

**T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL TIP HİZMETİ VEREN SAĞLIK PERSONELİNİN  
ÖLÜME İLİŞKİN DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ**

**Hem. Gülten ACEHAN**

**Düzce Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**DÜZCE  
2009**

**T.C.**  
**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL TIP HİZMETİ VEREN SAĞLIK PERSONELİNİN**  
**ÖLÜME İLİŞKİN DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ**

**Hem. Gülten ACEHAN**

**Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER**

**DÜZCE**  
**2009**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

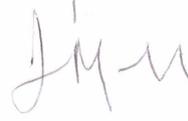
Tez Danışmanı Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER  
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



Üye Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER  
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



Üye Arş.Gör.Dr. Figen İNCİ  
(Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



Üye Yrd.Doç.Dr.Kamil ALPTEKİN  
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



ONAY :

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

  
Doç.Dr.Özlem YAVUZ  
Enstitü Müdürü



## TEŞEKKÜR

Öncelikle, tüm lisansüstü eğitimim boyunca bana hocalık, daha önemlisi yol göstericilik yapan, tezimin her aşamasında yaptığım işi en iyi hale getirmem için uğraşan, araştırma konusundaki yaratıcılığıyla, karşılaştığım her sorunun üstesinden gelebilmemi sağlayan sevgili hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER'e çok teşekkür ederim.

Hayatımın her anında olduğu gibi çalışmamın her aşamasında, her konuda özveriyle destek vererek beni hiç yalnız bırakmayan; sevincimi ve üzüntümü paylaştığım, biricik yardımcım, sevgili eşim Dr. Türker ACEHAN' a teşekkür ederim.

Tez çalışmamın her aşamasında bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli arkadaşım Öğr. Gör. Ayşe KUZU'ya teşekkür ederim.

Kendilerinin ölüm ve ölüm anına ait duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan Düzce ilinde görev alan acil tıp personeline, araştırmaya gösterdikleri duyarlılıktan dolayı teşekkür ederim.

Tez jürimde yer alan Yrd. Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN ve Yrd. Doç. Dr. Figen İNCİ'ye önerileriyle çalışmamın son şeklini almasında önemli katkılar sağladıkları için teşekkür ederim.

Son olarak, beni yaşamın bütün zorluklarından koruyarak büyüten, hayatım boyunca olduğu gibi bu çalışma sırasında da hiçbir desteği esirgemeyen, bana her olanağı sağlamak için ellerinden geleni yapan aileme ne kadar yetersiz olsa da, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

Bu çalışma; Düzce ilindeki acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm olayı karşısında gelişen duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Düzce ili sınırları içinde bulunan, acil tıp hizmeti veren kurumlarda çalışan 141 sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmanın verileri literatürden yararlanılarak geliştirilen “Tanıtım Formu”, Templer (1970)’in geliştirdiği “Ölüm Kaygı Ölçeği (ÖKÖ)” ve Templer ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ)” uygulanarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgularda; araştırmaya katılan acil tıp personelinin %55.3’nün kadın, %45.4’nün 26–30 yaş grubunda, %53.2 bekâr ve çoğunluğunun (%48.2) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu görülmektedir. Acil tıp personelinin %52.1’inin sık sık ölüm olayı ile karşılaştığı, %43.4’ünün ölümle ilk karşılaşmalarında üzüntü hissettikleri, %37.3’nün ölümü doğal karşıladığı ve % 28.6’sının ise ölümle başa çıkmada kendini yetersiz hissettiği belirlenmiştir. Acil tıp personelinde ölüm kaygısı düşük ve ölüme ilişkin depresyon ise orta düzeydedir. Kadınların ölüm kaygısı puanı ve ölüme ilişkin depresyon puanı erkeklere göre daha yüksektir. Başa çıkma yöntemi olarak başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışanların, ağlayan ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşarak başa çıkmaya çalışanların ölüme ilişkin depresyon puanının yüksek; hiçbir şey yapmayanların ölüme ilişkin depresyon puanının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada ölüm kaygısı ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde ileri derecede ve acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Tıp Hizmeti, Ölüm, Ölüme İlişkin, Depresyon Ölüm Kaygısı

## ABSTRACT

This study has been carried out descriptively with the purpose to specify the emotions and concerns developed against the death incident of health personnel providing emergency medical services in Province of Düzce. Sampling of research has been formed by 141 health personnel working in emergency medical services providing institutions found within the borders of the Province of Düzce. Research data has been collected by applying “Introduction Form” developed by taking advantage of the literature, “Anxiety against Death Scale (AADS)” developed by Templer (1970) and “Death Related Depression Scale (DRDS)” developed by Templer and friends (1990). T tests, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal–Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test and correlation coefficient have been used in the statistical analysis of information. Findings obtained at the end of research: it has been seen that 55.3% of the emergency medical personnel that participated in the research was women, 45.4% was in the age group of 26-30, 53.2% was single and majority (48.2%) were graduates of Vocational High School of Medicine. It has been determined that 52.1% of emergency medical personnel often faced the death incident, 43.4% felt sorrow upon encountering death for the first time, 37.3% react normal to death and 28.6% on the other hand experienced feelings of inadequacy in coping with death. Death anxiety in emergency medical personnel is low and death related depression is at a medium level; death anxiety and death related depression scores of women are higher in comparison to men. It has also been determined that death related depression scores of personnel using the coping methods of trying to forget by concentrating on other matters, crying, sharing with friends and/or family are higher and depression scores of personnel doing nothing and using nothing as coping strategy on the hand are lower. At the end of the study it has been found that there is an advanced level of significant relation in positive direction between death anxiety and death related depression and a medium level of significant relation in positive direction between emergency medical services working period and death related depression. Suggestions have been made in line of the findings obtained from the research.

**Key Words:** Emergency Medical Services, Death, Death Anxiety, Death Related Depression.

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY SAYFASI</b>	iii
<b>TEŞEKKÜR</b>	iv
<b>ÖZET</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	x
<b>ŞEKİLLER</b>	xi
<b>TABLolar</b>	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	5
2.1 Ölüm Kaygısı mı? Ölüm Korkusu mu?	5
2.2 Ölüme İlişkin Depresyon	8
2.3 Ölümle İlgili Duygu ve Düşünceleri Etkileyen Değişkenler	9
2.3.1 Yaş	9
2.3.2 Cinsiyet	10
2.3.3 Meslek	11
2.3.4 Medeni durum	14
2.3.5 Ölümle karşılaşma sıklığı	14
2.3.6 Başa çıkma mekanizmaları	14
2.3.7 Deneyim	17
2.3.8 Eğitim	18
2.4 Acil Sağlık Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Karşısındaki Duygu ve Düşünceleri	19
2.5 Acil Sağlık Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüme İlişkin Yardım Gereksinimi	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	27
3.1 Araştırmanın Şekli	27
3.2 Araştırmanın Hipotezleri	27

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.5 Veri Toplama Araçları	29
3.5.1 Tanıtım Formu	29
3.5.2 Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)	29
3.5.3 Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ)	30
3.6 Verilerin Toplanması	30
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu	31
<b>4. BULGULAR</b>	<b>32</b>
4.1 Araştırmaya Katılan Acil Tıp Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri	32
4.2 Acil Tıp Personelinin Çalışma Hayatına İlişkin Özellikleri	34
4.3 Acil Tıp Personelinin Ölüme İlişkin Deneyimleri	35
4.4 Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları	41
4.5 Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları	42
4.6 Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları	46
4.7 Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkmada Yardım İçin Öneriler	51
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>53</b>
5.1 Acil Tıp Personelinin Ölüme İlişkin Deneyimleri	53
5.2 Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları	55
5.3 Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp personelinin Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları	58
5.4 Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkmada Yardım İçin Öneriler	61
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>63</b>
6.1 Sonuçlar	63

6.2 Öneriler	65
<b>7. KAYNAKLAR</b>	67
<b>EKLER</b>	
EK 1: Tanıtım Formu	
EK 2: Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)	
EK 3: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ)	
EK 4: Araştırma İzin Yazısı	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>ANOVA</b>	Tek Yönlü Varyans Analizi
<b>ATT</b>	Acil Tıp Teknisyeni
<b>F</b>	Tek Yönlü Varyans Analizi Değeri
<b>KW</b>	Kruskal-Wallis Varyans Analizi
<b>n</b>	Örneklem
<b>ÖİDÖ</b>	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği
<b>ÖKÖ</b>	Ölüm Kaygı Ölçeği
<b>p</b>	Anlamlılık Düzeyi
<b>r</b>	Korelasyon Katsayısı
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>t</b>	t testi
<b>U</b>	Mann-Whitney U Testi
$\bar{X}$	Ortalama İşareti
<b>%</b>	Yüzde işareti

## ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Düzce İli Acil Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar	28

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
4.1.1. Acil Tıp Personelinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	33
4.2.1. Acil Tıp Personelinin Çalışma Hayatına İlişkin Özellikleri	34
4.3.1. Acil Tıp Personelinin Ölümle Karşılaşma Durumu	36
4.3.2. Acil Tıp Personelinin İlk Defa Ölümle Karşılaştıklarında Yaşadıkları Duygular ve Düşünceler	37
4.3.3. Acil Tıp Personelinin Ölüm Karşısında Yaşadıkları Duygular ve Düşünceler	38
4.3.4. Acil Tıp Personelinin Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yolları	39
4.3.5. Acil Tıp Personelinin Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yollarında Yetersizlik Hissetme Durumu	40
4.4.1. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ) Puanları	41
4.5.1. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.5.2. Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yollarına ve Başa Çıkma Yollarında Yetersizlik Yaşama Durumuna Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	45
4.6.1. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
4.6.2. Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yollarına ve Başa Çıkma Yollarında Yetersizlik Yaşama Durumuna Göre Acil Tıp Personelinin Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	49
4.6.3. Yaş, Çalışma Süresi, Acil tıp hizmetlerinde Çalışma Süresi İle Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	50
4.7.1. Acil Tıp Personelinin Ölümle İlgili Duygularla Başa Çıkmak İçin Yapabileceklerine İlişkin Önerileri	51

4.7.2. Acil Tıp Personelinin Ölüme İlişkin Eğitimin Verilme Zamanına Yönelik Önerileri	52
---	----

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İnsanoğlu için doğumdan itibaren tek mutlak gerçek ölümdür. Bu gerçek var oluşun anlamının temelinde yer almaktadır. Ancak, ölüm aynı zamanda artık var olmama tehdidini de temsil etmektedir; dolayısıyla ölümden kaçamayacağına farkına varabilen tek varlık olan insana varoluşsal bir kaygı da yaşatmaktadır (Onur, 1995).

Yalom (1999)'a göre hayat ve ölüm birbirine bağlıdır; aynı anda vardır, birbirine ardışık olarak değildir. Ölüm hayatın ardında varlığını hissettirmekle birlikte insanların yaşamları ve davranışları üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. İnsanların ölüme karşı tutumların yaşam tarzını, dolayısıyla hayattaki tüm seçimlerini etkilemektedir (Eke, 2003). Bununla birlikte ölüme konuşabilmek, kabullenebilmek ve hazırlanabilmek, açıkça paylaşmaktan çoğu zaman kaçınılan, korkulan ve hatta dayanılmazayan ürkütücü bir gerçektir (Erden, 2002). Birçok araştırmada ölüm korkusunun çok boyutlu olduğuna dikkat çekilmiştir. Ölüm anında hissedilecek acı, ölüm sonrası hayat ve buna dair bilinmezlik, aileden birinin ölümü, beden bütünlüğünün bozulacağı ve güzelliğin kaybolacağı düşüncesi ve yalnızlık gibi korkular (Turgay, 2003), en fazla insanları etkileyenlerdir.

İnsanların bu dünyada “var” olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanmıştır. Kübler Ross (1997)'a göre pek çok kaygının temelinde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Ölüm gerçeği insanda bir takım savunma mekanizmalarının gelişmesine neden olabilmektedir. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak, bu korkuyu bastırma da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir. Çoğu zaman ölüme karşı çaresizliğin yarattığı öfke dışarı yansıtılmakta ya da korkular hafifletilmeye çalışılmaktadır (Tanhan ve Arı, 2006).

Teknoloji ve tıpta son yıllardaki önemli gelişmeler birçok hastalığı tedavi edebilir kılarsa da yaşamın doğal bir parçası olan ölüm tüm gerçekliği ile var olmaktadır. Günümüz modern yaşam sürecinde birey ölümü yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır. Böylece modern insan, yaşamın her alanından uzaklaştırmak istediği ölüm olgusunu hastanelere hapsedmek istemekte, bu da ölümün tüm duygusal yükünü sağlık

personelinin üzerine yıkmaktadır. Oysa tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da ölümle yüzleşmekten kaçınabilmekte ve ölüm karşısında kaygı duyabilmektedir (Pekerli, 2003; Karahisar, 2006; İnci, 2009).

Ölüm, insanın bizzat kendi deneyim alanı dışında gerçekleşen bir olaydır. Bu yüzden insanlar, çevrelerindeki diğer insanların ölümleriyle ilgili olarak yaşadıkları deneyimlerinden yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlar geliştirmektedirler (İnci, 2009). Eke (2003)'nin farklı meslek gruplarında yaptığı çalışmada, yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanların ölüm kaygısı ölçeği puanlarının, düşük ölüm riski olan mesleklerde çalışanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır. Örneklemdaki altı meslek grubunun ölüm kaygıları karşılaştırıldığında pilotların psikolog, sınıf öğretmeni ve muhasebecilerden; polislerin ve itfaiyecilerin de sınıf öğretmenlerinden anlamlı derecede daha düşük ölüm kaygısı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Meslek grupları içinde pilotların en düşük, sınıf öğretmenlerinin ise en yüksek ölüm kaygısı puanlarına sahip oldukları gözlenmiştir.

Ölüm kaygısıyla ilgili yapılan bir çalışmada (Tanrıdağ, 1997), Templer'in ölüm kaygısı ölçeği kullanılmış, ölüm olayının sık görüldüğü ve sık görülmediği kliniklerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ve genel kaygı düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ölüm olaylarının sık görüldüğü kliniklerdeki hemşirelerin ölüm kaygıları ile genel kaygıları arasında anlamlı ilişki bulunamamış; buna karşılık ölüm olaylarının sık görülmediği kliniklerdeki hemşirelerin ölüm kaygıları ile genel kaygıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Eke (2003)'nin, farklı meslek gruplarında yaptığı çalışmada yüksek ölüm riski olan mesleklerde çalışanların ölüm kaygısı ölçeği puanlarının, düşük ölüm riski olan mesleklerde çalışanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır. Örneklemdaki altı meslek grubunun ölüm kaygıları karşılaştırıldığında pilotların psikolog, sınıf öğretmeni ve muhasebecilerden; polislerin ve itfaiyecilerin ise sınıf öğretmenlerinden anlamlı derecede daha düşük ölüm kaygısı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Meslek grupları içinde pilotların en düşük; sınıf öğretmenlerinin ise en yüksek ölüm kaygısı puanlarına sahip oldukları gözlenmiştir.

Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle insanın mevcut dengesini koruyabilmesi açısından, ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir. Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe bireyin kaygı düzeyi artmakta, yaşadığı çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir (İnci, 2009).

Sağlık personelinin ölüm karşısındaki tutumları son derece önemlidir. Özellikle acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi birimlerde çalışan sağlık personeli hastanelerin diğer birimlerde çalışan personele göre ani ölümlerle yüz yüze gelmekte ve ölümcül hastalara bakım vermektedirler. Acil kurtarma ekipleri acil kurtarma çalışmaları esnasında felakete uğramış hayati tehlike ile karşı karşıya olan insanlara yardım ederlerken, meslekleri gereği sık sık travmatik ölüm olaylarıyla karşılaşmaktadırlar. Bu yaşantılar birçok acil kurtarma çalışanında çeşitli psikolojik ve psikososyal stres reaksiyonlarına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar (Kara, 2002; Erkaya, 2003; Sönmez, 2006) olgularda bu tür travmatik stres yaratan olaylardan sonra, fiziksel ve psikosomatik rahatsızlıkların; depresyon, madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Ayrıca bu kişilerde alkol ve madde kullanım oranlarının genel popülasyondan fazla olduğu, bazı olgularda travma sonrası stres bozukluğu geliştiği, bunun aynı zamanda tükenmişliğe neden olduğu bildirilmektedir. Özellikle travmatik ölüm olaylarının en çok yaşandığı ve ilk müdahalelerin yapıldığı acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm olayına karşı gelişen kaygı ve depresif duygudurumları onları psikososyal yönden olumsuz etkileyebileceği gibi, iş yaşamlarını da verimsiz kılabilir.

Başka bir çalışmada (Kara, 2002), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri araştırılmış, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslekte çalışma süreleri, yoğun bakım ünitesinde çalışma süreleri, çalıştıkları üniteden memnun olmama durumları, ölüm olayı üzerine düşünme sıklıkları, kendi ölümleri üzerine düşünme sıklıkları ve çalıştıkları üniteye ölüm olayı ile karşılaşma sıklığı ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Sağlık personelleri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tatar (1988), yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygı düzeyini, Kara (2002), yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerini, Çavuş (2006), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesini ve Ertufan (2008), 35 farklı uzmanlık alanında hekimlerin ölüme sık karşılaşmalarının ölüm kaygısı üzerine etkisini araştırdığı belirlenmiştir. Görüldüğü üzere çalışmalar daha ziyade sağlık personelinin geneli ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Buna karşılık birçok travmatik ölüm olayı ile karşı karşıya kalmakta olan acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin ele alınmadığı görülmüştür. Bu nedenle acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin kendi ölüm kaygısını, ölüme yönelik duygu ve düşüncelerini, kullandıkları başa çıkma yollarını tanımasına ve bu kaygının nedenlerini fark etmesine yardımcı olacak bir çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı Düzce ilindeki acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm olayı karşısında gelişen duygu ve düşüncelerini belirlemektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ölüm Kaygısı mı? Ölüm Korkusu mu?

Ölüm bireyin fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresi olup, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Her birey için ölümü bekleme ayrı anlamlar taşımasına karşın, ölümle ilgili evrensel olarak yaşanan duygu korkudur. Korkunun nedenleri, bilinmezlik, yalnızlık, yakınlarını yitirme, bedenini ve denetimini yitirme, kimlik duygusunda sürekliliği yitirme, acı duyma ve anlamlı ilişkilerinin olduğu kişilerden ayrılma olarak sıralanabilir (Terakye, 1994).

Canlının doğduğu anda ölüme doğru ilk adımlarını atmış olduğu gerçeği açıkça ortadadır. Yaşam ile ölümün böylesine iç içe olması ve birbirini etkilemesi kişiyi ölüm kaygısı üzerine düşünmeye, hayatı anlama ve anlamlandırmaya yöneltmektedir. Yalom (1980)'a göre tüm psikopatolojilerin ana kaynağı ölüm kaygısıdır. Ölümün kaçınılmaz ve korunulmazlığına karşın ölüm kaygısı üzerine yapılan çalışmaların amacını Yalom şöyle açıklamıştır: “Kaçınılmaz olan ölümdür, ölüm kaygısı değil”.

Duyguların, soyut kavramların tanımlanması ve tasvir edilmesi çoğu zaman zordur. Bu tür kavramların tanım ve tasvirleri genellikle subjektif olduğu için çeşitlilik arz eder. Birbirine çok yakın olan kaygı ve korku kavramları da bu kategoriye girer. Her iki duygu da, yaklaşmakta olan bir tehlikeye karşı geliştirilmiş tepkidir. Her ikisinin de nefes darlığı, terleme, gerginlik, kalp çarpıntısı, mide ağrısı, bel ağrısı, titreme, sürekli yorgunluk ve baş ağrısı gibi fizyolojik belirtiler gözlenebilmektedir. Bu nedenle psikologlar kalp atışı, kan basıncı, nefes alış veriş düzeyi, galvanik deri tepkisi gibi değişik fizyolojik belirtileri bu duyguları ölçmede kullanabilmektedirler. Kaygıyla korku arasında, bazı psikologlarca tespit edilen üç önemli fark vardır: 1. Kaynak: ‘Ben arıdan korkarım’ örneğinde olduğu gibi, korkunun kaynağını biliriz, ancak kaygının kaynağı belirsizdir. 2. Şiddet: Korku kaygıdan daha baskındır. 3. Süre: Korku daha kısa sürelidir, kaygı ise, uzun süre devam eder. Ölüm korkusu kavramıyla ilgili olarak ise iki farklı yaklaşım ortaya konmuştur. Bazı psikologlar ölüm korkusunu patolojik bir zihin meşguliyeti olarak ele alır ve bunun depresif rahatsızlıklarda, çeşitli psikosomatik hastalıklarda, psikopatolojide önemli bir rol oynadığına inanırlar. Bazıları da, ölüm korkusunun veya kaygısının evrensel bir reaksiyon olduğunu ve hiç kimsenin ondan kaçamayacağını iddia ederler (Yıldız, 1996).

Turgay (2003)'ın belirttiğine göre, ölümden korku ile ölüm kaygısı arasındaki kesin ayrımı ilk kez Soren Kierkegaard yapmıştır. Ona göre, "bir şey"den korkmakla "yok" tan korkmak birbirinden farklı olgulardır. "yok" olmak basitçe, fiziksel bir ölümün tehdidi değildir, ancak ölüm bu tür kaygının en genel ve en çok gözlenen klinik şeklidir. Bu tehdit, kişinin psikolojik ve tinsel varlığını da içerir. Rollo May de Kierkegaard'ın ayrımına katılarak insanın bilinçdışında, ölüm kaygısını korkuya dönüştürmeye çalıştığından söz eder. Çünkü "yok"tan korkmayı "bir şeyler"den korkmaya dönüştürdüğümüzde, kendimizi "bir şeyler" den korumak için bazı mekanizmalar da geliştirebiliriz. Ama "yok"un karşısında insan tümüyle çaresizdir. Varoluşçu psikoterapistlere göre insandaki temel kaygı, asıl olarak ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Yalom "Varoluşçu Psikoterapi" isimli kitabında, ölümün ilk kaygı kaynağı ve bu nedenle ilk psikopatoloji kaynağı olduğunu ileri sürmektedir. Bu görüşünü; ölüm korkusunun temel kaygı kaynağı olduğu, bu kaynağın yaşamın erken dönemlerinde var olduğu, kişilik yapısının oluşumunda önem taşıdığı, yaşam boyunca belirgin bir sıkıntıyla ve savunma mekanizmalarının oluşturulmasıyla sonuçlanan kaygıyı üretmeye devam ettiği önermeleriyle açıklamaya çalışmaktadır. Kaygı her zaman belirli bir nesne ya da duruma bağlanarak hafifletilmeye çalışılmaktadır.

Her birey için yaşam krizi olarak ölümü bekleme ayrı anlam taşır; bu nedenle bu dönem, bireyin özellikleri ile bağlantılı olarak ele alınması gereken bir dönemdir; ancak evrensel olarak ölümle ilgili yaşanan duygu "korku"dur. Korku kaynakları bireye göre değişim gösterebilir. Bilinmezlik korkusu, yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme korkusu, bedenini yitirme korkusu, denetimi yitirme korkusu, kimlik duygusunda sürekliliği yitirme korkusu, acı duyma korkusu yaşanabilecek korkulardır (Terakye, 1998).

Ölüm kaygısı araştırmacılara göre küçük korkuların bileşkesidir. Yapılan anketler sonucu ölüm korkusunun genel olarak oluşumunu sağlayan asıl korkular şunlardır: "Benim ölümüm akraba ve arkadaşların için çok büyük bir üzüntü olacak, bütün plan ve projelerim sona erecek, ölümüm acı verici şekilde olacak, bundan sonra hiçbir deneyimim olmayacak, bundan sonra tasarımlar hakkında düşünme fırsatlarım olmayacak, ölümden sonra hayat var ise; bana ne olacağından korkuyorum, ölümden sonra vücuduma ne olacağından korkuyorum" (Yazıcı, 1994).

Ölüm kaygısı farklı yaklaşımlara göre farklı yönlerde incelenmiştir. Varoluşçu yaklaşıma göre, insan diğer canlılardan ayrı olarak, ölümlülüğünün farkında olan, er ya da geç öleceğini bilen ve ölüm bilincine sahip olan tek varlıktır. Bu durum insanda varoluşsal bir kaygı yaratmaktadır. Ölümlü olduğunun bilincinde olan insan kendi ölümünü düşünmeye yönelip, bu düşüncelerin eylemlerini biçimlendirmesine izin verirse, daha önce önemli olarak algılanan bütün basmakalıp hayat tarzları önemini yitirir ve böylece kişi başkalarının yolunu izlemek yerine yaşamını anlamlı kılacak olan kendi yolunu çizer. Varoluşçular, ölüm düşüncesinin insan yaşamını anlamlandıran ve sağaltıcı etkisi yanında korkutucu yanı üzerinde de durmaktadırlar. Varoluşçu filozofların ileri sürdükleri temel tezler farklı isimler altında, çoğunlukla aynı kapıya, ölüm korkusuna çıkmaktadır. Yani, insandaki temel kaygı, asıl olarak ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Psikanalitik yaklaşıma göre, ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerimizin temelini oluşturan bizim bilinçli bir biçimde ölümlerimizle yüzleşemeyeceğimizdir. Bu bağlamda psikanalitik yaklaşımı ölümün inkârı tezinin kaynağı olarak görebiliriz. Bu yaklaşımda kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesinin çok zor olduğuna inanılmaktadır; çünkü insanlar kendilerini ölü olarak düşünememektedirler. Freud, kişi ölümü hiçbir zaman deneyimleyemediği için, bilinçaltının da ölümün hiçbir şekilde temsiline sahip olmadığını ileri sürer. Psikanalitik çerçevede ölüm korkusu, deneyimle daha doğrudan ilişkili olan korkulara ve bu deneyimlerden çıkan ruhsal çatışmalara dayanmaktadır (İnci, 2009).

Eke (2003)'nin belirttiğine göre, Fromm kaygının insanın kendi kimliğinin tehlikede olduğunu hissettiği zaman yaşandığını bildirmiştir. Ayrıca insanoğlu özgürlüğünü elde ettikçe kendini daha güvensiz hissetmekte ve bu durum da kaygıya neden olmaktadır.

1980'lerde Solomon ve arkadaşları tarafından "Terör Yönetimi Kuramı" geliştirilmiştir. Kuram, ölüm tarafından harekete geçirilen kaygının sonunda kullanılan psikolojik savunma mekanizmalarına odaklanır. Bu kurama göre, insanın ölümlü olduğu düşüncesi her bireyde varoluşsal bir kaygıya neden olmaktadır. Kültür insanların yaşamına anlam, düzen ve süreklilik sağlayarak bu varoluşsal kaygıyı azaltmaktadır. Kişi, kültürel değerlere bağlandıkça ve yaşamını bu değerlere bağlı olarak ortaya çıkan normlara göre düzenledikçe, kendini güvende hisseder. Terör Yönetimi Kuramı'na göre ölümlülük bilgisinin neden olduğu ölüm kaygısı ile başa

çıkımda kullanılan iki sistemden biri öz saygı, diğeri ise kültürel dünya görüşüdür. Yüksek özsaygıya sahip bireyler, diğelerine kıyasla ölümün yarattığı dehşeti daha iyi yönetme eğilimindedir. Diğler taraftan kültürel dünya görüşleri bireyin yaşamını sistematik ve anlamlı yapıya kavuşmasını sağlamaktadır ve bu anlamlı yapı bireylerin ölüm kaygısıyla başa çıkmasında önemli bir etkidir. Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler ölümle ilişkiyi büyük ölçüde değıştirmiş, insan yaşamının tüm süreçlerini kontrol altına almıştır. Böylece ölüm artık doğal bir süreç olmaktan çıkmıştır. Ölüm sürecinin, müdahale edilmesi gereken tıbbi bir durum olarak algılanması nedeniyle gerçekleşen her ölüm sağlık profesyonelleri tarafından başarısızlık olarak algılanmaktadır (İnci, 2009).

## 2.2. Ölüme İlişkin Depresyon

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğı, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiğı, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygusu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiğı, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğı bir hastalıktır (Bahar, 2005).

Depresyon da, ölüm kaygısının psikopatolojik yansımalarındandır. Bu noktada depresyona zemin hazırlayan neden, yaşam biçimidir. Kişi, kendisi için değil, ya baskın olan bir başkası ya da baskın bir hedef için yaşamaktadır. Baskın hedef ya da kişi ortadan kalktığında veya kişiye olumsuz bir durum yaşattığında kişi aşırı bunalabilmektedir. Bu bunalıyla başa çıkamadığında ise gittikçe gücü tükenmekte ve suçluluk hissetmektedir. Depresyon da bu noktada başlamaktadır (Eke, 2003).

Ölümün herkes için kaçınılmaz olduğı gerçeğı, kişinin bu duruma kendisini hazırlamasına yardım etmez. Ölüm düşüncesi ve ölüm korkusu, insanı sürekli kovalar. İnsanın her davranışının altında ölümden kaçmak, ölümü ertelemek ve ölümü inkâr etmek gibi bu kaçınılmaz sonu, kaderi yok sayma eğilimi ve içgüdüğü vardır (Akın, 1996). İnkâr, kişiyi ölüm gerçeğinin yıkıcı etkisinden koruması nedeniyle, hasta ve aile için olduğı kadar sağlık çalışanı içinde önemlidir. Aynı zamanda inkâr, başarısızlık duygusunu önlemek için gereklidir. Çünkü sağlık çalışanlarının ve tıbbın amacı, hastalığı tedavi etmek ve yaşamı kurtarmaktır, onun

algıladığı şekilde hastayı ölüme terk etmek değildir. Ancak sağlık çalışanları başarısızlığı reddeder ve tedavinin etkinliğine ve değerine bakmaksızın ona sıkı sıkıya bağlanırsa o zaman inkâr, yararlı fonksiyonunu kaybeder. Sağlık çalışanları, hastayı fiziksel ve duygusal acı çekmekten kurtaramama nedeniyle öfke duyarlar. Öfke yerine bazı sağlık çalışanlarında benzer nedenlerle depresyon görülebilir (Öz, 2004).

Buraya kadar ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon üzerinde durulmuştur. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde ölümle ilgili duygu ve düşünceleri etkileyen değişkenler ele alınacaktır.

### **2.3. Ölümle İlgili Duygu ve Düşünceleri Etkileyen Değişkenler**

Meslek, cinsiyet, eğitim, yaşam deneyimleri, inançlar vb. etkenler kişilerin ölümü algılamasını, ölümü ve hayatı anlamlandırmasını, ölümle ilgili tutum ve davranışlarını, ölüm kaygısı derecesini farklı etkileyebilmektedir (Ertufan, 2008). Acil tıp hizmeti veren sağlık personeli, bu noktada çok özel bir grup oluşturmaktadırlar.

Bu çalışmada ölümle ilgili duygu ve düşüncelerle ilişkisi olabileceği düşünülerek sırasıyla yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, ölümle karşılaşma sıklığı, başa çıkma mekanizmaları, deneyim ve eğitim gibi değişkenler sorgulanmaktadır.

#### **2.3.1. Yaş**

Yaşın ilerlemesiyle birlikte insanın geçtiği psikolojik gelişim evreleri farklı ruhsal krizler içermektedir. Ayrıca yaşlı ve genç sağlık personelinin aldıkları tıp eğitiminin zaman içinde değişikliklere uğraması nedeniyle yaşın ölüme ilişkin duygu ve düşünceler üzerinde fark oluşturabileceği düşünülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapılan bir araştırmada gençlikte ya da ihtiyarlıkta dul kalma ile ani ölüm etkeninin dullar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. 50 yaşından küçük 225 genç dul ve 51 üstü yaşta 198 yaşlı dul olarak iki gruba ayrılmıştır. Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği kullanılarak verileri toplanan araştırmada “ölüm anı” korkusunda iki grup arasında fark bulunmamıştır. Kişinin kendi ölümü ve diğerlerinin ölümü etkenlerinde ise genç dullar daha fazla kaygı bildirmişlerdir (Straub ve Roberts, 2001).

Doğu kültüründe ölüm kaygısının, yaş ve cinsiyet ilişkisini belirlemek için Kuveyt'te yapılan bir araştırmada, orta yaş grubunda yer alan (yaş ortalaması erkeklerde 41.5 kadınlarda 40.9) 236 kişi örneklem olarak seçilmiştir. Arapça Ölüm Kaygısı Ölçeği (Arabic Scale of Death Anxiety) kullanılan çalışmada literatürü destekleyen bulgular elde edilmiştir. Orta yaş grubunun ölüm kaygısı daha genç olan üniversite öğrencilerinden (yaş ortalaması 22) elde edilmiş sonuçlardan anlamlı düzeyde düşük, kadınların ölüm kaygısı erkeklerden yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde olduğu gibi orta yaşlı Kuveytlilerde de en çok korktukları dört etken ceset, mezar korkusu, ölüm sonrası olacakların ve ölümcül hastalık korkusu olarak belirlenmiştir. Bu veriler ölüm kaygısının şiddetinin yaşla değiştiğini göstermektedir (Abdel-Khalek ve Al-Kandari, 2007).

Yaşları 18–88 arasında değişen 346 denekli bir başka araştırmada ise Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Affedici Dini Motivasyon Ölçeği uygulanmış; daha yaşlı ve daha affedici dini inanca sahip olanların ölüm kaygısı önemli derecede daha düşük bulunmuştur (Thorson ve Powell, 1990). İnsanın hayatı boyunca, yaşla birlikte geçtiği psikolojik gelişim evrelerinin farklı ruhsal krizler içermesi; ayrıca yaşlı ve genç sağlık ekibinin aldıkları eğitimin zaman içinde değişikliklere uğraması sebebiyle yaşın fark oluşturabileceği düşünülmüştür (Ertufan, 2008).

Galt ve Hayslip (1998), literatürdeki yaşla ilgili bulgulara ters olarak ihtiyarların ölüm kaygısını gençlerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir. 17–25 yaş arası 46 gencin 60 yaş üstü 40 ihtiyarla karşılaştırıldığı ve Templer'in Ölüm Kaygısı ve Collett-Lester'in Ölüm Korkusu ölçeklerinin kullanıldığı Galt ve Hayslip çalışmasında gençlerin ölüm kaygısı daha düşük bulunmuştur.

### **2.3.2. Cinsiyet**

Ölüm, kadın ve erkekler için ayrı anlam taşıyor olabilir. Ölüm kaygısı; amaçların yarım kalması, var olamama korkusu, diğerlerinin ölümünün korkusu, cezalandırılma korkusu gibi alt dinamikler içermektedir (Degner, 1974). Cinsiyet değişkeni ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi sorgulayan araştırmalara bakıldığında, New York'ta 40'ı kadın 155 hekim üzerinde yapılan araştırmada kadınlar erkeklerden daha yüksek ölüm kaygısı bildirmişlerdir (Viswanathan, 1996). Başka bir çalışmada (Lucas, 1974) ise, ciddi fiziksel rahatsızlığı olan 20 erkek hasta ve karısı üzerinde yapılan araştırmada kadınların ölüm kaygısı kocalarınınkinden fazla bulunmuştur. Bu iki

çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla ölüm kaygısı yaşadığı görülmektedir.

Ölüm kaygısının yaş ve cinsiyetle ilişkisinin araştırıldığı Amerika'daki bir çalışmada 18–87 yaş arasındaki 304 kişiye Collett-Lester Ölüm Korkusu Ölçeği (Collett-Lester Fear of Death Scale) uygulanmıştır. Hem erkeklerde hem de kadınlarda ölüm kaygısı 20'li yaşlar boyunca zirve yapmış ve sonra aniden azalmıştır. Ancak sadece kadınlarda, ellili yaşlarda ikinci bir zirve daha görülmüştür. İkinci bir araştırma ile ilk bulgular sınanmak istenmiş ve 18–85 yaş arasındaki 113 kadına Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır. Aynı ilk çalışmadaki gibi ikili zirve dağılımının tekrarlandığı görülmüştür. Her iki cins için neden yirmili yaşlarda ölüm kaygısının zirve yaptığı ve ellili yaşlarda ikinci bir zirvenin neden erkeklerde değil de sadece kadınlarda görüldüğünün anlaşılması için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (Russac ve ark., 2007).

Eke (2003)'nin belirttiğine göre, Johnston ve Sherman'ın, cinsiyet ve kontrol odağının ölüm kaygısıyla ilişkisini inceledikleri çalışmada iç kontrol odaklı olmanın ölüm kaygısıyla başa çıkmada etkili olduğu ve kadınların erkeklerden daha fazla dış kontrol odaklı oldukları tespit edilmiştir.

Literatürde en çok çalışılan ve ölüm kaygısıyla en çok ilişkisi bulunan değişken cinsiyettir. Çalışmaların genelinde kadınların erkeklere oranla daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları dikkat çeken bir bulgudur.

### **2.3.3. Meslek**

Sonsuz sayıdaki insan davranışlarının kökenine bakıldığında; tüm davranışların mutlaka bir nedeninin olduğu ve bu nedenin de bir ihtiyaçtan kaynaklandığı bilinmektedir. İnsanlar benzer davranışların farklı ihtiyaçlarını giderebilmek için tercih ettikleri gibi, aynı ihtiyaçtan yola çıkarak farklı davranışlar da sergileyebilmektedirler. İhtiyaçlarımızın bir kısmı bilinç düzeyinde, bir kısmı da bilinçaltı düzeyde yer alsa da yaşamımız boyunca verdiğimiz tüm kararları etkilemektedirler. Meslek seçimi de ihtiyaçlarımızın kararlarımızı etkilediği bir alandır. İnsanların mesleklerini hangi ihtiyaçlarını gidermek için seçtiklerini bilmelerinin, mesleğe farklı bir açıdan bakmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. Meslek seçerken insanlar bilincinde olmadıkları bazı ihtiyaçlarını giderecekleri alanlara yönelmektedirler. Bebeklikten yetişkinliğe kadar yaşamın tüm dönemlerinde

aynı içgüdüsel kaynaklar insanları yönlendirmektedir. Yani bilinçdışı güdeleri, kişiye hangi alanda doyum sağlayacağını ve nasıl davranacağını göstermektedir. Meslek seçimini psikanalitik açıdan yorumlayan kuramcılara göre birey, toplumca uygun görülen bazı etkinliklere katılarak bilinçdışı güdülerini toplumca kabul edilen bir biçimde ifade etmektedir. Bu açıdan bakıldığında ölüm kaygısının, diğer birçok yaşam alanında olduğu gibi meslek seçiminde de etkili rol oynadığı kabul edilmektedir (Eke, 2003).

Bazı meslek gruplarında ölüm kaygısı yüksektir. Hekimler bu gruba örnek gösterilebilir.

Hekimlerin diğer insanlardan daha fazla ölüm kaygısına sahip oldukları ve bunda "başarı ve başarısızlık" faktörünün etkili olabildiği savunulmaktadır. Çünkü hekim için hastanın ölümü bir "başarısızlık" olarak algılanabilir. Ciddi bir hastalığa yakalanmış hastayı iyileştirmek ise, hekimler için büyük bir "başarı" olarak kabul edilebilir. Bu durum mesleğe yeni başlamış genç ve deneyimsiz hekimler için daha önemli olduğundan onlar daha fazla ölüm kaygısı veya ölüm korkusuna sahip olabilirler. Her koşulda yaşatma sorumluluğunu kendinde gören bu sağlık çalışanları için ölümün önlenemeyişi onlarda başarısızlık, çaresizlik ve yetersizlik duygularını ortaya çıkarmaktadır. Bu durum mesleki yetersizliklere yol açmaktadır (Öz, 2004; Karahisar, 2006).

Babayiğit (1996), onkologların depresyon ve kaygı düzeylerine ilişkin çalışmasının da kontrol grubuna ölümle çok az ya da hiç karşılaşmadıkları düşünülen fizik tedavi ve rehabilitasyon ve cildiye hekimlerini seçmiştir. Bu çalışmada 27 onkolog deney grubunu, 13 fizik tedavi uzmanı ve 14 dermatolog ise kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Elde edilen bulgulara göre onkologlarda diğer hekimlere göre daha fazla kaygı ve depresyon saptanmamıştır. Araştırma sonucu, ölüm kaygısı ile sık karşılaşmanın kaygı ve depresyonu etkilemediğini göstermiştir.

Eke (2003)'nin belirttiğine göre, Sundin ve arkadaşlarının dış hekimliğinde okuyan öğrencilerle, tıpta okuyan öğrencilerin ölüme karşı tutumların karşılaştırdıkları çalışmada ise ölümle ilgili tutumlarının okul seçiminde (dış hekimliği ve tıp) etkili olduğu tespit edilmiştir. Livingston ve Zimet (1965), tıp öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada bilinçli ölüm kaygısıyla otoriterlik arasında olumsuz bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca onların çalışmasında psikiyatriyi seçen tıp

öğrencilerinin ölüm kaygısının cerrahiye girenlerden daha fazla olduğu ve otoriterliklerinin de daha az olduğu tespit edilmiştir.

Ölümlerle sık yüzleşen meslek mensuplarının ölüm kaygısı üzerine bir araştırmada, 43 itfaiyeci ve 56 polis örneklem grubu olarak, 50 işletme öğrencisi ve 50 fakülte çalışanı da kontrol grubu olarak seçilmişlerdir. Her iki gruba da ölüm korkusu ölçeği uygulanmıştır. İtfaiyeci ve polislerinde diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek ölüm korkusu tespit edilmiştir (Hunt ve ark., 1983). Ölüm gerçeğine maruz kalmanın etkisini araştırmak amacıyla 60 cenaze görevlisi ile 136 diğer meslek grubundan erkeklerin ölüm kaygısının incelendiği bir başka çalışmada cenaze ve defin hizmetlerinden sorumlu kişilerin ölüm kaygıları kontrol grubundan çok daha yüksek bulunmuştur. Bu durum araştırmacılar tarafından, bu kişilerin meslekleri gereği ölüm gerçeğine sürekli maruz kalmalarının bir sonucu olarak yorumlanmıştır (Thorson ve Powell, 1996).

Eke (2003)'nin belirttiğine göre, Carr ve Merriman çalışmalarında bakımevi hizmetlileriyle, hastane kökenli sağlık personeli çalışanlarının ölüme karşı tutumlarını incelemişlerdir. Çalışmada önemli olan unsurlar, ölmekte olan hastalarla iletişim kurmada ölüm hakkındaki kişisel inançların oynadığı rol ve bu tür hastalarla ilişkilerdeki deneyimdir. Sonuçlar bakımevinde çalışanların ölmekte olan hastalara bakım vermede daha rahat olduklarını, sosyal çalışmacıların ölüm kaygılarının daha az olduğunu, hemşirelerin ise yüksek ölüm kaygısına sahip olduklarını ve ölmekte olan hastalarla çalışmaktan daha çok rahatsız olduklarını ortaya koymuştur. Hemşirelerin hastaların varoluş kaygılarının sorumluluğunu üstlenme açısından diğer çalışanlara göre yükümlülüklerinin çok daha fazla olması ölüm kaygılarının yüksek olmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Eke (2003)'nin belirttiğine göre, Sharma, Monsen ve Gary'nin hemşirelik bölümündeki öğrencilerle diğer bölümlerdeki öğrencilerin ölüme karşı tutumlarının karşılaştırdıkları çalışmalarında hemşirelikteki öğrencilerin ölümden, ölümlerini bilinçli olmaktan ve ölümden sonra bedenlerinin zarar görmesinden daha az korktukları tespit edilmiştir. Birinci sınıftan son sınıfa kadar olan öğrencilerin tutumları karşılaştırıldığında ise birinci sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin ölümden ve ölümlerini bir bedenini incelemekten daha fazla korktukları tespit edilmiştir. Bu durum kısa süreli de

olsa hemşirelik öğrencilerinin ölüm gerçeğine eğitimleri sırasında maruz kalmanın bir sonucu olarak yorumlanabilir.

#### **2.3.4. Medeni durum**

Daha düzenli bir hayat, stresli olaylar karşısında aile gibi bir psiko-sosyal destek mekanizmasının varlığı açısından evliliğin olumlu etkisi olabileceği düşünülmüştür. Babayigit (1996), onkoloji alanında çalışmanın hekim ve hemşireler üzerine etkisini incelediği çalışmasında bekâr hemşirelerde duyarsızlaşmanın, bekâr hekimlerde hem duyarsızlaşmanın hem de tükenmenin diğerlerine kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur. Evlilerin, kişiler arası ilişkiler ve krizlerle başa çıkma deneyimlerinin fazla olmasının problem çözme yeteneklerini geliştirmiş olabileceği yorumu yapılmıştır. Daha düzenli bir hayat, stresli olaylar karşısında aile gibi bir psiko-sosyal destek mekanizmasının varlığı açısından evliliğin olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir.

#### **2.3.5. Ölümle karşılaşma sıklığı**

Ölümle karşılaşma sıklığı, hep kaçmak istediğimiz ölüm gerçeğiyle yüzleşmeye neden olduğu ölüm kaygısını etkileyen önemli değişkenlerden biridir. Ertufan (2008), ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında, ölüm kaygısı ve ölüm korkusu ile kontrol odağı özelliğine ilişkin değerlendirmelerin ölümle karşılaşma sıklığına göre belirgin bir farklılık göstermediğini belirlemiştir. Başka bir çalışmada Kara (2002), çalışılan üniteye ölüm olayı ile karşılaşma sıklığı ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiş, aynı zamanda ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri ile başa çıkmadaki yeterlilik durumu arasında da anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

#### **2.3.6. Başa çıkma mekanizmaları**

Bir kişinin güçlü/ciddi bir stresten kurtulma kapasitesini belirleyen başlıca faktörler arasında; stresin doğası, kişi tarafından veya başkası tarafından stresin yetkin şekilde ele alınması, kişinin önceki başa çıkma becerileri, kişinin kendisine, stres kaynağına ve geleceğe olan yaklaşımı, iç enerjilerini kontrol ederek gereken işlevler için yönlendirebilmesi, strese saplanıp kalmaması, var olan kaynakları kullanma becerisi ve onu destekleyen sistemlerin varlığı ve bu desteğin kalitesi

gelmektedir. Stresten kurtulmada başa çıkma becerilerinin öneminin daha fazla olduğu öne sürülebilir.

Schulman (2003), ölümcül hastalarla çalışan hekimler ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili yaptığı araştırmada 20 hekimle görüşmeler yapmış; deneyimsiz hekimlerin ölümcül hastayla çalışmaktan daha fazla rahatsızlık duyduklarını belirlemiştir. Hekimlerin; ilaç kullanımı, hastayı vakalaştırma (dehumanizing), hastaya yönelen öfke, mizah kullanımı, inkâr, diğerleriyle konuşma, uyuşukluk hali, iletişimde açık olmayan ima etme denebilecek kalıplar, deyimler ve ifadeler kullanma yöntemleri birincil başa çıkma mekanizmaları olarak öne çıkmıştır. Ölüm kaygısıyla başa çıkmada kullanılacak savunma mekanizmalarının uygun/sağlıklı başa çıkma biçimleri olması önemlidir. Schulman (2003), araştırmasında hekimlerin daha çok ilaç vb. uygun olmayan savunma mekanizmaları kullandıkları belirlenmiştir. Oysa ölüm kaygısıyla başetmede kullanılan uygun olmayan başa çıkma biçimleri hem hastaya sunulacak bakımın/tedavinin kalitesini azaltmakta hem de sağlık çalışanının duygusal yükünü artırmaktadır. Diğer meslektaşlarla, arkadaşlarla, aileyle konuşup paylaşmak, deneyimli birinden koçluk almak, ölüm ve ölmek üzerine bireysel ve/veya grup çalışmalarına katılmak, gevşeme egzersizleri gibi olumlu başa çıkma mekanizmaları denenmelidir. Ancak ölüm üzerine konuşmanın göz ardı edildiği, bireysel başarısızlığın, duygu paylaşımının pek de onaylanmadığı tıp kültürü içinde bunların işe yarayabilmesi için öncelikle ölümden bahsetme becerileri eğitimi alınması gerekmektedir. Hekimlerin huzursuzluklarının altında yatan ana sebep ölmekte olan hasta ve hasta yakınıyla nasıl çalışacaklarını bilmemekten kaynaklanmaktadır. Hastaların duygularını bir kenara bırakıp sadece fiziksel belirtilerine odaklanan tıp modeli içinde, hekimlerin de duygu durumlarının önemszenmesi zorlaşmaktadır.

Hekimlerde diğer insanlar gibi becerilerinin onaylandığını görmek istemektedirler. Kanseri gibi çok ciddi hastalıklar veya yaralanma vb. sebeplerle ölüm tehdidi altındaki hastaları onları başarısızlıkla yüz yüze getirdiğinde benlik imajları zedelenmektedir. Bu mesleğin benmerkezci kişileri bu durumla pek de başa çıkamamaktadırlar. Böyle güç ve kontrol kaybı durumlarında benmerkezci hekimler ortamdaki uzaklaşma, hastayı vakalaştırma ve çok az iletişim kurma davranışları gösterebilmekte, bir anlamda hastalarını terk etmektedirler (Nuland, 1994).

İngiltere’de tıp öğrencileri üzerinde boylamsal bir araştırmada hastaların ölümüne karşı ana başa çıkma mekanizmasının cinsiyete göre farklı olduğu görülmüştür. Erkeklerde mantığa büründürme yoluyla pasif kabullenme, kadınlarda ise hastayı duygusal ve klinik açıdan desteklemenin temel başa çıkma mekanizmaları olduğu bildirilmiştir (Firth ve Field, 1991).

Ölümlerle kadavra yoluyla yüzleşmenin tıp öğrencileri üzerindeki etkisiyle ilgili bir araştırmada Yeni Zelanda’daki 1. sınıf tıp öğrencilerinin kadavra kesimine kadar kadavra görmeden önceki, 3 hafta ve 3 ay sonrası tepkileri değerlendirilmiştir. Erkeklerin tepkilerinin kadınlardan daha hızlı şekilde azaldığı ve her iki cins içinde genelde zaman geçtikçe tıp öğrencilerinin bu gerçeğe karşı başa çıkma mekanizmalarını hızla geliştirdikleri bildirilmiştir (Charlton ve ark., 1994).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, acil durum çalışanlarının, bu işin olası sonuçlarıyla baş etme konusunda donanımlı olsalar dahi ölüm ve yıkıma sürekli maruz kalmanın travma sonrası stres belirtilerine neden olabileceği ortaya konulmuştur. Ayrıca, yoğun maruziyetin başa çıkmanın bozulmasına neden olduğunu öne süren çalışmalarda vardır. Travmatik olaylara yoğun olarak maruz kalan bireyler psikolojik ve fiziksel olarak daha dayanıksız hale gelmektedir (Bryant ve Harvey, 1996; Marmar ve ark., 1999; McFarlane, 1988).

Acil durum çalışanlarında başa çıkma konusunda üzerinde görüş birliği olan konulardan biri, problem çözme odaklı yaklaşım gibi bazı başa çıkma yollarının genel olarak koruyucu iken, aşırı kafein, alkol ve madde kullanımı gibi yolların olumsuz sonuçlara neden olduğudur (Beaton ve ark., 1999; Marmar ve ark., 1996). Travmatik stresle başa çıkmada kullanılan bu olumsuz yolların sıklıkla, travmadan kaynaklanan çaresizlik duyguları, kendi kendine olumsuz konuşmalar, kendini suçlama, güven yitimi ve öz saygı eksikliği gibi olumsuz başa çıkma yolları ile mücadelede kullanıldığı bildirilmektedir (Yılmaz, 2006).

Kişinin direncini arttıran kaynaklar arasında kişinin kendine güveni, stresi değerlendirmede kullandığı değer yargıları, alternatif çözüm yolları bulabilmedeki esnekliği, destekleyici ilişkileri, başa çıkmanın önemini kavraması yer alır. Küçük parçalara bölünen strese karşı kazanılan her zafer önemlidir. Çevrenin desteği, kişiye seçme şansı tanıması, kişinin gelecek beklentileri, direnci arttırmada önemli anahtarlardır. Bireylere başa çıkma becerilerinin mesleki eğitim sürecinde

öğretilmeye başlanması gerekmektedir. Önceden bu becerileri edinmiş acil tıp personelinin sorunlarla karşılaştıklarında daha rahat başa çıkabilecekleri ve iyi birer model olabilecekleri söylenebilir.

Kuşkusuz ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri etkileyen değişkenlerden biriside deneyimdir.

### **2.3.7. Deneyim**

Meslekte bulunma süresi, deneyimi belirleyen önemli bir faktördür. Meslekte bulunma süresi ile stres tepkileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan (Marmar ve ark., 1996; Wagner ve ark., 1998; Weiss ve ark., 1995) elde edilen bulgular çalışma süresi uzadıkça psikiyatrik rahatsızlıkların arttığını göstermektedir.

Yapılan bir araştırmada mesleki deneyimi fazla olan (nispeten yaşça büyük), dini kuralları harfi harfine uygulamayan ama dindar olan kişilerin ve sağlık durumu iyi olanların ölüm kaygısı düzeylerinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Hamama ve ark., 2000). Bazı çalışmalarda ise, deneyimle birlikte belirti gösterme riskinin azaldığı bulgusu elde edilmiştir.

Yukarıda sözü edilen çalışmanın aksine Fullerton ve ark. (2004), tarafından yapılan bir başka çalışmadan elde edilen bulgular daha önce afetlerde çalışma deneyimi olan görevlilerin travma sonrası stres bozukluğu geliştirme olasılıklarının, deneyimi olmayanlara göre çok daha fazla olduğunu göstermiştir.

Meyer ve Balck (2002), acil serviste çalışan pratisyen hekimlerin stresli durumlara gösterdikleri tepkiler ve başa çıkma yollarını araştırdığı çalışmasında, 260'dan fazla acil kalp masajı yapmış 20 hekimin tutumları incelenmiştir. Genç doktorların acil müdahale sırasında daha fazla aktif davranarak, hastanın ölmekte olduğu gerçeğine karşı duygusal inkâr içinde oldukları buna karşılık daha deneyimli hekimlerin daha az inkâr içinde oldukları görülmüştür. Araştırma sonucunda, genç, az deneyimliler ve yakın zamanda hasta kaybetmiş hekimlerin daha fazla destek ihtiyacında oldukları belirlenmiş; bu kişilere ekip süpervizyonu ve özellikle hasta kaybı sonrası vaka üzerinde konuşmanın yararlı olabileceği önerilmiştir

Moran ve Britton (1994), tarafından yapılan araştırmada, katılımcılara yaptıkları acil durum görevi sırasında yaşadıkları en stres yaratan olay sorulmuş; bu olaya verilen tepkinin şiddetini anlamlı derecede yordayan değişkenin, bu görevde çalışma süresi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, acil durum görevinde çalışma

süresi uzadıkça yaşanan en kötü olaya verilen tepkinin süresi de artmaktadır. Verilen tepkinin süresini yordayan değişkenler de çalışma yılı, göreve gitme sıklığı ve genel belirtiler olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, bu görevde uzun yıllar çalışanı, daha sık göreve giden ve genel belirtileri daha fazla olanların travmatik olaya daha uzun süre tepki verecekleri ifade edilmiştir.

Afet çalışanlarında önceki stres kaynakları ve ikincil travmatik stres arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını ortaya koyan araştırmalar da vardır. Moran ve Britton (1994), acil çalışanlarında önceki travmatik yaşantının algılanan ciddiyeti ve şu anki belirti düzeyi arasında bir ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir.

Fullerton ve ark. (2004), tarafından yapılan araştırmada, bir uçak kazasının enkazında görev yapan arama-kurtarma çalışanları, görev sırasındaki maruziyetle ilişkili akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan görevlilerin %22'sinin fiziksel bir tehlikeye maruz kaldığı, %47'sinin kazadan kurtulanlarla çalıştığı, %63'ünün de enkazdan ceset çıkarma çalışmalarında bulunduğu belirlenmiştir. Arama-kurtarma çalışmalarında yer alanların, akut stres belirtileri, travma sonrası stres belirtileri ve depresyon puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

### **2.3.8. Eğitim**

Eğitim travmaya dolaylı olarak maruz kalanlarda travma sonrası stres tepkilerinin yaygınlığında katkısı olan bir değişkendir. Daha düşük eğitimi olanların, daha fazla ikincil travmatik stres tepkisi gösterdikleri öne sürülmektedir (Gren ve ark., 1985). Yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, sosyal ağları daha iyi kullanabilen, yaşadıkları tepkilerin nedenlerini daha iyi anlayabilen daha iyi başa çıkma becerilerine sahip bireyler olduğu ifade edilmektedir. Duruduygu ve ark. (2003), tarafından yapılan araştırmada da, yardım çalışanları arasında eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla yardım talebinde buldukları bulgusu elde edilmiştir.

Günümüz modern toplumlarında artık ölümlerin büyük bir çoğunluğu hastanelerde gerçekleşmektedir. Bu durum, bir taraftan ölümü genel toplumdan izole ederken diğer taraftan tüm duygusal yükünü sağlık profesyonellerine yüklemektedir. Gelişmiş toplumlarda ölüm, bilinmeyen korkusunun yaşandığı; yadsınan reddedilen ve karşı konulan bir olgudur. Bu toplumun bir üyesi olarak sağlık profesyonelleri de ölmekte olan hastalara nasıl yardım edeceklerini bilememekte ve onlarla destekleyici

bir ilişki kurmada yetersiz kalmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının eğitimleri sırasında ölmekte olan hasta ile iletişim ve yaşam sonu bakım konuları onlara yeterince öğretilmemektedir (İnci, 2009). Bu durum sağlık profesyonellerinin ölüme ilişkin eğitim gereksinimlerinin olduğunu ve bu konuya ilişkin mesleki eğitim programlarının düzenlenmesinin gereğini ortaya koymaktadır.

Sağlık eğitiminin her düzeyinde ölüme ilişkin eğitimin yetersiz olduğu bilinmektedir. İnci (2009)'nin belirttiğine göre, göre Dickinson uzun zaman tıp, hemşirelik ve diğer sağlık bilimlerinde ölüme ilişkin eğitimi gözlemlemiştir. Ölüm eğitimi 1960'lı yılların sonunda tartışılmaya ve araştırılmaya başlanmıştır. 1970'li yıllarda eğitim müfredatlarında oldukça az yer alırken 1990'lı yıllarda eğitim içine entegre edilmiştir. Ancak yine de gerek tıp gerekse hemşirelik eğitiminde ölüme ilişkin eğitimin yeterli olduğunu söylemek güçtür. Ölüm eğitiminde son zamanlarda eleştiriliyor olmasına rağmen halen Kübler-Ross'un teorisi kullanılmakta ve ölüm eğitimlerini psikiyatrist, sosyal çalışmacı ve hemşireler vermektedirler. 1995 yılından itibaren bu eksikliklerin önüne geçilmesinde hemşirelik ve tıp birlikleri yaşam sonu bakım ve eğitim programlarının geliştirilmesini önermektedirler. Ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerin bir yordayıcısı olan eğitim düzeyinin bu çalışmada sorgulanmasının, eğitim düzeyi ile ölüme ilişkin tepkiler arasındaki ilişkiyi anlamamıza yardım edeceği düşünülmektedir.

Çalışmanın buraya kadar ki bölümünde ölüme ilgili duygu ve düşünceleri etkileyen değişkenler üzerinde duruldu. Bundan sonraki bölümde acil tıp hizmeti veren personelin ölüm karşısında yaşadıkları duygu ve düşünceler üzerinde durulacaktır.

#### **2.4. Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Karşısındaki Duygu ve Düşünceleri**

Acil servisler, kaza geçiren ya da acil girişim gerektiren hastaların tıbbi değerlendirmesinin ve tedavisinin sağlandığı yerlerdir. Acil tıp personeli; acil tıp hizmetlerinde yaşam zincirinin anahtarı olarak tanımlanan ve hastane öncesi acil bakımın bir parçasını oluşturan; genellikle kritik durumdaki hastaya ilk anda müdahale eden profesyonellerdir. Acil tıp personeli olarak çalışan doktor, hemşire ve

diğer sağlık çalışanları, acil hastaların ve ailelerinin tedavi ve bakımlarını ekip halinde, belirlenen amaçlara odaklanarak gerçekleştirirler (Dolu, 1997).

Trafik ve uçak kazaları, deprem, sel gibi doğal afetler, ağır dayak, işkence altında kalmak, terörist elinde rehin tutulmak, çok olumsuz koşullarda toplama kampında kalmak, savaşta uzun süre siperde ya da bombardıman altında kalmak gibi travmatik ölüm olayları ile karşılaşmak herkes için ağır stres yaratacak durumlardır (Öztürk, 1997). Bu tür görevler sırasında, travmaya doğrudan maruz kalmaya en yakın olan grubun, yardım çalışanları olduğu düşünölmektedir. Yardım çalışmalarında kişisel tehdit olasılığının yüksek olması, travmatik olaya ve bunun etkilerine doğrudan ve sürekli tanık olma, yaşamı tehdit eden olaylara maruz kalma, afetzedelerin yaşamlarını kurtarmaya yönelik müdahalelerde bulunma ve ağır yaralı ve cansız bedenleri enkazdan çıkarma çalışmalarında yer alma acil tıp hizmeti veren sağlık personeline travmatik stres belirtilerini artırmaktadır (Yılmaz, 2006; Fullerton ve ark., 2004). Bireyin kendisinin ya da başkalarının maruz kaldığı tehdidin ciddiyetine ilişkin algısı, daha sonra ortaya çıkması olası tepkiler için önemli bir belirleyicidir. Birey olayı ne kadar tehdit edici olarak algıarsa, yaşadığı kaygı da o kadar yoğun olacaktır (Beaton ve ark., 1998).

Travma DSM-IV'te “kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fiziksel bütönlüğüne bir tehdit olayını yaşaması ya da başka bir kişinin ölümüne veya ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da fizik bütönlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme veya ailesinden birinin ya da başka bir yakının beklenmedik ölümünü veya şiddete maruz kalarak öldürölmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehditi altında kaldığını öğrenmesi ve kişinin yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet ile tepki vermesi” olarak tanımlanmaktadır (Altaylı, 2000).

Ölüm, ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da bedenin bütönlüğüne yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da tanık olduğu olaylar travmatik yaşantılar olarak tanımlanmaktadır (APB, 1994). Kişiler travmatik bir stresörle karşılaşmaktan ya da bir stresi yaşamaktan sonra akut stres bozukluğu veya buna benzer semptomları görölebilir. Kişi bu travmatik yaşantıya; korku, çaresizlik, olayı tekrarlayıcı bir şekilde yeniden yaşantılama ve olayı hatırlatan durumlardan kaçınma tepkisi ile cevap verir (Kaplan, 1998; Battal ve Özmenler, 1997). Travma

sonrası stres tepkileri yalnızca olaya doğrudan maruz kalanlarla sınırlı değildir. Bir olaya tanık olmak, travmatik bir olayın ayrıntılarını dinlemek ya da yalnızca olayla ilgili haberi duymak bile çeşitli düzeylerde kaygı yaratabilir (Eriksson ve ark., 2001; DSM IV-APA, 2000; Johnsen ve ark., 1997; Rosenthal, 2000; Weiss ve ark., 1995).

Acil Sağlık Hizmeti veren sağlık personelinin sıklıkla travmatik ölüm olayları ile karşılaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada ambulans personelinin en sık karşılaştığı olaylar; intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları (%29), tıbbi aciller (%22), trafik kazaları (%16), şiddet olayları (%16), spor yaralanmaları (%9), endüstriyel kazalar (%4) yangın (%4) olarak bildirilmiştir. Bu olaylar arasından, kurtarma personeline en fazla rahatsızlık veren olayların ise trafik kazaları (%38) ve tıbbi aciller (%35) olurken üçüncü sırada ise intihar girişimleri (%19) olduğu saptanmıştır (Erkaya, 2003).

Travmatik olayların ardından olaya doğrudan maruz kalanların yanı sıra; mağdurların aileleri, yakınları, olayın hemen ardından arama-kurtarma çalışmalarında görev yapan profesyonel ve gönüllüler, ilk tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanları, olayın psikolojik etkilerini önlemek ve gerekli psikolojik desteği vermek üzere müdahalede bulunan ruh sağlığı çalışanları ve geniş ölçekli afetlerin ardından olayın etkilerini medyadan izleyen bireylerinde, travmaya dolaylı olarak maruz kaldığı söylenebilir. Hatta ikincil travmatik stres tepkisi gösterme olasılıkları olduğu da düşünülebilir (Yılmaz, 2006).

Travmatik olaya doğrudan maruz kalmamış hatta olaya tanıklık etmemiş birinin de yeniden yaşantılama tepkisini gösterebileceğine ilişkin bulgular vardır. Yılmaz (2006)'ın belirttiğine göre, Steed ve Downing, dehşet içeren bir olayı ayrıntılarıyla dinleyen birinin, olaya doğrudan maruz kalan kişiye karşı gösterdiği empatik duyguların bir sonucu olarak bu kişiyle aynı duyguları yaşamasının mümkün olabileceğini belirtmişlerdir. Bu olayı dinleyen kişinin kendi belleğinde olaya ilişkin bir tablo yaratmasına ve olaya doğrudan maruz kalmış kişiye ilişkin hatırlatıcıların varlığı durumunda olayı yeniden yaşantılamasına neden olabilir. Chrestman tarafından yapılan bir çalışmada, travmaya dolaylı olarak maruz kalmanın ısrarlı düşünceler (intrusion) ve bilişsel kaçınmayla (disosiasyon) ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu belirtiler, olaya doğrudan maruz kalanlarınkı kadar yoğun olmasa da, birey için oldukça stres yaratıcıdır. İsrarlı düşünceler ve bilişsel kaçınma yoluyla

olayı yeniden yaşantılama gibi belirtiler olaya doğrudan maruz kalan kişiye ilişkin hatırlatıcılarla karşı karşıya gelindiğinde ortaya çıkar.

Travmatik yaşantıya doğrudan maruz kalanlarda bilişsel kaçınma belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu olasılığını yordayan değişkenlerden biridir. Bu nedenle dolaylı travmada da bu belirtiler tanısız açıdan değer taşır. Acil durum görevlerinde bulunan kişilerle yapılan çalışmalarda travmatik olaylara yoğun olarak maruz kalanların daha fazla bilişsel kaçınma belirtisi gösterdiği ve psikolojik sorun yaşadığı bulunmuştur (Marmar ve ark., 1996).

Yardım çalışanlarıyla yapılan diğer araştırmalarda, birey olay sırasında ne kadar tehlikede olduğunu düşünürse sonrasında kaçınma davranışlarını da o kadar çok sergilediği gözlenmiştir (Johnsen ve ark., 1997; Marmar ve ark., 1996). Kaygı, açıklanamayan öfke, huzursuzluk gibi artmış uyarılma tepkileri de dolaylı olarak travmaya maruz kalan bireylerde sık görülen bir belirtilerdir (Carlier ve ark., 2000; Eriksson ve ark., 2001). Bu belirtiler ölüm olayı ile karşılaşma sonrasında görülen psikolojik tepkilerdendir.

Acil durum çalışanlarında görülen travmatik stres ve yaygınlığı konusunda, itfaiye çalışanları (Beaton ve ark., 1999; Bryant ve Harvey, 1996; Haris ve ark., 2002), ruh sağlığı uzmanları (Hesse, 2002; Hodgkinson ve Shepherd, 1994), polisler (Alexander ve Wells, 1991; Carlier ve ark., 1997; Duckworth, 1986), hekimler (Lundin ve Bodegard, 1993) ve arama-kurtarmacılarla (Chang ve ark., 2003; Deahl ve ark., 1994; Fullerton ve ark., 2004; Jones, 1985; McCarroll ve ark., 1996; North ve ark., 2002; Stewart ve ark., 2004) yapılmış olan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Travmatik olaylara doğrudan maruz kalmasalar da, bu tür olayların ardından yardım çalışmalarında yer alan gruplardan biri olarak acil tıp hizmeti veren sağlık personelinde, yaptıkları görevden kaynaklı olarak ölüme karşı kaygı ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

## **2.5. Acil Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölümüne İlişkin Yardım**

### **Gereksinimi**

Yaşamın herhangi bir döneminde karşılaşılabilen kayıp yaşantıları bireyleri değişik şekillerde etkileyebilmektedir. Ölümü yaklaşan hasta ile ilişkide sağlık çalışanı inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme savunmalarının dışında, hastasını kaybettikten sonra öfke, çaresizlik, suçluluk, yoğun üzüntü ve kaygı gibi duygular da

yaşayabilir. Bu durumda sağlık çalışanları için de yasın yaşanmasına fırsat verilmeli, duyguların açıkça paylaşılması için cesaretlendirilmeli, destek gruplar oluşturulmalıdır. Bireylerin kendilerinde ölümle ilgili dinamikleri fark edebilmesi için destek verilmelidir (Özcan, 2007).

Ölümcül hastalara bakım vermek, sağlık elemanlarının birçok alanda bilgili ve becerili olmasını ve stresle uygun şekilde baş edebilmesini gerektirir. Hasta ve ailelere etkili bakım sunmanın temelinde, sağlık elemanlarının eğitimleri içinde ölüm ve ölümcül hasta bakımına yeterli oranda yer verilmesi ve kendi davranışlarına ilişkin içgörü kazanmaları yatmaktadır. Bu içgörünün geliştirilebilmesi için hastalık ve ölüme yüklenen anlamlar açığa kavuşturulmalıdır. Kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve bu gerçeği kabullenmeyen sağlık elemanları, ölümcül hasta ve ailelerinden uzaklaşırlar ya da ölüm korkularını onlara da yansıtırlar. Sağlık elemanlarının ölüme ilişkin duygularını fark etmeleri, ölüme ilişkin düşünce ve ianaçlarını ifade etmeleri ile sağlanabilir. Bu amaçla ruh sağlığı uzmanlarından, meslektaşlardan, diğer profesyonellerden hatta din adamlarından da yardım alınabilir. Yine, sağlık elemanlarının gerek temel eğitim müfredatları gerekse hizmet içi eğitim programlarında, sözü edilen konulara yer verilmesi önemlidir. Ayrıca, bu konulara yönelik kurs programları ve sempozyumlara katılmaları da sağlanmalıdır.

Ölümcül hastalara bakım vermek, çok değişik ve güçlü stresörleri de beraberinde getirir. Bu nedenle, sağlık elemanlarının etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri ve destek kaynaklarından yararlanmaları gerekmektedir. Aksi halde, bakım verdiği insanların sürekli kayıplar yaşadığını gören ve onların ölümü ile kendisi de kayıp yaşayan sağlık elemanlarında, belli bir süre sonra tükenme sendromu gelişebilir (Cimete, 2002).

Son yıllarda sağlık ekip üyesi olan hemşirelerle yapılan araştırmalarda ilerleyici hastalık, ölüm ve kayıp yaşayan hastalara ve ailelere bakım, hemşirelerin kendi kayıplarının ve duyarlılıklarının farkına varmalarına, ölüm korkularının artmasına, kaygı ve stres düzeylerinin hızla yükselmesine neden olduğu görülmektedir (Taparlı, 2004)

Sağlık çalışanları işleri gereği, ölüm olayıyla sık karşılaşılırlar ve hastanın ölümünün yarattığı çağrışımlar, onların ölüm olayından kaçınmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanları hastanın bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan

korktukları için ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih etmekte, ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları ve ölümcül hastalara bakım verirken çeşitli savunmalar geliştirmektedirler. En sık kullanılan savunmalar; hastadan kaçma, hastaya eşya gibi davranma, hastayla konuşmaktan kaçınma, sürekli meşgul görünme, karşılıklı görüşmeyi kontrol altında tutmak için bazı şeyleri duymazlıktan gelme ve enerjisini iyileşme olasılığı yüksek hastalara ayırma olarak sıralanabilir. Bu savunmaları kullanan sağlık çalışanlarının sergiledikleri davranışların altta yatan nedenleri fark edebilmesi ve bu konuda uzman yardımı alması, ölümcül hasta ve ailesiyle daha anlamlı iletişim kurabilmesini sağlayacaktır (Özcan, 2007).

Hemşirelik eğitiminde, genellikle öğrencilere kendi duygularını hastalara yansıtılmaları gerektiği söylenir. Hemşirelerin duygularını göstermeleri halinde durum üzerindeki kontrollerini kaybedeceklerinden korkulur. Oysa hemşire kontrolünü kaybetmeden hastaya duygularını ifade edebilir. Hasta yakını, sağlık personeli ya da hastaya yardım eden herhangi bir bireyin duygularını yaşayabilmesi için yani ağlayabilmesi, öfkesini boşaltabilmesi, arkadaşlarından uzaklaşması için sakin ve yalnız kalabileceği bir odaya gereksinimi vardır. Bu oda birimin çok yakınında küçük bir yer olabilir, ayrıca personelin kendi duygularını özgürce açıklayabilmeleri ve kendilerini rahatlatabilmeleri içinde kullanılabilir. Bu tür odalar; kendi duygularını düşünmeksizin 8–9 saat çalışan hemşireler ve özellikle yoğun bakım birimlerinde çalışan personel için gereklidir (Yiğit,1998).

Ölümcül hastalığı olan kişilerle baş etmedeki yetersizlik sıklıkla sağlık çalışanlarında suçluluk duygularına neden olur. Sağlık çalışanları hastaya ve ailesine yeterli profesyonel destek ve rehberlik vermediği ve hastanın yaşamını kurtarma beklentisinde başarısız olduğu için suçluluk ve yetersizlik duyguları hissedebilir. Aynı zamanda bu duygular hastanın ailesine ya da doktoruna yönelik öfkeye dönüşebilir. Terminal dönemde hastaya ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için hemşirenin, hastanın ve ailesinin duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir. Bunun için öncelikle sağlık çalışanlarının kendi davranışlarına ilişkin bir iç görü kazanmasını sağlamak önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanı, öncelikle ölüme ilişkin kendi korku ve endişelerini ifade etme fırsatı verilerek yardım edilmelidir. Sağlık çalışanlarının ölüm konusundaki kendi kişisel duygularının

bilincine varması ve onların üstesinden gelebilmesi gereklidir. (Öz, 2004). Aşağıda yer alan yaklaşımlar ölümle sık karşılaşan sağlık personelinin desteklemesinde yararlı olabilir:

- Acil tıp personelinin stres belirtilerinin değerlendirilmesi, travma sonrası stresin yatıştırılması için duyguların ifade edilmesi desteklenmelidir.
- Sağlık personeli temel eğitim programları ve hizmet içi eğitim programları düzenlenerek, travma ve kayba normal tepkiler konusunda eğitilmelidir.
- Ortak stresi yaşayan acil tıp personeli ile ölüme ilişkin duygu ve deneyimlerin paylaşımının gerçekleştirildiği ve terapotik desteğin sağlanacağı destek grupları oluşturulmalıdır.
- Kaygıyı azaltmak için bilgilendirme, duyguların paylaşılması, acil tıp personelinin başa çıkma beceri ve duygusunun artırılması ve bazı ortak sorunlar çözülmeye çalışılmalıdır.
- Genel olarak grup desteği ya da terapisine rağmen sorunları devam edenlerin Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi uzmanı tarafından bireysel terapiye alınması sağlanmalıdır. (Kocaman, 2005; Arıkan, 2004; Cimete, 2002; Yule, 1994).
- Bireylerin bilişsel-davranışsal terapiler ile olayı hatırlamaları ve olaylarla yüzleşmeleri sağlanmalıdır. Rachman'a (1980) göre kısa maruz bırakma (exposure) seansları kişiyi duyarsızlaştırmak yerine daha da duyarlı hale getirir. Yeterli seanslarla kaçınma ve rahatsız edici düşüncelere çözümler getirilebilir.
- Travmaya bağlı kaçınma davranışı özellikle ilk aydan sonra belirginleşir. Bireylerin desteklenmesi sırasında kaçınmayı engelleyecek her tutum bu dönemde değerlidir. Yaşanan ölüm olaylarının bıraktığı etkiyi anlatmalarına yardımcı olmak gereklidir.
- Acil tıp personelinin yas tepkileri göz önünde bulundurulmalı ve bu sağlık personelinde suçluluk duygularının daha belirgin olabileceği unutulmamalıdır.
- Başa çıkma yöntemlerinin etkinliğini artırmak için mesleki eğitim sırasında ölüme ilişkin tepkiler ve başa çıkma yöntemleri konusunda acil tıp personeli bilgilendirilmelidir. Başa çıkma yöntemlerinin bireylere önceden öğretilmiş

olması olaya verilen tepkileri değiştirecek ve insanların eski durumlarına dönmelerini kolaylaştıracaktır (Yule, 1994).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

1. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi) göre farklılaşmaktadır.
2. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi) göre farklılaşmaktadır.
3. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı puan ortalamaları çalışma hayatına ilişkin özelliklerine (çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi) göre farklılaşmaktadır.
4. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları çalışma hayatına ilişkin özelliklerine (çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi) göre farklılaşmaktadır.
5. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı puan ortalamaları ölümlerle karşılaşma durumuna (çalıştığı ünite ile karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, ölümlerle karşılaştığı durumlar, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşama, yakınlık derecesi) göre farklılaşmaktadır.
6. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları ölümlerle karşılaşma durumuna (çalıştığı ünite ile karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, ölümlerle karşılaştığı durumlar, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşama, yakınlık derecesi) göre farklılaşmaktadır.
7. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı puan ortalamaları ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre farklılaşmaktadır.
8. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre farklılaşmaktadır.
9. Yaş, çalışma süresi, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi ile ölüm kaygısı

ölçeği ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Düzce ili sınırları içinde bulunan, acil tıp hizmeti veren kurumlarda çalışan 49 hekim, 29 hemşire, 33 sağlık memuru, 57 acil tıp teknisyeni, 14 paramedik olmak üzere toplam 182 sağlık personeli araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan acil tıp hizmeti veren kurumlar aşağıda Şekil 3.1’de sunulmuştur. Tam sayım düşüncesiyle ayrıca örneklem seçimine gidilmemiş olan bu çalışmada Düzce ili sınırları içinde acil tıp hizmeti veren kurumlarda çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık personeli doğrudan araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın evreninde yer alan 41 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Dolayısıyla araştırma örneklemi; çalışmaya katılmaya gönüllü olan 28 hekim, 23 hemşire, 24 sağlık memuru, 53 acil tıp teknisyeni, 13 paramedik olmak üzere toplam 141 sağlık personelinden oluşmuştur.

**Şekil 3.1. Düzce İli Acil Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar**

Acil Servisi Olan Hastaneler	112 Acil Sağlık İstasyonları
Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesi	Merkez 112 İstasyonu
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	Kalıcı Konutlar 112 İstasyonu
Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi	Kaynaşlı 112 İstasyonu
Akçakoca Devlet Hastanesi	Gümüşova 112 İstasyonu
	Gölyaka 112 İstasyonu
	Yığılca 112 İstasyonu
	Akçakoca 112 İstasyonu
	Çilimli 112 İstasyonu

### 3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma;

- Araştırma, Düzce ilindeki değişik hastanelerde ve 112 Acil Sağlık İstasyonlarında çalışan acil tıp hizmeti veren sağlık personeli ile
- Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle ve
- Tez için belirlenen süre ile (2 yıl) sınırlıdır.

- Bu araştırma “ölüm kaygısı” ve “ölüme ilişkin depresyon” bakımından acil tıp personeli içerisinde yer alan meslek gruplarının tamamını kapsamaktadır. Oysa yerli ve yabancı literatür incelendiğinde araştırmalara acil tıp personelinden sadece bir veya iki meslek grubunun dahil edildiği görülmektedir. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulguları doğrudan diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırma olanağının olmaması; söz konusu karşılaştırmaların mevcut araştırmalardaki sadece bir veya iki meslek grubuyla yapılmış olması bu araştırma için önemli bir sınırlılıktır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada veriler “Tanıtım Formu”, “Ölüm Kaygı Ölçeği” ve “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

**3.5.1. Tanıtım Formu:** Araştırmacı tarafından literatürden (Eke, 2003; Kara, 2002;Tatar, 1988) yararlanılarak hazırlanan “Tanıtım Formu” 20 sorudan oluşan bir anket formudur. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sağlık personellerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo-demografik verileri, ikinci bölüm çalıştıkları acil tıp hizmeti veren ünitelerde ölümü yaşama sıklıkları ve üçüncü bölümde ölümle karşılaştıkları zaman yaşadıkları duygularını, ne hissettiklerini, başa çıkmak için neler yaptıklarını ve nasıl bir yardım istediklerini öğrenmeye yönelik, kapalı uçlu ve çoktan seçmeli sorular sorulmuştur.

**3.5.2.Ölüm Kaygı Ölçeği (ÖKÖ):** Templer’in 1970 yılında geliştirdiği, ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik toplam 15 soruluk bir ölçektir. Doğru/yanlış şeklinde cevaplanan Ölüm Kaygı Ölçeğini Ertufan (2000), literatürdeki bazı çalışmaları örnek alarak, daha sağlıklı ölçüm yapılacağı inancıyla tez çalışmasında yedili Likert tipi ölçeğe çevirerek uyarlamıştır. Yine aynı çalışmanın içinde, kişilerin hep aynı yönde cevap verebilme olasılığı ve olumlu cevap verme eğilimini engellemek için doğru/yanlış cevap yapısına uygun olarak, yanlış cevaplı sorularda Likert tipi ölçekte cevapların yerleri (2., 3., 5., 6., 7. ve 15. maddeler de) ters yönle değiştirilmiştir. Her bir madde 1’den 7’e kadar değişen bir skala üzerinde puanlanır. Ters yönle değiştirilen her bir madde 7’den 1’e kadar değişen bir skala üzerinde puanlanır. Puan Aralığı 0–15 arasında olan testte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm kaygısı açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır. Bu

aralıkta, ortalama puan olan 7 ve yukarısı değerlerde toplam puan alanlar kişilerin ölüm kaygısının da yüksek olduğu şeklinde değerlendirme yapılabilir. Templer (1970), ölçeğinin güvenilirlik katsayısını (Kuder Richardson Formula<sup>20</sup>)=0.76, product-moment korelasyon katsayısı =0.83 olarak bildirmiştir (Ertufan, 2000). Türkiye uyarlamasında iç tutarlılık Cronbach alfa=0.72, test-tekrar test  $r=0.80$ ,  $p<0.01$  ( $n=127$ ) olarak saptanmıştır. Daha iyi elenmiş, daha iyi standardize edilmiş bir örneklem grubu olarak 326 kişi üzerinden alfa analizinde ise Cronbach alfa=0.74 olarak geçerli ve güvenilir belirlenmiştir. Bu katsayılar ölçeğin güvenilirliği için yeterli derece de kuvvetli olduğunu göstermektedir (Ertufan 2008; Akça ve Köse, 2008).

**3.5.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ):** Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği, Templer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olup ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yaperel ve Yıldız (1998), tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.74$  bulunmuştur. Ölüme ilişkin olarak yaşanan, depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet ve keder gibi duygu durumlarını ölçmeyi amaçlayan, 17 maddeden oluşan ölçekte, doğru-yanlış olarak kodlanabilen bu maddelerin, 15'i doğru, 2'si (7. ve 11. maddeler) yanlış yönde işaretlenmektedir. Doğru yönde işaretlenen 1 puan, yanlış yönde işaretlenen 0 puan olarak puanlanır. Yanlış yönde işaretlenen 7.ve 11. maddelerin puanlaması doğru yönde işaretlenen 0 puan, yanlış yönde işaretlenen 1 puan olarak puanlanır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 17 puan alınabilmektedir. Bu alınan puanlardan 0-8 arası depresif duygu durumunun olmadığı, 8-17 arasında ise depresif duygu durumunun var olduğu ve puan arttıkça daha yoğun yaşandığı şeklinde yorumlanmaktadır (İnci, 2009; Kara, 2002; Yaperel ve Yıldız, 1998).

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmada veri toplama aşamasına geçilmeden önce araştırmacı tarafından, literatürden (Eke, 2003; Kara, 2002; Tatar, 1988) yararlanılarak yukarıda içeriği belirtilen bir "Tanıtım Formu" geliştirilmiştir. Araştırmanın verileri bu araştırma için uygun görülen veri toplama araçlarıyla 01 Mart-30 Nisan 2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları öz bildirim ölçeği niteliğinde olduğundan anketler araştırmacı tarafından açıklanmış ve

katılımcılardan kendileri için uygun olan seçenekleri doldurmaları istenmiştir. Anlaşılmayan sorularda araştırmacı ilave açıklamalar yapmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler “SPSS 16.0 for Windows” programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya katılan acil tıp personeline araştırma hakkında bilgi verilmiş olup araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır (bilgilendirilmiş onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında her hangi bir yerde kullanılmayacaktır (dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, bu nedenle kendilerinin zorlanamayacağı söylenmiştir (otonomi, bireye saygı). Araştırma sürecinde araştırmaya katılan kişilerin beyan ettikleri özel ve mahrem bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (gizlilik ve sır saklama, mahremiyete saygı).

#### **4.1. BULGULAR**

Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin 6l6me ilişkin duygu ve d6ř6ncelerinin incelendiği 7alışmanın bulguları; sosyo-demografik 6zellikler, mesleki ve 7alıştukları b6l6m6n 6zellikleri, 6l6me ilişkin deneyimleri, 6l6m Kaygısı 6l7eği ve 6l6me İlişkin Depresyon 6l7eği puanları, bazı değişkenlere g6re 6l6m Kaygısı 6l7eği ve 6l6me İlişkin Depresyon 6l7eği puanları ve 6l6m6n yarattığı duygularla başa 7ıkmada yardım i7in 6neriler olmak 6zere yedi b6l6mde sunulmuştur.

#### **4.1. Araştırmaya Katılan Acil Tıp Personelinin Sosyo-Demografik 6zellikleri**

Araştırmaya katılan acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin sosyo-demografik 6zelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde acil tıp personelinin %55.3'n6n kadın, %45.4'n6n 26–30 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $26.98 \pm 4.67$  (min:20-max:51) ve yarıdan fazlasının (%53.2) bek6r olduğu g6r6lmektedir. Acil tıp personelinin 6đrenim d6zeyi incelendiğinde 7oğunluğunun (%48.2) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu g6r6lmektedir.

**Tablo 4.1.1. Acil Tıp Personelinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı  
(n:141)**

<b>ÖZELLİKLER</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş <math>\bar{X}</math>:26.98±4.67 Ortanca:26.00 (min:20-max:51)</b>			
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	78	55.3
	Erkek	63	44.7
<b>Yaş Grubu</b>	20–25 yaş	56	39.7
	26–30 yaş	64	45.4
	31–35 yaş	15	10.6
	36 yaş ve üstü	6	4.3
<b>Öğrenim Düzeyi</b>	Sağlık meslek lisesi mezunu	68	48.2
	Ön lisans mezunu	34	24.1
	Lisans mezunu	10	7.1
	Yüksek lisans mezunu	29	20.6
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	62	44.0
	Bekar	75	53.2
	Dul, boşanmış, ayrı yaşıyor	4	2.8
	<b>Toplam</b>	<b>141</b>	<b>100.0</b>

## 4.2. Acil Tıp Personelinin Çalışma Hayatına İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan acil tıp personelinin çalışma hayatına ilişkin özellikleri Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi acil tıp personelinin çoğunluğu (%70.9) 112 acil istasyonlarında çalışmaktadırlar. Araştırma gurubunun % 37.6’sını acil tıp teknisyenleri ve ikinci sırada hemşireler (%33.3) oluşturmaktadır. Acil tıp personelinin çalışma süresi ile ilgili özelliklerine bakıldığında, çalışma süresi ortalaması 61.66±59.93 ay (min:4-max:360) ay olup %52.5’nin çalışma süresi 1–5 yıl arasındadır ve acil tıp hizmetlerinde çalışma süre ortalaması 45.10±55.20 ay (min:4-max:360) ay olduğu görülmektedir. Acil tıp personelinin sadece %14.3’ü afetlerde görev almıştır.

**Tablo 4.2.1. Acil Tıp Personelinin Çalışma Hayatına İlişkin Özellikleri (n:141)**

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Çalıştığı Kurum	112 Acil	100	70.9
	Acil Servis	41	29.1
Mesleği	Hemşire	47	33.3
	Hekim	28	19.9
	ATT	53	37.6
	Paramedik	13	9.2
Acil Tıp Hizmetlerinde Çalışma Süresi	1 yıldan az	36	25.5
	1–5 yıl	74	52.5
	6–10 yıl	21	14.9
	11 yıldan fazla	10	7.1
Afetlerde Görev Alma Durumu (n:140) <sup>1</sup>	Görev alan	20	14.3
	Görev almayan	120	85.7
Çalışma Süresi $\bar{X}$ :61.66±59.93 ay Ortanca:48.00 ay (min:4-max:360) ay			
Acil Tıp Hizmetlerinde Çalışma Süresi $\bar{X}$ :45.10±55.20 Ortanca:24.00 ay (min:4-max:360)			

<sup>1</sup>Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

### **4.3. Acil Tıp Personelinin Ölüme İlişkin Deneyimleri**

Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin deneyimleri incelendiğinde, ölümlerle karşılaşma durumları (Tablo 4.3.1), ilk defa ölümlerle karşılaştıklarında yaşadıkları duygular ve düşünceler (Tablo 4.3.2), ölümlerle karşılaştıklarında yaşadıkları duygular ve düşünceler (Tablo 4.3.3), ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yolları ve ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissetme durumu (Tablo 4.3.5) ele alınmıştır.

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi acil tıp personelinin % 52.1’ ölüm olayı ile sık sık karşılaştığını belirtmiştir. Acil tıp personelinin %55.3’ü ölüm tehlikesi geçirdiğini, geçirilen ölüm tehlikelerinin çoğunluğunu trafik kazası (%53.2) ve deprem (%24.7)’in oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Acil tıp personelinin % 40’ı yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamıştır ve kaybın çoğunluğunu arkadaşları (%44.4) oluşturmuştur.

Tablo 4.3.1. Acil Tıp Personelinin Ölümle Karşılaşma Durumu (n:141)

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Çalıştığı Ünite de Ölümle Karşılaşma Sıklığı (n:140) <sup>2</sup>	Çok az/nadir	63	45.0
	Sık sık	73	52.1
	Her gün	4	2.9
Ölüm Tehlikesi İle Karşılaşma (n:141)	Karşılaşan	78	55.3
	Karşılaşmayan	63	44.7
Ölümle Karşılaştıkları Durumlar (n:77) <sup>1,2</sup>	Trafik kazası	41	53.2
	Deprem	19	24.7
	Boğulma (suda) tehlikesi	6	7.8
	Başka biri tarafından yaralanma, öldürülmeye teşebbüs	4	5.2
	Hastalık	3	3.9
	İlaç alerjisi	1	1.3
	Elektrik Çarpması	1	1.3
	Yüksekten düşme	1	1.3
	Yangın	1	1.3
Yakın Zamanda Sevdiği Birinin Kaybını Yaşama (n:140) <sup>2</sup>	Yaşayan	56	40
	Yaşamayan	84	60
Yakınlık Derecesi (n:54) <sup>3</sup>	Çocuk	1	1.9
	Anne/baba	11	20.4
	Kardeş	2	3.7
	Arkadaş	24	44.4
	Akraba	16	29.6

<sup>1</sup> n katlanmıştır.

<sup>2</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

<sup>3</sup> İki kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.3.2’de Acil tıp personelinin ilk defa ölümlerle karşılaştıklarında yaşadıkları duygulara ve düşüncelerine ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde acil tıp personelinin %43.4’nün ölümlerle ilk karşılaştığında üzüntü hissettiği, %37.3’ünün ise ölümü doğal karşıladıkları görülmektedir.

**Tablo 4.3.2. Acil Tıp Personelinin İlk Defa Ölümle Karşılaştıklarında Yaşadıkları Duygular ve Düşünceler (n:141)<sup>1</sup>**

<b>Duygu ve Düşünceler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Doğal Karşılama	62	37.3
Korkma	32	19.3
Üzülme	72	43.4
<b>Toplam</b>	<b>166</b>	<b>100.0</b>

<sup>1</sup> n katlanmıştır.

Tablo 4.3.3’de Acil tıp personelinin ölüm karşısında yaşadıkları duygular ve düşüncelerine ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir. Tabloda araştırmaya katılan acil tıp personelinin çoğunluğunun (%38.4) ölümle karşılaştıklarında ölümü doğal karşıladıkları, %25.0’nın üzüntü hissettiği görülmektedir.

**Tablo 4.3.3. Acil Tıp Personelinin Ölüm Karşısında Yaşadıkları Duygular ve Düşünceler (n:139) <sup>1,2</sup>**

Duygu ve Düşünceler	Sayı	%
Doğal Karşılama	80	38.4
Kurtuluş Olarak Düşünme	11	5.3
Hiçbir Şey Hissetmeme	15	7.2
Başarısızlık-Yetersizlik	9	4.3
Korkma	41	19.8
Üzülme	52	25.0
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

<sup>1</sup> n katlanmıştır.

<sup>2</sup> İki kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.3.4’de Acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir. Bu dağılıma bakıldığında % 30.3’ü ölümle ilgili duygu ve düşüncelerle başa çıkmak için ölümün doğal olduğunu düşündüklerini, % 26.9’u dua ettiklerini, % 15.9’u ise başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalıştığını ve % 13.5’i arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuştuğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 4.3.4. Acil Tıp Personelinin Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yolları (n:140)<sup>1,2</sup>**

Baş Çıkma Yolları	Sayı	%
Hiçbir Şey Yapmayan	13	6.2
Arkadaşlarla/Aile İle Konuşma	28	13.5
Başka Konulara Yoğunlaşarak Unutmaya Çalışma	33	15.9
Ağlama	13	6.3
Dua etme	56	26.9
Alkol Alma	2	0.9
Doğal Olduğunu Düşünme	63	30.3
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

<sup>1</sup> n katlanmıştır.

<sup>2</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.3.5’de Acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissetme durumuna ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılanların %28.6’sı ölümle başa çıkmada yetersizlik hissettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.3.5. Acil Tıp Personelinin Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkmada Yetersizlik Hissetme Durumu (n:140)<sup>1</sup>**

<b>Ölümlle Başa Çıkmada Yetersizlik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hisseden	40	28.6
Hissetmeyen	100	71.4
Toplam	140	100.0

<sup>1</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

#### 4.4. Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları

Araştırmaya katılan acil tıp personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ) Puanları Tablo 4.4.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde Ölüme İlişkin Depresyon puan ortalamasının  $7.12 \pm 3.20$  (min:0.0-max:15.0) olduğu, ölüm kaygısı puan ortalamasının da  $4.23 \pm 0.95$  (min:1.6-max:6.6) olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.4.1. Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ) Puanları (n:141)**

ÖLÇEKLER	Ölçekten Alınabilecek Alt-Üst Puan	Elde Edilen Alt-Üst Puan	Ortanca	%25*	%75*	$\bar{X} \pm SS$
Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)	0.0-15.0	1.6–6.6	4.20	3.60	5.00	$4.23 \pm 0.95$
Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖİDÖ)	0.0-17.0	0.0–15.0	7.00	5.00	9.00	$7.12 \pm 3.20$

\* Araştırmaya katılanların %25’i belirtilen puandan daha az almıştır.

\* Araştırmaya katılanların %75’i belirtilen puandan daha az almıştır.

#### **4.5. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları**

Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı ölçeği puanları şu başlıklar altında incelenmiştir: Bazı değişkenlere göre acil tıp personelinin ölüm kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4.5.1), ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre ölüm kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4.5.2).

Tablo 4.5.1’de Acil tıp personelinin bazı değişkenlere göre (cinsiyet, yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı üniteye ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşama) ölüm kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların ölüm kaygısı puanı ( $\bar{X}$  :4.41±0.95), erkeklere ( $\bar{X}$  :4.00±0.92) göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlıdır (t:2.603;p<0.05). Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı üniteye ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölüm kaygısı puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.5.1 Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:141)**

ÖZELLİKLER		n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Değer
Cinsiyet	Kadın	78	4.41±0.95	4.46	<b>t:2.603</b> <b>p:0.010</b>
	Erkek	63	4.00±0.92	4.00	
Yaş Grubu	20–25 yaş	56	4.26±0.90	4.20	KW:4.815 p:0.186
	26–30 yaş	64	4.12±0.95	4.00	
	31–35 yaş	15	4.63±0.83	4.93	
	36 yaş ve üstü	6	4.06±1.60	4.30	
Öğrenim Düzeyi	Sağlık meslek lisesi mezunu	68	4.17±0.92	4.00	KW:1.591 p:0.661
	Ön lisans mezunu	34	4.35±1.09	4.20	
	Lisans mezunu	10	4.02±1.05	3.96	
	Yüksek lisans mezunu	29	4.29±0.85	4.46	
Medeni Durumu	Evli	62	4.24±1.09	4.30	KW:1.471 p:0.479
	Bekar	75	4.19±0.86	4.00	
	Dul, boşanmış, ayrı yaşıyor	4	4.75±0.95	4.70	
Çalıştığı Kurum	112 Acil	100	4.22±0.95	4.20	U:2019.000 p:0.888
	Acil Servis	41	4.25±0.98	4.20	
Mesleği	Hemşire	47	4.34±1.09	4.60	F:0.914 p:0.436
	Hekim	28	4.31±0.85	4.53	
	ATT	53	4.16±0.90	4.00	
	Paramedik	13	3.89±0.83	4.00	
Acil Tıp Hizmetlerinde Çalışma Süresi	1 yıldan az	36	3.91±0.92	3.96	KW:6.117 p:0.0106
	1–5 yıl	74	4.38±0.83	4.50	
	6–10 yıl	21	4.16±1.03	4.00	
	11 yıldan fazla	10	4.41±1.52	4.96	
Afetlerde Görev Alma Durumu (n:140) <sup>1</sup>	Görev alan	20	3.38±1.17	3.83	U:912.060 p:0.086
	Görev almayan	120	4.28±0.90	4.20	
Çalıştığı Ünitelerde Ölümle Karşılaşma Sıklığı (n:140) <sup>1</sup>	Çok az/nadir	63	4.21±1.06	4.20	KW:0.401 p:0.818
	Sık sık	73	4.26±0.89	4.20	
	Her gün	4	4.03±0.45	3.96	
Ölüm Tehlikesi İle Karşılaşma (n:141) <sup>1</sup>	Karşılaşan	78	4.26±0.94	4.20	t:0.456 p:0.649
	Karşılaşmayan	63	4.19±0.98	4.00	
Yakın Zamanda Sevdiği Birinin Kaybını Yaşama (n:140) <sup>1</sup>	Yaşayan	56	4.29±0.90	4.20	t:0.606 p:0.545
	Yaşamayan	84	4.19±1.00	4.20	

<sup>1</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.5.2’de Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre acil tıp personelinin ölüm kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler verilmiştir. Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışanların ölüm kaygısı puanı ( $\bar{X}$ :4.66±0.79) bu yöntemi kullanmayanlara göre ( $\bar{X}$ :4.10±0.97) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (u: 1171.000; p<0.05). Ayrıca dua ederek ölüm kaygısı ile baş etmeye çalışan acil tıp personelinin ölüm kaygısı puanı ( $\bar{X}$ :4.52±0.84), dua etmeyenlere ( $\bar{X}$ :4.04±0.99) (u.1686.500;p<0.05), ölüm kaygısı ile başa çıkma yöntemi olarak bir şeyler yapanların ( $\bar{X}$ :4.30±0.946) hiçbir şey yapmayanlara ( $\bar{X}$ :3.61±0.918) göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (u:498.500; p<0.05). Başa çıkma yöntemi olarak ağlayanların ( $\bar{X}$ :4.64±0.65), arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşanların ( $\bar{X}$ :4.64±0.65), alkol alanların ( $\bar{X}$ :4.03±0.23) ve doğal olduğunu düşünenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması, yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05). Ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissedener ( $\bar{X}$ :4.33±0.99) ile hissetmeyenler arasında ölüm kaygısı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (p>0.05).

**Tablo 4.5.2.Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yollarına ve Başa Çıkmada Yetersizlik Yaşama Durumuna Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:140)<sup>1</sup>**

BAŞA ÇIKMA YOLLARI		n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Değer
<b>Hiçbir şey yapmama</b>	Uygulayan	13	3.61±0.918	3.73	<b>U:498.500 p:0.019</b>
	Uygulamayan	127	4.30±0.946	4.20	
<b>Arkadaşlarla / Aile ile konuşmak</b>	Uygulayan	28	4.41±0.97	4.30	U:1377.000 p:0.319
	Uygulamayan	112	4.19±0.95	4.10	
<b>Başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışmak</b>	Uygulayan	33	4.66±0.79	4.93	<b>U:1171.000 p:0.003</b>
	Uygulamayan	107	4.10±0.97	4.00	
<b>Ağlamak</b>	Uygulayan	13	4.64±0.65	4.80	U:588.500 p:0.088
	Uygulamayan	127	4.19±0.98	4.00	
<b>Dua etmek</b>	Uygulayan	56	4.52±0.84	4.60	<b>U:1686.500 p:0.005</b>
	Uygulamayan	84	4.04±0.99	4.00	
<b>Alkol almak</b>	Uygulayan	2	4.03±0.23	4.03	U:117.500 p:0.728
	Uygulamayan	138	4.24±0.96	4.20	
<b>Doğal olduğunu düşünmek</b>	Uygulayan	63	4.18±1.00	4.00	t:0.577 p:0.565
	Uygulamayan	77	4.27±0.92	4.20	
<b>Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkmada Yetersizlik</b>	Hisseden	40	4.33±0.99	4.10	t:0.721 p:0.472
	Hissetmeyen	100	4.20±0.94	4.20	

<sup>1</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

#### 4.6. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları

Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı ölçeği puanları şu başlıklar altında incelenmiştir: Bazı değişkenlere göre acil tıp personelinin ölümüne ilişkin depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4.6.1), ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre acil tıp personelinin ölümüne ilişkin depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4.6.2), yaş, çalışma süresi, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi ile ölüm kaygısı ölçeği ve ölümüne ilişkin depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişki (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.1’de Acil tıp personelinin bazı değişkenlere göre (cinsiyet, yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşama) ölümüne ilişkin depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların ( $\bar{X} = 7.64 \pm 3.02$ ) ölümüne ilişkin depresyon puan ortalamaları erkeklere ( $\bar{X} : 6.49 \pm 3.33$ ) göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $t: 2.141; p < 0.05$ ). Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölümüne ilişkin depresyon puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.6.1. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:141)**

ÖZELLİKLER		n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Değer
Cinsiyet	Kadın	78	7.64±3.02	8.00	t:2.141 p:0.034
	Erkek	63	6.49±3.33	6.00	
Yaş Grubu	20–25 yaş	56	7.12±2.79	7.00	KW:2.354 p:0.502
	26–30 yaş	64	6.84±3.26	7.00	
	31–35 yaş	15	8.06±3.34	10.00	
	36 yaş ve üstü	6	7.83±5.70	8.00	
Öğrenim Düzeyi	Sağlık meslek lisesi mezunu	68	6.85±2.83	7.00	KW:0.912 p:0.823
	Ön lisans mezunu	34	7.50±3.79	7.00	
	Lisans mezunu	10	8.00±4.37	8.00	
	Yüksek lisans mezunu	29	7.03±2.92	7.00	
Medeni Durumu	Evli	62	7.37±3.38	7.00	KW:2.370 p:0.306
	Bekar	75	6.84±3.08	7.00	
	Dul, boşanmış, ayrı yaşıyor	4	8.75±2.21	9.00	
Çalıştığı Kurum	112 Acil	100	7.13±3.16	7.00	U:1992.0 p:0.791
	Acil Servis	41	7.12±3.34	7.00	
Mesleği	Hemşire	47	7.55±3.87	7.00	F:0.475 p:0.700
	Hekim	28	7.14±2.91	7.00	
	ATT	53	6.81±2.61	7.00	
	Paramedik	13	6.84±3.55	7.00	
Acil Tıp Hizmetlerinde Çalışma Süresi	1 yıldan az	36	6.30±3.27	6.00	KW:6.400 p:0.094
	1–5 yıl	74	7.24±2.77	7.00	
	6–10 yıl	21	7.04±3.73	7.00	
	11 yıldan fazla	10	5.40±4.03	10.00	
Afetlerde Görev Alma Durumu (n:140) <sup>1</sup>	Görev alan	20	6.50±3.96	6.00	U:1044.500 p:0.352
Görev almayan	120	7.22±3.08	7.00		
Çalıştığı Ünitelerde Ölümle Karşılaşma Sıklığı (n:140) <sup>1</sup>	Çok az/nadir	63	7.26±3.31	7.00	KW:1.060 p:0.589
	Sık sık	73	7.15±3.08	7.00	
	Her gün	4	5.75±3.59	4.50	
Ölüm Tehlikesi İle Karşılaşma (n:141)	Karşılaşan	78	6.83±3.21	7.00	t:1.214 p:1.215
	Karşılaşmayan	63	7.49±3.19	7.00	
Yakın Zamanda Sevdiği Birinin Kaybını Yaşama (n:140) <sup>1</sup>	Yaşayan	56	6.92±2.92	7.00	t: .712 p:0.477
	Yaşamayan	84	7.32±3.36	7.00	

<sup>1</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.6.2’de Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yollarına ve başa çıkmada yetersizlik yaşama durumuna göre acil tıp personelinin ölüm ilişkin depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler verilmiştir. Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak ağlayanların ( $\bar{X}$ :9.15±3.26) ağlamayanlara ( $\bar{X}$ :6.96±3.12) göre, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışanların ( $\bar{X}$ :9.00±2.88), bu yöntemi uygulamayanlara ( $\bar{X}$ :6.59±3.07) ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşarak ( $\bar{X}$ :8.46±3.45) başa çıkmaya çalışanların bu konuyu konuşmayanlara( $\bar{X}$ :6.89±3.05) göre ölüme ilişkin depresyon puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla u:514.000 u: 1015.000, 1180.000; p<0.05). Ayrıca başa çıkma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayanların ölüme ilişkin depresyon puanı daha düşük ( $\bar{X}$ :5.46±2.84) olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (u:546.000;p<0.05). Başa çıkma yöntemi olarak dua edenlerin ( $\bar{X}$ :4.64±0.65), doğal olduğunu düşünenlerin ( $\bar{X}$ :6.84±3.26) ve alkol alanların ölüme ilişkin depresyon puan ortalaması yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05). Ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissetme durumuna ( $\bar{X}$ :7.10±3.46) göre ölüme ilişkin depresyon puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0.05).

**Tablo 4.6.2. Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yollarına ve Başa Çıkma Yetersizlik Yaşama Durumuna Göre Acil Tıp Personelinin Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:140) <sup>1</sup>**

BAŞA ÇIKMA YOLLARI		n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Değer
Hiçbir Şey Yapmama	Uygulayan	13	5.46±2.84	6.00	<b>U:546.000</b> <b>p:0.044</b>
	Uygulamayan	127	7.33±3.18	7.00	
Arkadaşlarla / Aile İle Konuşmak	Uygulayan	28	8.46±3.45	8.00	<b>U:1180.000</b> <b>p:0.042</b>
	Uygulamayan	112	6.89±3.05	7.00	
Başka Konulara Yoğunlaşarak Unutmaya Çalışmak	Uygulayan	33	9.00±2.88	9.00	<b>U:1015.000</b> <b>p:0.000</b>
	Uygulamayan	107	6.59±3.07	7.00	
Ağlamak	Uygulayan	13	9.15±3.26	10.00	<b>U:514.000</b> <b>p:0.025</b>
	Uygulamayan	127	6.96±3.12	7.00	
Dua etmek	Uygulayan	56	7.80±3.09	7.00	U:1936.500 p:0.076
	Uygulamayan	84	6.73±3.20	7.00	
Alkol almak	Uygulayan	2	5.50±3.53	5.50	U:96.000 p:0.494
	Uygulamayan	138	7.18±3.19	7.00	
Doğal Olduğunu Düşünmek	Uygulayan	63	6.84±3.26	7.00	t:1.084 p:0.280
	Uygulamayan	77	7.42±3.12	7.00	
Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yetersizlik	Hisseden	40	7.10±3.46	7.00	t:0.150 P0.881
	Hissetmeyen	100	7.19±3.09	7.00	

<sup>1</sup> Bir kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 4.6.3'de araştırmaya katılan acil tıp personelinin yaş, çalışma suresi, acil tıp hizmetlerinde çalışma suresi ile ölüm kaygısı leği ve ölüme ilişkin depresyon leği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo incelendiğinde ölüm kaygısı ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde ileri derecede ( $r:5.65$ ;  $p<0.001$ ) ve acil tıp hizmetlerinde çalışma suresi ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde orta derecede ( $r:0.180$ ;  $p<0.05$ ) anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 4.6.3. Yaş, alışma Suresi, Acil tıp hizmetlerinde alışma Suresi İle lm Kaygısı leği ve ölüme İlişkin Depresyon leği Puanları Arasındaki İlişki**

	İD		K	
	r	p	r	p
<b>Yaş</b>	0.430	0.612	0.031	0.712
<b>alışma Suresi</b>	0.880	0.297	0.073	0.391
<b>Acil Tıp Hizmetlerinde alışma Suresi</b>	<b>0.180</b>	<b>0.032</b>	0.079	0.350
<b>K</b>	<b>5.565</b>	<b>0.000</b>	-	-

#### 4.7. Acil Tıp Personelinin Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Konusunda Öneriler

Acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkma konusunda önerileri; araştırmaya katılan acil tıp personelinin ölümle ilgili duygularla başa çıkmak için yapabileceklere ilişkin önerileri (Tablo 4.7.1), acil tıp personelinin ölüme ilişkin eğitimin verilme zamanına yönelik önerileri (Tablo 4.7.2) şeklinde iki başlık altında incelenmiştir.

Araştırmaya katılan acil tıp personelinin ölümle ilgili duygularla başa çıkmak için yapabileceklere ilişkin önerileri Tablo 4.7.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan acil tıp personelinin % 13.1’i psikolojik danışmanlık verilmesi gerektiğini bildirmiştir. Eğitim programlarının düzenlenmesi ve acil tıp hizmeti veren kurumlarda çalışma süresinin sınırlandırılması önerileri ikinci sırada gelmiştir.

**Tablo 4.7.1. Acil Tıp Personelinin Ölümle İlgili Duygularla Başa Çıkmak İçin Yapabileceklere İlişkin Önerileri (n=141)<sup>1</sup>**

Öneriler	Sayı	%
Eğitim Programlarının Düzenlenmesi	18	11.9
Psikolojik Danışmanlık Verilmesi	20	13.1
Acil Tıp Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışma Süresi Sınırlandırılması	18	11.9
Yanıt Vermeyen	96	63.1
Toplam	152	100.0

<sup>1</sup> n katlanmıştır

Tablo 4.7.2’de Acil tıp personelinin ölüme ilişkin eğitimin verilme zamanına yönelik önerileri verilmiştir. Ölüm süreci ile ilgili eğitimin hangi aşamada verilmesi gerektiği sorgulandığında, acil tıp personelinin %24.8’inin belirli dönemlerde hizmet içi eğitimlerde, %17.9’u meslek eğitimi sırasında, %5.5’i oryantasyon aşamasında ve %49.7’si ise üç aşamada da eğitim verilmesini önermişlerdir.

**Tablo 4.7.2. Acil Tıp Personelinin Ölümüne İlişkin Eğitimin Verilme Zamanına Yönelik Önerileri (n=141)<sup>1</sup>**

<b>Eğitim Zamanı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Meslek Eğitimi Sırasında	26	17.9
Oryantasyon Aşamasında	8	5.5
Belirli Dönemlerde Hizmet İçi Eğitimlerde	36	24.8
Hepsi	72	49.7
Yanıt Vermeyen	3	2.1
Toplam	145	100.0

<sup>1</sup> n katlanmıştır

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Acil Tıp Personelinin Ölümüne İlişkin Deneyimleri

Hatırlanacağı üzere araştırmaya katılan acil tıp personelinin yarısından fazlası (%52.1) ölümüne ilişkin deneyimleri konusunda ölüm olayı ile sık sık karşılaştıklarını belirtmişlerdi (Tablo 4.3.1). Düzce'nin iki metropol şehir arasındaki konumu göz önünde bulundurulduğunda acil tıp personelinin yarısından fazlasının ölüm olayıyla sık sık karşılaşması, bu ilde trafik kazalarının fazlaca meydana geliyor olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Bulgular incelendiğinde acil tıp personelinin %55.3'ünün ölüm tehlikesi geçirdiği; buna karşılık geçirilen ölüm tehlikelerinin çoğunun trafik kazası (%53.2) ve deprem (%24.7) olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 4.3.1). Ertufan (2008) kendi çalışmasında acil tıp hizmetlerinde çalışan bir meslek grubu olarak hekimlerin %29.9'nun ölüm tehlikesi geçirdiğini belirlemiştir. Bu araştırmada ölüm tehlikesi geçirmeye ilişkin oran Ertufan (2008)'nin çalışmasına göre daha fazladır. Düzce ilinde 1999 yılında bölgede meydana gelen 17 Ağustos Marmara Depremi ve 12 Kasım Düzce Depreminin yaşanmış olması söz konusu fazlalığın ortaya çıkışında etkili olmuş olabilir.

Acil tıp personelinin önemli bir çoğunluğu (%60) yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamıştır ve kaybın çoğunluğunu (%44.4) arkadaş ölümü oluşturmuştur (Tablo 4.3.1). Kara (2002) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölümüne ilişkin duygu ve düşüncelerini incelemek üzere yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %32.4'ünün yakın zamanda sevdiği bir kişiyi kayb ettiklerini bildirmiştir. Yapılan görüşmelerde örneklemin çoğunluğunu oluşturan 112 İl Ambulans Servisi çalışanları anket uygulamasından birkaç ay önce iki mesai arkadaşlarını trafik kazası sonucu kaybetmiş olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum acil tıp personelinin yakın zamanda sevilen bir kişinin kaybının yüksek oranda çıkması ve yaşanan kaybın büyük çoğunluğunun arkadaş ölümünün oluşturmasının nedeni olarak açıklanabilir. Sevilen birinin kaybının hayatın, ölümün ve varoluşun sorgulanması açısından önemli bir dönüm noktası olduğu bilinmektedir. Özellikle yakın arkadaşların kaybı en az aile bireylerinin kaybı kadar bireyleri etkileyebilmektedir.

Çalışmada acil tıp personelinin %43.4'nün ölümle ilk karşılaştığında üzüntü hissettiği, %37.3'ünün ise ölümü doğal karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Şu an

ölümle karşılaştıklarında çoğunluğunun (%38.4) ölümü doğal karşıladıkları; %25.0'nın ise üzüntü hissettiği görülmektedir (Tablo 4.3.3). Çalışmanın sonuçları incelendiğinde çalışma deneyimi kazandıkça ilk deneyimin aksine acil tıp personelinin çoğunluğunun (%38.4) ölümle karşılaştıklarında ölümü doğal karşıladıkları, %25.0'nın üzüntü hissettiği görülmektedir. Yurt (1990)'un hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin duygu ve görüşlerini incelendiği çalışma ve Kara (2002)'nin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerini incelediği çalışmada hemşirelerin en çok hissettikleri duygu “üzüntü”dür. Kara (2002)'nin, çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu (%62.9) ölümle ilk karşılaştıklarında üzüntü hissettiği, yarıya yakınının (%49.5) bu durumu doğal karşıladığı; şu anda ölüm ile karşılaştıklarında ise yarıdan biraz fazlasının (%58.1) üzüntü hissettiği, % 49.5'inin doğal karşıladığı belirlenmiştir. Bu bulgu ölümle ilk karşılaşmada hissedilen üzüntünün, şu an ölümle karşılaştığında hissedilen üzüntüye göre daha azaldığını göstermektedir. Araştırmanın sonuçları Kara (2002)'nin çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Bu durum ölümle sürekli ve sık karşılaşmanın duyarsızlaşmayı beraberinde getirmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yolları incelendiğinde sırasıyla ölümle ilgili duygu ve düşüncelerle başa çıkmak için ölümün doğal olduğunu düşündüğü (%30.3), dua ettiği (%26.9), başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalıştığı (%15.9) ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuştuğu (%13.5) belirlenmiştir (Tablo 4.3.4). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin araştırıldığı bir çalışmada (Kara, 2002) ise ölümle başa çıkabilmek için araştırmaya katılan yoğun bakım ünitesi personelinin %45.7'sinin ölümün doğal olduğunu düşündükleri; %30.5'inin başka konulara yoğunlaştığı ve aile ve arkadaşları ile konuştukları bildirilmektedir. Bu sonuçlar incelendiğinde acil tıp personeli ile yoğun bakım personelinin başa çıkma yöntemlerinin birbiri ile uyumlu olduğu; bununla birlikte acil tıp personelinin daha yüksek oranda dua etme yöntemini kullandığı görülmektedir.

Acil tıp personelinin bir kısmı (% 28.6) ölümle başa çıkmada yetersizlik hissetmişlerdir (Tablo 4.3.5). Kara (2002)'nin çalışmasında ise hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (% 65.7) ölüm karşısında duygularıyla başa çıkmada yetersizlik hissetmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, Kara (2002)'nin çalışmasına göre

daha düşük orandadır. Kara (2002)'nin çalışmasından farklı olarak bu araştırmada araştırmaya katılanlar farklı meslek gruplarından oluşmuş olması ve erkek katılımcıların da araştırmaya dahil edilmesi söz konusu düşük oranın ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

## **5.2. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp Personelinin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları**

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre acil tıp personelinin ölüm kaygısı düşük düzeyde ve ölüme ilişkin depresyonunun orta düzeyde olduğunu söylemek olanaklıdır.

Acil tıp personelinin bir takım değişkenlere göre (cinsiyet, yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşama) ölüm kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında kadınların ölüm kaygısı puanı ( $\bar{X}$  :4.41±0.95), erkeklere ( $\bar{X}$  :4.00±0.92) göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t:2.603; p<0.05). Ertufan (2000, 2008), Russac ve ark. (2007), Eke (2003), Yıldız (1998), Karaca (1997) Viswanathan, (1996), Lucas (1974) ve Degner (1974)'in araştırmalarından elde edilen sonuçlar incelendiğinde onların da araştırmalarında kadınların ölüm kaygısı puanı erkeklere göre daha yüksektir. Bu durum kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması ve kadınların erkeklerden daha duygusal bir yapıya sahip olmaları yönünde ileri sürülen düşünceleri destekler niteliktedir.

Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölüm kaygısı puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05) (Tablo 4.5.1). Oysa, Tatar (1998) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında 18–22 yaş grubundaki hemşirelerin ölüm olayı karşısında daha duyarlı olduklarını belirlemiştir. Hekimlerle yapılan araştırmalarda ise bulgular meslekte daha uzun yıl geçirmenin, deneyimli olmanın kaygı seviyesini azalttığı; yaşça büyük ve deneyimli

hekimlerin daha uyumlu başa çıkma mekanizmaları geliştirdiği yönündedir (Meyer ve Balck, 2002; Hamama ve ark., 2000). Ayrıca Russac ve ark. (2007) ile Thorson ve Powell (1990)'ın yaptığı çalışmalardaki bulgular da yaş arttıkça ölüm kaygısının azaldığına işaret etmektedir. Bununla birlikte çalışmamızın sonuçları Ertufan (2008)'in çalışmasıyla uyumludur. Bu doğrultuda Ertufan'da ölüm kaygısı düzeyinde yaşa bağlı olarak görülen değişimlerin rastlantısal olduğunu; bunun yanında meslekte daha deneyimli olmanın ölüm kaygısını azalttığını öne sürmektedir.

İnci (2009)'in hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da hemşirelerin çalışma yıllarına göre ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutum ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bu sonuç, araştırmanın sonucunu desteklemektedir.

Eke (2003) farklı mesleklerde çalışanların ölüm kaygılarını karşılaştırdığı bir çalışmada farklı yaş gruplarında olup farklı mesleklerde çalışan kişilerin ölüm kaygısı puanları açısından anlamlı bir fark bulmamıştır. Bu bulgu araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur. Bunun yanında çalışmaya katılan sağlık personelinin tamamına yakınının (%95.4) 20–35 yaş grubunda yer alması, ölüm kaygısının yaşa göre değişiklik göstermemesinde etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada bir diğer değişken olarak mesleğin ölüm kaygısı üzerine etkisi incelenmiş ve çalışmaya katılan bireylerin meslekleri ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde Livingstone ve Zimmet (1965), tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmada psikiyatri ve cerrahi grubundaki tıp fakültesi öğrencilerinin ölüm kaygılarını karşılaştırmışlar ve psikiyatri öğrencilerinin ölüm kaygılarının cerrahi grubundaki öğrencilerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Thorson ve Powell (1996), cenaze hizmetlilerinin ölüm kaygısını yüksek bulduklarını bildirmişler ve bu durumu, cenazecilerin mesleklerinin gereği sürekli ölümlerle yüzleşmek zorunda kalmalarının sonucu olarak yorumlamışlardır. Ancak bu sonuçlardan farklı olarak Pepitone (1981) ise aynı meslek topluluğunun ölüm kaygısı düzeyinin anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmiştir. Elde edilen bu bulgular ölümlerle karşılaşma sıklığına göre farklı mesleklerde çalışanların farklı ölüm kaygısı düzeylerine sahip olabileceklerini göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları

incelendiğinde, çalışmaya katılan acil tıp personelinin meslekleri ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında fark bulunamaması, bireylerin ait olduğu meslek grupları farklı olsa da temelde aynı deneyimi yaşadıklarını düşündürmektedir. Eke (2003) farklı deneyim sürelerine sahip farklı mesleklerde çalışan kişilerin ölüm kaygılarını karşılaştırmış ve deneklerin deneyim süresinin ölüm kaygılarına anlamlı bir etkisi olmadığını saptamıştır. Araştırmanın sonuçları Eke (2003)'nin çalışmasıyla uyumludur.

Eke (2003), çalışmasında ölüm tehlikesi atlatmış olmanın ölüm kaygısı puanlarını istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediğini tespit etmiştir. Ertufan (2000)'nin çalışmasında daha önce ölüm tehlikesi atlatılanların, ölüm tehlikesi atlatmayanlara göre daha düşük Ölüm Kaygı Ölçeği puanlarına sahip oldukları, buna karşılık gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise ölüm tehlikesi ile karşılaşan ve karşılaşmayan grupta Ölüm Kaygı Ölçeği puanları hemen hemen birbirine eşit olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç Eke (2003)'nin bulguları ile uyumsuz; Ertufan (2000)'nin bulguları ile uyumludur.

Çalışmada yakın zamanda sevdiği birinin kaybı ile yaşamının Ölüm Kaygısı Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı anlaşılmaktadır. Eke (2003)'nin ve Ertufan (2000; 2008) 'ın çalışmaları bizim ulaştığımız bu sonucu destekler niteliktedir.

Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve dua ederek baş etmeye çalışan acil tıp personelinin ölüm kaygısı puanının yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; buna karşılık başa çıkma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayan personelin ölüm kaygısı puanının düşük ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bu çalışmada elde edilen bulgular arasındadır. Başa çıkma yöntemi olarak ağlayanların arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşanların, alkol alanların ve doğal olduğunu düşünenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Konuya ilişkin bir diğer bulgu ise ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissedenler ile hissetmeyenler arasında ölüm kaygısı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmamasıdır (Tablo 4.5.2).

Ertufan (2008)'ın hekimlerle yaptığı çalışmada kullanılan temel başa çıkma mekanizmasının cinsiyete bağlı olarak farklılaşmasına ilişkin veriler incelendiğinde erkeklerin mantığa büründürme yöntemini daha çok kullandığı; buna karşın kadınların diğerleri ile konuşmayı daha fazla tercih ettikleri gözlenmektedir. Erkeklerde hastayı vaka olarak algılama, kadınlarda ise içe bastırma daha sık kullanılmaktadır.

Payne ve arkadaşları (1998), 23 hospis ve 20 acil servis hemşiresiyle yaptıkları araştırmada hospis ve acil servislerde çalışan hemşirelerin ölüm kaygıları ve baş etme biçimlerini karşılaştırmışlardır. Araştırmada hemşirelerin ölüm kaygıları ve baş etme biçimleri yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla değerlendirilmiş; hospis hemşirelerinin ölüm kaygılarının daha düşük olduğu ve ölmekte olan hasta bakımıyla ilgili zorlu deneyimlerle daha iyi baş edeceklerine ilişkin hipotezler sınanmıştır. Araştırma sonuçları acil hemşirelerinin hospis hemşirelerine göre ölümü konuşmaktan daha fazla kaçındıklarını ve daha fazla ölüm korkusu yaşadıklarını öne çıkarmıştır. Ayrıca, acil hemşirelerinin ölüme yönelik olumlu tutumları hospis hemşirelerinden daha düşük bulunmuştur (İnci, 2009).

### **5.3. Bazı Değişkenlere Göre Acil Tıp personelinin Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Puanları**

Çalışmada kadınların ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.6.1).

Araştırmada ortaya çıkan bu sonuç Yaparel ve Yıldız (1998)'in çalışmasından farklılık göstermektedir. Yaparel ve Yıldız (1998) yaptıkları çalışmada, cinsiyet ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını Buna karşılık konuya ilişkin diğer araştırmalar (Kara, 2002; Köroğlu, 1997; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) bizim elde ettiğimiz sonucu destekler niteliktedir. Bu araştırmalar acil tıp personelinin yüksek stres kaynakları ve kadın cinsiyeti risk faktörlerini taşımaları nedeni ile potansiyel olarak depresyona yatkınlık gösterdiğine dikkat çekmektedir. Çeşitli çalışmalardan farklı sonuçların elde edilmesi bize, depresif belirtilerin ortaya çıkmasında, kişisel özelliklerden kaynaklanan etmenlerin de olabileceğini ve bu etmenlerin değişik çalışmalarda araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite de ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölüme ilişkin depresyon puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6.1).

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar ile diğer araştırmalardan elde edilen sonuçlar arasında benzerlik dikkati çekmektedir. Örneğin; Barlas (1998) hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerde görülen depresyon belirtileri ve başa çıkma yöntemlerini araştırdığı çalışmada 25–32 yaş grubunda depresyonun bulunduğunu; medeni durum ve eğitim düzeyleri ile depresyonun bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kara (2002), Yaparel ve Yıldız (1998) ve Yurt (1990) yaptıkları çalışmalarda, yaş ve cinsiyet ile ölüme ilişkin depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir.

Kara (2002), çalışmasında hemşirelerin mezuniyet durumu, mesleki çalışma süreleri, yoğun bakım ünitesindeki çalışma süreleri, çalıştıkları ünitelerden memnun olma durumları, ölüm olayı üzerine düşünme sıklıkları, kendi ölümü üzerine düşünme sıklıkları, çalıştığı ünite de ölüm olayı ile karşılaşma sıklığı, çalıştıkları ünite de ölüm sonrası fiziksel bakımın uygulanıp uygulanmadığı ile Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği puanlaması arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sonuçta istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Bu bulgular bizim araştırmadan elde edilen sonuçlarla uyumludur.

Yurt (1990)'un çalışmasında ölümcül hastayla sık karşılaşma ve ölüm deneyimini sık yaşamamanın, bireylerde ölüme karşı daha olumsuz duygular ve korku geliştireceği belirtilmektedir. Kara (2002)'nin çalışmasında ise ölümle sık karşılaşmanın ölüme ilişkin depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu farklılığın, bireylerin ölüm ile ilgili duygu ve düşüncelerini etkileyen kültürel, sosyal, çevresel ve diğer etkenlerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Barlas (1998)'in yaptığı çalışmada, meslek yaşamında ve ünite de çalışma sürelerinin, hemşirelerin depresif duygu durumları ve stresle başa çıkma yöntemleriyle

anlamli iliskisinin olmadigini, Onan (2001)'in yaptigi calismada hemshirelerin, meslek yasaminda ve gorev yaptigi birimdeki calisma suresinin, gucluk yasama duzeyi ve basa cikma yollarini etkilemediğini, Yurt (1990)'un calismasinda hemshirelerin meslekte calisma suresinin ve yogun bakım ünitesinde bulunma suresinin, ölümü tanımlamalarında etkili olmadığını belirlemeleri, araştırmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Kara (2002)'nin calismasinda hemshirelerin sevilen bir kişinin kaybını yasaması ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç calışmamızın bulguları ile farklılık göstermektedir. Bu durum acil tıp personelinin ani ve travmatik ölümlerle sık karşılaştıkları ve bu nedenle ölüme karşı duyarsızlaşmanın gelişmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan acil tıp personelinde ölümün yarattığı duygularla basa cikma yöntemi olarak ağlayan başka konulara yogunlaşarak unutmaya çalışan ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşarak basa cikmaya çalışan acil tıp personelinin ölüme ilişkin depresyon puanının yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmektedir ( $p<0.05$ ). Ayrıca basa cikma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayanların ölüme ilişkin depresyon puanı daha düşük olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6.2). Bu bulgu ölümün yarattığı duyguyla basa cikmak için duygularına odaklanan, zihinsel olarak uzaklaşmaya çalışan ve sosyal destek arama yöntemi kullananların depresyon duzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hiçbir şey yapmayanların depresyon duzeylerinin daha düşük olması ölüm olayıyla sık karşılaşmaktan dolayı duyarlılığın azalması ile açıklanabileceği gibi duygusal olarak kendini korumak için önlem aldıkları şeklinde yorumlanabilir.

Barlas (1998) stresle basa cikmada hemshirelerin kullandıkları yöntemleri incelediği araştırmasında etkin olmayan yöntemlerin kullanıldığını öne sürmüştür. Bu saptama, araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Elde edilen bu sonuçlar acil tıp personelinin de ölüme ilişkin duygu ve düşünceleriyle basa cikmak için bilinçli ve etkin olan yöntemleri değil, bilinçli olmayan ve sonuçta etkin olmayan yöntemleri kullandıklarını düşündürmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu; ölümün yarattığı duygularla basa cikmada yetersizlik hissettiğini düşünme durumuna göre ölüme ilişkin depresyon puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığına

( $p>0.05$ ) işaret etmektedir (Tablo 4.6.2). Kara (2002), çalışmasında yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri ile başa çıkmada yetersizlik hissedenlerin Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği puanlarını yüksek olduğunu saptamıştır. Barlas (1998) ise hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin depresyon belirtilerini ve başa çıkma yöntemlerini incelediği çalışmada, başa çıkmada yetersiz olan hemşirelerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlemiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları gerek Kara (2002)'nin gerekse Barlas (1998)'in çalışmalarından elde ettikleri sonuçlardan farklıdır. Kadınların duygularını erkeklere göre daha rahat ifade edebildikleri düşünüldüğünde sözkonusu farklılığın ortaya çıkmasında bizim çalışmamızda her iki cinsiyete birlikte yer verilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada ölüm kaygısı ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde ileri derecede ( $p<0.001$ ) ve acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde orta derecede ( $p<0.05$ ) anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6.3). Bu durumda acil serviste çalışma süresi arttıkça ölüme ilişkin depresyon düzeyinin de arttığı söylenebilir. Bizim ulaştığımız bu sonuç İnci (2009)'nin çalışmasından elde ettiği sonuçtan farklıdır. İnci (2009) hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma yıllarına göre Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutum Ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir.

#### **5.4. Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkmada Yardım İçin Öneriler**

Araştırmanın son bölümünde acil tıp personelinin ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yardım için önerileri istenmiş; katılımcıların %13.1'i psikolojik danışmanlık verilmesi önermişlerdir. Eğitim programlarının düzenlenmesi ve acil tıp hizmeti veren kurumlarda çalışma süresinin sınırlandırılması önerileri ikinci sırada yer almıştır (Tablo 4.7.1). Acil tıp hizmetlerinin süresiyle ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasındaki pozitif korelasyon (Tablo 4.6.3) acil tıp hizmetlerinde çalışma süresinin sınırlandırılması gerektiğine ilişkin öneriyi daha anlamlı hale getirmektedir.

Bu araştırmada acil tıp personeline ölüm süreci ile ilgili eğitimin hangi aşamada verilmesi gerektiği de sorgulanmıştır. Buna karşılık acil tıp personelinin %24.8'inin belirli dönemlerde hizmet içi eğitimlerde, %17.9'u meslek eğitimi sırasında, %5.5'i oryantasyon aşamasında ve %49.7'si ise üç aşamada da eğitim verilmesini önermişlerdir (Tablo 4.7.2). Bu sonuçlar bize, acil tıp personelinin yetersizlikleri karşısında profesyonel yardım almak istediklerini düşündürmektedir. Kara (2002)'nin çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu ölüm süreci ile ilgili eğitimi (%53.3) meslek eğitimi sırasında verilmesinin gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin meslek eğitimi sonrası işe başlamadan önce ve meslek yaşamı süresince periyotlar halinde verilmesine ilişkin önerisi ise ikinci sırada gelmektedir.

İlgili literatür (Kara, 2002; Onan, 2001;Tatar, 1998; Okyavuz, 1995; Ross,1992) incelendiğinde acil tıp personeline mesleki temel eğitimi sırasında ölüm, ölme, ölümcül hasta ve ailesine yaklaşım konusunda gerekli ve yeterli eğitimin verilmediği; bu eksikliğin, meslek yaşamında önemli bir sıkıntı oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu bilgiler çalışmamızın bulgularını desteklemekte ve acil tıp personelinin ölüme karşı duygu ve düşüncelerine yönelik yetersizlikleri ve uygun bir şekilde baş etmeleri konusunda mesleki eğitim dönemini de kapsayan ve sürekliliği olan profesyonel yardım almak istediklerini düşündürmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüme ilişkin duygularını ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda;

**6.1.1.** Araştırmaya katılan acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin çoğunluğunun kadın, 26–30 yaş grubunda, çoğunluğunun bekar olduğu ve öğrenim düzeyi incelendiğinde çoğunluğunun sağlık meslek lisesi mezunu olduğu (Tablo 4.1.1),

**6.1.2.** Araştırmaya katılan acil tıp personelinin çoğunluğunun 112 Acil istasyonlarında çalıştığı, araştırma grubunu birinci sırada acil tıp teknisyenleri ve ikinci sırada hemşireler oluşturduğu, acil tıp personelinin yarısından fazlasının çalışma süresinin 1–5 yıl arasında olduğu ve %14.3'ü afetlerde görev aldığı (Tablo 4.2.1),

**6.1.3.** Acil tıp personelinin yarısından fazlasının ölüm olayı ile sık sık karşılaştığı ve ölüm tehlikesi geçirdiği, geçirilen ölüm tehlikelerinin çoğunun trafik kazası ve depremin oluşturduğunu, acil tıp personelinden % 60'ının yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşadığı ve kaybın çoğunluğunu arkadaşlarının oluşturduğu (Tablo 4.3.1),

**6.1.4.** Acil tıp personelinin çoğunluğunun ölümle ilk karşılaştığında üzüntü hissettiği, ikinci sırada ise ölümü doğal karşıladıkları (Tablo 4.3.2),

**6.1.5.** Acil tıp personelinin çoğunluğunun ölümle karşılaştıklarında ölümü doğal karşıladıkları, ikinci sırada üzüntü hissettiği (Tablo 4.3.3),

**6.1.6.** Acil tıp personelinin ölümle ilgili duygu ve düşüncelerle başa çıkmak için sırasıyla ölümün doğal olduğunu düşündüklerini, dua ettiklerini, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalıştığını ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuştuğu (Tablo 4.3.4),

**6.1.7.** Acil tıp personelinin %28.6'sının ölümle başa çıkmada yetersizlik hissettikleri (Tablo 4.3.5),

**6.1.8.** Araştırmaya katılan acil tıp personelinin Ölüm İlişkin Depresyon puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ve ölüm kaygısı puan ortalamasının da düşük olduğu (Tablo 4.4.1),

**6.1.9.** Araştırmaya katılan kadınların ölüm kaygısı puanı, erkeklere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.1),

**6.1.10.** Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölüm kaygısı puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5.1),

**6.1.11.** Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve dua ederek baş etmeye çalışan acil tıp personelinin ölüm kaygısı puanının yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.2),

**6.1.12.** Başa çıkma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayan personelin ölüm kaygısı puanının düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.2),

**6.1.13.** Ölümün yarattığı duygularla başa çıkmada yetersizlik hissedenler ile hissetmeyenler arasında ölüm kaygısı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5.2),

**6.1.14.** Araştırmaya katılan kadınların ölüme ilişkin depresyon puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6.1),

**6.1.15.** Acil tıp personelinin yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, çalıştığı kurum, mesleği, acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi, afetlerde görev alma durumu, çalıştığı ünite ile ölümle karşılaşma sıklığı, ölüm tehlikesi ile karşılaşma, yakın zamanda sevdiği birinin kaybını yaşamaya göre ölüme ilişkin depresyon puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6.1),

**6.1.16.** Ölümün yarattığı duygularla başa çıkma yöntemi olarak ağlayan, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve arkadaşlarıyla ve/veya ailesi ile konuşarak başa çıkmaya çalışan acil tıp personelinin ölüme ilişkin depresyon puanının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6.2),

**6.1.17.** Başa çıkma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayanların ölüme ilişkin depresyon puanının daha düşük olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6.2),

**6.1.18.** Araştırmaya katılan acil tıp personelinin ölüm kaygısı ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde ileri derecede ( $p<0.001$ ) ve acil tıp hizmetlerinde çalışma süresi ile ölüme ilişkin depresyon arasında pozitif yönde orta derecede ( $p<0.05$ ) anlamlı ilişki bulunduğu (Tablo 4.6.3),

**6.1.19.** Araştırmaya katılan acil tıp personelinin ölümle ilgili duygularla başa çıkmak için çoğunluğunun psikolojik danışmanlık verilmesi gerektiğini önerdiği (Tablo 4.7.1),

**6.1.20.** Acil tıp personelinin ölüme ilişkin eğitimin sırasıyla belirli dönemlerde hizmet içi eğitimlerde, meslek eğitimi sırasında, oryantasyon aşamasında verilmesini önerdiği (Tablo 4.7.2), belirlenmiştir.

## **6.2. Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

**6.2.1.** Acil tıp personeli arasında kadın olan, ölümün yarattığı duygularla başa çıkmak için başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve başa çıkma yöntemi olarak dua etmeyi kullananların ölüm kaygısı açısından daha yakından izlenmesi,

**6.2.2.** Acil tıp personeli arasında kadın olan, ölümün yarattığı duygularla başa çıkmak için ağlayan, başka konulara yoğunlaşarak unutmaya çalışan ve arkadaşları ve/veya ailesiyle konuşan, ölüm kaygısı yüksek olan ve uzun süre acil tıp hizmetlerinde çalışanların ölüme ilişkin depresyon açısından yakından izlenmesi,

**6.2.3.** Acil tıp hizmetlerinde çalışma sürelerinin sınırlandırılması,

**6.2.4.** Ölüm sürecine ilişkin eğitim programlarının mesleki eğitim sırasında, oryantasyon aşamasında ve belirli periyotlarla hizmet içi eğitimlerde verilmesi,

**6.2.5.** Acil tıp hizmetlerinde çalışan personele psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

**6.2.6.** Acil tıp personelinin kullandıkları başa çıkma yöntemlerini geliştirmeye yönelik programların hazırlanması,

**6.2.7.** Acil tıp personelinin ölüme ilişkin kaygı ve depresyon düzeylerinin belirli aralıklarla ölçülmesi,

**6.2.8.** Acil tıp personeline yönelik düzenlenecek eğitim ve danışmanlık programının etkinliğinin değerlendirildiği deneysel bir çalışma yapılması,

**6.2.9.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi bölümü tarafından düzenli olarak liyezon bağlamında acil tıp hizmetlerinin verildiği birimlerin değerlendirilmesi ve gereken desteğin verilmesi, önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. **Abdel-Khalek A M, Al-Kandari Y.** Death Anxiety in Kuwaiti middle-aged personnel. *OMEGA: The Journal of Death and Dying*, **2007**; 55 (4) :297-310
2. **Acicbe Ö, Aker T, Özten E, Gezer Ö, Tanrıdağlı C, Liman O.** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çalışanlarında Ruhsal Travma ve Etkileri. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, Antalya, **2003**.
3. **Akça F, Köse A.** Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* **2008**;11:7-16.
4. **Akın B.** Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümcül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **1996**.
5. **Alexander D A, Wells A.** Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: A before-and-after comparison. *British Journal of Psychiatry*, **1991**; 159: 547-555.
6. **Anastasi A.** Psychological Testing. 5th edition, New York : MacMillan Publishing Co. Inc.,**1982**.
7. **Arıkan K.** Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. *Klinik Gelişim* , **2004**; 17: 77-86.
8. **Babayiğit Z İ.** Onkoloji Alanında Çalışmanın Hekimlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1996**.
9. **Bahar A.** Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep, **2005**.
10. **Barlas Ü.G.** İstanbul İli Hemodiyaliz Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Depresyon Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1998**.
11. **Battal S, Özmenler N.** Ed. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt:1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**.
12. **Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W.** Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire services personnel. *Journal of Traumatic Stress*, **1999**; 12: 293-308.
13. **Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W.** Exposure to duty related incident stressors in urban fire fighters and paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, **1998**; 11: 821-827.
14. **Bryant R A, Harvey A G.** Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, **1996**; 9 (1): 51-62.

15. **Carlier I, Lamberts R, Gersons B.** The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, **2000**; 9: 29-39.
16. **Carlier I, Lamberts R, Gersons B.** Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **1997**; 185: 498-506.
17. **Chang C M, Lee L C, Connor K M, Davidson J R T, Jeffries K J, Lai T J.** Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **2003**; 191 (6): 391-398.
18. **Charlton R, Dovey S M, Jones D G, Blunt A.** Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. *Medical Education*, **1994**; 28 (4): 290-295.
19. **Cimete G.** Yaşam Sonu Bakım, Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**.
20. **Conte H R, Weiner M B, Plutchik R.** Measuring death anxiety : conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, **1982**; 43 (4): 775-785.
21. **Çakmak H E, Aydın R, Can Y ve ark.** Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Geçmiş Afetlerden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. *Ruhsal Travma Toplantıları III; Afet sonrası Ruh Sağlığı: Önleme, Tedavi ve Örgütlenme Sözel Bildiri*, İstanbul, **2004**.
22. **Çavuş E.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
23. **Deahl M P, Gilham A B, Thomas J, Searle M M, Srinivasan M.** Psychological sequelae following the Gulf War: Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, **1994**; 165: 60-65.
24. **Degner L.** The relationship between some beliefs held by physicians and their life-prolonging decisions. *Omega : Journal of Death and Dying*, **1974**; 5(3): 223-232.
25. **Dolu G.** Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **1997**.
26. **Duckworth D H.** Psychological problems arising from disaster work. *Stress Medicine*, **1986**; 2: 315-323.
27. **Duruduygu M, Aker A T, Acicbe Ö.** İzmit Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Çalışanlarında Ruhsal Travma ve Etkileri. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, Antalya, **2003**.
28. **Eke S.** Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2003**.

29. **Erden G.** Ölüm Sürecinde Olan Çocuk: Ölümü Kabul ve Tedavi Sürecinde Etkili Yardım. *Kriz Dergisi* **2002**; 10 (1): 19-27.
30. **Eriksson C, Vande Kemp H, Gorsuch R, Hoke S, Foy D.** Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief personel. *Journal of Traumatic Stress*, **2001**; 13: 205-211.
31. **Erkaya H.** Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, **2003**.
32. **Ertufan H.** Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, **2008**.
33. **Ertufan H.** Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2000**.
34. **Firth C J, Field D.** Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *British Journal of Medical Psychology*, **1991**; 64 (3): 263-271.
35. **Fullerton C S, Ursano R J, Wang L.** Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, **2004**; 161: 1370-1376.
36. **Galt C P, Hayslip B.** Age differences in levels of overt and covert death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, **1998**; 37 (3): 187-202.
37. **Green B, Grace M, Glessner G.** Identifying survivors at risk: Long term impairment following the Beverly Hills Supper Club Fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1985**; 53: 672-678.
38. **Hamama-Raz Y, Solomon Z, Ohry A.** Fear of personal death among physicians. *Omega : The Journal of Death and Dying*, **2000**; 41 (2): 139-149.
39. **Haris M B, Baloğlu B, Stacks J R.** Mental health of trauma-exposed firefighters and critical incident stress debriefing. *Journal of Loss and Trauma*, **2002**; 7: 223-238.
40. **Hesse A R.** Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, **2002**; 30 (3): 293-309.
41. **Hodgkinson P S, Shepherd M A.** The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, **1994**; 7: 587-600.
42. **Hunt D M, Lester D, Ashton N.** Fear of death, locus of control and occupation. *Psychological Reports*, **1983**; 53: 1022.

43. **İnci F, Öz F.** Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2009**; 10: 4. (Baskıda)
44. **Jones D R.** Secondary disaster victims: The emotional effects of recovering and identifying human remains. *American Journal of Psychiatry*, **1985**; 142: 303-307.
45. **Johnsen B, Eid J, Lovstad T, Michelsen L.** Posttraumatic stress symptoms in non-exposed, victims, and spontaneous rescuers after an avalanche. *Journal of Traumatic Stress*, **1997**; 10: 133-140.
46. **Kaplan H I, Sadock B J.** Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eighth Edition, Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, **1998**.
47. **Kara N.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2002**.
48. **Karaca F.** Psikolojik Açından Ölüm ve Dini İnanç İlişkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, **1997**.
49. **Karahisar F.** Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2006**.
50. **Kocaman N.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Rollerini. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* **2005**; 8(3):109-116.
51. **Köroğlu E.** Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Cilt, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**.
52. **Köroğlu E.** (çev.) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV), Washington: Amerikan Psikiyatri Birliği, **1994**.
53. **Livingstone P, Zimet C.** Death Anxiety, Authoritarianism and Choice Of Speciality in Medical Students. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, **1965**; 140: 222-230.
54. **Lucas R A.** A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *Omega : The Journal of Death and Dying*, **1974**; 5 (3): 233-243.
55. **Lundin T, Bodegard M.** The psychological impact of an earthquake on rescue workers: A follow-up study of the Swedish group of rescue workers in Armenia, 1988. *Journal of Traumatic Stress*, **1993**; 6: 129-139.
56. **Marmar C, Weiss D, Metzler T, Delucchi K.** Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, **1996**; 153: 94-102.
57. **Mc Carroll J E, Fullerton C S, Ursano R J, Hermsen J M.** Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Carmel, Waco, Texas. *American Journal of Psychiatry*, **1996**; 153: 778-782.

58. **McFarlane A C.** Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **1992**; 180: 439-445.
59. **Meyer W, Balek F.** Physicians' reactions to stressful situations in emergencies : coping strategies and physicians' variables. *Notfal & Rettungsmedizi*, **2002**; 5 (2): 89-95.
60. **Moran C, Britton N R.** Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, **1994**; 7: 575-585.
61. **Murphy S, Braun T, Tillery L, Cain K, Johnson L, Beaton R.** PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-28-year old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, **1999**; 12: 273-290.
62. **North C S, Tivis L, McMillen J C, Pfefferbaum B, Spitznagel E L, Cox J, Nixon S, Bunch K P, Smith E M.** Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City Bombing. *American Journal of Psychiatry*, **2002**; 159: 857-859.
63. **Nuland S B.** How We Die. New York: Alfred A. Knopf Publication, **1994**.
64. **Okyavuz Ü.** Ölüm ve Ölümcül Hastalık. *Kriz Dergisi*, **1995**; 3. Sayı: 185-189.
65. **Onan N G.** Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2001**.
66. **Onur B.** Gelişim Psikolojisi; Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. Ankara: İmge Kitabevi, **1995**.
67. **Öz F.** Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, **2004**.
68. **Özaltın G.** Ölümcül Hastaya Yaklaşım. Yayınlanmamış Ders Notları. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
69. **Öztürk M O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**.
70. **Pekerli G.** Ölümcül Hastalara Psikolojik Yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**; 25 (4): Özel Eki.
71. **Pepitone A R F.** Death anxiety: comparison of psychiatrists, psychologists, suicidologists, and funeral directors. *Psychological Reports*, **1981**; 49 (3): 979-982.
72. **Rachman S.** Emotional processing. *Behavioral Research and Therapy*, **1980**; 18: 51-60.
73. **Rosenthal B S.** Exposure to community violence in adolescence: Trauma symptoms. *Adolescence*, **2000**; 35 (138): 271-284.
74. **Ross E K.** Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri (Çev. Ed: Terakye G). 1. Basım, Ankara: **1992**.
75. **Russac R J, Gatliff C, Reece M, Spotswood D.** Death anxiety across the adult years : an examination of age and gender effects. *Death Studies*, **2007**; 31 (6): 549-561.

76. **Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Borathan C.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2000**; 11. Sayı: 3-16.
77. **Schulman G D.** Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *Omega : Journal of Death and Dying*, **2003**; 47(3): 253-264.
78. **Sönmez D Z.** Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
79. **Stewart S H, Mitchell T L, Wright K D, Loba P.** The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *Anxiety Disorders*, **2004**; 18: 51-68.
80. **Straub S H, Roberts J M.** Fear of death in widows : effects of age at widowhood and suddenness of death. *Omega : Journal of Death and Dying*, **2001**; 43 (1): 25-41.
81. **Tanhan F, Arı F.** Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *Yüzyüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2006**; Aralık. Cilt:II, Sayı:II: 44-55.
82. **Tanrıdağ R.** Hemşirelerin Ölüm Kaygıları Ve Genel Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, **1997**; 2(8) : 37-40.
83. **Taparlı T Z.** Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri Ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, **2004**.
84. **Tatar Ü.** Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1998**.
85. **Templer D I, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas D S.** The measurement of death depression. *The Journal of Clinical Psychology*, **1990**; 46 (6): 834-839.
86. **Terakye G.** Hasta Hemşire İlişkileri. 5. Baskı, Ankara: Zirve Ofset, **1998**.
87. **Terakye G.** Hasta -Hemşire İlişkileri. Ankara: Aydogdu Ofset, **1994**.
88. **Thorson J A, Powell F C.** Undertakers' death anxiety. *Psychological Reports*, **1996**; 78 (3,Pt 2): 1228-1230.
89. **Thorson J A, Powell F C.** Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, **1990**; 46 (4): 379-391.
90. **Turgay M.** Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapısı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2003**.
91. **Viswanathan R.** Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians: their relationship to patient death notification. *Psychosomatics : Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, **1996**; 37 (4): 339-345.
92. **Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U.** Prevalance of symptoms of posttraumatic stress

disorder in german professional fire fighters. *Am J Psychiatry*, **1998**; 155:12-21.

93. **Weiss D, Marmar C, Metzler T, Ronfeldt H.** Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1995**; 63: 361-368.
94. **Yalom I D.** Existential Psychotherapy. New York: Basic Boks, **1980**.
95. **Yaparel R, Yıldız M.** Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1998**; 9. Cilt, 3. Sayı: 198-204.
96. **Yazıcı R.** Yaşlı Bireylerin ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **1994**.
97. **Yıldız M.** Dini Hayat İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, **1998**.
98. **Yıldız M.** Ölümle İlgili Genel Tutumlar. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, **1996**;1(3):178-188.
99. **Yılmaz B.** Arama Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, **2006**.
100. **Yiğit R.** Hasta ve Ailesine Ölümle Baş Etmelerinde Yardım Etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1998**; 2 (2).
101. **Yule W.** Posttraumatic stress disorder. In T. H. Ollendick., N. J. King., W. Yule (Eds.) International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York: Plenum Press, **1994**.
102. **Yurt V.** Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, **1990**; İzmir.

**EKLER**  
**EK I**  
**TANITIM FORMU**

**Sayın Katılımcı**

Bu çalışma; acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm olayına karşı gelişen kaygı, depresyon düzeyini ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sizi tanımamıza yardımcı olacak bilgilerinizi ikinci ve üçüncü bölümde ise ölüme ilişkin duygularınızı belirleyen ölçekler bulunmaktadır. Verdiğiniz bilgiler bizim ölümcül hasta bakımından acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin nasıl etkilendiklerini belirlememizde yardımcı olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Çalışmayı sizin içtenlikle vereceğiniz cevaplar yönlendirecektir. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığımız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

**Hem. Gülten ACEHAN**  
**D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Yüksek Lisans Öğrencisi**

**Anket No:**

- 1. Çalıştığı kurum**
  1. 112 Acil
  2. Acil Servis
- 2. Yaşınız?.....**
- 3. Cinsiyetiniz?**
  1. Kadın
  2. Erkek
- 4. Medeni durumunuz?**
  - 1) Evli
  - 2) Bekâr
  - 3) Dul /Boşanmış / Ayrı yaşıyor
- 5. Mesleğiniz?**
  - 1) Hekim
  - 2) Hemşire/Sağlık Memuru/Ebe
  - 3) ATT
  - 4) Paramedik

**6. En son mezun olduğunuz okul?**

- 1) Sağlık Meslek Lisesi
- 2) Ön Lisans
- 3) Lisans
- 4) Yüksek Lisans / Tıp Fakültesi

**7. Kaç ay/yıldır çalışıyorsunuz?.....**

**8. Kaç ay/yıldır yıldır bu görevde çalışıyorsunuz?.....**

**9. Afetlerde görev aldınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**10. Hiç ölüm tehlikesi ile karşılaştınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 12. soruya geçiniz)

**11. Karşılaştığınız durum aşağıdakilerden hangisiydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Yangın
- 2) Maden kazası
- 3) Trafik kazası
- 4) Elektrik çarpması
- 5) Başka biri tarafından yaralanma, öldürülmeye teşebbüs
- 6) Yüksekten düşme
- 7) Boğulma (suda) tehlikesi
- 8) Deprem
- 9) Bir hastalık (Belirtiniz).....
- 10) Diğer.....

**12. Yakın zamanda sevdiğiniz bir kişinin kaybını yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 14. Soruya geçiniz)

**13. Yakınlık derecesi?**

- 1) Eş
- 2) Çocuk
- 3) Anne/Baba
- 4) Kardeş
- 5) Arkadaş
- 6) Diğer belirtiniz .....

**14. Çalıştığınız ünitelerde hangi sıklıkla ölüm olayıyla karşılaşıyorsunuz?**

- 1) Çok az/Nadir
- 2) Sık sık

- 3) Her gün
- 4) Günde birkaç kez

**15. Meslek yaşantınızda ölüm ile ilk karşılaştığınızda ne hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Hiçbir şey hissetmedim
- 2) Korktum
- 3) Üzuldüm
- 4) Yıkıldım/Ağladım
- 5) Doğal karşıladım

**16. Şu anda ölümlle karşılaştığımızda ne hissediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Hiçbir şey hissetmiyorum
- 2) Üzüntü
- 3) Korku
- 4) Başarısızlık/Yetersizlik
- 5) Kurtuluş olarak algılıyorum
- 6) Doğal karşılıyorum

**17. Ölüm karşısındaki duygularınızla başa çıkmak için ne yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Hiçbir şey yapmam
- 2) Arkadaşlarımla/Ailemle konuşurum
- 3) Başka bir konuya yoğunlaşarak unutmaya çalışırım
- 4) Ağlarım
- 5) Dua ederim
- 6) Alkol alırım
- 7) Doğal olduğunu düşünürüm

**18. Bunlara rağmen başa çıkmada yetersiz kalıyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 20. Soruya geçiniz)

**19. Nasıl bir yardım istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Eğitim programları düzenlenmeli
- 2) Psikolojik danışmanlık verilmeli
- 3) Acil Tıp Hizmeti veren kurumlarda çalışma süresi sınırlandırılmalı
- 4) Diğer belirtiniz .....

**20. Ölüm süreci ile ilgili eğitim hangi aşamada verilmeli? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Meslek eğitimi sırasında
- 2) Meslek eğitimi sonrası işe başlamadan
- 3) Meslek yaşamı süresince, belli periyotlarda
- 4) Hepsi

## EK II

### ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ (ÖKÖ)

Bu formda bir takım ifadeler bulunmaktadır. Her birini okuyunuz ve o ifadeyle ilgili neler hissettiğinize karar veriniz. Daha sonra hislerinizi yansıttığını düşündüğünüz "X" işaretini yuvarlak içine alınız. İşaretinizi yatay çizgilere koymamaya dikkat ediniz. Her bir ifade için yalnızca tek bir "X" işaretini yuvarlak içine alınız. Aşağıda bir örnek gösterilmiştir:

#### Roman okumaktan hoşlanırım.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Hiç Katılmıyorum Tarafsızım Tamamen Katılıyorum

Şayet, okuduğunuz cümle size net bir anlam ifade etmiyorsa, anlaşılmaz geliyorsa o zaman en sağdaki "X" işaretini yuvarlak içine alınız. Karasızım ve tarafsızım seçeneklerini mümkün olduğunca az kullanmaya gayret ediniz. Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

#### 1) Ölmekten çok korkuyorum

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Hiç Katılmıyorum Tarafsızım Tamamen Katılıyorum

#### 2) Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Hiç Katılmıyorum Tarafsızım Tamamen Katılıyorum

#### 3) İnsanların ölüm hakkındaki konuşması beni rahatsız etmez

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Hiç Katılmıyorum Tarafsızım Tamamen Katılıyorum

#### 4) Ameliyat olmak zorunda kalma düşüncesi beni korkutur

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Hiç Katılmıyorum Tarafsızım Tamamen Katılıyorum

5) **Ölmekten hiç korkmuyorum**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

6) **Kanser olmaktan özellikle korkmuyorum**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

7) **Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

8) **Zamanın hızla akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

9) **Acı çekerek ölmekten korkuyorum**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

10) **Öümden sonra bir hayat olduğu fikri beni çok huzursuz ediyor**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

11) **Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum**

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç Tarafsızım Tamamen  
Katılmıyorum Katılıyorum

12) Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç  
Katılmıyorum

Tarafsızım

Tamamen  
Katılıyorum

13) İnsanların III. Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç  
Katılmıyorum

Tarafsızım

Tamamen  
Katılıyorum

14) Ölü bir bedenin görüntüsü beni dehşete düşürür

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç  
Katılmıyorum

Tarafsızım

Tamamen  
Katılıyorum

15) Geleceğin benim için korkulacak hiçbir şeyi olmadığını hissediyorum

X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_X

Hiç  
Katılmıyorum

Tarafsızım

Tamamen  
Katılıyorum

### EK III

#### ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÖİDÖ)

Elinizdeki testte, kişilerin kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmek amacıyla birtakım cümleler bulunmaktadır. Sizden test maddelerini okuyarak, her bir maddede belirtilen duygu ve düşüncenin sizin için geçerli olup olmadığını belirtmeniz istenmektedir. Her insanın duygu ve düşünceleri birbirinden farklı olacağından doğru ya da yanlış cevap verilmesi söz konusu değildir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Eğer okuduğunuz madde de belirtilen duygu ve düşünce sizin için geçerli ise, o madde hizasındaki DOĞRU ifadesinin, o madde de belirtilen duygu ve düşünce sizin için genellikle geçersizse YANLIŞ ifadesinin altına (\*) işareti koyunuz.

#### DOĞRU YANLIŞ

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

EK IV

T.C.  
DÜZCE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

6 2 Nisan 2008

SAYI : B.10.4.ISM.4.81.00.20-020/ 3679  
KONU : Araştırma ve Anket İzni.

VALİLİK MAKAMINA  
DÜZCE

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencilerinden Gülten ACEHAN Hemşirelik Ana Bilim Dalındaki Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında "**Düzce İlindeki Acil Tıp Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşünceleri**" konulu anket çalışması yapmak istemektedir.

Söz konusu anket çalışmasının ilimizde acil hizmet veren 112 İstasyonlarında, Atatürk Devlet Hastanesi'nde ve Akçakoca Devlet Hastanesi'nde yapılmasını;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Bahadır İLTER  
Sağlık Müdürü V.

  
OLUR  
7.../4/2008

Kemal KAHRAMAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

T.C.  
DÜZCE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

03 Nisan 2008

SAYI : B.10.4.ISM.4.81.00.20-170.04-25.01/3707  
KONU : Araştırma ve Anket İzni Olur Bildirimi.

İL AMBULANS SERVİSİ BAŞTARAFİME

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencilerinden Gülten ACEHAN'ın Hemşirelik Ana Bilim Dalındaki Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında "Düzce İlindeki Acil Tıp Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşünceleri" konulu anket çalışmasını İlimizde acil hizmet veren 112 İstasyonlarında, Atatürk Devlet Hastanesi'nde ve Akçakoca Devlet Hastanesi'nde yapabileceğine dair Valilik Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir. İlgili kişiye gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Bahattin İLTER  
Sağlık Müdürü V.

**EKİ:**  
Valilik Oluru (1 Adet)

**DAĞITIM:**  
İl Ambulans Servisi  
Atatürk Devlet Hastanesi  
Akçakoca Devlet Hastanesi

03.04.2008  
Gönderildi

*Acehan*  
Dr. Türker ACEHAN  
Düzce 112 İl Ambulans Servisi  
Sorumlu Hekim  
Dip. Tes. No: 127804

Adres: Sağlık Müdürlüğü Aziziye Mah.Okul Sokak Düzce Tel:0 380 523 92 72 Fax:0 380 514 21 41



T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı: B.30.2.DZC.0.70.10.00-  
Konu: İzin

500/560 - 375

Düzce, 03/03/2008

T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 25.02.2008 tarih ve 32 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla istemiş olduğunuz Enstitünüz öğrencilerinden Gülten ACEHAN'ın Kurumumuzun Acil Tıp biriminde çalışan Sağlık Personeli ile anket yapması uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Bünyamin DİKİCİ  
Başhekim

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ KÖNURALP/ DÜZCE  
TEL: 0(380) 541 41 07 – Faks : 0 (380) 541 41 05

06 MART 2008

SAYI : 206

KONU : İzin

T.C  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**D Ü Z C E**

**İlgi:** 25.02.2008 tarih ve 32 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden ‘Düzce İlindeki Acil Tıp Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşünceleri ‘ başlıklı araştırmanın hastanemizde anket çalışması olarak yapılması konusunda Başhemşire Keziban TÜRKEN GEL ile bağlantı kurup çalışma yapılması uygundur.

Bilgilerinize rica ederim saygılarımla.

**Op. Dr. A. Cüneyt UYGUR**  
Mesul Müdür

