yoğun Bakım Hemşiresi; hastaların tanılanması, koruyucu ve rehabilite edici girişimler ile hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik olarak güçlenmesini sağlamak adına rehber olmalıdır. (2, 18) Hemşirelerin yoğun bakım sürecindeki hastaya ve ailesine rehberlik edebilmesi için gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmaları, hastaya gerekli psikososyal destek sağlayabilmesi için kendi duygularını tanıması gereklidir (1, 18).

Hemşirelerin; hızlı veya acil karar verme sorumluluğu, hastaya birebir bakım vermelerinin yarattığı psikolojik durum, ölüm oranının fazlalığı, iş yükü fazlalığı, yetersiz fiziki koşullar, hareketlilik ve gürültünün fazla olması gibi fazla uyarıcı çevre koşulları gibi stresörler psikolojik ve fiziksel açıdan zorlanmasına, stres yükü yaşanmasına neden olur (16, 31).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde diğer serviste çalışan hemşirelere oranla kronik stres ve yorgunluğun görülme sıklığı daha fazladır. Buna bağlı olarak gerginlik, uyku sorunları, anksiyete, depresyon, iş veriminde ve doyumunda azalma, özel hayatındaki ilişkilerde sorunlar ve iletişim sorunları gibi problemler yaşanmaktadır. Bu sorunların ortaya çıkmasında özellikle yoğun bakım ünitelerinin izole bir ortam olması, ölüm oranının yüksek olması, prognozu ağır terminal dönemdeki hastalar ile çalışılması ve iş yoğunluğunun fazla olması etkilidir (5, 16, 31).

Tüm bunlardan dolayı yoğun bakım hemşirelerinde diğer servislerde çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik durumunun yaşandığı görülmüştür. Tükenmişlik durumunun seviyesini ise mesleğini severek yapma, özel hayatı, öğrenim durumu, ekip içi iletişim, çalışma saatleri ve nöbetler gibi etkenlerin belirlediğini ve kişiden kişiye değiştiğini yapılan araştırmalar göstermiştir (5, 31).

Yoğun bakım ünitelerinin özel yapısı nedeniyle bu ünitelerde çalışan hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre, daha uzun süre hastane yatışı deneyimleyerek kritik durumdaki hastaları izledikleri için ölümlerle daha sık karşılaşmaktadırlar (1, 31).

Bu ünitelerde ölüm sürecindeki hastaların bakımından hemşireler sorumlu olduğu için ölmekte olan hasta birey ile en yakın temas ve iletişim halinde olan sağlık personelleridir ve ölüm sürecindeki hastayı da daha yakından izlemektedir (1).

Ölmekte olan hastanın bakımını üstlenen hemşireler; hastanın bakımında ve ailesi ile iletişimde önemli rol üstlendiğinden hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, öfke, suçluluk,

depresyon ve çaresizlik yaşayabilirler. Ayrıca bakım verilen hastanın kaybı ile başarısızlık duygusuna ya da ölüm kaygısına kapılabilirler. Bu sebeple hemşirelerin ölüme dair tutumlarının belirlenmesi ve buna etki eden faktörlerin belirlenerek hemşirelerin psikolojik olarak desteklenmesi oldukça önemlidir (1, 32).

2.4. Yoğun Bakım Hemşireliğinin Amacı

Yoğun bakım hastalarının sağlığını en iyi duruma getirebilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için profesyonel rol ve sorumluluklar alabilmek; hemşirelik bakımının planlanmasını, uygulanmasını, değerlendirilmesini sağlayabilmek ve sürdürebilmek, bakım ihtiyaçlarının karşılanması, hasta ve yakınlarının eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve belirlenmesi ve tüm koruyucu iyileştirici rehabilite edici girişimleri uygulamak yoğun bakım hemşireliğinin amacıdır (4, 31).

Yoğun bakım ünitelerinin vazgeçilmez bir parçası olan hemşirelerin hızlı ve yoğun tempoda çalışarak; hastaların yakın izlemi, komplikasyonların erken dönemde tanınması ve ekiple işbirliği yapma gibi özel amaçları ve becerileri olmalıdır (26, 31).

Yoğun bakım hemşireleri; hastalar, aileleri ve çevre arasındaki iletişimi güçlendirmeye yardım eder. Hemşirelik bakımında önemli değerlerden olan iletişim sayesinde bakım verilen bireye ulaşmak, anlamaya çalışmak, ilgilenmek, güvenmek oldukça önemlidir ve hemşirelik bakımında en önemli unsurlardır. Bu sebeple hemşirelerin iyi derecede iletişim yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer servislerde çalışan hemşirelere göre hastaları ile ilişkilerinde yaklaşım becerileri ve iletişim yetenekleri çok daha fazla önemlidir (27).

Yoğun Bakım Ünitelerinde Sunulan Hemşirelik Aktiviteleri:

1. Yirmi dört saat devam eden hemşirelik aktiviteleri:

Kan alma, ısı ölçümü, monitör ve ventilatör izlemi, santral venöz basınç (SVB) ölçümü, aldığı-çıkardığı sıvı takibi

2. Belli zaman aralıklarıyla uygulanan hemşirelik aktiviteleri:

Elektrokardiyografi (EKG) çekilmesi, röntgen çekilmesine yardım, fizik muayene, nöbet teslimi

3. Gerekli olduğu durumlarda uygulanan hemşirelik aktiviteleri:

İntravenöz sıvı, ilaç verilmesi, kan transfüzyonu, büret, perfüzör yoluyla ilaç verilmesi, nazogastrik sublingual, oral diğer yolla ilaçların verilmesi, endotrakeal tüp aspirasyonu, soğuk uygulama

4. Yirmi dört saatte yalnızca bir kez uygulanan hemşirelik aktiviteleri:

Hasta kabulü, ekstübasyon, ağız bakımı, yatak banyosu, yatak takımlarının değiştirilmesi, varis çorabı giydirme, pansuman değişimi

5. Süresi belirlenemeyen hemşirelik aktiviteleri:

Ameliyat sonrası erken dönemde hastaya açıklama yapılması, ekstübasyon öncesi ventilatör desteğinin azaltılması sırasında ve ekstübasyondan sonra hastaya etkili solunum yapması ve uyanık kalması için uyarıda bulunma, kapalı göğüs drenaj tüplerinin sağlanması, hipotansiyon durumunda yatağın pozisyonunun ayarlanması

6. Gece vardiyasına özgü hemşirelik aktiviteleri:

Yatak banyosu, yatak takımlarının değiştirilmesi, varis çorabı giydirme, pansuman değişimi, soğuk uygulama

7. İki hemşire gerektiren uygulamalar:

Hasta kabulü, endotrakeal tüp aspirasyonu, ekstübasyon (iki hemşire veya hekimle birlikte), yatak takımlarının değiştirilmesi (33).

2.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları

Yoğun bakım hemşireleri; yoğun bakım ünitelerinin özel yapısı nedeniyle hastanede ki diğer sağlık personellerine göre ölüm ve ölmekte olan hastayla sürekli ve daha sık karşılaşmaktadır (8, 31).

Yoğun bakım hastalarının kritik durumları ve ağır bakım gerektiren özellikleri nedeniyle, hemşirelerin diğer bölümlerde görev alan hemşirelere göre daha fazla tükendikleri ve ölüm kaygısı taşıdıkları gözlenmiştir (5).

Bu ünitelerde yaşamı tehdit edici yüksek risk taşıyan, karmaşık ve ciddi sorunları olan hastalar yattığı için ölümle sık olarak karşılaşmaktadır ve personeller ölüme karşı kaygılanmakta ve bazen de ölümle yüzleşmekten kaçınmaktadırlar (1, 9).

Hemşireler çalışma ortamından kaynaklanan birçok olumsuz faktör nedeni ile olumsuz etkilenebilmektedir (26). Ölüm kaygısının yanında ölüm sürecindeki bir hastasına ve ailesine bakım veren hemşire inkar, öfke, keder, suçluluk, vicdani sorumluluk, başarısızlık korkusu, ümitsizlik, depresyon gibi birçok duyguyu yaşayabilir. Hemşirelerin bu dönemde sağlıklı hizmet verebilmesi için kendi duygularından, bilgi ve becerilerinden emin olmalıdır. Hemşirelerin ölüme ilişkin olumlu yaklaşımları deneyimler ve psikolojik desteklerle güçlendirilmelidir. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin vermeyenlere göre ölüme karşı daha fazla olumlu tutum gösterdikleri belirtilmiştir (1).

Hemşireler, ölmekte olan hastanın yanında kendileri de farkında olmadan ölüm kaygısı duyabiliyor ve çoğu zaman hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını fark etmede zorlanarak verilen bakımın kalitesinde düşüş yaşanmasına sebep olabiliyorlar. Hemşirenin ölmekte olan hastaya karşı tutumlarını desteklemenin hiçbir teknik zorluğu yoktur ancak insancıl zorluğu vardır (32). Her ne kadar yeterli bilgi donanımına sahip olsa da insani olarak ölüm karşısında keder ve kaygı duyulabilir. Bu sebeple gerek eğitim döneminde gerekse çalışma hayatında ölüm ile karşı karşıya kalan hemşireler için kendi ölüm kaygıları ile nasıl baş edeceklerine ve bu durumun farkına vararak hastaya nasıl yardım edebileceklerine dair eğitim verilmelidir (32).

2.6. Ölüm Kavramı

İnsan hayatı anne karnına düşerek doğum olayı gerçekleşmesi ile başlar; fiziksel, duygusal, zihinsel ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişir, şekil alır, sürdürülür ve açıklanması karmaşık bir biyolojik sistem çökmesi olan ölümle son bulur (6, 9, 19, 34).

Ölüm; yaşayan bütün canlıların kaçınılmaz sonu olan evrensel bir olay olup, literatüre göre canlı organizmaların kendilerini yenileyememesi, hayati olan organların bir ya da daha fazlasının işlevlerini yerine getiremez duruma gelmesi ile canlıların psikolojik ve fiziksel anlamdaki bitiş evresi yani yaşamlarının tam ve kesin bir şekilde sona ermesidir (1, 6, 9, 16, 19, 35).

Türk Dil Kurumu (TDK) Biyoloji Terimleri Sözlüğüne göre ölüm; “canlılarda yeniden başlamamak üzere bütün hayati organların son bulması” olarak tanımlanırken Büyük Türkçe Sözlükte bu tanım; “bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, edebi uyku” olarak tanımlanmaktadır (9, 35, 36).

Amerikan Tıp Derneği'ne göre ölüm tanımı ise; “ fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerini geriye dönüşümsüz durması” olarak tanımlanmaktadır (9).

Olumlu ve güzel olan duygu ve düşünceler çoğunlukla başlangıçlarda olurken, bitişler ise hep bir üzüntü ve keder içermektedir. Hayatın bitişini açıklayıcı ölüm, yaşamın olmazsa olmazlığını, hayatın tehdidini ve sınırlarını oluşturan kaçınılmaz bir olgudur. Bu taraflarıyla bilinmezlik endişesi, anksiyete hatta depresyona sebep olabilen, insanların hem kaçıp hem ilgi duyduğu ve açıklamaya çalıştığı karmaşık bir kavramdır. Ölüm; varlığı ortadan tamamen kaldırması, ölen kişinin kaybı ve kaybın arkasından gelen üzüntünün ağırlığı sebebiyle insanoğlu ölüme karşı kaçınma ve yok saymış gibi etkisi olmayan tepkiler vermektedirler. Halbuki bu olgu bir zincirin halkası gibi olan hayatın, doğum ve yaşlılık kadar içindedir ve zincirin son halkasıdır (34).

Farklı kültürlerin, toplumların, disiplinlerin, dinlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların ve geleneklerin ölüme yükledikleri anlamlar aynı değildir ve bu sebeple verilen tepkiler ve tutumlarda değişiklik gösterir. Fakat ortak bir nokta vardır ki bu da canlıların kendilerini yenileme yeteneklerini kaybetmesi ve hayati organlardan biri ya da birden fazlasının tümüyle işlevini kaybedip, en temel gerçeklik ve kaçınılmazlık olan hayatın son bulmasıdır (9, 10, 16, 34, 37).

Ölümle yüklenen farklı değerler, tutumlar ve anlamlar yıllar boyunca süren yaşam tarzımızdan da etkilenir ve ölüm önemli olduğu kadar nerede, nasıl ve ne şekilde olduğu da yaşama tarzımıza göre şekillenir. Fakat yaşam tarzımız nasıl olursa olsun yaşamın bütün adımları ölüme doğru istemli ya da istemsiz bir şekilde gider (10, 34).

Ölümün açıklanması çok karmaşık olan bir biyolojik sistem çökmesi olup bu sistem yaşlanma, klinik ölüm ve beyin ölümü gibi bir dizi biyolojik olayların gerçekleşmesiyle olur. Bu sebeple ölümü açıklamak güçtür ve ölüm canlı veya cansız neyin ölümü olursa olsun anlık bir olgu olmayıp kısa veya uzun bir zaman diliminde gerçekleşir (9, 19). Ölüm konusunda tek ve belirli bir görüş yoktur ve tarih boyunca insanların düşünce sisteminin gelişmesine uyarak farklı görünüm almıştır. Mantık her zaman ölümden kaçılmayacağını bilse de genelde insanlar bunu kabul etmek istemezler (9). Ancak insanlar bilim, tıp ve teknolojik gelişmeler ve bu alanlardaki

zekalarıyla ölümü erteleyebilmiş, ağrıları yok edebilmiş, ölümü rasyonalize edebilmiş, doğal varlığını yadsıyabilmiş ancak ondan asla kaçamamıştır (10).

19. yüzyıla ulaşıncaya denk ölümle ilgili bilimsel bir açıklamaya rastlanmamıştır. İlk defa Fransız bilim insanı Emanuele Fadere somatik ölüm, diğer bir adıyla vücut ölümünün tanımını yapmıştır.

Somatik ölüm; merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım aktivitelerinin yani temel vücut fonksiyonlarının irreversible kaybıdır (6, 19).

Biyolojik ölüm; kalp atımının olmadığı belirlendiğinde ölümün gerçekleştiği kabul edilerek, kalp atımının olmadığı ve kalp seslerinin alınmadığı saati, kişinin ölüm saati olarak belirlemek geleneksel bir durum olarak devam ettirilir. Fakat 1950'lilerin sonlarından bu tarafa kullanılan yapay solunum uygulaması, organ nakli, yoğun bakım ünitelerindeki gelişmeler yani kısaca tıp teknolojisindeki gelişmeler, geleneksel yapının değişmesine sebep olmuş ölümün anlık bir durum değil bir süreç sonunda olduğu bilgisi kesinleşmiştir. Geri dönüşü olmayacak şekilde solunum durmasına ya da solunumla destek verilmediğinde oksijen yetmezliğine bağlı olarak dakikalar içinde ölüm meydana gelir. Fakat yapay solunum sayesinde asla kaçışı olmayan ölüm ertelenebilir. Bu koşullarda yaşatılan birine etrafındaki cihazlar yaşam göstergesi haline gelir. Böylelikle 1960'larda ortaya çıkan günümüzde önemi daha iyi kavranan beyin ölümü kavramı önem kazanır (9, 19).

Günümüzde beyin ölümü, ölümün tespit etmekte daha çok kullanılır hale gelmiştir. Beyin ölümü üçe ayrılır. Bunlar; neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümüdür.

2.6.1. Neokortikal Beyin Ölümü

Serebral korteksin işlevini tamamen kaybetmesi ile canlı bir varlığı, canlı bir insanı ortaya koyan her şey ortadan kalkmıştır. Böylece solunum spontandır , vücut ısısı ve kan basıncı normaldir. Ancak kişisel işlevleri yapabilmek için gereken şartları sağlayamayan bireyler beyin ölümü savunucuları tarafından ölü sayılabilirler (9).

2.6.2. Beyin Sapı Ölümü

Beyin sapının ölmesiyle gerçek ölüm gerçekleşir. Beyin sapının fonksiyonu; dolaşım, solunum, beden ısısı ve kan basıncı gibi otomatik işlevleri ve bilinci denetleyip

aynı temada düzenlemektir. Beynin daha üst kısmında EEG ile ölçülen elektriksel aktiviteler olsa da, beyin sapı öldüğünde kalp durur ve dolaşım yetmezliği meydana gelecek tüm beyin ölümü meydana gelir (9).

2.6.3. Tüm Beyin Ölümü

Beynin bütün aktivitesini geri dönüşü olmaksızın kaybetmesi, bireyin fiziksel ve zihinsel tüm fonksiyonlarını tamamıyla yitirmesidir ki bu olayın geri dönüşü yoktur. Kap ve solunum işlevlerinin tümünün yitirilmesiyle bütün beyin aktivitesi dakikalar içinde bozulur. Böylelikle insan ölümünün gerçek kesiti olarak beyin ölümü kabul edilir (9).

Özellikle beyin ölümü klinik olarak beynin geri dönüşü olmayan kaybıdır ve beyin ölümünün en önemli ölçütü beyin sapının fonksiyonlarını kaybetmesidir. Eğer bir bireyde beyin sapı ölümü meydana gelmiş ise bütün tedavilere ve yapay solunumlara rağmen kişinin kalp atımları bir ila iki hafta içerisinde kesinlikle durur (19).

Ölüm insanların yaşayacağı en belirleyici, en son, en keskin ve en kaçınılmaz gerçektir (9). Ölüm yerine beyin ölümü teriminin kullanılması anlam karmaşasına yol açmaktadır. Beyin ölümü denildiğinde hastanın değil hastanın beyninin öldüğü düşünülmektedir ve bu da belirsizliklere yol açmaktadır. Beyin ölümü gerçekleşen bireye yaşam desteği uygulamaları son verilmesiyle birey ölmektedir. Bu durumda kişinin önce beyni sonra kendisi öldüğü için iki defa ölmek gibi ilginç bir durumu ortaya çıkarmaktadır (9, 37).

Psikolojik ve sosyal ölümden sınırlar çok net değildir. Zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesi psikolojik ölüm olarak tanımlanırken sosyal ölüm ise kişinin bilinci yerinde olmadığı halde tıbbın yardımıyla kişisel fonksiyonlarını yerine getirip, diğer kişilerle etkileşim kurma fonksiyonlarını yani sosyal fonksiyonlarını yerine getirememesi olarak tanımlanır (9, 19).

Fiziksel ve sosyal ölüm arasında psikolojik sonuçlar açısından değişiklik vardır. Ölen kişi sadece fiziksel ölümü yaşarken, etrafındakiler hayatını kaybeden kişi ile ilgili olarak sosyal ölümü yaşar. Aynı zamanda nörodejeneratif bir rahatsızlığa sahip olan kişiler, önce sosyal var oluşlarını zamanla yitirir. Bu sebeple ölüm yalnızca fiziksel olarak değil psikolojik ve sosyal olarak da yaşanan bir deneyimdir (9).

Ölüm üzerinde yapılan çalışmalar felsefi düşüncelerden kaynak almıştır. Varoluşçu Psikoloji Ölümü, insanların yaşadığı büyük bir ikilem olarak açıklanmaktadır. Bu görüşe göre insanlar isterse ölümü seçer ama istemese de ölümü yaşar. Bu yaklaşımın içeriğine göre ölüm, yaşamak zorunda olan ancak varoluşun çözemediği, yaşamın manası içinde gizli olduğu düşünülen çok beyaz bir sırdır (37).

Ölüm fikrinin hayata olumlu katkılarda bulunduğunu söylemek kolay olmasa da ölüm fikri olmayan bir hayat anlamından fazla anlamlar kaybedecektir. Sığıltan, katılıktan, bencillikten daha farklı, daha canlı yaşayabilmesi için insan ölümlü olduğunun farkında olması gerekir (37). Fakat günlük yaşam yoğunluğu içinde ölüm unutulur. Hayatımızdaki en kesin şey her canlının bir gün öleceğidir (19).

İnsanların ruh sağlığını tam anlamıyla kazanabilmesi ölümü tamamen kabullenmesi ile olur (10). İnsanların kendi ölümüyle karşılaşması, ölüme karşı cesaretli olması, kabullenmesi ve hayatıyla bütünleşmesi gibi olgular hayat zenginliğinin ve bütünlüğünü veren psikolojik süreçlerdir (37).

Yaptığımız davranışları ölüm etkiler (9). Günümüz modern hayatında, hayatın son bulması, mücadele edilmesi gereken her bir hastalık veya alışması şart olan bir engel olarak düşünülmektedir. İnsanlar karşılaşmak istemedikleri, uzak durmak istedikleri ölümü hastanelere, özellikle yoğun bakım ünitelerine, taşımakta aynı zamanda mezarlıkları şehrin dışına çıkarmaktadırlar. Böylelikle sağlık çalışanları ölümle daha fazla karşılaşmakta zorunda kalırlar. Fakat sağlık çalışanları da diğer insanlar gibi ölüme karşı endişe duyar ve ölümle karşılaşmak istemezler (9, 35).

İnsanlar ölümle karşılaştıklarında sergiledikleri tavır emosyonel yeteneklerine bağlı olarak şekillenir. Bu şekillenmeyi dini inançlar, etnik yapı ve toplum yapısı belirler (19). Bu şekillenmeye bağlı olarak bireyler arasında ölüme karşı hissedilen duygular çeşitlilik gösterir, ancak evrensel olarak ortak yaşanan duygu korkudur. Çünkü ölümle beraber gelen bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarını kaybetme, bedenini ve kontrolünü kaybetme, kimliğin sonlanması ve acıyı hissetme gibi faktörler korkuyu doğurur (9).

Kübler - Ross, insanların ölüme karşı hissettiği beş duyguyu aşamalı bir şekilde açıklamaya çalışmıştır. Bu duygular inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Yaptığı bir çalışmada ölmek üzere olan hastalarda kendi ölümleri hakkında görüşmeler yapmıştır. 200 hastanın sadece dördü görüşmeyi reddetmiştir, diğerleri kendi ölümleriyle

ilgili görüşmeye katılmaya gönüllü olmuştur. Kübler - Ross bu çalışmayı gerçekleştirirken hastaların kendi ölümleriyle ilgili konulara cesaretle yaklaştığını fakat hastane yönetimi ve psikiyatristlerin durumu çok eleştirdiğini hatta kendisine tavrı aldıklarını görmüştür. Kübler - Ross'un yaptığı bu çalışma günümüzde ölümle ilgili olan konulara yardımcı olmuştur (30).

Ölüm, yaş dönemlerine göre farklılık göstermiştir. Büyüme dönemindeki çocuk için ölüm gerileme anlamına gelir. Çocuklar ölümü tanımaktan kaçarlar ve susarak tepki verirler. Yaşlı bireylerin genellikle ölüm sırasında birinci sırada oldukları düşünülür ve ölüm için en uygun kişiler olarak görülür. Yaşlı bireylerin yakınları üzüntü yaşasalar bile psikolojik açıdan bekleneni yaşarlar. Böylece ölüm var olduğuna inandığımız bir oyunu kurallara göre oynamaktır (37).

Ölüme dinlere göre de farklı anlamlar yüklenir. Yahudilerde ağır ceza, Hristiyanlar da bedenin kaybı ve hayatın daha güzel olması, Müslümanlık ta ise ruhun bedenden alınıp Allah katına yükselmesi olarak ifade edilmiştir (37).

2.7. Kaygı Kavramı

İngilizcede “anxiety”, Almancada “angst” olarak ifade edilen kaygı değişik şiddet ve dalgalanmaları olan, organizmanın geçici ve karmaşık bir durumu olup geleceğe yönelik meydana gelebilecek olumsuz sonuçlarla ilgili kişinin karşılaşılabileceği hoş gitmeyen bu sonuçlardan korunmaya yönelik yaşanan duygulardır (9, 35, 38).

Schwarzer ve arkadaşları (1982) kaygıyı, bir tehdit durumunun algı ve değerlendirilmesiyle oluşan, hoş gitmeyen olumsuz bir duygusal tepkime olduğunu ileri sürmüş Spielberg (1972) ise otonom sinir sistemi ile uyarılarak oluşan endişe ve stres duygularının birleşimi sonucu ortaya çıkan bir duygu olarak açıklamıştır. Kaygı tehlikeyle oluşması beklenen, hoş gitmeyen şiddetli, endişe oluşturan, insanlara gerilim hissi veren kan basıncı ve kalp atışı hızının artması gibi farklılıklar oluşturan duygudur (24, 35, 39, 40, 41).

Psikodinamik kuramlara kaygının tanımı, gerçek tehlikeyle orantısız korkudur. İnsancıl kuramlarda kaygının tanımı, anlamı olmayan ve benlik bütünlüğün tehdit edildiği düşüncesidir. Öğrenme psikolojisinde kaygının tanımı öğrenilmiş bir davranış olan kaçmaya neden olan ikincil bir itki olarak ele alınmıştır (35).

Kaygının yakından ilgili olduğu birkaç yapı vardır. Bu yapılar korku, tutum, depresyon ve endişedir. Izard (1972) kaygı ve korkuyu birbirinin yerine kullanırken diğerk araştırmacılar bu kavramlarda ayırma gitmişlerdir (35, 42). İlk ayrımı yapan araştırmacı ise Kierkegaard'dır. Kierkegaard'a göre kaygı nesnenin hiçliğidir. Korku ise kaygının dışı vurum şeklidir (9, 35, 43).

Korku; bilinçli olarak dıştan gelen tehdit sonucu ortaya çıkan insanda rahatsızlık uyandıran, gerginliğe sebep olan kuvvetli bir kaçma ve saldırma dürtüsüne sebep olan yoğun bir duygusal uyarımadır (9).

Kaygı ve korku eş değerk duygulardır. Korku dış dünyada var olan bir tehlikeye karşı duyulan his iken kaygı var olmayan, olma ihtimali olan bir tehlikeye karşı duyulan his olarak açıklanabilir (2). Kaygı bir veya birden fazla hissi içinde barındırabilir. Üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi duygular sonucu oluşan heyecanlardan biri veya birden fazlasını, kaygılanan birey hissedebilir. Korku ile kaygı arasında üç önemli fark bulunur. Bunlar;

- 1- Korkunun sebep olduğu durum yani temeli bilinir, kaygının bilinmez.
- 2- Korku kaygıdan daha şiddetlidir ve korku kısa süreli olup kaygı uzun sürelidir.
- 3- Kaygıda tehlikeye karşı çaresizlik hissi vardır (9).

2.8. Ölüm Kaygısı Kavramı

Ölüm kaygısı doğumdan itibaren başlayıp, yaşam boyu devam eden, korkuların en temelinde yer alan, insanların artık var olamayacağını, dünyayla bağlantısının kesileceğinin ve bir hiç olacağını anlaşılması sonucu çıkagelen, kişiliğın gelişmesinde de önemli olan bir duygudur (44, 37).

Ölüm kaçınılmaz bir sondur ve kaygı uyandırır. Ölümün oluşturduğu bu kaygı ölüm kaygısı olarak tanımlanır. Ölümün insan hayatına etkisi çok büyüktür ve insan psikolojisini olumsuz yönde etkiler. Ölüm kaçınılmaz bir durum olduğu için insanlar bilinçli ve bilinçsiz olarak duydukları ölüm kaygısından kaçmak için çeşitli yöntemlere başvurulur. Çünkü tarih boyunca insanlar içinde ölümün kaçınılmaz olmasından ve bu dünyadaki varlıklarının bir son bulmasından kaynaklı olarak ölüm kaygısından daha fazla rahatsız edici bir düşünce yoktur (10, 37). Ölüm düşüncesi insanlarda kaygı oluştururken aynı zamanda insanları yaşama bağlar, yaşamı anlamlandırır ve daha dolu dolu yaşamasını sağlar. Ancak ölüm düşüncesinin sınırlarını belirleyebilmek çok önemlidir.

Yaşamın bir normalliği olarak ölümün düşünülmesi kaçınılmaz bir gerçektir fakat ölçülerini bilmek, aşırıya kaçmamak gerekir. Aksi takdirde patolojik şekilde olması kişinin psikojisini olumsuz etkiler (9, 10, 37, 45). Bu sebeple insan dengesinin korunması için ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek çok önemlidir. Kaliteli bir hayat sürdürmek için dengeli ve uyumu bozmadan çevreye uyumun sağlanması gerekir (9, 45). Ölüm tamamen kabullenildiğinde ruh sağlığı tam anlamıyla kazanılmış olur (37). Ölüme yüklenen anlamlar ölüm kaygısına sebep olurken, ölüm kaygısının da temelinde de birçok korku yatmaktadır. Bu korkular; belirsizlik korkusu, bedeni kaybetme ve yok olma korkusu, acı duyma korkusu, yalnızlık korkusu, yakınlarını kaybetme korkusu, denetimi korkutma korkusu, gerileme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu olarak sıralanabilir (9, 37).

2.8.1. Belirsizlik Korkusu

Belirsizlik kaygıya sebep olur. Ölüm ve öldükten sonra nelerin olacağı insanoğlu için büyük bir belirsizlik olduğundan bu belirsizlik, korku ve kaygının nedeni olmuştur (37, 46).

2.8.2. Bedeni Kaybetme ve Yok Olma Korkusu

Beden benlik için önemli bir parçadır ve bedende meydana gelen bir kusur benlik saygısının azalmasına sebep olur. Ölümü bütün bedenin yok olması anlamında düşünen kişiler için ölüm ise büyük bir kaygıya ve korkuya neden olur (37, 46).

2.8.3. Acı Duyma Korkusu

AIDS veya diğer bazı kronik hastalıkların ölümle sonuçlanması insanların algılarında hastalık ve ölüm arasında sıkı bir ilişki kurulmasına sebep olmuştur. Bu hastalıkların sürecinde acı çekiyor olması ve dini görüşlerde de ölümün acı verici olduğunun, öldükten sonra şiddetli azapların yaşandığının anlatılması insanlarda ölümün çok acı verici bir durum olduğunun düşünülmesine ve kaygılarının ve korkularının artmasına yol açar (37, 47).

2.8.4. Yalnızlık Korkusu

Evde bakımın ve tedavinin yetersiz olup hastane koşullarının gerekli olduğu hastalıklarda aynı zamanda ölümcül hastalıklarda birey ailesinden, yakın çevresinden uzak kaldığından dolayı kendisini soyutlanmış ve yalnız bırakılmış hissedebilir. Bu durum genellikle insanların bu bireylerden uzak durmasıyla örtüşür. Böylelikle kişi ölümle yüzleşir ve

yalnızlık korkusunu yoğun olarak yaşar. Yalnızlık korkusu ölüm korkusunu doğurur (30, 37).

2.8.5. Yakınlarını Kaybetme Korkusu

İnsanlar için yakınlarının, sevgi duyduğu kişilerin kaybı büyük bir üzüntü nedenidir ve insanlar yakınlarını kaybetmekten onlar olmadan yaşamaktan korkar ve kaygı duyar (37, 46).

2.8.6. Denetimini Kaybetme Korkusu

Kişinin beden yönetimindeki azalma ego tarafından bir tehdit olarak algılanır. Bazı kronik hastalıklarda ve sonucu ölümle sonuçlanan hastalıklarda kişi beden denetiminde azalma olur. Bu da korku ve kaygıya neden olur (48).

2.8.7. Kimlik Duygusunu Kaybetme Korkusu

Kişinin kimlik duygusunun gelişmesinde yakınlarıyla ve dostlarıyla olan iletişimi önemli bir yere sahiptir. Ölüm ve hastalık insanlarda yakınlarından uzaklaşma korkusu yaşatır ve bireyin kendisine olan öfke saygısını yitirmesine, ümitsizliğe ve değersizlik hislerine kapılmasına sebep olur (26, 39).

2.8.8. Gerileme Korkusu

Ölümün yaklaştığını düşünen birey gerileme sürecine girdiğini düşünür ve korkuya kapılabilir (37).

2.8.9. Ölüm Sonrası Cezalandırılma Korkusu

Bazı dini inanışlara göre öldükten sonra kişiye ceza verilir, işkence yapılır ve ölüm olayı keder içerir. Bu da kaygı ve korkuya sebep olur (37, 49).

Ölüm kaygısını tanımlamak için ölüm korkusu, çok büyük bir dehşet, sonluluk korkusu ifadeleri eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Fakat ölüm kaygısı ile ölüm korkusu özellikle birbirinden ayrılmıştır (37). Literatüre bakıldığında da ölüm kaygısı ile ölüm korkusu birbirine sıkça karıştırılmıştır (9). Kaygı; endişe, gerginlik gibi öznel olan duyguların nedeni bilinmeyen bir duruma karşı hissedilmesi iken korku; dışarıdan gelen yani nedeni bilinen bir tehlikeye karşı olan duygusal tepki olarak ifade edilmektedir (9).

Kaygı ve korkunun gelişiminde görev alan anatomik yapılar ve biyolojik süreçler birbirlerine benzemezler. Fakat bir tehdit karşısında kaygı ve korkuyu birbirinden ayırt etmek çok zordur (37). Ölüm kaygısı; tam bir yok olma, geleceğe yönelik planların ve

hedeflerin gerçekleşemeyeceğini bilme, öldükten sonra nelerin olacağını bilememe sonucu oluşan belirsizlik sonucu yaşanan duygudur. Bu kaygılar aslında yaşam kaygılarıdır (9, 37). Ölüm korkusu ise ölümün ürkütücülüğünden kaynaklı daha somut bir kavramdır (37).

Ölmek zorunda olan bir varlık olduğunu bilmek insanoğluna acı vermektedir. Her bireyin yaşadığı ölüm kaygısının sebebi bir değildir. Sevdiklerinden, eşi ve çocuklarından ayrılacağını düşünmek, bedenin toprağa gömülmesi sonucu birtakım hayvanlar tarafından yenerek tüketileceğini düşünmek, mezarda yalnız kalma düşüncesini beyinde canlandırmak, dünyada sahip olduğu zenginliklerden, konfordan, sosyal statüden ayrılacağını düşünmek gibi çeşitli sebepler ölüme ilişkin kaygıyı oluşturur ve her birey farklı bir sebeple ölüm kaygısını yaşar (9).

Ölümün tanımı ve ölüm kaygısı gibi ölüme karşı tutumlarda kişiden kişiye değişir. Bu tutumlar kişisel özelliklere, topluma, dine, kültüre göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar kişinin yakınlarının ölümüne veya kendi ölüm ihtimaline karşı görülmektedir. Ölüme ilişkin tutumlar bireyin çevresindeki insanların ölümüyle alakalı yaşadıklarından pay biçerek gelişir. Bireyin kendi ölümü karşısındaki tutumları, ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okumuş şekilde iken çevresindeki bir insanın ölümü olduğunda ise; kendi ölümü karşısında sergilediği tutumlara ek olarak yas tutma süreci de eklenir (37).

Bireylerin kendi ölümleriyle yüzleşmeleri, cesaretlerini toplayarak ölümünü kabul etmeleri, kendi deneyimleri içinde birleştirmeleri, bireye yaşam deneyiminin zenginliğini ve bütünlüğünü veren psikolojik gerçeklerdendir. Koestenbaum (1998), ölümle yüzleşildiğinde kişiye sağlayacağı psikolojik yararları şu şekilde sıralar (10, 11):

- 1- Hayatın tadına vardırır.
- 2- Gerçek ve canlı bir varoluş hissi yaratır.
- 3- Cesaret ve bütünlük içinde gerekli kararları alabilme gücü verir.
- 4- Hayatta samimiyyetin önemini anlamaya neden olur.
- 5- Hayata anlam verir.
- 6- Kişiyi dürüst ve güçlü kılar.
- 7- Hayatın denetim ve sorumluluğunu almayı sağlar.
- 8- Bütüncül bir hayat planı geliştirmeyi sağlar.
- 9- Başarısızlık durumunu ortadan kaldırır.

Ölümün farkındalığı endişeye sebep olur ve böylelikle ölüm kaygısını doğurur (35). Ölüm düşüncesi bazıları için stres kaynağı iken, bazıları için stresten kurtulma yolu; bazıları için yok oluş anlamında iken bazıları için ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır. Bazıları için ise daha önceden ölen sevdiği birine kavuşma, tekrar birleşme inancıdır. Ölümü bir son, hiçlik yok oluş, kişiliğin sona ermesi olarak düşünenler için ölüm, yaşamı ve ilişkileri kesen, bozan, sona erdiren bir hasım anlamına gelir (37).

2.9. Ölüm Kaygısının Fazla Olduğu Kişiler

Ölüm bir gerçektir ve bu gerçeğe yüzleşmek hayatı anlamlı kılma yönünden çok önemlidir ve katkıları büyüktür (10). Ölüm kaygısı ile ilgili literatür incelendiğinde bu kaygıyla alakalı farklı yönleri sahip bir yapının olduğu görülmüştür. Bu yapı incelendiğinde en çok yaş, cinsiyet, kişisel özellikler, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalıklar gibi faktörlerin ölüm kaygısıyla ilişkili olduğu fark edilmiştir (9, 10, 44, 45).

2.9.1.Yaş

İnsan hayatı yeni doğan dönemi, çocukluk dönemi, ergenlik dönemi ve yaşlılık dönemi şeklinde sürdürülür ve en son ölümle son bulur. Ancak ölümün hangi dönemde olacağı bilinmemekle beraber kaçılması mümkün olmayan bir son olduğu bilinmektedir. Gençler ölüme uzak oldukları ve aileleri tarafından da bu konu dile getirilmediği için ölümü düşünmedikleri yaşlıların ise; ölüme daha yakın oldukları ve aileleri tarafından dile geldiği için ölümü daha çok düşündükleri kabul edilir. Gençlerin duyduğu kaygı sağlıklı olan bedenlerini kaybetme ve gelecekteki plan ve hedeflerini yapamama şeklinde iken orta ve ileri yaşlardaki bireylerin ise; işlerini ve yakınlarına karşı olan yükümlülüklerini bitirememesi şeklindedir (9, 37, 44).

Psiko-sosyal gelişim kuramlarına göre, hayatın gözden geçirilmesi ve ölüme hazırlanma en fazla yaşlılık döneminde meydana gelir (10).

Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda yaşlılar ergenlere göre ölüm kaygısını daha az yaşadıkları tespit edilmiştir (9, 35, 37). Bu kaygı düzeyinin belirlenmesinde sadece içinde bulunulan yaş değil; yaşam öyküsü, sağlık durumu, sosyoekonomik durum ve yaşlanma sürecine uyum gibi faktörlerin de etkisi olduğu dikkat çekmiştir. Bu durum yetişkinliğin getirdiği olgunluk, ölümün kabullenme, yaşlıların fiziksel rahatsızlıkları ve sosyal yalnızlıkları gibi sebeplerin ölüm kaygısından farklı bir kaygı olan yaşam

kaygısının daha baskın gelmiş olmasından kaynaklı olarak yaşlılarda ölüm kaygısının azaldığı şeklinde ifade edilmiştir (9, 35, 37).

Literatürdeki az sayıdaki çalışmada yaşlıların ölüm kaygısı ergenlerin ölüm kaygısından yüksek bulunmuştur. Bütün bu çalışmalara ve yorumlara karşın ölüm kaygısını yaş faktörünün nasıl etkilediği konusunda net bir fikir birliği bulunmamaktadır (9, 37).

2.9.2. Cinsiyet

Bazı çalışmalarda ölüm kaygısı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak öne sürülen sebepler ise; kadınların ölümle ilgili daha kaygılı oldukları, erkeklerin ise olmadıkları ya da her iki cinsten de ölüm kaygısı bakımından fark olmayıp kadınların bu durumu daha çok dile getirip, kendilerini daha kolay ifade edebilmeleri, erkeklerin ise; toplumsal rol modelleri gereği kaygılarını bastırıyor ve ölümü inkar ediyor olabilecekleri, iki cinsin farklı sosyokültürel deneyimlere ve kültürel koşullara sahip olmaları olarak ifade edilebilir. Erkekler genellikle soyunun tükenmesinden, yaşamın son bulmasından korkarken, kadınlar genellikle ölüm sürecinden ve aileleri için yeterli bir düzen bırakamamakla ilgili kaygı yaşarlar (9, 35, 37).

Bazı çalışmalarda ölüm kaygısı cinsiyet değişkeni, ölüm kaygısı yaş değişkeni gibi, kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunurken, bazılarında ise anlamlı bulunmamıştır (9).

2.9.3. Medeni Durum

Bekar erkeklerin ölüm kaygısı bekar kadınların ölüm kaygısına oranla daha yüksek bulunmuştur (9, 35). Hayatın zorluklarıyla baş etmede aile ve eşin etkilerinin olumlu olduğu düşünülmekte olup yapılan bir çalışmada dul kalmak ölüm kaygısını artırır denilmektedir (9, 37).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada evli olanların ölüm kaygısı bekarların ölüm kaygısından yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak evli kişilerin eş ve çocuklarına olan sorumluluğu olarak belirtilmiştir. Türkiye’deki diğer iki çalışmadan birinde medeni durum ile ölüm kaygısı arasında anlam bulunamazken, diğer çalışmada evli olanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (37).

2.9.4. Eğitim Durumu

Literatürde; ölüm kaygısı ile eğitim durumu arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Fakat akademik unvan / eğitim seviyesinin yüksekliği ölüm kaygısı açısından bir etken olarak görülmüştür. Bu durumun sebebi ise başarının benlik algısını olumlu etkilememesi ve varoluşçu açıdan kendisini gerçekleştirme olarak gösterilmektedir (9).

2.9.5. Fiziksel Hastalık

İnsan hayatında bazı dönemler vardır ki ölüm kaygısını şiddetlendirir. Bunlardan birincisi, hastanın terminal dönemde olduğunu öğrenmesidir. İntihar düşünceleri ve depresyonun görüldüğü bu dönemde ölüm kaygısı artar. İkincisi ise; organik hastalık sebebi ile hastada yorgunluk, hareket kısıtlılığı ve sakat kalma durumlarının olduğu dönemdir ve bu dönemlerde ölüm kaygısı artar (9, 37).

Özet olarak; fiziksel hastalıklar ölüm kaygısını her zaman arttırmaz. Ölüm kaygısının arttığı durumlar terminal dönemde olduğunun öğrenilmesi ve gidişatı belli olmayan, tedaviye yanıt vermeyen hastalıklara sahip olunmasıdır (9, 35, 37).

2.9.6. Ruhsal Hastalıklar

Psikotik atak ya da kullanıldığı bir ilacın yan etkisinin görüldüğü bireyde anksiyete yükseleceği için ölüm kaygısından en sık bu iki durumda söz edilir. Bireyin kontrolünü kaybettiği düşüncesine kapılması sebebi gözetilmeksizin ölüm kaygısını artırır. Yok olacakmış gibi hisseden, depresyona giren bireylerde ölüm kaygısı yoğun olarak yaşanırken, ağır depresyondakilerde ölüm kabullenildiği için ölüm kaygısı yaşanmamaktadır (9, 37).

2.9.7. Çocuğun Varlığı / Sayısı

Çocuk genlerin devamıdır ve biyolojik ölümsüzlük şeklinde düşünülür. Bu sebeple çocuk sahibi olmak ölüm kaygısının azalmasına neden olur. Aynı zamanda çocuğun varlığı; ölüme kadar yalnız kalmayacağını, ölüm anında evlat varlığının güvencesi de ölüm kaygısını azaltır (9).

2.9.8. Yaşam Olayları

Boşanma, çalışma koşulları, yeni bir işe başlama, iş kaybı, yeni bir yere taşınma, genç bireylerde ilk beyaz saçın görülmesi gibi faktörler ölüm kaygısının yoğun yaşanmasına neden olabilir. Yapılan bir çalışmada olumsuz yaşam koşulları ve sorunlarla

başı çıkma stratejilerinin ölüm kaygısı ile ilişkisine bakıldığında bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kişi aileden birini kaybetmesi, ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülür. Çünkü aile bireyinden birini kaybeden birey ölümle yüzleşir, yalnızlık hisseder, sosyal desteği azalır.

Aile toplumun bir parçasıdır. Aile bireylerinden birinin kaybı ölümle yüzleşme, sosyal desteğin azalması ve yalnızlık gibi düşüncelere sebep olur ve ölüm kaygısını artırır. Aile içinde kadın sorumlulukları bakımından çok önemli bir yere sahiptir ve kadının ölmesi, erkekte kaygı düzeyinin artmasına sebep olur. Çünkü kadının sorumlulukları da erkeğe yüklendiğinde genel kaygı artar, genel kaygı da ölüm kaygısını artırır (37).

2.9.9. Kişilik Özellikleri

Güven problemi olan, duygusal olan, topluma uyum sağlayamayan gergin bireylerde ölüm kaygısının fazla olduğu düşünülmektedir (9, 37).

Sosyakültürel özellikler, din ve farklı kültürler ölümüne farklı anlamlar yüklemesine sebep olur. Kubler - Ross, kültürlerin ölümüne yükledikleri anlamların farklı olduğunu, kültürün ölüm kaygısının seviyesini şekillendirdiğini ifade etmiştir (9, 50)

Din değişmeyen sabit bir kavramdır fakat toplumsal ve tarihsel süreç içerisinde din ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki değişiklik gösterimi, sabit kalmamıştır. Genel olarak din, bireyleri ölüm kaygısından korur. Fazla yapılan mezar ziyaretleri ölüm düşüncesini açığa çıkarırken, ölüm kaygısını arttırmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda dinine daha bağlı olan insanlarda ölüm kaygısı az yaşanırken, bazılarında doğrusal bir ilişki bulunmuş dindarlık ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını tespit eden çalışmalarda mevcuttur (9, 37). Bu durumda din ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkide net bireyden bahsedilememektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmaların birçoğunda dinine daha bağlı olan bireylerde kaygı düşük bulunmuştur. Dindar kişilerin ölümüne karşı olumlu tutumlar oluşturması kaygının düşük bulunmasının en önemli nedenidir (37).

2.9.10. Ekonomik Düzey

Yaşanan ekonomik sorunlar genel kaygıyı, genel kaygı ise ölüm kaygısını arttırdığı düşünülmekte olup maddi sorunların ölüm kaygısının gelişmesinde önemli rol oynadığı görülmektedir (9, 37).

2.9.11. Meslekler

Ölüme karşı olan olumsuz düşüncelerin olumluya dönüştürülmesi, bireysel farkındalığın arttırılması, ölüm gibi bir gerçek olmasına rağmen hayatın daha fazla anlamlı ve yaşanır olması özellikler meslekleri gereği ölümle ve ölüm olayı gerçekleştikten sonra yas sürecini yaşayan bireylerle fazla karşılaşan kişiler için oldukça önemlidir (10). Bu meslek gruplama örnek verecek olursak yoğun bakım üniteleri, yeni doğan bakım ünitesi, acil servisler ve bazı dini kurumların çalışanları ölümle kısa ya da uzun süreli olarak karşılaşmaları sebebi ile ölümle diğer mesleklerde çalışanlardan daha fazla yüzleşmektedirler (37). Ölüm anına tanıklık etme miktarı bazı mesleklerde önemli olduğu düşünülmektedir. Ölüm kaygısının gelişmesinde, kişilerin başlarından kaza veya bşir hastalığa yakalanma gibi durumların geçmesiyle ölümle yüzleşmenin yaşanması yani bu deneyimin yaşanması etkili olarak kabul edilir (37).

Bazı kliniklerde çalışan hemşireler ölüm ile sık karşılaşır. Ölüm ile sık karşılaşan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ölüm kaygısı ve genel kaygı düzeyleri karşılaştırılmış genel kaygı düzeyi etkili görülmüştür (37, 48). Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ölümü düşünme sıklığının ölüm kaygısı düzeyini etkilemediği, ancak hemşirelerin ölümü ara sıra düşünmeleri ile ölüm kaygısı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (37, 51).

Farklı bir çalışmada ise 6 meslek grubu çalışmaya katılmış, ölüm riski yüksek olan mesleklerle ölüm kaygısı arasındaki ilişki gözlenmiştir. Bu meslek grupları polis, pilot, itfaiyeci, muhasebeci, sınıf öğretmeni ve psikologdan oluşmuştur. Araştırma sonuçlarına göre ise yüksek ölüm riski taşıyan mesleklerde çalışanların (polis, pilot, itfaiyeci) ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (37, 52).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölümle sık karşılaştığı ve bu durumdan ruhsal durumların etkilendiği, ruhsal durumların olan ölüme karşı tutumları etkilediği düşünülmektedir. Fakat bu ilişkiyi gösteren araştırmalara hem ulusal hem de uluslararası kaynaklarda ulaşılamamıştır (19).

2.10. Sağlıklı Yaşam

İnsanların yaşamlarını mutlu, başarılı, kaliteli olarak devam ettirebilmeleri için sağlık çok önemli yere sahiptir. Sağlık kavramı geçmişte ve günümüzde sadece sakatlık ve hastalık olmayışı biçiminde algılanmıştır (2, 12). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halidir (1, 4, 8, 13, 44). Sağlık durumunu yönlendirme insanların kendi sorumluluğudur (1).

2.11. Sağlık Yaşam Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen davranışların tümünü kontrol altına alması, kendi sağlığının sınırları altında günlük yaşam aktivitelerini düzenlemesi, sağlık statüsüne uygun davranışları seçip uygulaması olarak tanımlanmıştır (3, 4, 6, 12, 44). Kişilerin sağlığını geliştirmesi hastalıkların önlenmesinde önemli bir unsurdur (7). Bu unsur birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını kuvvetlendiren, iyilik düzeyini arttıran, davranışları ve tutumları etkileyen, alternatiflerin belirlenmesini sağlayan, fiziksel ve mental sağlığa optimal düzeyde ulaştıran, sosyal ve fiziki çevreyi düzenleyen ve kişilerin davranışlarını maksimum düzeye çıkaran etkinlikleri ifade eder (4, 13). Kısacası sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıklarını geliştirme ve sağlıkları üzerinde kontrolü artırma potansiyelinin kazanılması olarak tanımlanmıştır (7).

2.12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi hastalıklardan korunmak ve sağlığı korumak için korumak ve geliştirmek için olumlu sağlık davranışları edinmeli ve sağlıklı yaşam biçimlerini oluşturmalıdır (4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; insanların iyilik seviyelerini korumalarını yükseltmelerini amaçlayan, sağlık sorumluluğunu arttıran, manevi gelişim sağlayan, egzersiz, beslenme, sosyal ilişkiler ve stresle baş etme yöntemlerini kapsayan davranışlardır (1, 4, 8). Bu davranışlar kronik hastalıklardan korunarak, beden ağırlığını normal seviyelerde tutarak, stresle uygun bir şekilde başa çıkarak, daha sağlık beslenerek, egzersizleri düzenleyerek, entellektüel kapasiteyi arttırarak bireylerin sağlıklı bir yaşam düzeyine erişimini sağlar (1, 4). Böylelikle bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olduğu gibi sağlık durumunu daha fazla yükseltir (1, 2, 3). Çünkü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürekliliği, sağlığın ve hastalıklardan korunmanın

zeminini oluştur ve sağlıklı olmak için geliştirilen yaşam şekillerine yönelik yapılan uygulamaların önemini ortaya koyar.

Dengeli beslenmek, yeterli ve düzenli egzersiz yapmak, sigara kullanmamak hijyenik önlemler almak ve stresi yönetmek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (6). Zinde bir yaşamın sağlanması vücudun hastalıklardan korunması, aşırı kilo alımının önlenmesi, kas ve eklemlerin çalışmasının sağlanması, duruş bozukluklarının giderilmesi, fiziksel aktivitelerin düzenli olarak yapılmasıyla sağlanır (13). Yürümek, bisiklete binmek, dans etmek, oyunlar oynamak, bahçe ve ev işleriyle uğraşmak fiziksel aktivitelerdir (13).

Pender'in sağlıklı yaşam biçimi davranışları; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir (15).

Uzun ve sağlıklı yaşam için California Alameda County'de Wingard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada;

- Aralarında atıştırma olmadan, günde 3 öğün düzenli yemek yemek,
- Her gün kahvaltı yapmak,
- Haftada 2 veya 3 kez orta düzeyde egzersiz yapmak,
- Gece 7-8 saat uyku uyumak,
- Sigara içmemek,
- Normal vücut ağırlığında olmak,
- Alkol içmemek veya orta düzeyde kullanmak gibi maddeler önerilmiştir (9, 53, 54).

2.13. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışları

21. yüzyılda hızlı kentleşme ve teknolojik gelişmeler insanların hayatlarını kolaylaştırırken bir taraftan da hareketsiz ve stresli bir yaşama sebep olmuştur (3). Bunun yanında yapılan çalışmalarda sigara kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel in aktivite, zayıf diyet gibi sağlıklı olmayan davranışlarda bulunan kişilerin ölüm, kronik hastalıklar ve zayıf kognitif fonksiyon gibi hoş olmayan durumlarla karşılaşma olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur (6). Bu sebeple sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları, fiziksel in aktivite, şiddet davranışları, hoş olmayan cinsel davranışlar,

sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi davranışlardan uzak durulması gerekir (13).

İnsanlar günlük yaşamlarının büyük çoğunu işyerlerinde geçirirler ve iş yerleri sağlığı etkileyici farklı etkenlerle doludur (44).

Hemşireler sağlık alanında önemli görev üstlenmişlerdir (44). Bu sebeple öncelikle kendi sağlıklarını korumaları, sürdürmeleri ve geliştirmeleri için oluşturmaları gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmiş olmaları beklenmektedir (1, 44).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Mayıs-Ekim 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerde gerçekleştirildi. Evren sayısı 174 hemşire olup tamamına ulaşılması hedeflendi. Senelik izinde olanlara döndüklerinde ulaşılarak onamları alındı. Hemşirelerin tümü araştırmaya katılmaya gönüllü oldu ve evrenin tamamına (N=174 Hemşire) ulaşıldı.

Örneklem grubunu oluşturulan yoğun bakım hemşirelerinin dağılımı aşağıdaki gibidir (Toplam 174 Hemşire):

Anestezi Yoğun Bakım 1 = 10 Hemşire

Anestezi Yoğun Bakım 2 = 18 Hemşire

Anestezi Yoğun Bakım 3 = 18 Hemşire

Anestezi Yoğun Bakım 4 = 30 Hemşire

Kalp-Damar Yoğun Bakım = 12 Hemşire

Koroner Yoğun Bakım = 9 Hemşire

Beyin Cerrahi Yoğun Bakım/Acil İleri Yoğun Bakım = 10 Hemşire

Çocuk Yoğun Bakım = 27 Hemşire

Yenidoğan Yoğun Bakım 1.-2.-3. Düzey = 40 Hemşire (9-14-17)

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler hemşire katılımcıların yazılı izni alındıktan sonra anket yöntemi kullanılarak kapalı zarfla araştırmacı tarafından toplandı. Anketin doldurulması, hemşirelerin ortalama 15-20 dakikasını aldı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2) ve Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (Ek-3) kullanıldı. Ölçeklerin yazarları Ayşe Beşer ve Faruk Karaca'dan e-posta ile yazılı ölçek kullanım izinleri (Ek-4) alındı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma yılı, haftalık çalışma saati, hastalık bilgisi, hastalık süresi, özgeçmişi gibi özellikleri içeren sorulardan oluşturuldu.

3.5.2. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (TPÖKÖ), ilk defa Nehrke (1973) tarafından tanatoloji çalışmalarında en çok kullanılan ölçeklerden D. Templer ve Boyer'in ölçeklerinin birleştirilmesi ve Nehrke'nin bu ölçeğe bir madde daha eklemesiyle oluşmuştur. T Horson ve Powell (1992), ise bu ölçeği yeniden ele alarak bazı değişiklikler yapmış ve ölçeğe son şeklini vermişlerdir (55). Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçeye uyarlaması Karaca ve Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır (56). Ölçeğin güvenilirliği testi yarılama yöntemi ile 0,73, Cronbach alfa katsayısı ise 0,84 olarak bulunmuştur. Bir ay süreli test – tekrar test yöntemi ile de güvenilirliği 0,90 olarak bulunmuştur.

Ölçek 25 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir (fikrime çok uygun (0), fikrime uygun (1), karasızım (2), fikrime aykırı (3), fikrime çok aykırı (4). Maddelerin 17'si olumlu (soru: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24), geri kalan 8 madde ise olumsuz (soru: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25) ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması olumsuz maddelerin puanları ters çevrilerek yapılmakta ve toplam puan oluşturulmaktadır. Puan aralığı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken 0-25 aralığında alınan puan bireyin ölüm kaygısının “çok düşük” olduğunu; 26-50 arasında alınan puan ölüm kaygısının “hafif düzey’de”

olduğunu; 51- 75 arasında alınan puan bireyin ölüm kaygısının “orta düzey’de” olduğunu; 76-100 arasında alınan puan ise bireyin ölüm kaygısının “çok yüksek” olduğunu ifade etmektedir (44). Ölçek bu alanda kullanılan önemli ölçeklerden biri olup, ölüm kaygısını değişik boyutlardan ele almaktadır (15, 44). Ölçek sahibinden izin alınmıştır.

3.5.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçümler beyaz, batılı ve orta sınıfa dahil 952 endüstri işçilerinde çalışılmıştır. Alt faktörler ve Cronbach Alpha katsayıları; kendini gerçekleştirme (13 madde-0,94), sağlık sorumluluğu (10 madde-0,81), egzersiz (5 madde-0,80), beslenme (6 madde-0,75), kişilerarası destek (7 madde-0,80), stres yönetimi (7 madde-0,70)’dir. Ölçeğin genel Alpha katsayısı ise 0,92’dir. Altı faktörün açıkladığı varyans %47,1’dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker ve ark. tarafından 1990’da İspanyol diline uyarlanmıştır. Kırksekiz maddeden oluşan ölçek, İspanyol diline çevrilerek 485 bireye uygulanmıştır. Orijinal ölçeğe benzer şekilde altı faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin açıkladıkları varyans %45,9 olarak bulunmuştur. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı 0,93 olarak saptanmış iki hafta sonra yapılan test tekrar testte ise 0,86 olarak bulunmuştur. Alt faktörlerin değerleri ise 0,70-0,87 arasında değişim gösterdiği belirtilmiştir (53). Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (54). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Veriler 18-92 yaş arasındaki 712 bireyden elde edilmiştir. İçerik geçerliliği için literatür gözden geçirilmiş ve uzman değerlendirmesine başvurulmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,79-0,87 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçekler; Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Üç hafta ara ile test tekrar test yapılarak 0,89 olarak saptanmıştır. Ölçek, hiçbir zaman (1), düzenli olarak (4) olarak derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini

değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü, kişilerarası ilişkiler, egzersiz, fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır.

Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Orijinal ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ise 0,94'tür. Bu çalışmada elde edilen Alpha değeri orijinal ölçeğin değerine yakın olup yüksek güvenirlik düzeyindedir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu 0,77, Fiziksel Aktivite 0,79, Beslenme 0,68 , Manevi Gelişim 0,79 , Kişilerarası İlişkiler 0,80, Stres Yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır. Orijinal ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri ise 0,79-0,87 arasında değişim göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarından elde edilen Cronbach Alpha katsayıları orijinal ölçekten düşük olmakla birlikte yüksek güvenirlik düzeyine sahiptirler.

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0,94'dir. Ölçeğin alt boyutlarının Alpha coefficient reliability değeri 0,79-0,87 arasında değişmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlaması Zuhal Bahar, Ayşe Beşer, Nihal Gördes, Fatma Ersin ve Aygün Kıssal (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0,30-0,59 arasında değişim göstermekte olup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri ise 0,92'dir. Ölçek sahibinden izin alınmıştır (57).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri

3.7. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra Shapiro–Wilk normallik testi ile değişkenlerin dağılımına bakılmış, normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır:

1. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
2. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalaması nedir?
3. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması nedir?
4. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile ölüm kaygısı arasında ilişki var mıdır?
5. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?
6. Hemşirelerin ölüm kaygısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, 2019 yılında, İstanbul ilinde, bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın, daha geniş örneklem bağlamında uygulanmamış olması,

genelleştirme yönünden önemlidir. İstanbul ilini kapsayan bu araştırmadaki bulguların, yorumlanması ve uygulanması konusunda bazı kısıtlamaları mevcuttur.

Burada uygulanan anket yöntemi, araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Durum değerlendirmesi açısından objektif bulgular sağlamayabilir. Ayrıca farklı bölge ve sektörlerde daha kapsamlı olan araştırmalar uygulanabilir. İncelenen değişkenler, zamanla değişime uğrayacağından; elde edilen sonuçlar, uygulanan zaman dilimi ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-5) ve İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nde kurum onayı (Ek-6) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum onayı sonrasında, araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve çalışma öncesinde onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hemşirelerden anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Demografik Özellikler

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Güvenirlik Değerleri (N=174)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Cronbach Alfa
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Fiziksel Aktivite	0,768
	Beslenme	0,823
	Manevi Gelişim	0,791
	Kişiler Arası İlişkiler	0,816
	Stres Yönetimi	0,855
	Toplam Puan	0,871
Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	0,838
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	0,821
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	0,728
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	0,832
	Toplam Puan	0,933

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Cronbach Alfa değerleri; Fiziksel Aktivite=0,768, Beslenme=0,823, Manevi Gelişim=0,791, Kişiler Arası İlişkiler=0,816, Stres Yönetimi=0,855 ve Toplam Puan Cronbach Alfa değeri 0,871 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Ölüm Kaygısı Ölçeği Cronbach Alfa değerleri; Fiziksel Ruhsal Kaygılar=0,838, Öte Alemle İlgili Kaygılar=0,821, Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar=0,728, Ölüm

Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları=0,832 ve Toplam Puan Cronbach Alfa=0,933 olarak bulunmuştur. Tüm Cronbach Alfa değerleri sınır değeri olan 0,700'in üzerinde bulunmuştur.



Tablo 2. Çalıştığı Birimlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Yenidoğan- Çocuk Yoğun Bakım n:67	Cerrahi Koroner Yoğun Bakım n:31	ve Anestezi Yoğun Bakım n:76	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,19±4,23	20,94±4,76	21,22±4,60	0,05	0,953
	Fiziksel Aktivite	17,76±5,30	18,61±5,00	18,39±4,77	0,42	0,660
	Beslenme	21,97±4,30	20,39±4,23	20,30±3,90	2,89	0,084
	Manevi Gelişim	25,73±4,41	24,97±4,11	24,8±4,78	0,79	0,454
	Kişiler Arası İlişkiler	25,15±4,07	23,06±4,01	24,58±4,4	2,61	0,076
	Stres Yönetimi	19,49±3,92	19,16±3,16	19,22±4,01	0,12	0,889
	Total Puan	111,81±17,64	107,97±16,33	109,3±17,66	0,631	0,533
Thorson-Powell Ölüm Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	15,54±6,3	15,03±5,81	13,88±6,31	1,31	0,273
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,93±3,47	7,77±3,42	8,39±3,01	1,37	0,256
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,31±2,87	5,87±2,94	6,16±3,35	0,22	0,805
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,13±2,76	6,16±2,83	6,00±2,99	0,05	0,948
	Total Puan	48,42±14,98	44,9±12,79	44,59±16,17	1,26	0,288

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yenidoğan-Çocuk Yoğun Bakım, Cerrahi ve Koroner Yoğun Bakım ile Anestezi Yoğun Bakım gruplarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Yenidoğan-Çocuk Yoğun Bakım, Cerrahi ve Koroner Yoğun Bakım ile Anestezi Yoğun Bakım gruplarına göre Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 2).



Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)

Ölçekler	Alt Boyutlar	25-34 Yaş			F	p
		<25 Yaş n:52	n:104	>35 Yaş n:18		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,21±4,68	21,13±4,38	21,17±4,59	0,01	0,995
	Fiziksel Aktivite	17,83±4,33	17,93±5,12	20,72±5,65	2,63	0,075
	Beslenme	20,19±3,64	21,11±4,48	22,33±3,45	1,94	0,146
	Manevi Gelişim	24,73±4,8	25,35±4,52	25,61±3,76	0,41	0,667
	Kişiler Arası İlişkiler	23,81±5,11	24,88±3,83	24,61±3,76	1,10	0,335
	Stres Yönetimi	18,56±3,61	19,65±4,03	19,56±2,94	1,48	0,231
	Total Puan	107,77±17,53	110,39±17,38	114,44±16,96	1,04	0,355
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,69±5,8	14,35±6,55	17±5,28	1,40	0,250
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,38±3,08	8,49±3,51	8,78±2,44	0,10	0,909
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,94±3,21	6,13±3,1	7±2,61	0,80	0,452
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,1±2,61	5,91±2,92	7±3,14	1,11	0,332
	Total Puan	45,44±13,93	45,55±16,03	51,39±13,24	1,21	0,301

Tek Yönlü Varyans Analizi

<25 Yaş, 25-34 Yaş ve >35 Yaş gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,995$), Fiziksel Aktivite ($p=0,075$), Beslenme ($p=0,146$), Manevi Gelişim ($p=0,667$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,335$), Stres Yönetimi ($p=0,231$) ve Total Puan ($p=0,355$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

<25 Yaş, 25-34 Yaş ve >35 Yaş gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,250$), Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,909$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,452$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,332$) ve Total Puan ($p=0,301$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 4. Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Kadın n:115	Erkek n:59	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,78±4,64	19,95±3,86	2,61	0,01
	Fiziksel Aktivite	18,13±5,08	18,31±4,9	-0,22	0,828
	Beslenme	21,63±4,17	19,64±3,88	3,05	0,003
	Manevi Gelişim	25,89±4,55	23,83±4,18	2,90	0,004
	Kişiler Arası İlişkiler	25,32±4,16	22,98±4,01	3,55	0,0001
	Stres Yönetimi	19,68±3,84	18,61±3,7	1,76	0,081
	Total Puan	112,76±17,36	104,71±16,32	2,95	0,004
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,81±6,78	14,56±5,04	0,25	0,803
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,25±3,32	8,95±3,15	-1,33	0,184
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,9±3,12	6,68±2,98	-1,57	0,118
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	5,49±2,77	7,24±2,7	-3,98	0,0001
	Total Puan	44,69±16,16	48,92±12,75	-1,75	0,082

Bağımsız t testi

Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,01$), Beslenme ($p=0,003$), Manevi Gelişim ($p=0,004$) ve Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,0001$) ve toplam ($p=0,004$) puan ortalamaları Erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 4).

Cinsiyete göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite ve Stres Yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Kadınların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,0001$) puan ortalamaları Erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Kadın ve Erkek gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar, Öte Alemle İlgili Kaygılar, Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 5. Medeni Durum Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=174)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Evli n:47	Bekar n:127	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	22,09±4,73	20,82±4,33	1,67	0,097
	Fiziksel Aktivite	18,00±4,83	18,26±5,09	-0,30	0,762
	Beslenme	21,47±4,21	20,77±4,15	0,98	0,329
	Manevi Gelişim	25,55±3,87	25,06±4,75	0,64	0,520
	Kişiler Arası İlişkiler	24,74±3,54	24,45±4,49	0,41	0,685
	Stres Yönetimi	19,83±3,70	19,13±3,86	1,08	0,282
	Total Puan	111,85±17,2	109,35±17,48	0,84	0,402
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	12,51±6,19	15,54±6,07	-2,91	0,004
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	7,32±3,09	8,92±3,25	-2,93	0,004
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,70±3,14	6,34±3,06	-1,21	0,228
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	5,60±3,15	6,26±2,74	-1,36	0,175
	Total Puan	40,49±15,27	48,2±14,67	-3,05	0,003

Bağımsız t testi

Evli ve Bekar gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu($p=0,097$), Fiziksel Aktivite ($p=0,762$), Beslenme ($p=0,329$), Manevi Gelişim ($p=0,520$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,685$), Stres Yönetimi ($p=0,282$) ve Total puan ($p=0,402$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Evlilerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar($p=0,004$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,004$) ve Toplam puan ($p=0,003$) puan ortalamaları bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Evli ve Bekar gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,228$) ve Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,175$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 6. Eğitim Düzeyine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Ön Lisans	Yüksek			
		Lise n:24	n:9	Lisans n:113	Lisans n:28	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,38±4,72	21,67±6,06	21,04±3,78	21,29±6,2	0,09	0,966
	Fiziksel Aktivite	17,71±3,5	18,33±4,47	17,93±4,86	19,61±6,62	0,93	0,430
	Beslenme	19,83±2,78	20,67±3,74	21,04±4,08	21,68±5,46	0,89	0,448
	Manevi Gelişim	24,75±5,39	27,11±4,99	24,77±4,24	26,64±4,46	1,94	0,126
	Kişiler Arası İlişkiler	23,67±5,39	24,44±4,8	24,28±3,95	26,29±3,9	2,09	0,103
	Stres Yönetimi	18,88±3,67	20,56±4,67	19,12±3,29	20,11±5,38	0,93	0,429
	Total Puan	107,33±16,91	112,22±20,46	109,07±15,86	115,5±21,99	1,28	0,281
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	13,21±4,86	13,22±5,63	14,94±6,15	15,64±7,63	0,89	0,446
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	7,83±2,93	7,33±1,5	8,73±3,31	8,43±3,78	0,91	0,438
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,08±3,01	5,44±3,54	6,32±3,02	6,71±3,20	1,55	0,203
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	5,54±2,99	5,44±2,60	6,22±2,69	6,18±3,51	0,53	0,662
	Total Puan	41,46±12,23	41,11±13,88	47,04±14,44	48±19,84	1,37	0,253

Tek Yönlü Varyams Analizi

Lise, Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,966$), Fiziksel Aktivite ($p=0,430$), Beslenme ($p=0,448$), Manevi Gelişim ($p=0,126$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,103$), Stres Yönetimi ($p=0,429$) ve Total Puan ($p=0,281$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Lise, Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,446$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,438$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,203$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,662$) ve Total Puan ($p=0,253$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 7. Deneyim Süresi Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Deneyim Süresi		<3 Yıl n:94	4-6 Yıl n:43	>6 Yıl n:37	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,87±4,18	22,09±5,17	20,81±4,24	1,25	0,289
	Fiziksel Aktivite	17,86±4,79	17,81±5,13	19,46±5,33	1,52	0,221
	Beslenme	20,61±4,04	20,95±4,05	21,86±4,58	1,21	0,300
	Manevi Gelişim	24,40±4,51	26,23±4,87	25,97±3,80	2,80	0,063
	Kişiler Arası İlişkiler	24,02±4,56	25,00±4,34	25,27±3,09	1,51	0,224
	Stres Yönetimi	18,88±3,45	20,35±4,52	19,22±3,71	2,22	0,112
	Total Puan	107,77±17,11	112,09±19,01	113,38±15,66	1,8	0,168
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,76±6,23	13,28±6,33	16,32±5,86	2,42	0,092
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,60±3,33	7,60±3,30	9,24±2,93	2,65	0,073
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,89±3,12	5,86±3,06	7,22±2,86	2,78	0,065
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları	6,12±2,72	5,05±2,90	7,19±2,80	5,92	0,003
	Total Puan	46,03±14,56	41,51±15,93	51,7±14,4	4,67	0,011

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları	Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan
<3 Yıl / 4-6 Yıl	0,095	0,227
<3 Yıl / >6 Yıl	0,119	0,124
4-6 Yıl / >6 Yıl	0,002	0,007

Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları ($p=0,003$) ve Total Puan ($p=0,011$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. >6 Yıl grubunun Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları ($p=0,002$) ve Total Puan ($p=0,007$) puan ortalamaları 4-6 Yıl grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,289$), Fiziksel Aktivite ($p=0,221$), Beslenme ($p=0,300$), Manevi Gelişim ($p=0,063$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,224$), Stres Yönetimi ($p=0,112$) ve Total Puan ($p=0,168$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 8. Yoğun Bakım Deneyim Süresi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

YB Deneyim Süresi		<3 Yıl n:124	4-6 Yıl n:36	>6 Yıl n:14	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,06±4,3	21,78±4,77	20,43±5,26	0,56	0,573
	Fiziksel Aktivite	17,98±4,69	18,58±5,81	19,07±5,73	0,44	0,646
	Beslenme	20,81±4,08	21,47±4,4	20,93±4,55	0,35	0,709
	Manevi Gelişim	24,85±4,71	25,97±4,04	26,21±3,75	1,26	0,287
	Kişiler Arası İlişkiler	24,05±4,4	25,67±3,65	25,86±3,7	2,83	0,062
	Stres Yönetimi	19,02±3,61	20,69±4,25	18,36±3,88	3,03	0,055
	Total Puan	108,75±17,34	113,47±17,43	112,5±17,48	1,18	0,308
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,89±6,14	13,56±6,81	16,29±5,34	1,12	0,330
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,67±3,06	7,61±4,04	9,14±2,66	1,78	0,172
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,08±2,91	5,94±3,66	7,5±2,9	1,46	0,236
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,07±2,83	5,58±3,02	7,43±2,47	2,13	0,122
	Total Puan	46,59±14,3	42,42±18,17	51,5±13,2	2,03	0,134

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yoğun Bakım Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,573$), Fiziksel Aktivite ($p=0,646$), Beslenme ($p=0,709$), Manevi Gelişim ($p=0,287$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,062$), Stres Yönetimi ($p=0,055$) ve Total Puan ($p=0,308$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Yoğun Bakım Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,330$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,172$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,236$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,122$) ve Total Puan ($p=0,134$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 9. Haftalık Çalışma Süresi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Haftalık Çalışma Süresi		<40 Saat n:46	40-60 Saat n:109	>60 Saat n:19	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,96±4,07	21,43±4,64	20,11±4,42	0,78	0,461
	Fiziksel Aktivite	17,72±5,1	18,26±4,97	18,95±5,12	0,43	0,652
	Beslenme	21,52±4,27	21,06±4,03	19,05±4,38	2,48	0,087
	Manevi Gelişim	25,43±4,58	25,23±4,59	24,37±4,11	0,38	0,683
	Kişiler Arası İlişkiler	24,87±4,19	24,43±4,43	24,26±3,35	0,21	0,809
	Stres Yönetimi	19,13±4,01	19,5±3,82	18,74±3,43	0,39	0,677
	Total Puan	110,5±17,22	110,4±17,68	106,74±16,61	0,38	0,684
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	16,11±5,77	14,35±6,29	13,53±6,74	1,70	0,186
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,74±3,19	8,44±3,35	8,16±3,15	0,24	0,786
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,67±2,88	5,97±3,21	6,05±2,8	0,85	0,429
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları	6,61±3,05	5,79±2,73	6,47±3,06	1,54	0,217
	Total Puan	49,85±13,54	44,8±15,22	44,68±17,91	1,90	0,152

Tek Yönlü Varyans Analizi

Haftalık Çalışma süresi <40 Saat, 40-60 Saat ve >60 Saat gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,461$), Fiziksel Aktivite ($p=0,652$), Beslenme ($p=0,087$), Manevi Gelişim ($p=0,683$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,809$), Stres Yönetimi ($p=0,677$) ve Total Puan ($p=0,684$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Haftalık Çalışma süresi <40 Saat, 40-60 Saat ve >60 Saat gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,186$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,786$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,429$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,217$) ve Total Puan ($p=0,152$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 10. Çalışma Biçimi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Biçimi	Sürekli Gündüz n:8	Sürekli gece n:3	Vardiya n:163	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	19,88±2,42	21,33±7,57	21,22±4,5	0,35 0,708
	Fiziksel Aktivite	15,75±4,77	16,67±3,06	18,34±5,03	1,16 0,315
	Beslenme	20,63±4,34	15,33±3,51	21,08±4,12	2,89 0,058
	Manevi Gelişim	25,13±3,56	25,33±5,51	25,19±4,57	0,00 0,998
	Kişiler Arası İlişkiler	25,75±4,62	24±3,61	24,48±4,25	0,36 0,696
	Stres Yönetimi	17,63±3,25	16,67±4,04	19,45±3,82	1,62 0,202
	Total Puan	107,13±15,67	102,67±21,96	110,31±17,46	0,39 0,672
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	16,13±4,45	14,33±2,08	14,66±6,36	0,21 0,808
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	9,5±2,93	9,33±3,21	8,42±3,3	0,51 0,601
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,38±2,67	5,33±4,04	6,17±3,1	0,13 0,881
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	5,75±2,19	6±4	6,1±2,89	0,06 0,945
	Total Puan	50,25±12,44	45±17,44	45,94±15,33	0,31 0,732

Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışma Biçimi Sürekli Gündüz, Sürekli Gece ve Vardiya gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,708$), Fiziksel Aktivite ($p=0,315$), Beslenme ($p=0,058$), Manevi Gelişim ($p=0,998$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,696$), Stres Yönetimi ($p=0,202$) ve Total Puan ($p=0,672$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Çalışma Biçimi Sürekli Gündüz, Sürekli Gece ve Vardiya gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,808$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,601$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,881$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,945$) ve Total Puan ($p=0,732$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 11. Baktığı Hasta Sayısı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

En Fazla Baktığı Hasta Sayısı		1-2 n:68	Hasta 3-4 n:86	Hasta >5 n:20	Hasta F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,88±4,04	21,74±4,71	19,6±4,5	2,12	0,124
	Fiziksel Aktivite	18,53±5,08	18,35±4,83	16,35±5,35	1,56	0,213
	Beslenme	21,32±4,26	20,76±4,16	20,6±4,03	0,43	0,649
	Manevi Gelişim	24,62±4,33	25,76±4,52	24,7±5,1	1,34	0,265
	Kişiler Arası İlişkiler	24±4,05	24,88±4,14	24,8±5,3	0,87	0,422
	Stres Yönetimi	19,25±3,39	19,7±3,98	17,9±4,32	1,83	0,163
	Total Puan	109,35±17,04	111,49±17,43	106,05±18,48	0,88	0,418
Thorson-Powell Ölüm Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	15,82±5,92	13,98±6,25	14,2±6,92	1,76	0,175
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	9,07±3,04	8,14±3,22	8±4,07	1,82	0,166
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,29±2,94	6,2±3,22	5,6±3,03	0,40	0,673
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,66±2,78	5,72±2,82	5,65±3,1	2,35	0,099
	Total Puan	49,19±12,73	44,01±16,04	44,75±17,93	2,34	0,102

Tek Yönlü Varyans Analizi

En Fazla Baktığı Hasta Sayısı 1-2 Hasta, 3-4 Hasta ve >5 Hasta gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,124$), Fiziksel Aktivite ($p=0,213$), Beslenme ($p=0,649$), Manevi Gelişim ($p=0,265$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,422$), Stres Yönetimi ($p=0,163$) ve Total Puan ($p=0,418$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir

En Fazla Baktığı Hasta Sayısı 1-2 Hasta, 3-4 Hasta ve >5 Hasta gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,175$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,166$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,673$), Ölüm Süreci-Acı ve İzdırıp Kaygıları ($p=0,099$) ve Total Puan ($p=0,102$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 12. Ölümle İlgili Eğitim Alma Durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölümle İlgili Eğitim Alma Durumu		Ölümle Eğitim n:84	İlgili (+) Ölümle Eğitim (-) n:90	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,92±4,36	21,51±4,55	-0,88	0,383
	Fiziksel Aktivite	18,05±4,38	18,32±5,6	-0,35	0,726
	Beslenme	20,74±3,92	21,16±4,42	-0,66	0,510
	Manevi Gelişim	25,3±4,51	25,24±4,49	0,09	0,932
	Kişiler Arası İlişkiler	24,73±4,13	24,44±4,36	0,44	0,663
	Stres Yönetimi	19,18±3,44	19,5±4,17	-0,55	0,583
	Total Puan	109,73±15,8	110,67±18,86	-0,35	0,723
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,99±6,15	14,65±6,29	0,36	0,720
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,73±3,33	8,28±3,25	0,88	0,380
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,81±3,11	6,43±3,04	-1,33	0,186
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları	5,92±2,95	6,17±2,77	-0,58	0,562
	Total Puan	45,93±16,18	46,36±14,44	-0,19	0,852

Bağımsız t testi

Ölümle ilgili Eğitim Almayan ve Ölümle ilgili Eğitim Alan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu (p=0,383), Fiziksel Aktivite (p=0,726), Beslenme (p=0,510), Manevi Gelişim (p=0,932), Kişiler Arası İlişkiler (p=0,663), Stres Yönetimi (p=0,583) ve Total puan (p=0,723) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ölümle ilgili Eğitim Almayan ve Ölümle ilgili Eğitim Alan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar (p=0,720), Öte Alemle İlgili Kaygılar (p=0,380),

Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,186$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları ($p=0,562$) ve Toplam puan ($p=0,852$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 13. Ciddi Sağlık Sorunu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ciddi Sağlık Sorunları var mı?		Ciddi Sağlık Sorunu (+) n:4	Ciddi Sağlık Sorunu (-) n:170	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	24±8,16	21,09±4,36	1,29	0,199
	Fiziksel Aktivite	20,25±7,59	18,14±4,95	0,83	0,407
	Beslenme	21±9,83	20,96±4,01	0,02	0,984
	Manevi Gelişim	25,5±8,27	25,18±4,44	0,14	0,890
	Kişiler Arası İlişkiler	25,5±8,02	24,51±4,16	0,46	0,645
	Stres Yönetimi	19,25±7,41	19,32±3,73	-0,04	0,972
	Total Puan	116,25±39,58	109,88±16,76	0,72	0,471
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	15,5±3,7	14,71±6,28	0,25	0,802
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	11±2,83	8,43±3,27	1,56	0,121
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,5±4,04	6,16±3,07	0,22	0,828
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları	6,5±3,42	6,07±2,86	0,30	0,768
	Total Puan	52±13,9	45,98±15,23	0,78	0,435

Bağımsız t testi

Ciddi Sağlık Sorunu olmayan ve Ciddi Sağlık Sorunu olan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,199$), Fiziksel Aktivite ($p=0,407$), Beslenme ($p=0,984$), Manevi Gelişim ($p=0,890$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,645$), Stres Yönetimi

(p=0,972) ve Total Puan (p=0,471) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ciddi sağlık sorunu olmayan hemşire sayısı %97,7(n=170)'dir. Ciddi Sağlık Sorunu olmayan ve Ciddi Sağlık Sorunu olan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar (p=0,802), Öte Alemle İlgili Kaygılar (p=0,121), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar (p=0,828), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları (p=0,768) ve Toplam puan (p=0,435) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 14. Kullandığı İlaç Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Kullandığı İlaç Var mı?	Kullandığı İlaç (+) n:21	Kullandığı İlaç (-) n:153	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,9±4,77	21,06±4,43	0,81 0,417
	Fiziksel Aktivite	17,43±4,9	18,29±5,03	-0,74 0,459
	Beslenme	21,33±5,33	20,91±4	0,44 0,663
	Manevi Gelişim	24,9±5,12	25,23±4,45	-0,31 0,759
	Kişiler Arası İlişkiler	24,48±4,52	24,54±4,22	-0,06 0,952
	Stres Yönetimi	19,24±4,18	19,33±3,78	-0,10 0,921
	Total Puan	110,05±19,74	110,03±17,11	0,06 0,996
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	11,95±6,25	15,1±6,15	-2,20 0,029
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	7,43±3,94	8,63±3,16	-1,59 0,114
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	4,52±3,2	6,39±3,01	-2,65 0,009
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	4,52±2,93	6,29±2,79	-2,71 0,007
	Total Puan	37,43±17,76	47,31±14,46	-2,85 0,005

Bağımsız t testi

İlaç kullanmayan ve ilaç kullanan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,417$), Fiziksel Aktivite ($p=0,459$), Beslenme ($p=0,663$), Manevi Gelişim ($p=0,759$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,952$), Stres Yönetimi ($p=0,921$) ve Total Puan ($p=0,996$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

İlaç kullanan grubunun Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,029$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,009$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,007$) ve Toplam puan ($p=0,005$) puan ortalamaları İlaç kullanmayan grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

İlaç kullanmayan ve İlaç kullanan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,114$).

Tablo 15. Sağlık Durumu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Sağlık Durumunuz		Orta n:44	İyi n:108	Çok İyi n:22	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,43±4,72	21,36±4,24	21,64±5,07	0,82	0,443
	Fiziksel Aktivite	17,02±4,65	18,39±4,85	19,55±6,12	2,12	0,124
	Beslenme	21,16±4,71	21,02±3,97	20,27±4,11	0,36	0,700
	Manevi Gelişim	23,68±4,8	25,42±4,2	27,09±4,77	4,72	0,01
	Kişiler Arası İlişkiler	23,91±4,82	24,36±3,9	26,59±4,25	3,23	0,042
	Stres Yönetimi	18,73±4,07	19,21±3,51	21±4,44	2,76	0,066
	Total Puan	106,2±20,04	110,55±15,81	115,14±18,33	2,08	0,127
	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	13,91±5,9	14,84±6,51	15,77±5,46	0,71	0,496
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	9,25±3,5	8,49±3,07	6,95±3,37	3,72	0,026
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,39±2,53	6,27±3,28	5,23±3,05	1,19	0,306
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,68±2,8	5,8±2,81	6,27±3,15	1,57	0,212
	Total Puan	47,98±14,58	45,65±15,98	44,73±12,4	0,47	0,625

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tukey Çoklu Karşılaştırma testi	Manevi Gelişim	Kişiler İlişkiler	Arası Öte Alemle İlgili Kaygılar
Orta / İyi	0,076	0,819	0,388
Orta / Çok İyi	0,01	0,04	0,019
İyi / Çok İyi	0,242	0,062	0,106

Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,443$), Fiziksel Aktivite ($p=0,124$), Beslenme ($p=0,700$), Stres Yönetimi ($p=0,066$) ve Total Puan ($p=0,127$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim ($p=0,01$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,042$), puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Çok İyi grubunun Manevi Gelişim ($p=0,01$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,04$) puan ortalamaları Orta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,496$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,306$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,212$), puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,026$). Çok İyi grubunun Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları Orta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,019$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 16. : Birinci Derece Yakınını Kaybetme Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Birinci Derece Yakınını Kaybetti mi		Yakınını Kaybetme (+) n:30	Yakınını Kaybetme (-) n:144	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,47±3,87	21,31±4,58	-0,94	0,351
	Fiziksel Aktivite	17,43±5,41	18,35±4,92	-0,91	0,364
	Beslenme	21,07±3,96	20,94±4,22	0,15	0,878
	Manevi Gelişim	24,77±4,61	25,28±4,51	-0,56	0,575
	Kişiler Arası İlişkiler	23,97±4,24	24,65±4,25	-0,80	0,427
	Stres Yönetimi	18,23±3,72	19,54±3,81	-1,72	0,088
	Total Puan	107,7±16,94	110,51±17,5	-0,81	0,422
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	16,3±5,89	14,4±6,27	1,53	0,128
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,73±3,57	8,44±3,22	0,45	0,654
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,13±3,08	6,17±3,1	-0,07	0,948
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,07±3,12	6,08±2,81	-0,03	0,977
	Total Puan	48,23±16,45	45,68±14,93	0,84	0,404

Bağımsız t testi

Birinci derece Yakınını Kaybeden ve Yakınını Kaybetmeyen gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,351$), Fiziksel Aktivite ($p=0,364$), Beslenme ($p=0,878$), Manevi Gelişim ($p=0,575$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,427$), Stres Yönetimi ($p=0,088$) ve Total puan ($p=0,422$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Birinci Derece Yakınını Kaybeden ve Kaybetmeyen gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,128$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,654$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,948$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,977$) ve Total Puan ($p=0,404$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 17. Ölümü Düşünme Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölümü Düşünür mü		Nadir n:57	Arasıra n:67	Sıkca n:35	Çok Sık n:15	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,58±4,13	20,57±4,31	20,71±4	23,27±6,64	1,82	0,146
	Fiziksel Aktivite	18,74±4,85	17,97±5,12	17,89±4,56	17,8±6,3	0,34	0,797
	Beslenme	20,42±3,67	20,93±3,91	21,43±4,23	22,07±6,51	0,82	0,487
	Manevi Gelişim	25,35±4,32	24,78±4,64	24,8±4,19	27,33±5,29	1,43	0,235
	Kişiler Arası İlişkiler	25,02±4,07	24,12±4,23	24,14±3,79	25,4±5,88	0,76	0,517
	Stres Yönetimi	19,68±3,46	18,88±3,84	19±3,47	20,6±5,45	1,12	0,345
	Total Puan	111,11±15,34	108,36±17,38	108,97±15,8	115,87±26,59	0,88	0,451
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,44±5,64	14,97±5,6	14,31±7,38	15,67±8,38	0,24	0,871
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,63±3,19	8,7±3,06	7,77±3,26	8,67±4,47	0,70	0,552
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,16±3,58	6,49±2,69	6,09±2,75	4,93±3,41	1,06	0,369
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,09±2,92	6,51±2,93	5,29±2,61	6±2,73	1,41	0,241
	Total Puan	45,44±15,33	48,12±12,8	43,83±15,82	45,13±22,23	0,71	0,548

Tek Yönlü Varyans Analizi

Ölümü Düşünür mü Nadir, Arasıra, Sıkça ve Çok Sık gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,146$), Fiziksel Aktivite ($p=0,797$), Beslenme ($p=0,487$), Manevi Gelişim ($p=0,235$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,517$), Stres Yönetimi ($p=0,345$) ve Total Puan ($p=0,451$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ölümü Düşünür mü Nadir (32,76 $n=57$), Arasıra (%38,51 $n=67$), Sıkça (%20,11 $n=35$) ve Çok Sık (%8,62 $n=15$) gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,871$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,552$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,369$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,241$) ve Total Puan ($p=0,548$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 18. Ölüm Tehlikesi Yaşama Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölüm Tehlikesi Yaşadı mı		Ölüm Tehlikesi (+) n:41	Ölüm Tehlikesi (-) n:133	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,63±4,28	21,32±4,53	-0,86	0,389
	Fiziksel Aktivite	19,39±5,6	17,82±4,77	1,77	0,079
	Beslenme	21±4,21	20,95±4,17	0,07	0,944
	Manevi Gelişim	24,8±5,06	25,31±4,36	-0,62	0,535
	Kişiler Arası İlişkiler	24,59±4,55	24,51±4,17	0,10	0,923
	Stres Yönetimi	19,49±4,18	19,26±3,71	0,33	0,743
	Total Puan	110,41±19,06	109,91±16,92	0,16	0,871
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	16,07±5,74	14,31±6,34	1,59	0,113
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,71±3,51	8,42±3,21	0,49	0,626
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,44±3,31	6,08±3,02	0,65	0,519
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,46±3,15	5,96±2,77	0,98	0,328
	Total Puan	49,07±13,18	45,21±15,69	1,43	0,155

Bağımsız t testi

Ölüm Tehlikesi Yaşamayan ve Ölüm Tehlikesi Yaşayan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,389$), Fiziksel Aktivite ($p=0,079$), Beslenme ($p=0,944$), Manevi Gelişim ($p=0,535$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,923$), Stres Yönetimi ($p=0,743$) ve Total puan ($p=0,871$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ölüm Tehlikesi Yaşamayan ve Ölüm Tehlikesi Yaşayan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,113$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,626$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,519$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,328$) ve Toplam puan ($p=0,155$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 19. Ünitelerde Ölümle Karşılaşma Durumu gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ünitelerde Ölümle Karşılaşma Durumu		Evet Karşılaşıyor n:164	Hayır Karşılaşmıyor n:10	t	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	21,12±4,42	21,8±5,43	-0,47	0,642
	Fiziksel Aktivite	18,15±5,02	18,9±5,04	-0,46	0,645
	Beslenme	21,02±4,24	19,9±2,6	0,83	0,409
	Manevi Gelişim	25,27±4,4	23,9±6,31	0,93	0,354
	Kişiler Arası İlişkiler	24,63±4,15	22,9±5,67	1,25	0,213
	Stres Yönetimi	19,24±3,79	20,5±4,33	-1,01	0,314
	Total Puan	110,19±17,16	107,4±21,71	0,49	0,624
	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	14,64±6,29	16,1±5,24	-0,72	0,474
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	8,52±3,31	8,00±2,58	0,49	0,628
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,15±3,10	6,50±2,95	-0,35	0,726
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,12±2,87	5,50±2,80	0,66	0,510
	Total Puan	46,02±15,55	47,7±7,30	-0,34	0,736

Bağımsız t testi

Ünitede ölümle; Evet Karşılıyor ve Hayır Karşılamıyor gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,642$), Fiziksel Aktivite ($p=0,645$), Beslenme ($p=0,409$), Manevi Gelişim ($p=0,354$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,213$), Stres Yönetimi ($p=0,314$) ve Total puan ($p=0,624$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ünitede ölümle; Evet Karşılıyor ve Hayır Karşılamıyor gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,474$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,628$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,726$), Ölüm Süreci-Acı ve İzdırıp Kaygıları ($p=0,510$) ve Toplam puan ($p=0,736$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 20. Ayda Ölüme Tanık Olma Sıklığı Varlığı gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölüme Tanık Olma Sıklığı (ay)		<3 Kez n:92	4-9 Kez n:71	>10 Kez n:11	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	20,59±3,7	21,66±4,93	22,73±6,56	1,90	0,152
	Fiziksel Aktivite	17,46±5,2	18,87±4,53	19,91±5,65	2,33	0,101
	Beslenme	21,16±4,27	20,76±3,81	20,55±5,68	0,24	0,785
	Manevi Gelişim	24,53±4,44	25,86±4,22	26,36±6,44	2,15	0,120
	Kişiler Arası İlişkiler	24,12±4,47	24,86±3,73	25,82±5,34	1,15	0,319
	Stres Yönetimi	18,72±3,28	19,94±4,06	20,27±5,61	2,48	0,087
	Total Puan	107,86±16,43	112,01±16,85	115,36±26,2	1,71	0,184
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	15,25±5,85	13,72±6,29	16,82±8,33	1,89	0,154
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	9,26±3,11	7,54±2,98	8,18±4,81	5,94	0,003
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	6,37±2,58	5,8±3,58	6,82±3,54	0,94	0,394
	Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları	6,7±2,8	5,35±2,76	5,64±3,04	4,76	0,01
	Total Puan	49,13±13,28	41,83±15,9	48,64±19,85	5,01	0,008

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tukey Çoklu Karşılaştırma testi	Öte Alemle İlgili Kaygılar	Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları	Ölüm Kaygısı Ölçeği Toplam Puan
<3 Kez / 4-9 Kez	0,002	0,008	0,006
<3 Kez / >10 Kez	0,539	0,463	0,994
4-9 Kez / >10 Kez	0,806	0,947	0,336

Ayda Ölüme Tanık Olma Sıklığı <3 Kez, 4-9 Kez ve >10 Kez gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,003$), Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları ($p=0,01$) ve Total Puan ($p=0,008$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. <3 Kez grubunun (%52,87 $n=92$) Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,002$), Ölüm Süreci-Acı ve İzdirap Kaygıları ($p=0,008$) ve Total puan ($p=0,006$) puan ortalamaları 4-9 Kez grubundan (%40,80 $n=71$) yüksek bulunmuş diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Ayda Ölüme Tanık Olma Sıklığı <3 Kez, 4-9 Kez ve >10 Kez gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,152$), Fiziksel Aktivite ($p=0,101$), Beslenme ($p=0,785$), Manevi Gelişim ($p=0,120$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,319$), Stres Yönetimi ($p=0,087$) ve Total Puan ($p=0,184$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 21. Ünitelerde Ölümle Ne Hissettirmekte gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ünitelerde Ölümle Ne Hissettirmekte		Çok Etkilenir n:15	Biraz Etkilenir n:41	Yaş Hastalık Duruma göre değişir n:91	Hiç Etkilenmez n:27	F	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlık Sorumluluğu	24,47±6,59	20,59±4,41	21,25±3,99	19,89±3,96	3,90	0,01
	Fiziksel Aktivite	20,2±5,97	16,63±4,12	18,43±5,1	18,63±4,98	2,32	0,077
	Beslenme	23,2±4,72	21,02±4,28	20,75±3,9	20,33±4,39	1,75	0,158
	Manevi Gelişim	28,2±5,67	24,22±4,32	25,87±4,03	22,7±4,36	6,88	0,0001
	Kişiler Arası İlişkiler	27,8±5,93	23,63±4,56	24,89±3,62	22,85±3,6	5,61	0,001
	Stres Yönetimi	22,4±5,54	18,1±3,04	19,6±3,39	18,48±4,19	5,69	0,001
	Total Puan	123,87±24,8	106,1±16,39	111,19±15,09	104,41±17,54	5,31	0,002
Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği	Fiziksel Ruhsal Kaygılar	13,13±7,31	13,51±7,09	15,14±5,69	16,04±5,84	1,39	0,248
	Öte Alemle İlgili Kaygılar	6,80±2,65	8,29±3,42	8,43±3,25	9,93±3,02	3,25	0,023
	Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar	5,13±3,31	5,54±2,98	6,23±3,03	7,48±3	2,37	0,068
	Ölüm Süreci-Acı ve İzdırıp Kaygıları	4,53±2,33	5,78±2,89	6,02±2,79	7,59±2,79	4,39	0,005
	Total Puan	38,27±14,79	43,54±15,57	46,34±14,42	53,67±14,79	4,18	0,007

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tukey Çoklu Karşılaştırma testi	Sağlık Sorumluluğu	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Total Puan	Öte Alemle İlgili Kaygılar	Ölüm Süreci- Acı ve İzdırak Kaygıları	ÖKÖ Toplam Puan
Çok Etkilenir /Biraz Etkilenir	0,019	0,014	0,005	0,001	0,003	0,416	0,448	0,64
Çok Etkilenir /Yaş Hastalık Duruma göre değişir	0,044	0,046	0,045	0,035	0,037	0,268	0,223	0,207
Çok Etkilenir /Hiç Etkilenmez	0,007	0,001	0,001	0,006	0,002	0,015	0,004	0,008
Biraz Etkilenir / Yaş Hastalık Duruma göre değişir	0,848	0,18	0,363	0,132	0,374	0,996	0,967	0,745
Biraz Etkilenir / Hiç Etkilenmez	0,917	0,489	0,867	0,975	0,977	0,173	0,046	0,032
Yaş Hastalık Duruma göre değişir / Hiç Etkilenmez	0,483	0,085	0,108	0,504	0,256	0,149	0,052	0,111

Ünitede Ölümler Ne Hissettirmekte Çok Etkilenir, Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,01$), Manevi Gelişim ($p=0,0001$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,001$), Stres Yönetimi ($p=0,001$) ve Total Puan ($p=0,002$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Çok etkilenir grubunun Sağlık Sorumluluğu ($p=0,019$, $p=0,044$ ve $p=0,007$), Manevi Gelişim ($p=0,014$, $p=0,046$ ve $p=0,001$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,005$, $p=0,045$ ve $p=0,001$), Stres Yönetimi ($p=0,001$, $p=0,035$ ve $p=0,006$) ve Total puan ($p=0,003$, $p=0,037$ ve $p=0,002$) puan ortalamaları Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Ünitede Ölümler Ne Hissettirmekte Çok Etkilenir, Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite ($p=0,077$), Beslenme ($p=0,158$), puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ünitede Ölümler Ne Hissettirmekte Çok Etkilenir, Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,248$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,068$), puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ünitede Ölümler Ne Hissettirmekte Çok Etkilenir, Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,023$). Çok etkilenir grubunun Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları Hiç etkilenmez gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,012$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Ünitede Ölümler Ne Hissettirmekte Çok Etkilenir, Biraz Etkilenir, Yaş Hastalık Durumuna göre Değişir ve Hiç etkilenmez gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı

Ölçeği Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları ($p=0,005$) ve Total Puan ($p=0,007$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Hiç Etkilenmez grubunun Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları ($p=0,004$ ve $p=0,046$) ve Total puan ($p=0,008$ ve $p=0,032$) puan ortalamaları Çok etkilenir, Biraz etkilenir gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 22. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının korelasyonu

		Fiziksel Ruhsal Kaygılar	Öte İlgili Kaygılar	Alemle Çürüme Bozulma İlgili Kaygılar	ve Ölüm Süreci- Acı ve Izdırıp Kaygıları	ÖKÖ Toplam Puan
Sağlık Sorumluluğu	r	-0,226	-0,175	-0,293	-0,218	-0,347
	p	0,003	0,021	0,0001	0,004	0,0001
Fiziksel Aktivite	r	0,048	0,002	0,057	0,083	0,025
	p	0,528	0,982	0,457	0,274	0,742
Beslenme	r	-0,008	-0,002	-0,108	-0,018	-0,066
	p	0,921	0,984	0,157	0,817	0,387
Manevi Gelişim	r	0,110	-0,020	-0,186	-0,210	-0,085
	p	0,149	0,794	0,014	0,005	0,267
Kişiler İlişkiler	r	0,037	-0,030	-0,217	-0,225	-0,127
	p	0,630	0,695	0,004	0,003	0,096
Stres Yönetimi	r	-0,047	-0,144	-0,163	-0,162	-0,188
	p	0,537	0,058	0,032	0,033	0,013
SYB Puan	r	-0,008	-0,057	-0,186	-0,146	-0,151
	p	0,913	0,452	0,014	0,055	0,047

Ölüm Kaygısı ölçeğinin Fiziksel Ruhsal Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,226$ $p=0,003$), Ölüm Kaygısı

Ölçeğinin Öte Alemle İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,175$ $p=0,021$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,293$ $p=0,0001$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim puanları ($r=-0,186$ $p=0,014$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yönetimi puanları ($r=-0,163$ $p=0,032$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Total puanları ($r=-0,186$ $p=0,014$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,218$ $p=0,004$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim puanları ($r=-0,210$ $p=0,005$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişiler Arası İlişkiler puanları ($r=-0,225$ $p=0,003$) ve Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yönetimi puanları ($r=-0,162$ $p=0,033$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir.

Ölüm Kaygısı ölçeğinin Fiziksel Ruhsal Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler, Stres Yönetimi ve Total puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Öte Alemle İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler, Stres Yönetimi ve Total puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite ve Beslenme puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Total puanları ($p>0,05$) ve Ölüm Kaygısı ölçeğinin Total puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler puanları ($p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir.

İstatistiksel Değerlendirme:

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra Shapiro–Wilk normallik testi ile değişkenlerin dağılımına bakılmış, normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey oklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu araştırma, bir eğitim araştırma hastanesinde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölüm kaygıları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara ilişkin tartışmaya bu bölümde yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %59,77'si (n=104) 25-34 yaş grubundadır. <25 Yaş, 25-34 Yaş ve >35 Yaş gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar (p=0,250), Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar (p=0,909), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar (p=0,452), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları (p=0,332) ve Total Puan (p=0,301) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği yaşa göre incelendiğinde Özdemir (2014) araştırmasında yaş ortalaması 29.55 ± 4.19 olup 31 yaş ve üstü (%39,34 n=25) olan hemşirelerin 19-25 yaş (%13,7 n=25) ve 26-30 yaş (%47 n=86) olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamasını daha yüksek bulmuştur (9). Özdemir(2014) araştırmasında 31 yaş ve üzeri hemşire sayısının bu çalışmadaki hemşire sayısından fazla olmasından kaynaklı Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği yaşa göre incelendiğinde bu çalışmayla farklılık gösterdiği söylenebilir (9). Tatar (1998) araştırmasında 18-22 yaş grubu hemşirelerinin daha yüksek yaş grubundaki hemşirelere göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğunu bulmuştur (51). Tatar (1998) çalışmasındaki hemşire sayısının (30 kişi) bu çalışmadaki hemşire sayısından(174 kişi) az olmasından kaynaklı Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği yaşa göre incelendiğinde bu çalışmayla farklılık gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin <25 Yaş, 25-34 Yaş ve >35 Yaş gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu (p=0,995), Fiziksel Aktivite (p=0,075), Beslenme (p=0,146), Manevi Gelişim (p=0,667), Kişiler Arası İlişkiler (p=0,335), Stres Yönetimi (p=0,231) ve Total Puan (p=0,355) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği yaşa göre literatür incelendiğinde; On (2016) çalışmasında Yaşları 36 ve üstü olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) yaşları 23-27 ve 28-35 aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (66). Yaşları 23-27 aralığında olan hemşirelerin

manevi gelişim davranışları yaşları 28-35 aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği yaşa göre incelendiğinde; On (2016) 'un çalışmasına katılan hemşirelerin farklı birimlerde (Poliklinik %19,05 n=72, Yataklı Servis %40,74 n=154 Ameliyathane %6,61 n=25, Acil Servis 7,94 n=30, Yoğun Bakım Ünitesi %23,54 n=89 ve Müdüriyet %2,12 n=8) çalışmasından kaynaklı bu çalışma ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Özkan (2008) çalışmasında 34 yaş ve üzeri olan, geniş ailede yaşayan, sürekli gündüz çalışan ve düzenli fiziksel aktivite yapan ve düzenli yemek alışkanlığı olan hemşirelerde SYBDÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (12). Çelik ve diğerleri (2017) çalışmasında çalışmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ puan ortalamaları incelendiğinde yaş ve cinsiyet durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptanmış olup bu çalışmayı desteklemektedir (67).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Kadın ve Erkek gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,803$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,184$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,118$) ve Total Puan ($p=0,082$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Fakat kadınların Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puan ortalamaları Erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği cinsiyete göre incelendiğinde Özdemir(2014)'in çalışması bu araştırmayı Fiziksel Ruhsal Kaygılar, Öte Alemle İlgili Kaygılar, Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ve Total Puan bakımından desteklemektedir (9). Fakat bu çalışma ile farklılık gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Koç(2002) ve Eyüpoğlu(2009)'nun çalışmasında kadınların ölüm kaygısının erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğunu tespit etmiştir (3,58). Eyüpoğlu(2009) depresif hastalar üzerinde araştırma yaptığından ve erkeklerin toplumdaki rol-modelleri gereği kaygılarını dile getirememelerinden dolayı Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği cinsiyete göre incelendiğinde bu çalışma ile farklılık göstermiş olabilir (58). Bilge(2013)'nin çalışmasında Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan ortalaması erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bilge (2013)'nin sağlık profesyoneli olacak öğrencilerle çalışması Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği cinsiyete göre incelendiğinde bu araştırma ile farklılık göstermiş olabilir (45).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,01$), Beslenme ($p=0,003$), Manevi Gelişim ($p=0,004$) ve Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,0001$) puan ortalamaları Erkeklerden istatistiksel olarak

anlamli derecede yu'ksek bulunmu'stur. Cinsiyete g'ore Sağlıklı Ya'sam Bi'imi Davranışları 'l'çeği Fiziksel Aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık g'ozlenmemi'stir ($p=0,828$).

Sağlıklı Ya'sam Bi'imi Davranışları 'l'çeėi cinsiyete g'ore literat'ur incelendiğinde; Şen ve arkadaşları (2017) 'alışmasında arasında istatistiksel olarak anlamli fark olmamasına karşın erkek 'ėrencilerin SYBD puanlarının kız 'ėrencilere g'ore daha yu'ksek olduğu saptanmıştır (59). Aynı şekilde Pasinlioğlu ve G'oz'um(1998)' 'n 1. Basamak sağlık hizmetlerinde 'alışan sağlık personeli ile yaptėı 'alışmada cinsiyete g'ore SYBD puanları kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamıştır ve kadınların SYBD beslenme alt grup puan ortalamalarının (17.90 ± 3.29) erkeklerden (16.18 ± 3.25) anlamli olarak daha yu'ksek olduğunu bildirmişlerdir ($p<0.005$) (60). 'ozbaşaran ve arkadaşları(2004) y'u'ksekokul 'ėrencileri 'zerinde yapılan 'alışmasında da kız 'ėrencilerin (122.97 ± 18.66) SYBD' puan ortalamaları erkeklere (114.03 ± 15.57) g'ore daha yu'ksek bulunmu'stur ve istatistiksel olarak anlamlidir ($p=0.004$) (14). 'nalán ve arkadaşları (2007) Meslek Y'u'ksekokullarının Sağlık Ve Sosyal Programlarında 'ėrenim g'oren 'ėrencilerle yaptėı , 'ozbaşaran F ve arkadaşları (2004) sağlık y'u'ksekokulu 'ėrencileri ile yaptėı 'alışmalarında 'zellikle sağlık sorumluluğu başta olmak 'zere kişilerarası ilişkiler, stres y'onetimi ve toplam puan kızlarda daha yu'ksek olduğunu bulmuşlardır ve aynı zamanda erkeklerin kızlardan anlamli olarak daha fazla egzersiz yaptėını da saptamışlardır (14, 61). 'nalán ve arkadaşlarını(2007) 'ozbaşaran ve arkadaşlarının (2004) 'alışmaları Sağlıklı Ya'sam Bi'imi Davranışları 'l'çeėi cinsiyete g'ore incelendiğinde bu 'alışmayı desteklemektedir (14, 61). Kaya ve ark. (2008)da 'ėretim elemanları 'zerinde yaptıkları araştırmada SYBD ile cinsiyet arasında anlamli bir ilişki saptayamamışlardır (62). Işıkhan ve G'ule' (2018) cinsiyet i'in incelediği 36 'alışmadan 5'inde kadınlar lehine toplam skor farkı bulunmasına rağmen analiz sonucunda cinsiyete g'ore anlamli fark bulunmamıştır (63). Şimşek ve diğerleri (2012) 'alışmasında cinsiyet, kronik hastalık varlığı, babanın ve annenin 'ėrenimi, hane reisinin içi, en uzun yaşanan yer hi'bir alt boyutu ve toplam puanı anlamli olarak etkilememektedir (64). 'elik ve arkadaşları(2009)'nın sağlık y'u'ksekokulu 'ėrencileri ile yaptėı 'alışmasında da alt boyutlar ile cinsiyet arasında anlamli ilişki bulunmamıştır (65).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %72,99'u ($n=127$) bekardır. Evlilerin Thorson-Powell 'l'um Kaygısı 'l'çeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar($p=0,004$), 'te Alemle 'lgili Kaygılar ($p=0,004$) ve Toplam puan ($p=0,003$) puan ortalamaları bekarlardan istatistiksel

olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Evli ve Bekar gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,228$) ve Ölüm Süreci-Acı ve İzdırap Kaygıları ($p=0,175$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği medeni duruma göre incelendiğinde; Öztürk (2011) yaşlılar ile yaptığı çalışmada evli olanların bekar olanlara göre ölüm kaygısı puanlarının daha düşük olduğunu fakat bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığını belirlemiştir (44). Özdemir (2014) çalışmada evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (9).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Evli ve Bekar gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu($p=0,097$), Fiziksel Aktivite ($p=0,762$), Beslenme ($p=0,329$), Manevi Gelişim ($p=0,520$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,685$), Stres Yönetimi ($p=0,282$) ve Total puan ($p=0,402$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği medeni duruma göre literatür incelendiğinde; On (2016) çalışmada Evli olan hemşirelerin fiziksel aktivite ve beslenme ile ilgili davranışlarının bekar olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (66). On (2016) çalışmasına katılan evli hemşirelerin sayısının (%57,4 $n=217$) bu çalışmaya katılan evli hemşirelerin sayısından (%27,01 $n=47$) fazla olmasından kaynaklı olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği medeni duruma göre incelendiğinde bu çalışmayı desteklemediği söylenebilir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmaları ile Kılıç'ın (2012) ameliyathanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada da beslenme alt grubu puan ortalaması evlilerde daha yüksek bulunmuştur (12, 68). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) 1. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmada evlilerin, çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ortalama puanlarının, diğerlerine göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (60). Işıkhani ve Güleç (2018) çalışmada Medeni durum karşılaştırmasında kullanılan 32 çalışmadan 4'ünün fark ortalaması bekarlar lehine bulunmuş olmakla birlikte ortalama evli ve bekarların SYBD skor ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir (63). Bu durumun sebebi evlilerin hayatlarının bekarlara göre daha planlı olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada hemşirelerin %64,97'si (n=113) lisans mezunudur. Lise, Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar (p=0,446), Öte Alemle İlgili Kaygılar (p=0,438), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar (p=0,203), Ölüm Süreci-Acı ve İzdırap Kaygıları (p=0,662) ve Total Puan (p=0,253) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği eğitim durumuna göre incelendiğinde;, , Eyüpoğlu (2009) alışmasında depresif yakınmaları olan hastalarla çalışmış Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğini kullanmıştır. Eyüpoğlu (2009) ölüm kaygısını eğitim durumuna göre incelediğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamış (58). Üstüner Top F (2010) alışmasını huzurevinde yaşayan bireylerle yaptığı için yaşlı bireylerle çalışmıştır ve çalışmasında eğitim düzeyi ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Üstüner (2010)' e göre eğitim düzeyi ne seviyede olursa olsun yaşlı insan, kendini ölüme daha yakın hissetmektedir ve her gün, her saat, ölüme biraz daha yaklaşmaktadır ayrıca ölümün kaçınılmaz olduğunun farkındadır. Bu nedenle eğitim düzeyinin ölüm kaygısını etkilemediğini söylemiştir (69). Eyüpoğlu (2009), Üstüner Top F (2010)' un alışmaları Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği eğitim durumuna göre incelendiğinde bu çalışmayı desteklemektedirler. Özdemir (2014)'in çalışmasında Eğitim durumları ile TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Ön lisans mezunu (%25.7 n=47) olan hemşirelerin sağlık meslek lisesi, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (9). Özdemir(2014)' ün çalışmasına katılan önlisans mezunu hemşirelerin sayısı (%25.7 n=47) bu araştırmadaki önlisans mezunu hemşirelerin sayısından (%5,17 n=9) fazla olmasından kaynaklı olarak Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği eğitim durumuna göre incelendiğinde bu çalışmadan farklıdır söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Lise, Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu (p=0,966), Fiziksel Aktivite (p=0,430), Beslenme (p=0,448), Manevi Gelişim (p=0,126), Kişiler Arası İlişkiler (p=0,103), Stres Yönetimi (p=0,429) ve Total Puan (p=0,281) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği eğitim durumuna göre literatür incelendiğinde; Coşkun-Güner ve Demir(2006) kadınların mezun oldukları okulla SYBD ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, lisans mezunlarının sağlık sorumluluğunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (70). Coşkun-Güner ve Demir(2006) çalışmasının örneklem büyüklüğünün (48 kişi) bu çalışmanın örneklem büyüklüğünden (174 kişi) az olması sebebiyle farklılık göstermiş olabilir. Sayan(1998)'in yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, kendini gerçekleştirme düzeyinin arttığını belirtilmiştir (71). Sayan(1998)'in çalışmasına katılan bireylerin kamu kuruluşlarında ve üniversitede çalışması ve sadece kadınlardan oluşması bu çalışma ile farklı olmasına neden olabilir. Esin (1998) 'in Türk kadınları üzerine yaptığı çalışmasında eğitim durumu ile sağlık davranışlarının olumlu şekilde arttığı belirtilmiştir (72). Erci ve arkadaşlarının (2001) aileler ile yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi ile kendini gerçekleştirme alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (73). Güner ve Kaymakçı(2002)'nin yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi ile beslenme arasında anlamlı bir pozitif ilişki saptanmıştır (74). Güner ve Kaymakçı(2002)'nin çalışmasına katılan bireyler mastektomi ameliyatı olmuş kadınlar olması sebebi ile bu çalışmayla farklılık göstermiştir denilebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları (p=0,003) ve Total Puan (p=0,011) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. >6 Yıl grubunun Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları (p=0,002) ve Total Puan (p=0,007) puan ortalamaları 4-6 Yıl grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Deneyim süresi incelendiğinde; Özdemir (2014) çalışmasında hemşirelik mesleğindeki çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, hemşirelik mesleğindeki çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl ve 5-10 yıl olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulmuştur (9). Özdemir(2014)'in çalışması TPÖKÖ puan ortalamaları bakımından bu çalışmayı desteklemektedir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu (p=0,289), Fiziksel Aktivite (p=0,221), Beslenme (p=0,300), Manevi Gelişim (p=0,063), Kişiler

Arası İlişkiler ($p=0,224$), Stres Yönetimi ($p=0,112$) ve Total Puan ($p=0,168$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Deneyim süresine göre literatür incelendiğinde; On (2016) çalışmasında Çalışma süresi 11 yıl ve üstü olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl aralığında olan hemşirelerden daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi 1-5 yıl aralığında olan hemşirelerin fiziksel aktivite davranışları çalışma süresi 6-10 yıl aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (66). On (2016) çalışmasına katılan hemşireler poliklinik (%19,05 $n=72$), yataklı servis (%40,74 $n=154$), ameliyathane (%6,61 $n=25$), acil servis (%7,94 $n=30$), müdüriyet (%2,12 $n=8$) ve yoğun bakım ünitesi (%23,54 $n=89$) gibi farklı birimlerde çalıştığından dolayı SYBDÖ ve alt grupları deneyim süresine göre bakıldığında bu çalışma ile farklılık göstermiştir denilebilir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, 20 yıl ve üzerinde çalışanların beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (77). Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmaya katılan bireylerin sadece hemşirelerden oluşmaması (hemşire, sağlık memuru ve diğer) sebebiyle SYBDÖ beslenme ve fiziksel aktivite alt grupları bu çalışmayı desteklemiyor denilebilir. Kılıç (2012)'ın ameliyathanede çalışan hemşireler (106 kişi) ile yaptığı çalışmada beslenme alt grubu puan ortalaması çalışma süresi 11 yıl ve üstü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (68). Kılıç (2012) 'ın çalışmasına katılan deneyim yılı 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin sayısı (%65,09) bu çalışmaya katılan deneyim süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşire sayısından (%21,26) fazla olması sebebi ile SYBDÖ beslenme alt grupları bu çalışma ile farklılık göstermiştir denilebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Yoğun Bakım Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,330$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,172$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,236$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,122$) ve Total Puan ($p=0,134$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Yoğun Bakım Deneyim süresine göre incelendiğinde; Özdemir (2014) Araştırmasına katılan hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme durumuna, şu anda mesleğinizi sevmeye durumuna, yoğun bakım

ünitesinde ne kadar zamandır çalıştığına, yoğun bakım ünitesini seçme durumuna, yoğun bakım ünitesinden memnuniyet durumuna göre TPÖKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (9). Taka (2010)'nın çalışmasında çalışılan birimi kendi isteği ile seçme, çalışılan birimden memnun olma, meslekte çalışma süresi ve mesleği isteyerek seçme durumları ile TPÖKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını saptadı (78). Özdemir (2014) ve Taka (2010)'nın çalışması Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği total puan ve alt grupları yoğun bakım deneyim süresine göre bakıldığında bu çalışmayı desteklemektedir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Yoğun Bakım Deneyim süresi <3 Yıl, 4-6 Yıl ve >6 Yıl gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu (p=0,573), Fiziksel Aktivite (p=0,646), Beslenme (p=0,709), Manevi Gelişim (p=0,287), Kişiler Arası İlişkiler (p=0,062), Stres Yönetimi (p=0,055) ve Total Puan (p=0,308) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Yoğun Bakım Deneyim süresi incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Ölümün sıradan bir vaziyet haline gelmesi, çok fazla ölüm vakasıyla karşılaşılmasına, bu vakalara müdahalede bulunulmasına ve meslekte uzun yıllar çalışılmış olmasına bağlı olabileceği söylenebilir (9).

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışma Biçimi Sürekli Gündüz, Sürekli Gece ve Vardiya gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar (p=0,808), Öte Alemle İlgili Kaygılar (p=0,601), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar (p=0,881), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları (p=0,945) ve Total Puan (p=0,732) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Çalışma Biçimine göre incelendiğinde; Özkan ve Yılmaz (2008) çalışmasında 34 yaş ve üzeri olan, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır. Ayrıca 34 yaş ve üzeri olan ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanının yüksek olması, bu hemşirelerin kronik sağlık sorunları nedeni ile sürekli gündüz çalıştıkları ve sağlık kontrollerine daha fazla önem vermeleri ile açıklamışlardır (12). Özkan ve Yılmaz (2008)'ın çalışmasına katılan hemşirelerin sürekli gündüz çalışanların sayısı (%12,9 n=21) bu çalışmaya katılan hemşirelerin sürekli gündüz çalışanların sayısından (%4,60 n=8) fazla olması nedeniyle Thorson-Powell Ölüm

Kaygısı Ölçeği sağlık sorumluluğu bakımından bu çalışma ile farklılık göstermektedir denilebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışma Biçimi Sürekli Gündüz, Sürekli Gece ve Vardiya gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,708$), Fiziksel Aktivite ($p=0,315$), Beslenme ($p=0,058$), Manevi Gelişim ($p=0,998$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,696$), Stres Yönetimi ($p=0,202$) ve Total Puan ($p=0,672$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Çalışma Biçimine göre literatür incelendiğinde; Duran ve arkadaşları(2018) çalışmasında gündüz çalışan grubun (%43,29 $n=129$) beslenme ölçek alt boyut puan ortalamaları, çift vardiya şeklinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (79). Altay ve ark. (2015)'nin çalışmasında vardiyalı çalışan hemşirelerin SYBDÖ beslenme alt boyut puan ortalaması gündüz çalışan (%16,60 $n=59$) hemşirelere göre daha düşük olduğunu bildirilmiştir (80). Duran ve arkadaşları(2018) ve Altay ve ark. (2015)'nin çalışması araştırmaya katılan hemşirelerin sürekli gündüz çalışanların sayısı fazlalığı sebebiyle SYBDÖ beslenme alt boyut puan ortalaması bakımından bu çalışma ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Uz ve Kitiş (2017)'in yaptığı bir araştırmada ise nöbet ya da vardiya sisteminde çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ölçek alt grupları ve SYDBÖ II toplam puan ortalamaları gündüz çalışanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (81). Uz ve Kitiş (2017)'in çalışmasına katılan sürekli gündüz çalışan hemşirelerin (%36,43 $n=196$) sayısının bu çalışmaya göre fazla olması sebebi ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ölçek alt boyutları ve SYDBÖ II toplam puan ortalamaları farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu çalışmalara zıt yönde başka bir çalışmada, Altay ve ark (2015)'nin araştırmasında çalışma biçiminin SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farka neden olmadığı bildirilmiştir (80). Altay ve ark (2015)'nin çalışması SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları bakımından bu çalışmayı desteklemektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının nöbetli sistemde çalışması SYBD'ni olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerden ciddi sağlık sorunu olmayan hemşire sayısı %97,7($n=170$)'dir. Ciddi Sağlık Sorunu olmayan ve Ciddi Sağlık Sorunu olan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,802$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,121$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,828$),

Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,768$) ve Toplam puan ($p=0,435$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ciddi sağlık sorunu olup olmama durumuna göre incelendiğinde; Özdemir (2014) ciddi sağlık sorunu olan hemşirelerin ciddi sağlık sorunu olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulmuştur (9). Özdemir(2014) çalışmasında ciddi sağlık sorunu olan birey sayısı (%14.2 $n=26$) bu çalışmadakinden farklı olması sebebi ile bu çalışmadan farklılık göstermiştir denilebilir. Akça ve Köse (2008) ciddi sağlık sorunu olan hemşirelerin ciddi sağlık sorunu olmayan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulmuştur (75).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Ciddi Sağlık Sorunu olmayan ve Ciddi Sağlık Sorunu olan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,199$), Fiziksel Aktivite ($p=0,407$), Beslenme ($p=0,984$), Manevi Gelişim ($p=0,890$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,645$), Stres Yönetimi ($p=0,972$) ve Total Puan ($p=0,471$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ciddi sağlık sorunu olup olmama durumuna göre literatür incelendiğinde; Şimşek ve ark (2012) Tıp Fakültesi Öğrencileri ile yaptığı çalışmasında kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına anlamlı etkisinin olmadığı bulunması konusunda bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (64). Tuğut ve Bekar (2008) çalışmasında kronik hastalığı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur(76). Tuğut ve Bekar (2008)'ın çalışmasına katılan bireylerin hem öğrenci olmaları hem de sayılarının ($n=1001$) bu çalışmaya katılan bireylerden fazla olması sebebiyle SYBD puan ortalamaları bakımından bu çalışmayı desteklemediği söylenebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerden ilaç kullanmayan hemşire sayısı %87,93($n=153$)'dür. İlaç kullanan grubunun Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,029$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,009$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,007$) ve Toplam puan ($p=0,005$) puan ortalamaları ilaç kullanmayan grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İlaç kullanmayan ve ilaç kullanan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,114$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin İlaç kullanmayan ve ilaç kullanan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,417$), Fiziksel Aktivite ($p=0,459$), Beslenme ($p=0,663$), Manevi Gelişim ($p=0,759$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,952$), Stres Yönetimi ($p=0,921$) ve Total Puan ($p=0,996$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğini hemşirelerde ilaç kullanma ve kullanmama durumuna göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerden sağlık durumunu iyi olarak derecelendiren hemşire sayısı %62,06($n=108$)'dır. Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,026$). Çok İyi grubunun Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar puan ortalamaları Orta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,019$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,496$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,306$) ve Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,212$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Sağlık Durumu Orta, İyi ve Çok İyi gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim ($p=0,01$) ve Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,042$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Çok İyi grubunun Manevi Gelişim ($p=0,01$) ve Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,04$) puan ortalamaları Orta grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğini sağlığı derecelendirme durumuna göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Birinci Derece Yakınını Kaybeden ve Kaybetmeyen gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,128$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,654$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili

Kaygılar ($p=0,948$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları ($p=0,977$) ve Total Puan ($p=0,404$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Birinci Derece Yakınını Kaybetme ve Kaybetmeme durumuna göre incelendiğinde; Özdemir (2014) ve Ertufan (2008) Birinci derece yakınını kaybeden hemşirelerin birinci derece yakınını kaybetmeyen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (9, 82). Ertufan (2008)'ın çalışmasına katılanların hekimler olması sebebi ile TPÖKÖ puan ortalaması bu çalışma ile farklılık gösterdiği söylenebilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Birinci derece Yakınını Kaybeden ve Yakınını Kaybetmeyen gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,351$), Fiziksel Aktivite ($p=0,364$), Beslenme ($p=0,878$), Manevi Gelişim ($p=0,575$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,427$), Stres Yönetimi ($p=0,088$) ve Total puan ($p=0,422$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği hemşirelerin Birinci Derece Yakınını Kaybeden ve Yakınını Kaybetmeyen gruplarına göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Ölümü Düşünür mü Nadir (32,76 $n=57$), Arasıra (%38,51 $n=67$), Sıkça (%20,11 $n=35$) ve Çok Sık (%8,62 $n=15$) gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,871$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,552$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,369$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırıp Kaygıları ($p=0,241$) ve Total Puan ($p=0,548$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölümü Düşünme durumuna göre incelendiğinde; Özdemir (2014) yoğun bakım da çalışan hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre TPÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ölümü nadiren düşünen (%32.8 $n=60$) hemşirelerin ölümü ara sıra (%25.7 $n=47$), sıkça (%38.8 $n=71$) ve çok sık (%2.7 $n=5$) düşünen hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (9). Özdemir(2014) çalışmasındaki bu durum, çalışmaya katılan hemşirelerin kaygılarını kontrol altına alabilmek için ölümü nadiren düşünmemeleri şeklinde açıklanabilir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin Ölümü Düşünür mü Nadir, Arasıra, Sıkça ve Çok Sık gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,146$), Fiziksel Aktivite ($p=0,797$), Beslenme ($p=0,487$), Manevi Gelişim ($p=0,235$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,517$), Stres Yönetimi ($p=0,345$) ve Total Puan ($p=0,451$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği hemşirelerin Ölümü Düşünür mü Nadir, Arasıra, Sıkça ve Çok Sık gruplarına göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu araştırmayı oluşturan hemşirelerin %23,56'sı Ölüm Tehlikesi yaşamıştır. Ölüm Tehlikesi Yaşamayan ve Ölüm Tehlikesi Yaşayan gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Fiziksel Ruhsal Kaygılar ($p=0,113$), Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,626$), Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar ($p=0,519$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,328$) ve Toplam puan ($p=0,155$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ölüm Tehlikesi Yaşama ve yaşamama durumuna göre incelendiğinde; Özdemir (2014) ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşan hemşirelerin (%37.7 $n=69$) karşılaşmayanlara nazaran ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur (9). Özdemir (2014)' in çalışması ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaşan hemşire sayısının bu çalışmadakinden fazla olması sebebiyle Thorson-Powell Ölüm Kaygısı farklılık göstermiştir denilebilir.

Bu araştırmayı oluşturan hemşirelerin Ölüm Tehlikesi Yaşamayan ve Ölüm Tehlikesi Yaşayan gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,389$), Fiziksel Aktivite ($p=0,079$), Beslenme ($p=0,944$), Manevi Gelişim ($p=0,535$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,923$), Stres Yönetimi ($p=0,743$) ve Total puan ($p=0,871$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği hemşirelerin Ölüm Tehlikesi Yaşama ve Ölüm Tehlikesi Yaşamama durumlarına göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu araştırmayı oluşturan hemşirelerin Ayda Ölüm Tanık Olma Sıklığı <3 Kez, 4-9 Kez ve >10 Kez gruplarının Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,003$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,01$) ve Total Puan ($p=0,008$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. <3

Kez grubunun (%52,87 n=92) Ölüm Kaygısı Ölçeği Öte Alemle İlgili Kaygılar ($p=0,002$), Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ($p=0,008$) ve Total puan ($p=0,006$) puan ortalamaları 4-9 Kez grubundan (%40,80 n=71) yüksek bulunmuş , diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Literatürde Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği Ayda Ölümüne Tanık Olma Sıklığına göre incelendiğinde Özdemir (2014), yaptığı araştırmada hemşirelerin bir ayda tanık olunan ölüm olgusu, % 60.7'si(n=111) bir ayda ortalama 4-6 hastanın ölümüne tanık oluyor, % 31.7'si(n=58) bir ayda ortalama 7 ve daha fazla sayıda hastanın ölümüne tanık oluyor. Bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 7 ve üstü olan hemşirelerin, bir ayda ölümüne tanık olunan ortalama hasta sayısı 1-3 hasta ve 4-6 hasta olan hemşirelere göre TPÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (9). Özdemir çalışmasına katılan hemşirelerden bir ayda 1-3 hastanın ölümüne tanık olanların sayısı (%7,7 n=14) bu çalışmaya katılan hemşirelerden ayda 1-3 hastanın ölümüne tanık olanların sayısından (%52,87 n=92) az olmasından kaynaklı olarak TPÖKÖ puan ortalamaları farklılık göstermiştir denilebilir.

Bu araştırmayı oluşturan hemşirelerin Ayda Ölümüne Tanık Olma Sıklığı <3 Kez, 4-9 Kez ve >10 Kez gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu ($p=0,152$), Fiziksel Aktivite ($p=0,101$), Beslenme ($p=0,785$), Manevi Gelişim ($p=0,120$), Kişiler Arası İlişkiler ($p=0,319$), Stres Yönetimi ($p=0,087$) ve Total Puan ($p=0,184$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği hemşirelerin Ayda Ölümüne Tanık Olma Sıklığına göre literatür incelendiğinde bilgiye rastlanmamıştır.

Bu çalışmada Ölüm Kaygısı ölçeğinin Fiziksel Ruhsal Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,226$ $p=0,003$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Öte Alemle İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,175$ $p=0,021$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,293$ $p=0,0001$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim puanları ($r=-0,186$ $p=0,014$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yönetimi puanları

($r=-0,163$ $p=0,032$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Çürüme ve Bozulma puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Total puanları ($r=-0,186$ $p=0,014$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu puanları ($r=-0,218$ $p=0,004$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim puanları ($r=-0,210$ $p=0,005$), Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişiler Arası İlişkiler puanları ($r=-0,225$ $p=0,003$) ve Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yönetimi puanları ($r=-0,162$ $p=0,033$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir.

Ölüm Kaygısı ölçeğinin Fiziksel Ruhsal Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler, Stres Yönetimi ve Total puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Öte Alemle İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler, Stres Yönetimi ve Total puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Çürüme ve Bozulma ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite ve Beslenme puanları ($p>0,05$), Ölüm Kaygısı ölçeğinin Ölüm Süreci-Acı ve Izdırap Kaygıları ile İlgili Kaygılar puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Total puanları ($p>0,05$) ve Ölüm Kaygısı ölçeğinin Total puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite, Beslenme Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler puanları ($p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölüm kaygısına etkisinin incelenmesi amacıyla 174 yoğun bakım hemşiresinden elde edilen verilere ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

1. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,09'u (n=115) kadın, %59,77'si (n=104) 25-34 yaş, %72,99'u (n=127) bekar, %64,97'si (n=113) lisans mezunu, ciddi sağlık sorunu olmayan hemşire sayısı %97,7(n=170), ilaç kullanmayan hemşire sayısı %87,93(n=153), iyi olarak derecelendiren hemşire sayısı %62,06(n=108). Bu çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler davranışları erkeklerden yüksek olduğu tespit edildi. Aynı zamanda kadınların ölüm süreci-acı ve ızdırap kaygıları da erkeklerden yüksek bulundu. Medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile arasında bir ilişki bulunamadı. Fakat evlilerin ölüm kaygısının bekarlardan düşük olduğu tespit edildi. Yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilmedi. Yaş ile ölüm kaygısı arasında da bir ilişki bulunamadı. Eğitim durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına bir etkisi olmadığı tespit edildi. Eğitim durumunun ölüm kaygısına da bir etkisi olmadığı bulundu. Ciddi sağlık sorunu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki bulunamadı. Ciddi sağlık sorunu ile ölüm kaygısı arasında da bir ilişki tespit edilmedi. İlaç kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilmedi fakat ilaç kullanan hemşirelerin ölüm kaygısı ilaç kullanmayanlardan yüksek olduğu bulundu. Sağlık durumunu çok iyi olarak derecelendiren hemşirelerin manevi gelişimi ve kişiler arası ilişkileri sağlık durumunu orta olarak derecelendiren hemşirelerden yüksek olduğu tespit edildi. Sağlık durumunu çok iyi olarak derecelendiren hemşirelerin öte alemle ilgili kaygıları sağlık durumunu orta olarak derecelendiren hemşirelerden yüksek olduğu bulundu. Birinci derecede yakınıni kaybetme, ölümü düşünme sıklığı ve ölüm tehlikesiyle karşılaşma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ölüm kaygısı arasında bir ilişki tespit edilmedi.

2. Yeni doğan ve Çocuk Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire sayısı %38,5(n=67)'dir ve bu hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalaması $48,42 \pm 14,98$ olup sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ise $111,81 \pm 17,64$ 'dür. Cerrahi ve koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayısı %17,81(n=31)'dir ve bu hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalaması $44,9 \pm 12,79$ olup sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ise $107,97 \pm 16,33$ 'dür. Anestezi yoğun bakım ünitesinde

alışan hemşire sayısı %43,67(n=76)'dir ve bu hemşirelerin ölüm kaygısı puan ortalaması 44,59±16,17 olup sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ise 109,3±17,66'dır. Deneyim süresi <3 yıl olan hemşire sayısı %54,02(n=94)'dir. Bu çalışmada farklı yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları arasında bir ilişki bulunamadı. Farklı yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında da bir ilişki tespit edilmedi. Fakat deneyim yılı ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki tespit edildi. Deneyim yılı >6 olan grubun ölüm kaygısı deneyim yılı 4-6 olandan fazla olduğu tespit edildi. Deneyim yılı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki tespit edilemedi. Yoğun bakım deneyim süresi <3 yıl olan hemşire sayısı %71,26(n=124)'dır ve yoğun bakım deneyim yılı ile ölüm kaygısı arasında fark bulunamadı. Yoğun bakım deneyim yılı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında da fark tespit edilmedi. Hemşirelerin alışma sürelerinin, çalışma şekillerinin, ölüm eğitimi alıp almama durumlarının, baktıkları hasta sayılarının, çalıştıkları ünitede ölümle karşılaşıp karşılaşmama durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve ölüm kaygılarına bir etkisi olmadığı tespit edildi. Bir ayda 3' den az hastanın ölümüne tanık olan hemşire sayısı %52,87(n=92)'dir. Hemşirelerin ayda tanıklık ettikleri hasta ölümleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki bulunamadı. Fakat ayda 3' den az hastanın ölümüne tanıklık eden hemşirelerin ölüm süreci acı-ızdırıp kaygıları ve öte alemle ilgili kaygıları ayda 4-9 hastanın ölümüne tanıklık eden hemşirelerden yüksek olduğu tespit edildi. Yani ayda 3' den az hastanın ölümüne tanıklık eden hemşirelerin ölüm kaygısının ayda 4-9 hastanın ölümüne tanıklık eden hemşirelerden yüksek bulundu. Çalıştığı ünitedeki ölümlerden yaş hastalık durumuna göre değişir diyen hemşire sayısı %52,29(n=91)'dur. Çalıştığı ünitedeki ölümlerden çok etkilenen hemşirelerin sağlık sorumlulukları, manevi gelişimleri, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimi biraz etkilenen, yaş hastalık durumuna göre değişir diyen ve hiç etkilenmeyen hemşirelerinkinden yüksek bulundu. Yani çalıştığı ünitedeki ölümlerden çok etkilenen hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları biraz etkilenen, yaş hastalık durumuna göre değişir diyen ve hiç etkilenmeyen hemşirelerinkinden yüksek olduğu tespit edildi. Çalıştığı ünitedeki ölümlerden çok etkilenen hemşirelerin öte alemle ilgili kaygıları hiç etkilenmeyen hemşirelerden düşük olduğu bulundu. Çalıştığı ünitedeki ölümlerden hiç etkilenmeyen hemşirelerin ölüm süreci acı-ızdırıp kaygıları çok etkilenen ve biraz etkilenen hemşirelerden yüksek olduğu bulundu. Sonuç olarak çalıştığı ünitedeki ölümlerden hiç etkilenmeyen hemşirelerin ölüm kaygısı çok etkilenen ve biraz etkilenen hemşirelerden yüksek olduğu tespit edildi.

3. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ölüm kaygıları arasında bir ilişki bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları artan hemşirelerin ölüm kaygıları azalır.

Bu araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakımlarında çalışan hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Buna benzer çalışmaların daha fazla hastane ve örneklem üzerinde yapılması, farklı bölgelerdeki hastanelerin de dahil edilmesi ve elde edilen bulguların karşılaştırılması, ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda sağlık bilimine yararlı olacağı değerlendirilmektedir. Bu araştırmadan yola çıkarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölüm kaygısının azaltmaya dönük yeni modeller ortaya konabilir. Araştırmada devlet ve özel hastanelerde uygulanarak, elde edilen bilgiler karşılaştırılabilir. Demografik değişkenlerin etkisi, detaylı olarak araştırılabilir.

Toplumun açısından, yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirilmesi ve daha fazla bilgilennemeleri gibi hususlar üzerinde detaylı incelemeler yapılmasına sağlık sektöründe ihtiyaç vardır.

Ölümle sık karşılaşan hemşirelerin ölümle ilgili bilgilendirilmeleri, ölüm eğitimi almaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bilgilendirilmeleri gerek hasta, gerek hasta yakınları ve gerekse hemşire açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz E, Vermişli S. “Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları”, *CBU-SBED*, 2015, 2(2):41-46.
2. Dedeli Ö, Akyol-Durmaz A. “ Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008, 12(1-2):26-32.
3. Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2002, 6:7-21.
4. Akın-Korhan E, Hakverdioğlu-Yönt G, Demiray A, Akça A, Eker A. “Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve Nanda Tanılarına Göre Değerlendirilmesi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5 (1): 16-21.
5. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008, 12(1-2):1-11
6. Çelik, S. Altun Uğraş G, Aksoy G. “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşamını Kaybetmiş Hasta ve Hasta Ailesine Verdikleri Bakımın İncelenmesi”, *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2010, 18 (2): 80-86.
7. Çelik S. “Yoğun Bakım Ünitesinde Hastanın Post-Mortem Bakımı”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2004, 8(1):45-47.
8. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İke ve Uygulamalar. 3. Baskı. E.Ü. Basımevi. İzmir, 2000.
9. Özdemir K. *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler (Tez)*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
10. Tanhan Y. "Ölüm Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olmaya Etkisi". *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013,10: 184-200.
11. Koestenbaum, P. (1998). *Ölümüne Yanıt Var mı?* İstanbul: Mavi Yayınları.
12. Özkan S, Yılmaz E. “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3(7):89-105.
13. Korkmaz NH, Demirkıran, N. Hastanede Çalışan Sağlık Personellerinin Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi *Sport Sciences (NWSASPS)*, 2017, 12(4): 52-62.

14. Özbaşaran F., Çakmakçı A, Güngör N. “Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7(3): 43-55
15. Kayaoğlu K, Ekinci M. “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı”. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 2016; (5):21-36
16. Bitek EB, Akyol A. “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017;21(1):1-6.
17. Terzi B, Kaya N. “Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı”, *Yoğun Bakım Dergisi* (2011)1, 21-25.
18. Bozkurt G , Türkmen E. “Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2019;23(2):107-113.
19. Önsöz SB. *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
20. Topeli-İskit A. “Yoğun Bakım Ünitelerinin Yapılanması”, *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi* – 2005.
21. Salihoğlu Ö, Hasbal-Akkuş C, Hatipoğlu S. “Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları “*Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*, Bakırköy, İstanbul.
22. <https://www.acibadem.com.tr/merkezler/yogun-bakim/#genel-tanitim>
23. <https://www.tkd.org.tr/menu/151/koroner-yogun-bakim-biriminde-uygulanmasi-olasi-tedavi-ve-girisimler-hakkinda-si>
24. Spielberger C D. Current trends in theory and research on anxiety. C D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: current trends in theory and research içinde* 1972. (s. 2- 23). New York: Academic Press.
25. Tutanç M, Arıca V, Başarslan F, Karcıoğlu M, Yel S, Kaplan M, Arıca S, Karakuş A, Haspolat K, Boşnak M. “Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Değerlendirilmesi,” *Düzce Tıp Dergisi*.

26. Bozkurt G , Ören B , Zengin N, Ergün Y , Afacan S, Madenoğlu Kıvanç M , Keskin G, Kıraner E. “Bir Kamu Üniversitesine Bağlı Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Profili”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(2):73-80
27. Sarı T, Özkan B. “Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerileri İle Hasta Bakımı Konusunda Zorluk Yaşadıkları Durumlara İlişkin Yaklaşımların Belirlenmesi”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(2):64-72.
28. Özkan F, Şahinoğlu AH. “On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan 967 Hastanın Retrospektif Analizi”, *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 2009, 26:62-67.
29. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. “ Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri “ *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(1):40-46.
30. Kübler–Ross E. (1997). Ölüm ve ölmek üzerine (Çev. B. Büyükkal). İstanbul: BZD Yayıncılık.
31. Gök-Metin Z. “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Stresin Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yaklaşımlar: Sistemik Bir Derleme”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(2):87-101.
32. İnci F, Öz F. “Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4(2):178-187.
33. Öztekin SD. “Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Hizmetinin Sunumu “ *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2004,8(1):17-24
34. Ay MA. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
35. Sarıkaya Y. *Ölüm Kaygısı Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması*. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
36. TDK, (2012). Ölüm. Büyük Türkçe Sözlük içinde. 8 Ekim 2012 tarihinde ulaşılmıştır. <http://tdkterim.gov.tr/bts/>
37. Karakuş G, Öztürk Z , Tamam L. “Ölüm ve Ölüm Kaygısı”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012; 21(1):42-79.

38. Strawderman, VW. A description of mathematics anxiety using an integrative model. Yayınlanmamış doktora tezi, Georgia State University, Atlanta, Georgia. (1985).
39. Schwarzer R., Van der Ploeg HM. & Spielberger C D. Test anxiety: An overview of theory and research. R Schwarzer, H M Van der Ploeg, & C D Spielberger (Ed.), Advances in test anxiety research: Vol. I içinde (1982). (s. 3-9). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
40. Epstein S. The nature of anxiety with emphasis upon its relationships to expectancies. C D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research: Vol. II içinde (1972). s. 291-337. New York: Academic Press
41. Kowalski RM, Anxiety AE, Kazdin (Ed.), Encyclopedia of psychology içinde Vol. I., (2000). s. 209-212. Washington DC: Amerikan Psychological Association.
42. Izard C, Anxiety: A variable combination of interacting fundamental emotions. C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research: Vol. 1 içinde (1972), (s. 51-106). New York: Academic Press.
43. Kierkegaard S. Kaygı kavramı (Çev. T. Armaner). İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları, (2009).
44. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. “Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 12:37-43.
45. Bilge A, Embel N, Kaya FG. “Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013;4(3):119-124.
46. Hökelekli H. Ölüm, ölüm ötesi psikolojisi ve din. 1. Baskı, İstanbul: Dem Yayınları, 2008.
47. Gazalli. İhyau ulumi'd-Din: Çeviren: Ahmed Serdaroglu. İstanbul: Bedir Yayınevi 1975.
48. Tanrıdağ RS. “Hemşirelerin Ölüm Kaygıları ve Genel Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1998;2:37-40.
49. Sina İ. Ölüm korkusundan kurtuluş. In: Tura MH, Ed. İstanbul: Burhaneddin Matbaası, 1942.

50. Kübler-Ross E. “Büyümenin Son Aşaması: Ölüm”, *Ruh ve Madde Yayınları*, İstanbul: 1987.
51. Tatar U. *Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karsısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*, , İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998.
52. Eke S. *Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması*, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi , 2003.
53. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. “A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyle Profile”, *Nursing Research*, 1990, 39 (5): 268-273.
54. Walker SN, Hill-Polerecky “DM Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript”, *University of Nebraska Medical Center*, 1996.
55. Thorson JA, Powell FC. “A revised death anxiety scale”, *Death Studies*, 1992, 16, 507-521.
56. Karaca F, Yıldız M. “Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *Tabula-Rasa*, (2001)1, 43-55.
57. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(1)
58. Eyüpoğlu SÖ. *Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon İle Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez)*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
59. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal* (2017) 44 (1) :1-11.
60. Pasinlioğlu P, Gözümlü S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2:60-8.
61. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek Yüksekokullarının Sağlık Ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14:101-109.

62. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, ve ark. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7:59-64.

63. Işıkan Y, Güleç D. Tez çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının demografik bilgilerle sistematik derlenmesi ve meta-analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2018;11(2)

64. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012,26:3,151-157.

65. Çelik Oyur G, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yumer A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009;3:164-169.

66. On B. *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

67. Çelik A, Kardaş Kin Ö, Karadakovan A. “Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 2(3): 17-23.

68. Kılıç, E. (2012). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi.

69. Üstüner Top F, Saraç A, “Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi”, *Klinik Psikiyatri*, 13:1422. (2010) [Elektronik Dergi].

70. Coşkun-Güner İ, Demir F. “Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(3).

71. Sayan A. Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-Bakım Güçleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998, Erzurum.

72. Esin N (1998). Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.

73. Erci B, Kılıç D, Tortumluoğlu G. Ailelere Verilen Bakımın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2001 (4)1: 33-40.
74. Güner -Coşkun İ, Kaymakçı Ş (2002). Mastektomi Ameliyatı Olmuş Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
75. Akça F, Köse A. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11:7-16.
76. Tuğut N, Bekar M. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 3.
77. Yalçinkaya, M., Özer, F.G. ve Karamanoğlu, A.Y. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007,6(6), 409-420
78. Taka F. *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi (Tez)*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
79. Duran Ü, Öğüt S, Asgarpour H, Kunter D. “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2018, 2(3):138-147.
80. Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Güneştaş, İ. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015,8(1).
81. Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*,2017, 2(3), 27-39.
- 82.Ertufan, H. “*Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Sıklığının Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi*”. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2008.
83. Freud S. Endişe, Çeviren: Leyla Özcengiz. İstanbul: Dergah Yayınları, 1992.
84. Koç Z, Sağlam Z. “Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12: 14-17.
85. İnci F. “Hemşirelere Uygulanan Ölüme İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi” , *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2008.

- 86.** Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ “The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics”. *Nursing Research*, 1987, 36(2): 76-80.
- 87.** Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- 88.** Yurdatapan M, Benzer E, Güven İ. “Fen Bilgisi Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Milli Eğitim*, 2014 , 201.
- 89.** Karadağ G, Lafçı D. “Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* , 2015, 3(1).
- 90.** Aksoy T, Uçar H. “Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, (2014) 53–67.
- 91.** Başer G, Yiğit R. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastalığı olan çocuğa ilişkin yaşadığı duygular. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 1996, 13: 209-215.
- 92.** Badur S. “Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler”, *Yapı Kredi Yayınları*, Cogito, İstanbul (2004), 93-105.
- 93.** KIRAY –VURAL B. “Sağlık Riskinin Belirlenmesi Ve Hemşirelik İçin Önemi ”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2 (2).
- 94.** Korkmaz NH, Demirkıran, N. Hastanede Çalışan Sağlık Personellerinin Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi *Sport Sciences (NWSASPS)*, 2017, 12(4): 52-62.
- 95.** Dedeli Ö, Durmaz-Akyol A. “ Yoğun Bakım Sendromu “ *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2005;9(1-2):20-27.
- 96.** Kuh Z, Erdem R. “Fatalizm Eğiliminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2019, 1(1);1-16.
- 97.** McElligott, D., Siemers, S., Thomas, L. and Kohn, N. (2009). Health Promotion in Nurses: Is There a Healthy Nurse in the House? *Applied Nursing Research*, 22, 211–215.
- 98.** Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. “Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education”, *Nursing Outlook*, 1992, 40(3): 106-112.
- 99.** Jelliffe D B (1966) The assessment of the nutritional status of the community WHO Geneva
- 100.** Wingard D L and et all. (1982) A multivariate analysis of health related practise. *Am J Epidemiology*, 116(5): 765- 775.

101. Bıçak-Ayık D , Enç N. “Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenme”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2019;23(2):114-122.

102. Korkmaz-Doğdu A, Ergezen FD, Kol E. “Yoğun Bakımda Hemşirelerin Kullandığı Hasta Değerlendirme Yöntemleri: Teknoloji Ve Fiziksel Muayene Kullanımı”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(2):102-106.



EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Çalıştığınız birim:.....

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

4. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

5. Kimlerle yaşıyorsunuz? ☐ Aile ☐ Arkadaş ☐ Yalnız

6. Eğitim Durumunuz: ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

7. Hemşirelik mesleğinde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?
.....yıl.....ay

8. Yoğun Bakım Ünitesinde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?
.....

9. Haftalık kaç saat çalışıyorsunuz? ☐ 40saat ☐ 40-50saat ☐ 50saat ve üzeri

10. Çalışma biçiminiz nasıl? ☐ Sürekli gündüz ☐ Sürekli gece ☐ Dönüşümlü/Vardiyalı

11. Çalıştığınız vardiyada en fazla kaç hastaya bakım veriyorsunuz?
.....

12. Ölümle ilgili eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

13. Ciddi bir sağlık sorunuz var mı?

☐ Evet ise(lütfen belirtiniz)> Ölüm riski nedir? ☐ Yüksek ☐ Orta ☐ Düşük

☐ Hayır

14. Şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

15. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

16. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

17. Evet ise : Günde ne kadar?.....Kaç yıldır?

Bıraktınız ise bırakalı ne kadar oldu?

18. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

19. Evet ise : Günde ne kadar?.....Kaç yıldır?

Bıraktınız ise bırakalı ne kadar oldu?

20. Madde kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

21. Evet ise : Günde ne kadar?.....Kaç yıldır?

Bıraktınız ise bırakalı kadar oldu?

22. Birinci derece yakınınızı kaybettiniz mi?

☐ Evet(yakınlık derecesi)

☐ Hayır

23. Birinci derece yakınlarınızda ölüm riski taşıyan hastalığa sahip birey var mı?

☐ Evet(yakınlık derecesi)

☐ Hayır

24. Ölümü düşünür müsünüz?

☐ Nadiren (ara sıra aklıma gelir)

☐ Ara sıra (ayda bir ya da daha az)

☐ Sıkça (en az haftada bir)

☐ Çok sık (en az günde bir ya da hafta da birkaç kez)

25. Hiç ciddi ölüm tehlikesi ile karşılaştınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

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

27. Cevabınız EVET ise karşılaştığınız durumu kısaca belirtiniz:.....

28. Çalıştığınız üniteye ölüm olgusuyla karşılaşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

29. Bir ayda ortalama kaç hastanın ölümüne tanık oluyorsunuz?

30. Ünitenizde karşılaştığınız ölümler hakkında neler hissetmektedirsiniz?

☐ Çok etkilenirim

☐ Biraz etkilenirim

☐ Ölümlerden etkilenme durumum hastanın yaşına, hastalığına, durumuna göre değişir

☐ Hiç etkilenmem

Ek-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1 Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2 Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3 Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4 Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5 Yeterince uyurum				
6 Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7 İnsanları başarıları için takdir ederim				
8 Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9 Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10 Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11 Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12 Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13 İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14 Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15 Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16 Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17 Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18 Geleceğe umutla bakarım				
19 Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20 Her gün 2-4 öğün meyve yerim				

- 21 Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım
- 22 Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım
- 23 Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm
- 24 Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim
- 25 Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır
- 26 Her gün 3-5 öğün sebze yerim
- 27 Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım
- 28 Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım
- 29 Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım
- 30 Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım
- 31 Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum
- 32 Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim
- 33 Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim
- 34 Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)
- 35 İş ve eğlence zamanımı dengelerim
- 36 Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum
- 37 Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım
- 38 Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim
- 39 Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım
- 40 Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim
- 41 Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım
- 42 Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım
- 43 Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım
- 44 Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum
- 45 Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım

- 46 Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım
- 47 Yorulmaktan kendimi korurum
- 48 İlahi bir gücün varlığına inanırım
- 49 Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim
- 50 Kahvaltı yaparım
- 51 Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım
- 52 Yeni deneyimlere ve durumlara açığım



Ek-3: Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği

Bu ankette ölüm ve ölüm kaygısı ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Fikrime çok uygun (0), fikrime uygun (1), kararsızım (2), fikrime aykırı (3), fikrime çok aykırı (4) olarak değerlendirilmektedir kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Ölüm kaygısı ile ilgili aşağıda yer alan sorulara sizin için uygun.

	FİKRİME ÇOK UYGUN	FİKRİME UYGUN	KARARSIZIM	FİKRİME AYKIRI	FİKRİME ÇOK AYKIRI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

yavaş çıkmasından)
korkmuyorum.

- 11 Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.
- 12 Öldükten sonra tamamen aciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.
- 13 Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum.
- 14 Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.
- 15 Öürken çekilen ızdırap beni kaygılandırıyor.
- 16 Öldükten sonra yeni bir hayatın olmamasını çok istiyorum.
- 17 Ebediyen aciz olmaktan endişe duymuyorum.
- 18 Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.
- 19 Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder
- 20 Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.
- 21 Dünyevi şeyleri elde etmek ve onları kontrol altında tutmak benim için önemli değildir.

- 22 Ölümün insani her şeyden
ayırarak olması beni
dehşete düşürüyor.
- 23 Kanserle yakalanmaktan
özel bir korku
duymuyorum.
- 24 Öldükten sonra yapılması
gerekenlerle ilgili
teferruatlı bir vasiyet
bırakacağım.
- 25 Öldükten sonra vücuduma
ne olacağı umurumda
değil.



EK-4:Ölçek İzinleri

**nagihan karababa** <nagihankarababa@gmail.com>
Alıcı: fkaraca ▾

13 Nis 2019 13:35 (1 gün önce) ☆ ↩ ⋮

Sayın Prof Dr. Faruk Karaca Hocam,

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktayım aynı zamanda İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı'nın danışmanlığında " Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi" adlı tez araştırmam için sizin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği"ni kullanabilmek için izninizi rica ederiz.

Saygılarımla...

Nagihan Karababa

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İstanbul Okan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

**Faruk Karaca**
Alıcı: ben ▾

13 Nis 2019 22:09 (22 saat önce) ☆ ↩ ⋮

Kullanabilirsiniz- Orijinal Mesaj -----
Kimden: nagihan karababa <nagihankarababa@gmail.com>
Kime: fkaraca@atauni.edu.tr
Gönderilenler: Sat 13 Apr 2019 13:35:25 +0300 (MSK)

Ek-5: Etik Kurul İzni

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 24.04.2019

Toplantı Sayısı: 107

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye) (Katılmadı)

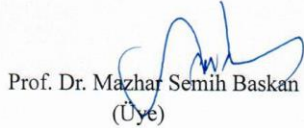
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 24.04.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 3 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Nagihan KARABABA'nın** "Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.



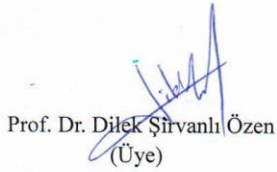
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



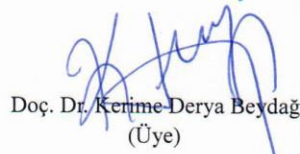
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)

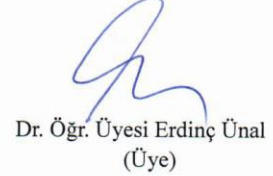
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye) (Katılmadı)



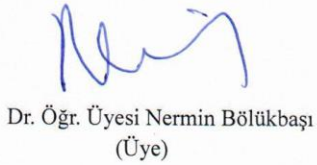
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye) (Katılmadı)

EK-6: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRLİĞİ
12/07/2019 14:29 - 16867222 / 604.01.01 / 2434



00097091453

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Nagihan KARABABA
(Anket Çalışması)

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 31/05/2019 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazı.
b) 09/07/2019 tarihli ve 48670771-771-14987 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Nagihan KARABABA'nın " Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi " başlıklı anket çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b) de kayıtlı uygun görüşlerinize istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsağlik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 66b77949-764d-4fe4-9953-371ca856c0a5 kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Nagihan Karababa

05415687307

nagihankarababa@gmail.com

Doğum Tarihi 1989

Doğum Yeri Zonguldak

Medeni Durum Bekar

Sürücü Belgesi B

İŞ TECRÜBESİ

İstanbul Florance Nightingale Hastanesi (Karaciğer ve Nefroloji Servisi)
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İç Hastalıkları Servisi)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ön Lisans : Karabük Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü
Lisans : Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans : İstanbul Okan Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümü (Tezli)

SEMİNER ve KURSLAR

İlk Yardımcı Sertifikası
TS 18001 (OHSAS) : 2007 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Sertifikası
TS EN ISO 14001 : 2004 Çevre Yönetim Sistemleri Sertifikası
IS EN ISO 9001 : 2008 Kalite Yönetim Sistemleri Sertifikası
2010 Konya İş Sağlığı ve Güvenliği Haftası