



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



ÜÇÜNCÜ BASAMAK YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI VE BEYİN
ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞEN HASTALARA BAKIM VERİRKEN
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER

TUĞBA KIRA ÖZHAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2019



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**ÜÇÜNCÜ BASAMAK YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI VE BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞEN
HASTALARA BAKIM VERİRKEN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER**

TUĞBA KIRA ÖZHAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç.Dr.Neriman Akansel

BURSA-2019

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Karşılaştıkları Güçlükler ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

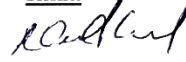


TUĞBA KIRA ÖZHAN

03.07.19

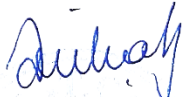
Tuğba

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba Kıra Özhan tarafından hazırlanan "Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler" konulu Yüksek Lisans/Doktora tezi 26.07.2019 günü, 11:00-13:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Neriman Akcaş	
Üye	Doç. Dr. Dilek AYGİN	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Vardar	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 31.07.2019 tarih ve 2019/21 sayılı toplantısında alınan 02 numaralı kararı ile kabul edilmiştir.


Prof.Dr. Gülşah Çeçener
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

26.07.2019

Adı Soyadı: Tuğba Kıra Özhan

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Konusu: Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç.Dr.Neriman Akansel

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış kapak	
İç kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ÖZET.....	VI
İNGİLİZCE ÖZET	VII
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ	3
2.1.1.Yoğun Bakım Ünitesi.....	3
2.1.2.Yoğun Bakım Hemşireliği.....	4
2.2.ÖLÜM KAVRAMI.....	5
2.2.1.Beyin Ölümü ve Tanınması.....	6
2.2.1.1.Beyin Ölümünün Tarihi.....	6
2.2.1.2.Beyin Ölümü Tanısının Konulması.....	7
2.2.2.Ölümün Algılanması.....	11
2.2.2.1.Ölüm, Kayıp ve Yas Süreci Yaşayan Bireylerin Tepkileri.....	12
2.2.2.2.Hemşirelerde Ölüm Algısı.....	14
2.3.BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞEN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI	15
2.4.Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler.....	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
4.BULGULAR.....	24
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	43
6.KAYNAKLAR.....	59
7.SİMGELER VE KISALTMALAR.....	67
8.EKLER	68
9.TEŞEKKÜR.....	80
10.ÖZGEÇMİŞ.....	81

ÖZET

Bu çalışma üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırma evrenini Bursa ilindeki kamu hastanelerinin üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde çalışan 116 hemşire tarafından yapıldı. Verilerin toplanmasında veri toplama formu ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket program kullanıldı.

Hemşirelerin yaş ortalaması $29 \pm 6,40$ yaş, %73,3'ü kadın, %71,6'sı lisans mezunuydu. Yoğun bakım hemşirelerinin %12'si beyin ölümünün hasta yakınları için kabul edilmesi zor bir durum olduğunu düşünürken, %20'si beyin ölümünün gerçekleşmesinin başka hayatların başlangıcı olduğuna inandığını ve %68,1'i organlarının bağışlanmasını istediği belirlendi. Hemşirelerin en fazla beyin ölümü gerçekleşen hasta yakınları ile iletişim kurarken güçlük yaşadığı ($7,59 \pm 2,75$ [VAS 0-10]) saptandı.

Çalışmamızda ÖKTÖ toplam puanı $113,51 \pm 18,48$ olarak belirlendi. Hemşirelerin yaşları ile ÖKTÖ arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

Sonuç olarak, yaş ortalaması düşük olan hemşirelerin ölümü yaşamın doğal sonucu olduğu ve ölüme karşı olumlu tutum içindedir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirilmeli, ölüme ilişkin olumlu tutum sergilenmesi için hizmet içi eğitimlerin periyodik uygulanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hemşirelik, beyin ölümü, ölüm, tutum.

İNGİLİZCE ÖZET

Determination of Third Level ICU Nurses' Attitudes Towards Death and the Difficulties Experienced While Delivering Nursing Care to Patients With Brain Death

This study was planned as a descriptive study in order to evaluate the attitudes of nurses working in third level Intensive Care Unit (ICU) to death and to determine the difficulties they experienced while providing care to patients with brain death. The population of the study was conducted by 116 nurses working in the third level ICU's of public hospitals in Bursa. Data Collection Form and Death Attitude Profile (DAP) were used for data collection. SPSS 20.0 software was used for data analysis.

The average age of the nurses was $29 \pm 6,40$ years, 73,3% were women, 71,6% has bachelor's degree. Whilst 12% of intensive care nurses thought that brain death was a difficult situation to accept for their relatives, 20% of them thought that brain death was the beginning of other lives and 68,1% of them wanted to donate their organs. It was determined that the nurses had difficulty had the highest in communicating with the relatives of patients with brain death $7,59 \pm 2,75$ (Visual Analogue Scale; VAS 0-10).

In our study, it was determined that the scale subscale average score of the total DAP is $113,51 \pm 18,48$. While there was a negative correlation between the ages of the nurses and the DAP no significant difference was found between gender, marital status, number of children and educational status.

In conclusion, nurses with a low mean age think that death is a natural consequence of life and have a positive attitude towards death. Effective coping methods should be developed for nurses working in intensive care units and periodic implementation of in-service trainings may be suggested in order to exhibit positive attitudes towards death.

Key words: Intensive care unit, nursing, brain death, death, attitude.

1. GİRİŞ

Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri komplike, genel durumları kötü, mekanik ventilasyona bağlı olan hastalara yaşam desteği sağlanan ünitelerdir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008). Yoğun bakım hemşireleri kritik durumda olan hastaların izlemine yapmanın yanı sıra hastanın optimum düzeyde bakımından da sorumludur (Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 2011). Mortalite oranı yüksek olan hastaların bulunduğu üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde ölüm ve beyin ölümü sık karşılaşılan bir durumdur.

Dünyadaki kritik hastaları tedavi etmede yaşam sonu bakım uygulamalarında önemli farklılıklar vardır (Kesici ve Aydın, 2017; Wahlster ve ark., 2015). Beyin ölümü gerçekleşen hastalar ya organ donörü olmakta ya da ülkenin prosedürlerine bağlı olarak yaşam desteğinden ayrılmaktadır (Sprung ve ark., 2014). Türkiye’de ise beyin ölümü gerçekleşen hastalara ilişkin uygulamalar beyin 2238 sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 24066 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği doğrultusunda yürütülmektedir. Beyin ölümü gerçekleşen hastaların donör olmaları halinde uygulanması gereken yasal prosedürler mevcuttur. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan yoğun bakım hemşireleri bu süreçte önemli roller üstlenmektedir. Yoğun bakım hemşireleri hem hastaya hem de hasta yakınlarına profesyonel bakım vererek terapötik iletişim kullanmaktadır. Ancak Menekli ve Fadıoğlu (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölümden sonra hasta yakınlarına destek olmada kendilerini yetersiz hissettiklerini belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada da ölmekte olan hastalara bakım verirken hemşirelerin keder, çaresizlik, kaygı ve korku duygularını yoğun hissettiklerine vurgu yapılmaktadır (Çevik ve Kav, 2013). Hemşirelerin sık sık ölüme tanıklık etmeleri ve yaşadıkları deneyimler ölüme karşı olan tutumlarını etkileyen birer unsurdur (Dadfar ve Lester, 2015). Zaybak ve Erzincanlının (2016) yaptıkları

çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin klinikte çalışan hemşirelere göre daha fazla ölüm korkusu yaşadıkları belirtilmektedir.

Üçüncü basamak anestezi/reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölümle ilgili tutumlarını etkileyen birçok faktör bulunmakta ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken bazı güçlükler yaşamaktadırlar.

Literatürde hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile ilgili araştırmalarda hemşirelerin ölümün yaşamın bir parçası olduğu (Zaybak ve Erzincanlı, 2016), ölümü doğal karşıladığı ancak ölümü yaklaşan hastaya bakmak istemedikleri (Yılmaz ve Vermişli, 2015) bulunmuştur. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını değerlendiren araştırmalar olmasına rağmen beyin ölümü gerçekleşen hastaların bakımı sırasında yaşadıkları güçlükleri ile ilgili kısıtlı çalışmalar mevcuttur.

Bu çalışmanın amacı, üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken karşılaştığı güçlüklerin saptanması ve ölüme karşı tutumlarının belirlenmesidir. Yoğun bakım ünitelerinde bakım ve tedavinin daha önemli olması, hastaların hayati risklerinin yüksek olduğu için yoğun bakım hemşireleri psikolojik ve fiziksel açıdan zorluk yaşamaktadır. Özellikle de beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken zamana karşı yarışılmaktadır. Yapılan bu çalışma ile üçüncü basamak yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken hangi zorluklar ile karşılaştığı belirlenerek ve aynı zamanda hemşirelerin ölüme karşı tutumları da saptanarak literatüre katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ

2.1.1.Yoğun Bakım Ünitesi

Modern anlamda yoğun bakım kavramı Florence Nightingale'nin 1852 Kırım Savaşı'nda hastaları bir araya toplaması ile ortaya çıkmıştır. Ameliyattan çıkan hastaların ayılma odalarına alınması, yakın gözlem altında tutulmaları yoğun bakım servislerinin oluşması fikrinin ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır. 1920'lerde ABD'de John Hopkins hastanesinde nöroşirurji hastaları, 1930'larda Almanya Tubingen hastanesinde postoperatif dönemde genel cerrahi hastaları için ayılma odaları yapılmıştır. Kopenhag'da "polio salgını" nedeni ile elle suni solunum desteği sağlanmış, anesteziyolog "Ibsen" yapay akciğer geliştirerek pozitif basınçlı ventilasyonu solunum sıkıntısı olan hastalar için kullanmıştır. 1956'da Paul Zoll ilk defibrilatörü geliştirmiştir (Aslan ve Olgun, 2016; Çelikel, 2001). Ventilatörlerin etkin olarak kullanılmaya başlanması ise 1960'ları bulmuştur. Türkiye'de yoğun bakım çalışmaları Avrupa ile aynı zamanda başlamış ilk olarak Haydarpaşa Numune hastanesinde dört yataklı bir YBÜ(Yoğun Bakım Ünitesi) açılmıştır (Aslan ve Olgun, 2016).

Yoğun Bakım Üniteleri, multidisipliner ekip yaklaşımının olduğu, yaşam tehlikesi içinde bulunan hastalara optimal faydayı sağlamak için gerekli tüm teknolojik araç ve gerecin kullanıldığı bakım alanlarıdır (Kaya, 2011). Bu ünitelerde hasta tedavisi ve izlemleri son derece önemli ve dikkat isteyen uygulamalardır (Aydınoglu, 2007). Yoğun bakım hastaları genel olarak durumları stabil olmayan, ileri takip ve tedavi gerektiren, fizyolojik dengesi bozulmuş, yirmi dört saat yakın takip gerektiren hasta grubudur (İskit, 2007).

Yoğun Bakım Üniteleri üç basamak olarak derecelendirilmektedir. Birinci basamak YBÜ'si henüz organ yetmezliği başlamamış, daha yakın takip ve tedavi gerektiren hastalar tedavi edilmektedir. Örneğin; cerrahi işlem sonrası yakın takip gerektiren hastalar, komplike olmayan miyokard iskemili ve aritmili hastaların bu ünitelerde tedavi edilmektedir (Aydınöglu, 2007; Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008).

İkinci basamak YBÜ'si ileri monitörizasyon ile takip edilmesi gereken hastaların bulunduğu, hemşire başına dört hastanın düştüğü ünitelerdir. Mekanik ventilasyon ya da destek amaçlı diyaliz gereken; gebelik sırasında komplikasyon gelişen hastalar; kardiyak, hepatik ve renal yetmezliği bulunan hastalar bu basamakta tedavi edilmektedir (Aydınöglu, 2007; Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008).

Üçüncü basamak YBÜ ise; üç hastaya bir hemşirenin bakım verdiği, solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği, HELLP sendromu (Hemolitik anemi, artmış karaciğer enzimleri, trombositopeni ile seyreden gebelik hastalığı) gelişen, zehirlenme olgularının tedavi altına alındığı ve mortalite oranı yüksek hastaların bakıldığı birimlerdir (Aydınöglu, 2007; Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008).

2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşiresi; hastaları sürekli izlem altında tutarak, yaşamı tehdit altında bulunan hastalara ileri yoğun bakım desteği sağlayıp tedavilerini uygulayan, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurarak hemşirelik bakım uygulamalarını yapan, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri sağlayan hemşiredir (Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 2011). Yoğun bakım hemşireliğinin amacı ise; hastayı tüm yönleriyle ele almak, öncelikle fiziksel yönünü güçlendirerek hemşirelik bakımını uygulamak, en üst düzeyde tedavi edici bakım sağlamaktır (Akdeniz ve Ünlü, 2004; Dolan, 1996). YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin dikkatli bir gözlemci, acil durumlarda organizasyonu sağlayabilen, değişen uygulamaları öğrenmeye açık ve hastada meydana gelen komplikasyonları erken dönemde fark edebilecek donanıma sahip olması son derece önemlidir

(Aydınoğlu, 2007). Bu özelliklerinin yanı sıra YBÜ hemşirelerinin hemşirelik bakımını eksiksiz planlayıp uygulayabilmesi, hastanın öz bakım gereksinimlerini yapmasına yardımcı olması, özellikle hastalara bakım verme konusunda bilgili olması, multidisipliner bir ekip içinde çalışma becerisini göstermesi beklenmektedir (Ergün ve ark., 2007; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Swansburg, 2006; Uyer, 1993).

2.2. ÖLÜM KAVRAMI

Gelişen teknoloji, yaşam koşullarındaki değişimler insan ömrü uzatmakta ancak bununla birlikte kronik hastalıkların giderek artmasına neden olmaktadır. Bu her yıl yaklaşık kırk milyon kişinin yaşam sonu bakım desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (World Health Organization, 2018).

Ölüm canlı bir organizmanın yaşamsal faaliyetlerinin bir veya bir kaçının (solunum, dolaşım, refleksler) kaçınılmaz ve geri dönüşü olmayan bir şekilde kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Tıp Derneği ise ölümü, tüm dolaşım ve solunum işlevlerinin ya da beynin geri dönüşümsüz olarak durması şeklinde tanımlamaktadır (Çobanlı ve Salt, 2001; Karadakovan ve Aslan, 2014).

Ölüm; biyolojik, psikolojik ve sosyal ölüm olarak sınıflanmaktadır.

1. Biyolojik ölüm; solunum, kalp atımı gibi yaşamsal faaliyetlerin kaybı ile oluşmaktadır.
2. Psikolojik ölüm; zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesidir.
3. Sosyal ölüm; bireyin bilincinin yerinde olmadığı halde teknoloji sayesinde yaşayabilen fakat yanındaki kişiler ile iletişim kuramayıp psikososyal ihtiyaçlarını yerine getiremeyen kişiler için kullanılan bir tanımdır.

Ölen bir kişi için fiziksel ölüm yaşarken yakınları sosyal ölüm yaşamaktadır (Ay, 2012; Tanhan ve İnci, 2009). Biyolojik ölüm için net bir tanımlama yapılırken sosyal ve psikolojik ölüm için aynı şey söylenemez.

2.2.1. Beyin Ölümü ve Tanılanması

Beyin ölümü; beyin, beyin sapı ve serebellumun bütün işlevlerini kalıcı, geriye dönüşsüz bir şekilde kaybetmesidir (Türk Nöroloji Deneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu, 2014). Türk Dil Kurumu (TDK)' na göre beyin ölümü; “dönüşsüz koma” olarak tanımlanmaktadır. Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve hastada geri dönüşsüz koma, reflekslerin kaybı, apne ve beyin fonksiyonlarının kaybı mevcuttur (Sabancı ve ark.2008). Amerika Nöroloji Birliği(AAN) beyin ölümünü beyin sapı, koma veya tepkisizlik ve apne dahil beyin işlevinin geri dönüşsüz olarak durdurulması olarak tanımlamaktadır (Wijdicks ve ark., 2010).

Beyin hasarı nedeniyle serum proteinlerinin beyin dokusuna geçmesi sonucu beyin ölümü ortaya çıkar. Serebrovasküler geçirgenlikteki artış sonucu vazojenik ödem meydana gelir. Beyin ödemi başlangıçta her ne kadar belli bir alanda olsa da zamanla tüm beyne yayılır ve intrakranial basınç artışı oluşturarak serebral dolaşımın durmasına yol açar. Dolaşım durması ile nekroz başlar ve beyin sapına bası yaparak enfarktüs oluşmasına neden olur (Kesici ve Aydın,2017).

Beyin ölümü intrakranial ya da ekstrakranial sebeplere bağlı olarak yetişkinlerde travmatik beyin hasarı ve subaraknoid hemoraji; çocuklarda ise travma ve asfiksi nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir çalışma da en sık görülen beyin ölümü sebepleri intraserebral hemoraji, travmatik beyin hasarı, subaraknoid kanama, serebrovasküler olay, anoksik ensefalopati ve beyin tümörleridir (Escudero ve ark., 2015; Kesici ve Aydın, 2017; Spinello, 2015).

2.2.1.1. Beyin Ölümünün Tarihi

Beyin ölümü konusunda ilk yayın 1959'da Mollaret ve Goulan tarafında beyin fonksiyonlarının durması “le coma depasse”dir. 1964 yılında beyin cerrahisi yoğun bakımda yatan, yapay solunum desteğinde olan, bilinci kapalı, uyaranlara cevap vermeyen yaşama ihtimali olmadığı düşünülen bir hastanın böbreği alınarak eşine takılmıştır. Transplantasyondan iki gün sonra hastada kardiyak arrest gelişmiş ve ölüm tarihine de o günün tarihi yazılmıştır. Bu tarihten sonra da beyin ölümü tartışmaları başlamıştır (Günerli ve Küçükğüçlü, 2003).

İlk ciddi tartışma 1967'de Bernard'ın yaptığı kalp transplantasyonundan sonra başlamıştır. 1968'de Massachusetts Hastanesi Anesteziyolog Beecher başkanlığındaki Harvard Tıp Fakültesi tarafından beyin ölümü "irreversible koma" olarak tanımlanmıştır. 1971 yılında Mohandas ve Chou beyin sapı zedelenmesine dikkat çekmiş ve İngiltere'de Medical Royal Collage tarafından Minnesota kriterleri yayınlanmıştır. 1981'de ise Amerika Birleşik Devletleri'nde "Tıp ve Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında Etik Problemlerde Başkanlık Komisyonu" beyin ölümü kriterlerini yayınlamakla destekleyici testlerin yapılmasını tavsiye etmiştir. 1995'te Amerikan Nöroloji Akademisi klinik muayene yöntemleri, apne testi, destekleyici testleri ayrıntılı açıklayan bir bildiri yayınlamıştır (Günerli ve Küçükgüçü, 2003; Kesici ve Aydın, 2017).

Türkiye'de ise beyin ölümü kavramı ilk kez Prof. Dr. Cemalettin Öner tarafından 1959 yılında kullanılmıştır. 1968 yılında Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi ve İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi'nde bir hekim grubu tarafından ilk kez beyin ölüm kararı verilerek iki kalp transplantasyonu yapılmıştır. İlk kanun ise ancak 1979 yılında çıkarılmış ve bazı düzenlemeler ile 2012 yılında son halini almıştır. 8 Aralık 1988'de Prof. Dr. Mehmet Haberal Kuzey Afrika, Orta Doğu ve Türkiye'de ilk kadavradan karaciğer naklini gerçekleştirmiştir (Günerli ve Küçükgüçü, 2003; Yılmaz ve Şahin, 2017).

Türkiye de sırası ile 2011 yılında 1313, 2012 yılında 1495, 2013 yılında 1710, 2014 yılında 1816, 2015 yılında 1970, 2016 yılında 1998, 2017 yılında 2043, 2018 yılında 2178 yoğun bakım hastasının beyin ölümü gerçekleştiği verilere geçmiştir (Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Resmi Sayfası, 2017).

2.2.1.2.Beyin Ölümü Tanısının Konulması

Beyin ölümü tespiti geride hiçbir soru işareti bırakmayacak şekilde yapılması gereken bir uygulamadır. Bunu sağlamak için birçok ülkede protokoller geliştirilmekte ve bu protokollerde yer alan kriterlere göre beyin ölümü tanısı konulmaktadır. Bazı dünya ülkelerinin %70'inde beyin ölümüne ilişkin yasal dayanak olduğu ve %77'sinin beyin ölümüne ilişkin kurumsal bir protokole sahip olduğu bilinmektedir. Avrupa, Amerika ülkeleri gibi gelişmişlik düzeyi yüksek

ülkelerde apne testinin yanı sıra bazı yardımcı testler Elektroensefalikgrafi (EEG), ultrasonografi (USG), transkraniyal doppler, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve anjiografi) kullanılmaktadır. Gelir seviyesi düşük Afrika, Güneydoğu Asya ülkelerinde ise teknoloji yetersizliğinden beyin ölümü beyanı yapılamamaktadır (Wahlster ve ark., 2015).

Ülkemizde beyin ölümü tanısı konulması 1979 tarihinde 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun ile belirlenmiştir. Daha sonra yapılan değişiklikler ile yeni yasal düzenleme Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği adı ile 1.6.2000 tarihli ve 24066 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır. Bu yönetmelik son olarak 2012 yılında tekrar revize edilerek 28191 sayılı Organ Ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Beyin ölümü tanısının ön koşulları bu yönetmelikte yer almaktadır.

Beyin Ölümü kriterleri ilk kez 1968 de resmi olarak Harvard Kriterleri adı altında yayınlanmıştır. Bu kriterlere göre beyin ölümü hastanın;

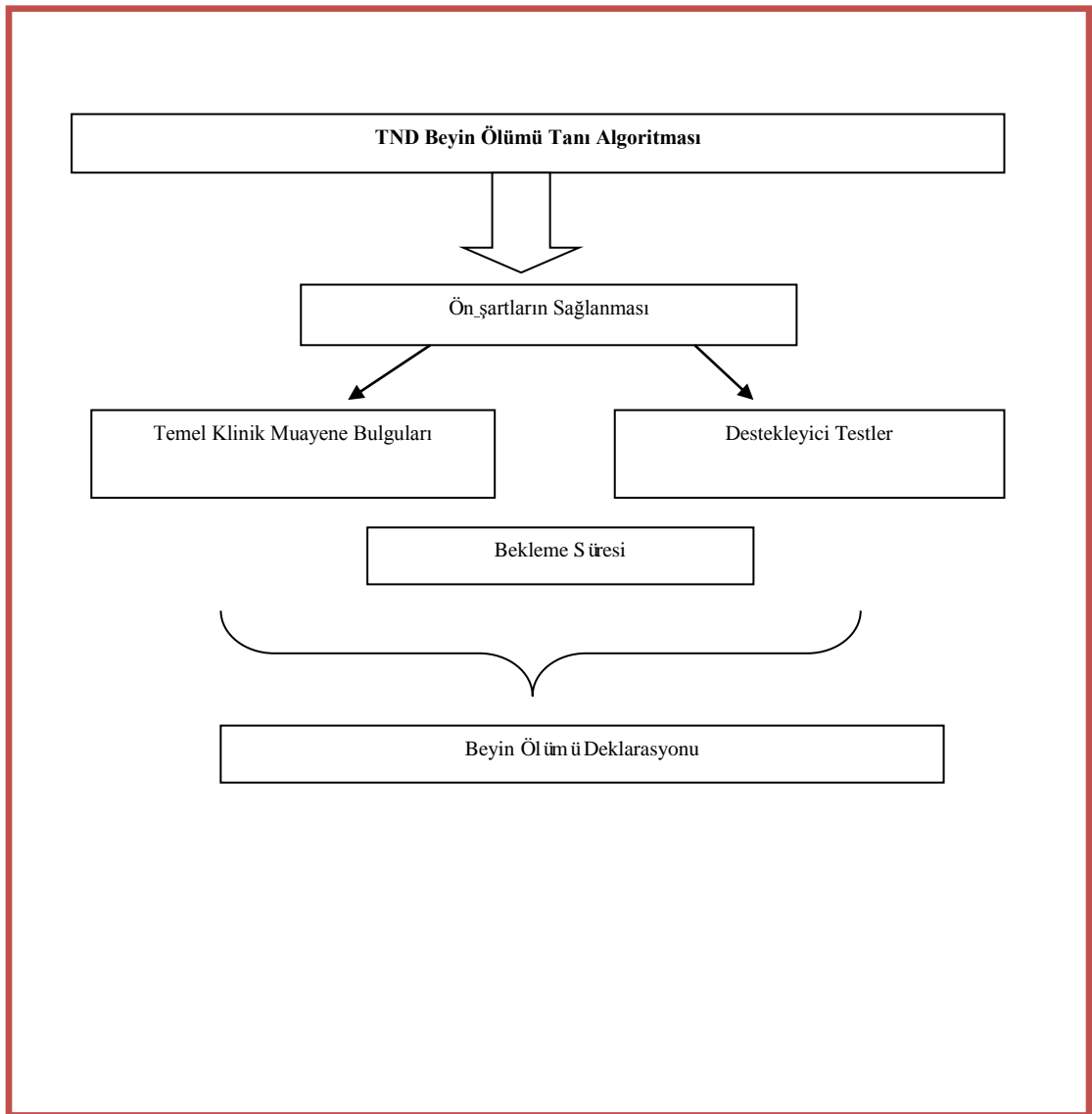
- Solunum cihazından hasta üç dakika ayrıldığında spontan solunumunun olmaması
- Pupil refleksi de dahil olmak üzere tüm reflekslerin yokluğu
- EEG’de hiçbir akım bulunmaması
- Testler 24 saat sonra tekrarlandığında herhangi bir değişiklik olmaması olarak açıklanmaktadır.

Bunu izleyen yıllarda Minnesota kriterleri (1971) yayınlanmış, 1976 yılında İngiltere’de gelişen teknoloji ile birlikte ciddi beyin hasarı geçiren hastaların yıllarca destek ünitelerine bağlı yaşamakta olduğunu görülmesinden sonra belli tanı kriterleri oluşturma düşüncesi ortaya çıkmıştır. Beyin sapının kalıcı beyin ölümünü oluşturduğunu dışarıdan verilen yaşamsal desteğin gereksiz olduğu görüşü ile “Medical Collage Royal” tarafından beyin ölümü tanı kriterleri yayınlanmıştır. Bu kriterlere göre;

- Hasta derin komada olmalıdır. Komaya neden olan etkenler (narkotik, hipnotik, benzodiazepin gibi ilaçlar, hipotermi, metabolik ve elektrolit bozukluklar, hipoglisemi) elimine edilmelidir.

- Spontan solunumu deprese edecek ilaç etkileri (nöromusküler, sedasyon vb.) ortadan kaldırılmalıdır.
- Hasta da geri dönüşümsüz beyin hasarı ile beyin ölümü tanısı tam olarak konulmalıdır.

Beyin ölümünü doğrulamak için tüm beyin sapı reflexleri olmamalıdır. Pupillerin ışığa yanıtı yoktur. Kornea reflexi, okulovestibular reflex, ağırlı uyarana yanıt, öğürme reflexi bulunmamaktadır (Türk Nöroloji Derneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu, 2014).



Şekil 1. Beyin Ölümü Tanı Algoritması (Turkish Neurological Society - Diagnostic Guidelines for Brain Death, Turk J Neurol. 2014; 20(3): 101-104)

Türk Nöroloji Derneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu'na (2014) göre beyin ölümü tanısı çeşitli aşamalardan oluşmaktadır (Şekil 1). Bunlar;

Beyin Ölümü Ön Şartların Sağlanması:

1. Beyin ölümüne sebep olan patoloji kesin olmalıdır.
2. İrreversible beyin hasarı bilgisayarlı tomografi yada manyetik rezonans görüntüleme ile gösterilmelidir.
3. Beyin enfarktına yol açan hastalığın tedavisi olmamalıdır.
4. Hipotansif olmamalıdır.
5. Vücut sıcaklığı ≥ 36 °C olmalı, hipotermi olmamalıdır.
6. Beyin sapı refleksini baskılayacak metabolik bozukluk ve elektrolit dengesizliği olmamalıdır.
7. Hasta sedatif, anestezi, nöromusküler bloke edici gibi ilaçların etkisi altında olmamalıdır.
8. Beyin ölümü üç temel klinik muayene bulgusunun (koma, beyin sapı refleks kaybı, apne testi) değerlendirilmesi için gerekli bekleme süresi doldurulmuş olmalıdır (Türkiye Nöroloji Derneği (TND) Kılavuz, 2014).

Ön şartlar sağlandıktan ve bekleme süresi dolduktan sonra beyin ölümü için temel klinik muayene bulguları ve destekleyici testler yapılmalıdır.

Temel klinik muayene bulguları

Klinik tanının üç temel bulgusu vardır. Bunlar: Derin koma, beyin sapı reflekslerinin olmaması ve pozitif apne testidir (TND Kılavuzu, 2014; Organ Ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2012). Glasgow koma skalası (GKS) 3 olmalıdır ve hastanın ağrılı uyaranlara karşı tepkisinin olmaması motor yanıt alınmaması gerekir (TND Kılavuzu, 2014). Beyin sapı refleksleri pupil muayenesi, okülocefalik refleks, okülo vestibular refleks, kornea refleksi, faringeal ve trakeal refleksleri içermektedir. Beyin ölümü tanısı konulurken bu reflekslerin tam kaybı mevcuttur (Erdoğan, 2014; Sabancı ve ark., 2008; TND Kılavuz, 2014; Utku,2007). Apne testi uzman biri tarafından derin koma hali ve tüm beyin sapı reflekslerinin yok olduğu sonucuna kesin olarak varıldıktan sonra tek bir seferde yapılmalıdır (TND kılavuz, 2014; Kesici ve Aydın, 2017).

Destekleyici testler

Anatomik sınırlamalar ya da travmalar nedeniyle klinik muayene yapılamayan, hipotansiyon yada hipoksi durumunda apne testi durdurulan, apne testi yapılması için önkoşullar sağlanamayan, yüksek doz antidepresan ya da barbitüratların etkisinde olan, hipoksik beyin hasarı, hipotermi, kardiyopulmoner resüsitasyonda 24 saatten az süre geçen hastalarda beyin ölümü tanısı koyabilmek için serebral kan akımının olmadığını gösteren destekleyici testlere gereksinim vardır (Drake ve ark., 2017; TND Kılavuz, 2014). Bu testler: serebral anjiyografi, Manyetik rezonans anjiyografi, bilgisayarlı tomografi, transkranyal doppler, elektroensefalik kayıt (EEG), uyarılmış potansiyellere yanıtlar, serebral sintigrafi, atropin testidir (Chakraborty ve Dhanani, 2017; Erdoğan, 2014; Günerli ve Küçükgüçlü, 2003; Kesici ve Aydın, 2017; Kumar, 2016).

2.2.2. Ölümün Algılanması

Doğum nasıl ki normal bir olay olarak algılanıyorsa ölüm de insan için normal bir olaydır. Ancak ölüm hem psikolojik hem de fiziksel açıdan insanları etkileyen bir süreçtir (Ay, 2012).

Bebeklik döneminde ölüm kavramı yokken, 6-9 yaş grubu olan çocuklar ölümü kendi suçları olarak algılayabilmekte ergenlik döneminden itibaren ise ölüm soyut bir kavram olarak anlaşılmaya başlanmaktadır. Bu dönemde suçluluk, kızgınlık ve öfke ölüm karşısında en sık gösterilen tepkiler arasındadır (Bildik, 2013; Yürük ve ark., 2016).

Ölümün algılanmasında kişinin yaşı, deneyimleri, kendi kişilik özellikleri ve yaşadığı kültür gibi pek çok etken mevcuttur. Ölüme karşı insanların verdikleri tepkiler kültürden kültüre değişmektedir. Bu tepkilerin şekillenmesinde daha çok din, gelenekler, toplumsal değer yargıları rol oynamaktadır (Karadakovan ve Aslan, 2014; Yılmaz, 2016).

2.2.2.1. Ölüm, Kayıp ve Yas Süreci Yaşayan Bireylerin Tepkileri

Ölümün gerçekleşmesi ile birlikte kayıp yaşamakta ve yas süreci ortaya çıkmaktadır. Sevilen bir kişinin kaybı insanda birçok farklı duygu ve düşüncenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yas herkesin hayatında bulunan, bireyi değiştiren karmaşık duygusal bir deneyimdir (Prieto, 2011).

Yas süreci herkes için değişik anlam ifade etmekte ve bu süreçteki her bireyin duygu yoğunluğu farklılık göstermektedir. Yas sürecindeki insanlarda önce şok ve inkâr tepkileri yaşamakta kişi zamanla kayıplara alışıp gerçek ölümü kabullendiği anda yas süreci gerçek anlamda başlamaktadır. Kaybedilen kişi için duyulan özlem, ölen kişinin kaybına bağlı olarak ayrılık kaygısı üzüntüye bağlı olarak yalnızlık hissi, depresyon yas sürecindeki insanların deneyimledikleri durumlardan bazılarıdır.

Yas sürecinde görülen tepkiler şunlardır;

1. Bedensel Tepkiler; nörolojik sorunlar (baş ağrısı), solunum ve kardiyovasküler sorunlar (göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı, çarpıntı), gastrointestinal sorunlar (açlık hissi, bulantı, kusma, diyare ya da konstipasyon), boğazda düğümlenme, uyku düzensizlikleri, yorgunluk, enerji azlığı, halsizlik, gürültüye karşı duyarsızlık.
2. Duygusal tepkiler; üzüntü, kaygı, ağlama, hayata karşı isteksizlik, hayattan zevk almama, geleceğe karşı umutsuzluk, karamsarlık, anksiyete, duygusal küntlük, çaresizlik.
3. Ruhsal tepkiler; ölen kişinin sesini duyma, öldüğüne inanmayıp yaşadığını inanma, hayatı ve ölümü düşünme.
4. Bilişsel tepkiler; kendini suçlama, ölen kişinin ölüm anını sık sık hatırlama, pişman olma, hafıza sorunları yaşama, sürekli ölen kişiyi ve ölümü düşünme, konfüzyon, işitsel-görsel hal üsinyasyonlar.
5. Davranışsal tepkiler; kötü alışkanlıklar edinme (madde, alkol kullanımı), diğer insanlarla iletişim kurmak istememe, ölen kişiyi sık ziyaret etme ya da etmeme uyku-yemek sorunları olarak sıralanmaktadır (Hetzendorfer, 2009; Kaplan ve ark., 1994)

Duygulardaki iniş çıkışlar bu dönemin en önemli özelliğidir. Bu durum, yeni arkadaş edinmede güçlükler yaşanmasına, yeni davranış örüntüleri geliştirmeye neden olur. Duygulardaki bu iniş çıkışlar azaldıkça etkin baş etme artar. Ancak bu durum tam tersine seyrederek yasın uzamasına da neden olabilir. Kaybın yaşanmasından altı ay sonrasına kadar hayatı normal olarak sürdürmede güçlük yaşanması, depresyon ve intihar düşünceleri sıklıkla görülebilmektedir (Santrock, 2014). Diğer yandan ölümü beklenen hasta yakınlarının ise ölümü kabullenmesinin daha kolay olduğu belirtilmektedir (Işıl ve Karaca; 2009).

Worden yas tutan bireyin bu sürece uyum sağlaması için aktif rol alması ve bazı görevleri yerine getirmesi gerektiğine dikkat çekmektedir (Bildik, 2013).

Bu görevler;

- Kaybın gerçekliğini kabul etmek: Bu aşama ile birey ölümü kabul ederek geri dönüşü olmayacağını anlaması ile başlamaktadır.
- Yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duygularını ifade etmek: Kayıp sonucunda oluşan acıyı kabullenmek bundan sonraki süreçte yaşama geri dönmek için çaba göstermelidir.
- Ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyum sağlamak; ölen kişinin yaşamındaki rollerin bir kısmını üstlenmelidir.
- Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmelidir. Bu aşama genellikle yasın tamamlanması en zor olan aşamasıdır. Bu dönemde birey artık ölen kişiye ait duygu ve anılarını yaşamında olması gereken yere koyup bundan sonraki hayatını devam ettirmeye odaklanmalıdır.

Ölüm tüm dinlerde farklı anlamlara gelmektedir. Yahudiler yas sürecine oldukça fazla önem vermektedirler, Semai dinlerde ölümden sonraki bir hayatın varlığına inanılmakta ve dünyadaki hayat bir geçiş aşaması olarak görülmektedir. Ölen kişinin gömülmesi yakınları için ölümü kabullenme sürecini hızlandırmakta ve bir ölçüde kolaylaştırmaktadır. Ölen kişinin yakınlarına yapılan taziye ziyaretleri ölen kişinin yakınına destek sağlamaya, acıyı paylaşmaya yardımcı olduğundan yas sürecinde baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Özçetin, 2000; Yıldız, 2009). Hristiyanlıkta ise ölmek bedeni kaybetmekle birlikte daha güzel bir yaşama başlangıç olarak kabul edilmektedir (Hökelekli, 1992; Karakuş ve ark.,2012; Santrock, 2014).

2.2.2.2. Hemşirelerde Ölüm Algısı

Doktorlar ve hemşireler ölümle çok sık karşılaştıkları ve yaşadıkları deneyimler nedeniyle ölüme karşı tutumları değişkenlik göstermektedir (Lange ve ark., 2008; Dadfar ve Lester, 2015). Ölümle karşılaşan hemşirelerin bir kısmı ölümü doğal karşılarken, bazıları çok üzüldüğünü, bazılarının ise hiçbir şey hissetmediği belirtilmektedir. Çalışmalar hemşirelerin ölüm algısının çok çeşitli faktörler tarafından etkilendiğini göstermektedir. Menekli ve Fadıoğlu (2014) hemşirelerin medeni durumları, aile tipi, meslekte çalışma yıllarının ölüm algısını etkilediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası ölümü kaçınılmaz bir son olarak ifade etmekle birlikte ölümü kabullenmenin zor olduğunu belirtmiştir. Ölüm hemşireler tarafından, kaybetmek ya da kayıp, korkunç ya da acı veren bir olay olarak tanımlarken bir kısmı yeni bir yaşamın başlangıcı bir kısmı ise yaşamın sonu olarak tanımlanmıştır (Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Ölmekte olan hastaya bakım vermek istemeyen hemşirelerin hastaların onlara çaresizlik ve üzüntü hissettirdiğini, ölmekte olan hastalara bakım vermenin yıpratıcı ve yorucu bir süreç olduğunu, tüm çabalara rağmen sonun değiştirilemeyeceğini ifade etmektedir (Koku ve Ateş, 2016).

Yaşam sonu bakımla ilgili literatür incelendiğinde hastaların iyi bir ölümü hak ettiği görüşünün benimsendiği görülmektedir. Minnesota Üniversitesi'nin yayınladığı bir rehberde iyi ölüm kriterleri; yeterli ağrı yönetimi, hasta ve yakını ile açık iletişim kurma ve ölüm hazırlığı, duygusal ihtiyaçların giderilmesi, hastayı benzersiz olarak tanıtmak, sevdikleriyle görüşmelerini sağlamak, arttırmak ve hastayı yalnız bırakmamak olarak açıklanmaktadır (End of Life Care:An Ethical Overview, 2005).

Hastaların doğal ölümü hak ettiğini ve ölüm kriterini "sakin ölüm" olarak tanımladıkları (Odachi ve ark., 2017), hemşirelerin (%76,8) daha ileri tedavi uygulamasına cevap vermeyeceği bilinen hastalarda barışçıl ölümü daha kabul edilebilir gördüklerini belirtmektedir (Tripathy ve ark., 2017). Saygın ölüm ilkelerinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin, hastanın saygınlığının ve mahremiyetinin korunmasını, ağrısının kontrol edilmesini, yakınları ile beraber olması ve son isteklerinin yapılmasının gerekli olduğuna vurgulanmaktadır. Palyatif bakım eğitimi alan ve ölüm kaygısı düşük olan hemşireler bu ilkeleri benimsemektedir (Dağ ve Badır, 2017).

Ölmekte olan hastaların medikal tedavisi yapıldığı gibi psikolojik açıdan da terapötik iletişim kurularak desteklenmelidir. Bu noktada hemşirelerin ölüme karşı düşünceleri önemlidir. Çünkü hemşirelerin kişisel görüş ve deneyimleri ölüme karşı tutumu etkilemektedir (Biol, 2004; Iranmanesh ve ark., 2008).

2.3. BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞEN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Yoğun Bakım Ünitelerinde beyin ölümü gerçekleşen hastaların bakımı oldukça zor bir süreçten geçmektedir (Arslan ve Dilek, 2017). Transplantasyonun başarılı olması için yoğun bakımlarda optimal bakım önem kazanmaktadır. Hastanın beyin ölümü tanısı konulduktan sonra kardiyovasküler sistem başta olmak üzere solunum sistemi, endokrin sistemi, koagülasyon sistemi, renal sistem kontrol altına alınmalıdır (Yılmaz Ulusoy, 2017). Ana hedef organları korumaktır (Pirat ve Zeyneloğlu, 2015).

Beyin ölümü gerçekleşen hasta için yoğun bakım hastalarına uygulanan rutin bakım devam etmelidir. Hastanın bronkoalveolar sekresyon drenajını sağlamak ve bası ülserlerini önlemek için pozisyon verilmesi ve postüral drenaj ile aspirasyon yapılması, enfeksiyon riskine karşı katater ve yara pansumanları yapılmalıdır. Hastalarda anlık vital bulgu takibi için arteriyel katateri ile santral venöz katateri bulunmalıdır (Yılmaz Ulusoy, 2017). Hasta bakımındaki hedefler; kalp debisini normal değerlerde tutmak (ortalama kan basıncı 60-90 mmHg, santral venöz basınç 6-10 cmH₂O), sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi (1-2mL/kg/st), yeterli ventilasyon (PO₂ 80-100 mmHg, PCO₂ 35-40 mmHg, SO₂ >%95, pH 7.35-7.45, HGB: 10-12 g/dL, normal laktat seviyesi), vücut sıcaklığı 35-37 °C'dir (Pirat ve Zeyneloğlu, 2015).

Kardiyovasküler Destek

Beyin ölümü sonrasında hemodinamiyi stabil tutabilmek için hasta da normovolemi sağlanmalı, ortalama kan basıncı 60-90cmHg tutulmalı, vazoaaktif ilaç desteği ile organ fonksiyonları korunmalıdır. Hipotansiyon tedavisinde hastaya laktatlı Ringer gibi idame sıvılar verilmelidir. Hala hipotansiyon devam ederse inotrop desteğine (dopamin, steroidin) başlanmalıdır. Yoğun bakım hemşireleri sık vital bulgu ve santral venöz basınç takibi yapmalı, saatlik idrar çıkışı gözlenmelidir (Yağdı ve ark., 2004).

Respiratuvar Destek

Solunum desteğinin amacı vücuda yeteri kadar oksijenlenmenin sağlanmasıdır. Hasta da normovolemi (santral venöz basınç 6-10 mmHg), normokapni, yeterli ventilasyon (PO_2 80-100 mmHg, PCO_2 35-40 mmHg, SO_2 >%95, pH 7.35-7.45) sağlanmalıdır. Kardiyovasküler desteğe bağlı olarak akciğer ödemi gelişebilmektedir. Aşırı sıvı desteği ve atelektaziye bağlı hipoksemi gelişebilir. Hastaya erken bronkoskopi, sık aspirasyon, göğüs fizyoterapisi yapılmalı, entübasyon tüpünün yeri sabitlenerek cuff vokal kordun altına kadar çekilmelidir. Sıvı ve elektrolitler değerlendirilmeli gerekirse replase edilmeli ve asit baz bozukluklarına karşı uyanık olunmalıdır (Yılmaz Ulusoy, 2017).

Endokrin Sistem

Beyin ölümü sonrasında ön ve arka pitüiter yetmezliğe bağlı TSH (Tiroit stimüle edici/uyarıcı hormon) ve ACTH (Adrenokortikotropik hormon) yetmezliği görülür. Vazopressin eksikliğine bağlı olarak diyabet insipidus aşırı su kaybı, hiperosmolariteye neden olur. Hastalarda hipernatremi ($Na >150$ mEq/L), serum osmolaritesinde artış (>310 mOsm/L) ve poliüri (idrar çıkışı >4 ml/kg/st) görülür. Tedavide agresif sıvı desteği, elektrolit replasmanı, vazopressin ve desmopressin (Minirin) uygulanır. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır (Erdoğan, 2013).

Fiziksel stres, aşırı katekolamin salınımı, karbonhidrat metabolizmasının değişimi, steroid kullanımı, dekstrozu sıvıların kullanımı hiperglisemiye neden olur. İnsülin tedavisi uygulanır. Yoğun bakım hemşireleri sık kan şekeri takibi yapmalıdır (Pirat ve Zeyneloğlu, 2015).

Hipotermi

Beyin ölümü sonrasında hipotalamik termoregülasyon kaybı, vücutta gerçekleşen vazodilatasyona bağlı olarak hipotermi görülmektedir. Hastanın vücut sıcaklığı 35-37°C tutulmalı, gerekirse ısıtıcı ile ısıtılmalı, hastaya intravenöz yolla verilen sıvılar (örneğin; eritrosit süspansiyonu) ısıtılmalıdır (Yılmaz Ulusoy, 2017).

Koagülasyon Sistemi

Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda travmatize olan beyinden salınan tromboplastinler, kan transfüzyonu sonucu koagülopati ve pıhtılaşma bozukluklarına sık rastlanır. Hastaya taze donmuş plazma, trombosit ve kriyopresipitat ile koagülasyon bozuklukları düzeltilebilir. Laboratuvar bulguları sık takip edilmelidir (Pirat ve Zeyneloğlu, 2015).

2.3.2. Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güdükler

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar komplike hastalar olmakla birlikte genel durum olarak daha kritiktir. Travmatik beyin hasarları, serebrovasküler olay (SVO) geçiren hastalar, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda prognoz beyin ölümüne gidebilir ve hasta için özel bakımı gerektirir (Guido ve ark., 2009).

Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken yoğun bakım ünitesi hemşireleri için çalışma dinamikleri artar, bakım özelleşir bu da hemşirelerde daha fazla strese neden olmaktadır. Sağlık ekipleri arasındaki çatışmalar ve hemşirelerin arabuluculuk rolünü üstlenmesi, ekipman eksikliği yada bozuk olması, yoğun bakımdaki sirkülasyon ve gürültü strese neden olmaktadır (Guido ve ark., 2009).

Türkiye’de organ nakilleri kısıtlı düzeydedir. Yasal olarak kadavradan yani beyin ölümü gerçekleşmiş hastalar donör olabilmektedir. Beyin ölümü doğru ve zamanında teşhis edilerek, organ nakil koordinatörü aile ile görüşme yapmaktadır. Hastanın ailesi organları bağışlarsa kritik bakım süreci başlar ve burada zaman yönetimi çok önemlidir (Erdoğan, 2013).

Yoğun Bakım Ünitelerinde beyin ölümü gerçekleşen hastalar için uygulanan bazı standart prosedürler mevcuttur. Prosedüre göre bekleme süresi dolmuş beyin ölümü açısından temel klinik bulguların (derin koma, beyin sapı reflekslerinin olmaması, pozitif apne testi) olması destekleyici testler (MR anjiyografi, bilgisayarlı tomografi) yapılarak tanı konulur. Bu sonuçlara göre nöroşirurji ve anestezi hekimi beyin ölümü tanısı koyar. Donör tespiti, yoğun bakım uzmanları ve hemşireleri ile transplant (organ nakli) koordinatörleri arasında ortak bir görevdir. Beyin ölümü tanısı konulan

hasta organ nakil koordinatörü tarafından Bölge Koordinasyon Merkezi'ne bildirilir. Daha sonra hasta yakınlarına bilgi verilmekte ve organ nakli için donör olup olmayacakları sorulmaktadır. Bu süreç organ nakil koordinatörlerinin aile ile etkili iletişim kurarak yönetilmektedir. Eğer hasta yakınları organları vermeyi kabul ederse "Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi (TODS)" kayıtlı olan alıcılar elektronik ortamdaki sıraya göre organ alıcısı belirlenir (Arslan ve Dilek, 2017; Kahveci, 2015; Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2012). Aile üyeleri özellikle hastalarının bu konu ile ilgili düşüncesini bilmiyorsa çoğunlukla ikilem içinde kalmakta kültürel ve dini inançlar da bu noktada son derece belirleyici olmaktadır. Aile için stresli, karmaşık ve duygusal olarak yoğun olan bu süreç iyi bir şekilde yönetilmek durumundadır (Can, 2017). Beyin ölümü gerçekleşen hasta yakınlarının (anne, baba, kardeş vb.) anksiyete, depresyon ve stres yaşamaktadır. Bundan kardeşler daha fazla etkilenmektedir (Hosseinrezaei ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada yas tutan ailelerin sağlık personelinin desteğine daha çok ihtiyaç duyduklarını belirtilmektedir. Aile ile iletişimde empati yapılmalı, prosedürler daha hızlı yürütülmeli ve ölümü kabullenmeleri için aile yakınlarına destek sağlanmalıdır (Manzari ve ark., 2012).

Sevilen birinin kaybedilmesi geride kalan aile üyeleri için acı bir deneyimdir. Sağlık profesyonellerinin bu aşamada yapabilecekleri en önemli yardım yas tutan bireyin gerçekle yüzleşmesini sağlayarak en kısa zamanda günlük hayatına dönmesini sağlamaktır. Hemşireler aile bireylerinin acısını yaşamasına izin verilmeli, duygularının normal olduğunu kabul etmeleri sağlamalı, hasta yakınları ile gerçekçi şekilde konuşmalı, hasta yakınlarına güven vererek alacakları zor kararlarda onlara destek olmalıdır. Bununla birlikte hasta yakınlarının dini inançları gereği yaptıkları uygulamalara saygı duyulmalıdır. Hemşirelerin hasta yakınlarının kederini anlamaları, rollerdeki değişime onları hazırlamaları yas sürecini yaşamalarına destek olmaları gereklidir (Ay,2012; Birol, 2004; Işıl ve Karaca, 2009; Yiğit, 1998).

Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınları ölüme dair bildiklerinden farklı bir "ölüm" durumu ile karşı karşıyadır. Çünkü aile bireylerine göre hala kalbi atan bir insan olarak görmektedir. Bu aşamada organ nakil koordinatörlerine ve yoğun bakım hemşirelerine çok iş düşmektedir. Kişinin beyin ölümünden şüphelenildiği andan

itibaren donör ameliyatına kadar olan süreçte yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin tam bilgiye sahip olmakla birlikte sürece hakim olmalı ve hasta yakınlarına zamanında, yeterli bilgi vermelidir. Hasta yakınları ile net, açık ve basit bir şekilde beyin ölümü anlatılmalıdır. Özellikle bitkisel hayat ve beyin ölümü arasındaki farkın üzerinde durulmalı ve aile bireylerinin beyin ölümünü anlamaları sağlanmalıdır. Organ nakli koordinatörleri bu süreci iletişim becerilerini ve empati yeteneğini kullanarak yönetmelidir. Hasta yakınlarının kendilerini rahat ifade edebildikleri ortam sağlanmalı ve görüşme sessiz, ferah bir ortamda yapılmalıdır. Göz teması kurulmalı, ses tonu yüksek ve alçak tonda olmamalıdır. Aile bireylerinin kültürel özellikleri, sosyoekonomik durumları, geçmişte yaşadıkları deneyimler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca yoğun bakım sürecinde tıbbi bakım ve tedavi alırken yeteri kadar bilgilendirilen hasta yakınlarının organ nakline yönelik tutumları da olumlu etkilenmektedir. Sağlık kurumuna, sağlık ekibine (yoğun bakım uzmanı, hekimler, hemşirelere) güvenleri sağlanmalıdır (Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2015).

Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda dikkat ve bakım artmaktadır. Hastanın beyin ölümü potansiyel bir organ adaydır ve başka hayatları kurtarabilmektedir. Beyin ölümü gerçekleşen hastalara ölü gözüyle bakılması sadece başka hayatı kurtaracağı için bakım verilmesi hemşireler için ikilem oluşturmaktadır (Lemes ve Bastos, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yetişkin YBÜ'nde çalışan hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükleri belirlemek ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Hemşirelerin ölüme karşı tutumları beyin ölümü gerçekleşen hastalarda bakım verirken güçlük yaşamalarına neden olmaz.

H1: Hemşirelerin ölüme karşı tutumları beyin ölümü gerçekleşen hastalarda bakım verirken güçlük yaşamalarına neden olur.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ilinde kamuya bağlı olan üçüncü basamak yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerle 15.12.2016-15.03.2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaneler aşağıda verilmektedir;

1. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon YBÜ
2. Çekirge Devlet Hastanesi Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon YBÜ
3. Bursa Devlet Hastanesi Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon YBÜ
4. Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon YBÜ çalışma kapsamına alınırken; Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)'ne bağlı Yüksek İhtisas

Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde beyin ölümü tanıı koyabilecek ekip olmadığı ve beyin ölümü gerçekleşen hastalar bulunmadığı için araştırma kapsamına alınmadı.

3.4.Araştırmanın Evreni ve rneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa ili içinde ve beyin ölümü tansını koyabilecek yetkinlikte ekibi bulunan hastanelerin reanimasyon YBÜ'nde çalışmakta olan hemşireler oluşturdu (n=143). Araştırmanın örneklemini ise bu ünitelerde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, araştırmanın yürütüldüğü süre içinde raporlu veya izinli olmayan yoğun bakım hemşireleri oluşturdu (n=116).

3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yoğun bakım hemşirelerinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleki deneyim düzeyi, yoğun bakımda çalışma sresidir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumu, beyin ölümü gerçekleşen hastalara verdiği bakım ve uygulamaları, yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hastalar hakkındaki düşünceleri, yoğun bakım hemşirelerinin kendilerinde beyin ölümü olması durumunda organ bağışı hakkındaki düşünceleri olarak belirlendi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında İki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır.

1. Veri toplama formunun birinci bölümde; yoğun bakım hemşirelerinin yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim gibi sosyodemografik özellikleri ile beyin ölümüne ve organ nakline ilişkin düşünceleri, beyin ölümü gerçekleşen hastalara karşı bakım verirken yaşadıkları güçlükler değerlendirmeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların üç tanesi açık uçlu, beş tanesi Sayısal Analog Skala (SAS 0-10) ile puanlanan, diğerleri de seçenekleri bulunan sorulardır (EK1).

2. İkinci bölümde Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) yer almaktadır. Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) bireylerin ölümüne karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde uyarlama çalışması Işık ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek 26 maddeden oluşan ve 7 dereceli likert tipi ölçektir. Ölçeğin orijinal formu 32 madde içermektedir, ancak Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasından sonra ölçeğin toplam madde sayısı 26 olarak belirlenmiştir. ÖKTÖ ölümün var olduğu görüşüne dayanır ve ölüm korkusu, ölümden sakınma ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşımı kabullenme ve kaçışı kabullenme olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölümüne karşı tutumu değerlendiren bu ölçek ölümün gerçek olduğunu, geri dönüşü olmadığını ve ölümden sonra bir hayatın var olduğunu açıklamaktadır. ÖKTÖ, ölümü kabullenme tipini ve miktarını doğrudan değerlendirebilen bir ölçektir. Ölçeğin tamamından ve ölçekten alınan puan yükseldikçe olumlu tutumu ifade etmektedir (Işık, 2008; Işık ve ark., 2009; Wong ve ark., 1994) (EK 2).

Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (TKYK) alt boyutu (Cronbach alfa 0.82) 4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31. maddelerinden oluşmaktadır. Tarafsız kabullenme tutumu, ölümün yaşamın bir parçası olduğu görüşüne dayanmaktadır. Yaklaşım kabullenme, ölümün bir başka dünyaya geçiş olduğu düşüncesidir.

Kaçış kabullenme (KK) alt boyutu (Cronbach alfa 0,72) 5, 9, 11, 23, 29. maddelerini kapsamaktadır. Kaçış kabullenme, ölümün yaşamın acılarından kurtulacağına olan inancı ifade etmektedir.

Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma (ÖKÖK) alt boyutu (Cronbach alfa 0,70) 1, 2, 3, 7, 10, 18, 20, 21, 32. maddelerinden oluşmaktadır. Ölüm korkusunun, kişinin ölümüne yaklaştığında meydana geldiğini, ölümden sakınma tutumunun ise ölüm üzerinde düşünmekten kaçınmayı sağlayan bir savunma mekanizması olduğunu belirtmektedir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya katılan hemşirelere veri toplama formu ile ÖKTÖ kapalı zarf içinde dağıtılarak 1 hafta sonra kendilerinden yine zarf içinde ayrı ayrı teslim alındı. Araştırmada yer alan soruların cevaplama süresi yaklaşık olarak 30-35 dakika olarak belirlendi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 kullanıldı. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde verildi. İstatistiksel analizlerde normallik analizi, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test), tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Uludağ Üniversitesi SUAM'dan izin alındı. Çalışmanın Etik Kurul İzni (karar no: 2016-20/26) (EK 3) ve Kamu Hastaneler Birliği'nden (88553808 -774.99) (EK 4) de gerekli izinler alındı. Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı, bilimsel dayanağı açıklandı, sözlü ve yazılı onayları alındı. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı kendilerine açıklandı. Araştırmada kullanılan ÖKTÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Doç. Dr. Yurdanur Dikmen'den e-mail aracılığı ile yazılı izin alındı (EK5).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece tek bir ildeki kamuya bağlı hastanelerin 3. Basamak YBÜ'nde çalışan hemşirelerde yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde bulgular altı alt başlıkta ele alınmıştır;

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

4.2. Hemşirelerin Beyin Ölümü ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara İlişkin Düşünceleri

4.3. Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Vermede Yaşadıkları Güçlükler

4.4. Hemşirelerin Beyin Ölümü Yaşayan Hastalara Bakmakta Yaşadıkları Güçlüklerle Verdikleri Puanların Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

4.5. Hemşirelerin ÖKTÖ Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Çalışmada Ölçek İçin Hesaplanan Cronbach Alfa Değerleri

4.6. Hemşirelerin ÖKTÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

4.7. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bursa ilinde çalışan ve araştırmaya Üçüncü Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerinin katılımı %81,1 (n=116) olarak hesaplandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı

Hastane	Toplam Hemşire sayısı	Araştırmaya katılan hemşire sayısı	Katılım yüzdesi (%)
Çekirge Devlet Hastanesi 3.Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	45	44	97,7
Bursa Devlet Hastanesi 3.Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	13	9	69,23
Yüksek İhtisas (Şevket Yılmaz EAH) Hastanesi 3.Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	37	25	65,56
Uludağ Üniversitesi SUAM Hastanesi 3.Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	48	38	79,16
TOPLAM	143	116	81,11

Tablo 4.2’de hemşirelerin demografik özellikleri yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması $29 \pm 6,40$ yaş (min=20, max=51) olarak bulundu. Araştırmaya katılan hemşirelerin %67,3’nün 20-30 yaş grubunda yer aldığı, %24,8’nin 31-40 yaş grubunda %7,1’nin 41-50 yaş grubunda ve %0,9’nun ise 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi.

Hemşirelerin %73,3’ü kadın %26,7’si ise erkek hemşirelerdi. Evli olmayan hemşirelerin oranının %52,6, evli hemşirelerin oranının % 44 olduğu görüldü. Hemşirelerin çocuk sayısı incelendiğinde çocuğu olmayan hemşirelerin yarıdan fazla olduğu (%62,9) görüldü.

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde %71,6’nin lisans, %12,9’nun Sağlık Meslek Lisesi (SML), %11,2’si ön lisans ve %4,3’ü yüksek lisans mezunu oldukları görüldü. Hemşirelerin son bir-iki yılda yakınlarını kaybetme durumu incelendiğinde %84,5’inin birinci dereceden bir yakınını kaybını yaşamadığı görüldü (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı

Tamamcı özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Yaş		
20-30 yaş	79	%67,3
31-40 yaş	27	%24,8
41-50 yaş	9	%7,1
51 yaş ve üzeri	1	%0,9
Cinsiyet		
Kadın	85	%73,3
Erkek	31	%26,7
Medeni durum		
Evli	51	%44,0
Bekar	61	%52,6
Diğer (boşanmış, dul)	4	%3,4
Çocuk sayısı		
Yok	73	%62,9
Tek çocuk	23	%19,8
İki çocuk	18	%15,5
Üç çocuk	2	%1,7
Mezun olduğu okul		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	15	%12,9
Ön lisans	13	%11,2
Lisans	83	%71,6
Yüksek Lisans/Doktora	5	%4,3
Birinci dereceden yakını kaybetme durumu		
Evet	18	%15,5
Hayır	98	%84,5
Kaybedilen yakını		
Baba	4	%28,6
Babanne-anneanne	6	%42,9
Dede	2	%14,3
Dayı-amca	2	%14,3
TOPLAM	116	%100

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik mesleğinde çalışma süreleri incelendiğinde %45,7'sinin 0-5 yıl arasında bir çalışma deneyimine sahip olduğu, %32,8'nin çalışma deneyiminin 6-10 yıl arasında olduğu, diğerlerinin çalışma deneyiminin 11 yıl ve üzerinde olduğu görüldü.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin oranı %64,7 idi. YBÜ'de çalışan hemşirelerin yarısından fazlasının (%75,2) 0-5 yıl çalışma deneyimine sahip olduğu görüldü. YBÜ'de 6-10 yıllık çalışma deneyimine sahip hemşirelerin %19,8; 11-15 yıldır çalışan hemşirelerin %3,4 olduğu, 15 yılın üzerinde YBÜ deneyimi olanların %7,6 olduğu belirlendi. Hemşirelerin %87,9'unun yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduğu görüldü.

YBÜ'de çalışan hemşirelerin bir yılda tanıklık ettikleri ölüm oranı %55,2, beyin ölümü oranı ise %70,7 idi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Yoğun bakım hemşirelerinin mesleklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Mesleki deneyim(yıl)		
0-5 yıl	53	45,7
6-10 yıl	38	32,8
11-15 yıl	9	7,7
16-20 yıl	8	6,9
21 yıl ve üzeri	8	6,9
Mesleğini isteyerek seçme durumu		
Evet	75	64,7
Hayır	41	35,3
3.Basamak YBÜ'de çalışma süresi (yıl)		
0-5 yıl	87	75,2
6-10 yıl	23	19,8
11-15 yıl	4	3,4
15-20 yıl	1	0,8
21 yıl ve üzeri	1	0,8
3.basamak YBÜ'de çalışmaktan memnun olma durumu		
Memnun	102	87,9
Memnun değil	14	11,1
Bir yılda tanık olunan ölüm sayısı		
0-50 ölüm	64	55,2
51-100 ölüm	22	17,2
101-150 ölüm	14	12,1
151 ve üzeri	16	12,8
Bir yılda tanık olunan beyin ölümü sayısı		
0-10 ölüm	82	70,7
11-20 ölüm	25	21,6
21-30 ölüm	4	3,5
31-40 ölüm	2	1,7
41-50 ölüm	3	2,6
TOPLAM	116	100

4.2. Hemşirelerin Beyin Ölümü ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara İlişkin Düşünceleri

Hemşirelerin %68,1'nin organlarının bağışlanmasını istediği, %10,3'nün organ bağışını istemediği, %11,2'sinin kararsız olduğu, %7,8'nin kararı aile bireylerinin vermesinin doğru olduğuna inandığı, %2,6'sının solunum cihazından ayrılmayı tercih ettiği belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. YBÜ’de çalışan hemşirelerin kendilerinde beyin ölümü gerçekleştiğinde organ bağıışı ile ilgili ne yapılmasını istediklerine yönelik düşünceleri

Hemşirelerin kendi organlarının bağıışlanmasına yönelik düşünceleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Organlarımın bağıışlanmasını isterim	79	68,1
Organlarımın bağıışlanmasını istemem	12	10,3
Kararsızım	13	11,2
Kararı yakınlarımın vermesini isterim	9	7,8
Solunum cihazından ayrılmak isterim	3	2,6
TOPLAM	116	100

Yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hastalar ile ilgili düşünceleri ve bakım verirken hissettiklerine yönelik ifadeleri Tablo 4.5.de verilmektedir.

Hemşirelerin %12’si beyin ölümünün hasta yakınları için kabul edilmesi zor bir durum olduğunu, hasta yakınlarının organ bağıışında bulunup bulunmayacaklarını (%6) düşündüğünü belirtti.

Hemşirelerin %20’si beyin ölümü gerçekleşmesinin başka hayatların başlangıcı olduğuna inandığını, %15’i beyin ölümünün üzücü bir durum olduğunu, %11’i beyin ölümü gerçekleşen hastalara potansiyel organ nakli adayı olarak baktığını ifade etti. Hemşirelerin %6’sı prosedürlerle ilgili her şeyin eksiksiz yapıldığına inandığını belirtti.

Yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken %43,3’ü üzüntü duyduğunu, %38,06’sı diğer hastalardan farklı olarak bir şey hissetmediğini %11,7’si organ naklini bekleyen hastalar için mutluluk duyduğunu ifade ettiği görüldü (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. Yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hastalar ile ilgili düşünceleri ve bakım verirken hissettikleri

	n*	%
Hasta yakınlarına yönelik düşünceleri		
Beyin ölümü gerçekleşen hasta yakınlarının duygu durumunu düşünürüm (kabul edilmesi zor bir durum)	16	12
Hasta yakının organ bağışı yapıp yapmayacağını aklımdan geçiririm	8	6
Organ bekleyen diğer hasta ve yakınlarının umutlu bekleyişleri aklıma gelir	4	3
Empati yapmaya çalışırım	3	2
Beyin ölümü gerçekleşen hastaya yönelik düşünceleri		
Beyin ölümü gerçekleşen hastaların organ nakli bekleyen hastalar için umut ışığı olduğunu	26	20
Beyin ölümü gerçekleşen hastaların potansiyel organ nakli adayı olarak bakırım	19	15
Genç hastalarda beyin ölümünün daha zor bir süreç olduğunu düşünürüm	14	11
Tıbbi ölüm olayının gerçekleşmiş olduğu aklıma gelir	11	8
Hastanın tedavisinin sonlanması gerektiğini düşünürüm	9	6
Hastaların yaşamsal fonksiyonlarının devam etmesi için ekstra çaba sarf edilmeli	3	2
Yeni umutlara sebep olması ölümleri anlamlı kılmaması	2	2
Normal hastadan bir farkı olmadığını düşünürüm	1	1
Anında müdahale edilmediğini düşünürüm	1	1
Bu konuda yorum yapmayan	1	1
Prosedürlerle ilgili düşünceleri		
Beyin ölümü gerçekleşmeden önce hasta için her şeyin yapıldığını (tedavi açısından) ,beyin ölümü gerçekleştikten sonra da her şeyin yapıldığını (MR Anjiyografi, apne testi...) düşünürüm	8	6
Prosedürlerin yorucu olduğunu ve gereksiz uğraş verdiğimizi düşünürüm	2	2
Hemşirelerin bakım verirken hissettikleri		
Üzüntü	26	43,3
Diğer hastalardan farklı bir şey hissetmiyorum	27	38,06
Organ nakli bekleyen hastalar için sevinç, organlarının hastalara umut olmasından dolayı mutluluk	7	11,7

*Birden fazla cevap verilmiştir

4.3. Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Vermede Yaşadıkları Güçlükler

Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler Sayısal Analog Skala (SAS 0-10) kullanılarak değerlendirildi. Hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler Tablo 4.6'da verildi.

Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım veren hemşirelerin bakım verme sırasında yaşadıkları güçlük puanı $5,76 \pm 3,03$ idi. Beyin ölümü gerçekleşen hastalar için yapılan bazı tıbbi uygulamaların devam etmesi gerektiğine yönelik değerlendirmelerinin $4,68 \pm 3,69$ olduğu, hastanın öz bakım uygulamalarını yerine getirirken yaşadıkları güçlüğü $3,75 \pm 3,30$ olduğu, hasta yakınlarıyla iletişim kurmada yaşadıkları güçlüğü ortalamasının $7,59 \pm 2,75$ olduğu, beyin ölümü gerçekleşen hastalara hastanede uygulanan prosedürlere dahil olmada yaşadıkları güçlük derecesinin $6,25 \pm 3,21$ olduğu görüldü (Tablo 4.6). 1-3 puan az düzeyde güçlük, 4-6 puan orta düzeyde güçlük, 7-10 puan yüksek düzeyde güçlük olarak tanımlandı.

Tablo 4.6. Hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı güçlükler

Hemşirelerin yaşadıkları güçlükler	$\bar{X} \pm SS$
Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken olarak yaşadıkları güçlük (SAS 0-10)	$5,76 \pm 3,03$
Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda tıbbi uygulamaların devam ettirmede konundaki düşünceleri (antibiyotik vb. ilaçlar, enteral/parenteral beslenmenin sürdürülmesi) (SAS 0-10)	$4,68 \pm 3,69$
Beyin ölümü gerçekleşen hastanın öz bakım uygulamalarını (ağız bakımı, genel vücut bakımı, perine bakımı...) yaparken yaşadıkları güçlük (SAS 0-10)	$3,75 \pm 3,30$
Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarıyla iletişim kurmada yaşadıkları güçlük (SAS 0-10).	$7,59 \pm 2,75$
Beyin ölümü gerçekleştiği düşünülen hastalara uygulanan prosedürlere dahil olmada yaşadıkları güçlük (SAS 0-10).	$6,25 \pm 3,21$

4.4. Hemşirelerin Beyin Ölümü Yaşayan Hastalara Bakmakta Yaşadıkları Güçlükler Verdikleri Puanların Tanıtıcı Özellikler ile Karşılaştırılması

Hemşirelerin yaşı ile hastalara uygulanan standart prosedürlere dahil olmada güçlük yaşamaları arasında negatif bir korelasyon bulundu ($p < 0,05$), yaşla beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede yaşadıkları güçlükler arasında bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.7).

Hemşirelerin cinsiyetinin beyin ölümü gerçekleşen hastalara genel olarak bakım vermede yaşadıkları güçlüğü ve hasta yakınları ile iletişim kurmayı etkilediği görüldü ($p < 0,05$), cinsiyetin bakım vermede yaşanan diğer güçlükler (tıbbi uygulamaları sürdürme, öz bakım uygulamalarını yapma, beyin ölümü ile ilgili prosedürlere dahil olma) bir etkisinin olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 4.7).

Medeni durum, çocuk sahibi olma, yakınına kaybetme, eğitim durumu, çalışılan kurum, mesleği isteyerek seçme ve YBÜ de çalışmaktan memnun olma durumunun hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede yaşadıkları güçlüklerle bir etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Mesleki deneyim ile hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede yaşadıkları güçlükler arasında bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Yoğun Bakım Ünitesinde çalışma süresi ile beyin ölümü sonrası uygulanan prosedürler arasında negatif bir ilişki bulunduğu ($p<0,05$); YBÜ’de çalışma süresi ile beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede yaşanan diğer güçlükler arasında bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Bir yılda tanıklık edilen ölüm sayısının beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede genel olarak yaşanan güçlük ve prosedürlere dahil olmada yaşanan güçlük arasında pozitif yönlü bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Hemşireler beyin ölümü gerçekleşen hastalar ile karşılaştıkça bakım vermede ve prosedürlere dahil olmada daha fazla güçlük yaşamaktadır. Bir yılda tanık olunan beyin ölümü sayısı ile hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede yaşadıkları güçlükler arasında bir korelasyon bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakmakta yaşadıkları güçlüklerin karşılaştırılması

Hemşirelere ait Tanıtıcı Özellikler	n	Bakım verirken genel olarak yaşadıkları güçlük ($\bar{x} \pm SS$)	Hastalara tıbbi uygulamaların devam etmesi konusundaki düşünceleri ($\bar{x} \pm SS$)	Hastanın öz bakım uygulamalarını yaparken yaşadıkları güçlük ($\bar{x} \pm SS$)	Hastaların yakınlarıyla iletişim kurmada yaşadıkları güçlük ($\bar{x} \pm SS$)	Hastalara uygulanan prosedürlere dahil olmada yaşadıkları güçlük ($\bar{x} \pm SS$)
Yaş(yıl)		r=-0,064, p>0,05	r=0,029, p>0,05	r= -0,130, p>0,05	r=0,026, p>0,05	r=-0,12, p<0,05
Cinsiyet						
Kadın	85	6,16±2,96	4,80±3,63	3,64±3,26	7,94±2,52	6,31±3,24
Erkek	31	4,67±3,00	4,35±3,90	4,03±3,43	6,64±3,13	6,06±3,17
		t=2,36, sd=52,69, p<0,05	t=0,57, sd=114, p>0,05	t=-0,54, sd=50,9, p>0,05	t=2,28, sd=114, p<0,05	t=0,37, sd=54,3, p>0,05
Medeni durum						
Evli	51	5,47±3,17	4,78±3,55	3,72±3,3	8,00±2,40	6,00±3,40
Bekar	61	5,80±2,90	4,32±3,75	3,75±3,29	7,30±2,80	6,50±3,00
		t=-0,71, sd=110, p>0,05	t=0,65, sd=110, p>0,05	t=-0,04, sd=106,1, p>0,05	t=1,36, sd=110, p>0,05	t=-0,83, sd=110, p>0,05
Çocuğa sahip olma durumu						
Çocuğu Var	73	5,70±2,90	4,40±3,70	3,60±3,20	7,40±2,70	6,30±3,10
Çocuğu Yok	43	5,80±3,20	5,00±3,50	3,80±2,40	7,90±2,70	6,06±3,30
		t=-0,12, sd=114, p>0,05	t=-0,86, sd=114, p>0,05	t=-0,33, sd=114, p>0,05	t=-0,94, sd=89,3, p>0,05	t=0,45, sd=84,0, p>0,05
Birinci derece yakınını kaybetme durumu						
Evet	17	4,90±3,30	3,50±3,60	2,05±3,20	8,10±2,30	5,50±3,20
Hayır	98	5,90±2,90	4,80±3,70	3,90±3,20	7,50±2,70	6,30±3,20
		t=-1,23, sd=113, p>0,05	t=-1,34, sd=22,2, p>0,05	t=-1,62, sd=113, p>0,05	t=0,78, sd=113, p>0,05	t=-0,94, sd=21,7, p>0,05
Eğitim durumu (3)						
SML	15	6,26±3,15	5,66±3,95	2,93±3,10	8,20±2,59	6,06±3,34
Ön Lisans	13	5,76±2,61	4,38±3,42	3,84±3,53	7,84±2,57	6,84±2,37
Lisans+YL+Doktora	88	5,68±3,09	4,55±3,70	3,87±3,31	7,45±2,81	6,19±3,31
Toplam	116	5,76±3,03	4,68±3,69	3,75±3,30	7,59±2,75	6,25±3,21
		F=0,253, sd=2, p>0,05	F=0,621, sd=2, p>0,05	F:0,523, sd:2, p>0,05	F:0,527, sd:2, p>0,05	F: 0,259, sd:2, p>0,05

Tablo 4.7.'nin devamı

Çalıştığı kurum						
Devlet Hastanesi	78	6,01±3,03	4,11±3,49	3,79±3,26	7,53±2,9	6,34±3,42
Üniversite Hastanesi	38	5,07±2,9	5,80±3,80	3,65±3,41	7,70±2,27	6,05±2,70
		t=1,7, sd=114, p>0,05	t=-2,41, sd=114, p>0,05	t=0,20, sd=70,4, p>0,05	t= -0,315, sd=114, p>0,05	t=0,46, sd=114, p>0,05
Mesleki deneyim		r=0,008, p>0,05	r=0,033, p>0,05	r=-0,116, p>0,05	r=0,086, p>0,05	r=-0,063, p>0,05
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu						
Evet	75	5,60±2,90	4,70±3,70	3,80±3,20	7,70±2,40	6,30±2,80
Hayır	41	5,90±3,20	4,40±3,60	3,60±3,40	7,20±3,20	6,00±3,70
		t=-0,54, sd=114, p>0,05	t=0,41, sd=84,6, p>0,05	t=0,22, sd=114, p>0,05	t=1,01, sd=114, p>0,05	t=0,55, sd=114, p>0,05
YBÜ' de Çalışma Süresi (yıl)		r=-0,179, p>0,05	r=-0,004, p>0,05	r=-0,166, p>0,05	r=0,006, p>0,05	r=-0,21, p<0,05
YBÜ de Çalışmaktan Memnun Olma Durumu						
Memnun	102	5,76±2,94	4,75±3,70	3,81±3,20	7,67±2,59	6,30±3,04
Memnun değil	13	6,00±3,80	3,84±3,67	3,53±4,09	6,84±3,86	6,00±4,49
		t=-0,716, sd=110, p>0,05	t=0,656, sd=110, p>0,05	t=-0,046, sd=106,9, p>0,05	t=1,36 sd=110, p>0,05	t=-0,834, sd=110, p>0,05
YBÜ' de bir yılda tanıklık edilen olunan ölüm sayısı		r=0,238, p<0,05	r=-0,120, p>0,05	r=0,101, p>0,05	r=0,069, p>0,05	r=0,221, p<0,05
YBÜ' de bir yılda tanıklık edilen beyin ölümü sayısı		r=0,123, p>0,05	r=-0,133, p>0,05	r=-0,002, p>0,05	r=-0,068, p>0,05	r=-0,031, p>0,05

4.5. Hemşirelerin ÖKTÖ Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Çalışmada Ölçek İçin Hesaplanan Cronbach Alfa Değerleri

Çalışmamızda ÖKTÖ'ne hemşirelerin verdikleri cevaplar Tablo 4.8'de verilmektedir. Hemşirelerin %50'si ölümün inkâr edilemez bir olay olduğunu, %65'i yaşamın doğal sonucu olduğuna tamamen katıldı. Kaçış kabullenme alt boyut maddelerinden ölümün bütün sıkıntıları bitmesine (%31) ve ölümün dünyadan kaçış olduğuna (%33,6) hemşirelerin katılmadığı görüldü (Tablo 4.8).

Ölümden korkma ve ölümden kaçış alt ölçek boyut maddelerinde; hemşirelerin %37,9'unun yoğun bir ölüm korkusunun olmadığını ifade etti, %30,2'sinin ölümün son olmasının rahatsız edici olmadığını belirtti (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin ÖKTÖ maddelerine verdikleri cevapların dağılımı

	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme(TKYK)							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.	6(%5,2)	16(%13,8)	2(%1,7)	73(%62,9)	7(%6)	5(%4,3)	7(%6)
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.	8(%6,9)	3(%2,6)	2(%1,7)	8(6,9)	3(%2,6)	34(%29,3)	58(%50)
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.	6(%5,2)	19(%16,4)	7(%6)	46(%39,7)	13(%11,2)	13(%11,2)	12(%10,3)
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.	3(%2,6)	4(%3,4)	0	19(%16,4)	5(%4,3)	33(%28,4)	52(%44,8)
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.	1(%0,9)	3(%2,6)	0	3(%2,6)	4(%3,4)	29(%25)	76(%65,5)
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.	4(%3,4)	2(%1,7)	3(%2,6)	19(%16,4)	9(%7,8)	32(%27,6)	47(%40,5)
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.	3(%2,6)	6(%5,2)	5(%4,3)	37(%31,9)	13(%11,2)	21(%18,1)	31(%26,7)
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.	4(%3,4)	6(%5,2)	3(%2,6)	24(%20,7)	18(%15,5)	41(%35,3)	20(%17,2)
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.	3(%2,6)	8(%6,9)	4(%3,4)	27(%23,3)	13(%11,2)	36(%31)	25(%21,6)
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.	7(%6)	10(%8,6)	6(%5,2)	35(%30,2)	17(%14,7)	26(%22,4)	15(%12,9)
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.	6(%5,2)	9(%7,8)	4(%3,4)	23(%19,8)	9(%7,8)	34(%29,3)	31(%26,7)
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.	7(%6)	5(%4,3)	5(%4,3)	17(%14,7)	12(%10,3)	26(%22,4)	44(%37,9)
Kaçış kabullenme(KK)							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarının bitmesini sağlayacak.	24(%20,7)	36(%31)	1(%0,9)	35(%30,2)	9(%7,8)	9(%7,8)	2(%1,7)
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.	18(%15,5)	39(%33,6)	10(%8,6)	26(%22,4)	10(%8,6)	5(%4,3)	8(%6,9)
11. Ölüm; ağır ve acıdan bir kurtuluştur.	14(%12,1)	28(%24,1)	7(%6)	30(%25,9)	11(%9,5)	20(%17,2)	6(%5,2)
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.	5(%4,3)	17(%14,7)	11(%9,5)	35(%30,2)	18(%15,5)	17(%14,7)	13(%11,2)
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.	13(%11,2)	20(%17,2)	10(%8,6)	37(%31,9)	14(%12,1)	13(%11,2)	9(%7,8)
Ölümden korkma ve ölümden kaçış (ÖKÖK)							
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.	13(%11,2)	32(%27,6)	6(%5,2)	10(%8,6)	13(%11,2)	24(%20,7)	18(%15,5)
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.	8(%6,9)	17(%14,7)	9(%7,8)	10(%8,6)	16(%13,8)	38(%32,8)	18(%15,5)
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.	14(%12,1)	30(%25,9)	15(%12,9)	16(%13,8)	17(%14,7)	16(%13,8)	8(%6,9)
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.	25(%21,6)	35(%30,2)	5(%4,3)	21(%18,1)	8(%6,9)	17(%14,7)	5(%4,3)
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.	14(%12,1)	34(%29,3)	10(%8,6)	26(%22,4)	14(%12,1)	16(%13,8)	2(%1,7)
18. Yoğun bir ölüm korkum var.	24(%20,7)	44(%37,9)	10(%8,6)	16(%13,8)	12(%10,3)	10(%8,6)	0
20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.	8(%6,9)	30(%25,9)	10(%8,6)	30(%25,9)	24(%20,7)	11(%9,5)	3(%2,6)
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.	15(%12,9)	35(%30,2)	9(%7,8)	23(%19,8)	13(%11,2)	13(%11,2)	8(%6,9)
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.	8(%6,9)	14(%12,1)	4(%3,4)	30(%25,9)	21(%18,1)	24(%20,7)	15(%12,9)

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ)'nin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme (TKYK) alt boyutu (Cronbach alfa 0.84), Kaçış Kabullenme (KK) alt boyutu (Cronbach alfa 0,71), Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma (ÖKÖK) alt boyutu (Cronbach alfa 0,77), ölçek toplam puanının cronbach alfa değeri 0.81 olarak hesaplandı (Tablo 4.9).

Çalışmamızda tarafsız kabullenme ölçek alt boyut puan ortalaması $62,14 \pm 11,61$, kaçış kabullenme ölçek alt boyut puan ortalaması $17,96 \pm 5,87$, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ölçek alt boyut puan ortalaması $33,41 \pm 9,69$ ve ÖKTÖ toplam puanı $113,51 \pm 18,48$ olarak belirlendi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çalışmamıza ait ÖKTÖ ve alt ölçeklerin cronbach's alfa değerleri ve puan ortalamaları

Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Bizim çalışmamızda α değeri	Puan ortalaması (Min- Max)
Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (TKYK)	12	0,84	$62,14 \pm 11,61$ (24-82)
Kaçış kabullenme (KK)	5	0,71	$17,96 \pm 5,87$ (6-35)
Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma (ÖKÖK)	9	0,77	$33,41 \pm 9,69$ (10-59)
Ölçek Toplam Puanı (TÖKTÖ)	26	0,81	$113,51 \pm 18,48$ (52-160)

4.6. Hemşirelerin ÖKTÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması

Hemşirelerin yaşları ile TKYK ($r = -.238, p < 0,05$) ve ÖKTÖ ölçek alt boyutları ($r = -.197, p < 0,05$) arasında negatif yönde bir ilişki bulundu. Buna göre, hemşirelerin yaşı arttıkça ölümü kabullenmedikleri, ölüme karşı olumsuz tutum sergiledikleri görüldü.

Yoğun bakım hemşirelerinde cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği isteyerek seçme durumunun ÖKTÖ ve alt boyutlarından alınan puanlara bir etkisinin olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Üniversite ve devlet hastanelerinde hemşirelerin ölçeğin TKYK alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0,05$) belirlendi. Üniveristede çalışan hemşirelerin ölümü yaşamın bir parçası olduğu ve başka bir dünyaya geçiş olduğuna inandıkları belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile diğer alt ölçekler ve ölçeğin toplam puanı arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).

Hemşirelerdeki mesleki deneyim ile TKYK alt boyutu ile ölçek toplam puanı arasında negatif bir ilişki olduğu görüldü ($p < 0,05$). Meslekte deneyim süresi arttıkça ölümün yaşamın bir parçası olduğu ve başka bir dünyaya geçiş olduğuna inanmalarında azalma olduğu ve ölüme karşı olumlu tutum taşımadıkları belirlendi.

Mesleği isteyerek seçme durumunun ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki farkı etkilemediği ($p > 0,05$) görüldü.

Yoğun bakımda çalışma süresi ile KK ölçek alt boyutu arasındaki negatif yönde bir ilişkisi bulunduğu ve istatistiksel farkın anlamlı olduğu ($p < 0,05$) belirlendi. Çalışma süresi kısa olan hemşirelerin ölümü acılardan kurtulma inancının arttığı belirlendi.

Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaktan memnun olan hemşirelerin TKYK alt boyutundan aldıkları puan ile ÖKTÖ puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,05$), ölçeğin diğer alt boyutlarından alınan puanı etkilemediği ($p > 0,05$) görüldü. Buna göre, yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olan hemşirelerin ölümü yaşamın bir parçası olduğunu ve başka bir dünyaya geçiş olarak kabullendikleri, ölüme karşı tutumlarının olumlu olduğu görüldü.

Hemşirelerin bir yıl boyunca tanık oldukları ölüm sayısı ile beyin ölümü sayısının ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında bir korelasyon bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ÖKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

Hemşirelere ait Tanıtıcı Özellikler	n	TKYK* $\bar{x} \pm SS$	KK** $\bar{x} \pm SS$	ÖKÖK*** $\bar{x} \pm SS$	ÖKTÖ**** $\bar{x} \pm SS$
Yaş(yıl)		$r=-,238, p<0,05$	$r=0,12, p>0,05$	$r=-0,99, p>0,05$	$r=-,197, p<0,05$
Cinsiyet					
Kadın	85	61,75 ±11,58	17,62 ±5,74	34,34 ±9,66	113,71 ±18,54
Erkek	31	63,19 ±11,79	18,87 ±6,20	30,87 ±9,44	112,93 ±18,00
		$t=-0,585, sd=52,499, p>0,05$	$t=-0,977, sd=49,921, p>0,05$	$t=0,087, sd=1,741, p>0,05$	$t=0,842, sd=0,200, p>0,05$
Medeni durum					
Evli	51	62,35 ±13,30	17,62 ±6,68	32,31 ±9,87	111,29 ±21,41
Bekar	65	62,75 ±10,13	18,21 ±5,18	34,27 ±9,53	115,24 ±15,76
		$t=-0,644, sd=114, p>0,05$	$t=-0,534, sd=114, p>0,05$	$t=-1,079, sd=105,7, p>0,05$	$t=-1,144, sd=114, p>0,05$
Çocuğa sahip olma durumu					
Çocuğu Var	73	62,30 ±10,38	17,72 ±5,39	33,73 ±9,36	113,76 ±16,19
Çocuğu Yok	43	61,86 ±13,55	18,34 ±6,64	32,86 ±10,30	113,06 ±22,03
		$t=0,163, sd=114, p>0,05$	$t=0,550, sd=114, p>0,05$	$t=0,470, sd=114, p>0,05$	$t=0,195, sd=114, p>0,05$
Birinci derece yakınını kaybetme durumu					
Evet	17	62,35 ±14,15	19,23 ±6,72	34,94 ±9,67	116,52 ±21,45
Hayır	98	62,19 ±11,21	17,64 ±5,67	33,24 ±9,72	113,08 ±18,06
		$t=0,052, sd=113, p>0,05$	$t=0,921, sd=20,142, p>0,05$	$t=0,667, sd=21,978, p>0,05$	$t=0,706, sd=113, p>0,05$
Eğitim durumu					
SML	15	63 ±8,61	16,86 ±5,85	32,60 ±9,68	112,46 ±17,36
Önlisans	13	64 ±10,0	19,53 ±6,80	33,92 ±12,54	117,46 ±13,43
Lisans+ YL+ doktora	88	61,7 ±12,29	17,9 ±5,74	33,47 ±9,33	113,10 ±19,37
Toplam	116	62,13 ±11,6	17,95 ±5,86	33,41 ±9,68	113,50 ±18,48
		$F=0,263, sd=2, p>0,05$	$F=0,730, sd=2, p>0,05$	$F=0,072, sd=2, p>0,05$	$F=0,338, sd=2, p>0,05$
Çalıştığı kurum					
Devlet Hastanesi	78	60,65 ±12,52	17,93 ±6,19	33,96 ±10,19	112,55 ±19,63
Üniversite Hastanesi	38	65,18 ±6,19	18,00 ±5,20	32,28 ±8,57	115,47 ±15,92
		$t=-1,99, sd=114, p<0,05$	$t=-0,05, sd=114, p>0,05$	$t=0,871, sd=114, p>0,05$	$t=-0,798, sd=114, p>0,05$
Mesleki deneyim		$r=-0,284, p<0,05$	$r=-0,044, p>0,05$	$r=0,004, p>0,05$	$r=-0,19, p<0,05$

Mesleği İsteyerek Seçme Durumu					
Evet	75	63,20±11,67	18,52±6,18	32,12±9,02	113,84±17,78
Hayır	41	60,19±11,35	16,92±5,14	35,78±10,49	112,90±19,90
		t=1,349, sd=84,396, p>0,05	t=1,404, sd=114, p>0,05	t=-1,884, sd=72,476,p>0,05	t=0,252, sd=74,837, p>0,05
YBÜ'de Çalışma Süresi (yıl)					
		r= -0,171 p>0,05	r= -0,223, p<0,05	r=0,079 p>0,05	r= -0,137 p>0,05
YBÜ de Çalışmaktan Memnun Olma Durumu					
Memnun	102	63,13±10,91	18,10±5,81	33,76±9,07	115,00±17,20
Memnun değil	14	55,00±14,76	17,53±6,06	31,84±13,55	104,38±23,96
		t=2,427, sd=113, p<0,05	t=0,320, sd=14,954, p>0,05	t=0,675, sd=113, p>0,05	t=2,000, sd=113, p<0,05
YBÜ'de bir yılda tanıklık edilen olunan ölüm sayısı					
		r=0,001 p>0,05	r= -0,042 p>0,05	r=0,065 p>0,05	r=0,022 p>0,05
YBÜ'de bir yılda tanıklık edilen beyin ölümü sayısı					
		r=0,009 p>0,05	r=-0,167 p>0,05	r=0,113 p>0,05	r=0,013 p>0,05

*TKYK: Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme **KK: Kaçış Kabullenme ***ÖKÖK: Ölümden Korkma ve Ölümden Kaçış ****ÖKTÖ: Ölüme Karşı Tutum Ölçek Puanı

4.7. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki

Hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları güçlükler ile Kaçış Kabullenme alt boyutu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre, beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken güçlük yaşayan hemşirelerin ölümü yaşamın acılarından kurtulmaya olan inançlarının daha fazla olduğu görüldü.

Hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara tıbbi uygulamaları devam ettirmeye yönelik düşünceleri ile ÖKTÖ toplam puanı ve alt ölçekler arasında bir ilişki görülmüdü.

Beyin ölümü gerçekleşen hastanın öz bakım uygulamalarını yaparken yaşadıkları güçlük ile ölçeğin TKYK ($p<0,005$), KK ($p<0,05$), ÖKÖK ($p<0,05$) ve ÖKTÖ toplam puanı ($p<0,001$) arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Hastanın öz bakım uygulamalarında güçlük yaşayan hemşirelerin, ölümü yaşamın bir parçası ve başka bir dünyaya geçiş (TKYK) olarak gördükleri, yaşamın acılarından kurtulma olarak algıladıkları (KK), ölümden sakındıkları ve ölüm üzerine düşünmekten kaçındıkları (ÖKÖK), ölüme karşı tutumlarının (ÖKTÖ) genel olarak olumlu olduğu görüldü.

Prosedürlere dahil olmada yaşanan güçlük ile TKYK ($p<0,05$), KK ($p<0,05$) ve ÖKTÖ toplam puanı ($p<0,005$) arasında pozitif yönde bir korelasyon bulundu. Hemşireler prosedürlere dahil olmada güçlük yaşayan hemşirelerin, ölümü yaşamın bir parçası olarak görme eğiliminin arttığı, yaşamın acılardan kurtulma inancı olarak algıladıkları, genel olarak ölüme karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlendi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler arasındaki ilişki

Hemşirelerin beyin ölümü yaşayan hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler	Ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutları			
	TKYK (Tarafsız kabullenme Yaklaşım kabullenme)	KK Kaçış kabullenme	ÖKÖK Ölümden korkma ölümden kaçınma	TÖKTÖ Ölüme karşı tutum ölçeği toplam puanı
Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlük (VAS 0-10)	0,032, p>0,05	0,178**, p<0,005	0,177, p>0,05	0,172, p>0,05
Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda tıbbi uygulamaların devam ettirmeye yönelik düşünceleri (antibiyotik vb. ilaçlar, enteral/parenteral beslenmenin sürdürülmesi) (VAS 0-10)	0,044, p>0,05	0,018, p>0,05	-0,144, p>0,05	-0,043, p>0,05
Beyin ölümü gerçekleşen hastanın öz bakım uygulamalarını (ağız bakımı, genel vücut bakımı, perine bakımı...) yaparken yaşadıkları güçlük (VAS 0-10)	0,278**, p<0,005	0,210*, p<0,05	0,225**, p<0,05	0,0359**, p<0,001
Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarıyla iletişim kurmada yaşadıkları güçlük (VAS 0-10)	0,120, p>0,05	0,012, p>0,05	0,063, p>0,05	0,112, p>0,05
Beyin ölümü gerçekleştiği düşünülen hastalara uygulanan prosedürlere dahil olmada yaşadıkları güçlük (VAS 0-10).	0,187*, p<0,05	0,207, p<0,05	0,171, p>0,05	0,273**, p<0,005

*,** pearson korelasyonu

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, beyin ölüm ve hasta bakımı konusundaki düşünceler ve ölüme karşı tutumları aşağıda verilen sıra ile tartışılacaktır.

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

5.2. Hemşirelerin Beyin Ölümü ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara İlişkin Düşüncelerinin Tartışılması

5.3. Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Vermede Yaşadıkları Güçlüklerin Tartışılması

5.4. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumlarının Tartışılması

5.1.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamalarının 20-30 arasında olduğu görülmektedir (Altınöz ve Demir, 2017; Balık ve Öztürk, 2016; Kavak ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin yarıdan fazlası (%63,7) 20-30 yaş aralığındadır ve yapılan çalışmalara benzerdir.

Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin Crump ve ark. (2010) çalışmasında %87,5'i, Kıra ve ark. (2019) çalışmasında %85'i, Köse ve ark. (2019) çalışmasında %78,4'ü kadındı. Bu çalışma da yoğun bakım hemşirelerinin %73,3'ü kadın hemşiredir. Literatüre göre bu oranın diğer çalışmalara göre düşük olması toplumsal ve mesleki cinsiyet kavramının azaldığı, erkek hemşirelerin çalışma alanlarında daha aktif olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına incelendiğinde Özdemir (2014) çalışmasında %57,4'ü, Çevik ve Kav (2013) çalışmasında %58,7'si, Hinderer (2013) çalışmasında hemşirelerin %83'ü evliydi. Bu çalışmada hemşirelerin yalnızca %44'ünü evli hemşireler oluşturmaktadır. Evli hemşire oranındaki farklılığın nedeni diğer çalışmalarda mesleki çalışma sürelerinin ve yaş ortalamalarının yüksek olmasından olabilir. Literatür incelendiğinde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin Ay (2013) çalışmasında %50'sinin, Özdemir (2014) çalışmasında %44,8'inin, Kumaş (2015) çalışmasında %62,4'ünün, Dizer ve İyigün (2009) çalışmasında %71,4'ünün çocuğu yoktur. Bu çalışma da yoğun bakım hemşirelerinin %62,9'unun çocuğu yoktur. Yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin yaş ortalamaları evlilik ve çocuk sahibi olma durumlarını etkilediği düşünülebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin hızlı karar verebilme, araştırma yapma, kendini çalıştığı alanda geliştirebilme niteliklerine sahip oldukları, bu niteliklerin hemşirelerde eğitim düzeyine bağlı olarak arttığı (Özel ve ark., 2011), lisans ve üzeri eğitimi olan yoğun bakım hemşirelerinin daha profesyonel davrandığı belirtilmektedir (Kavak ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin çoğunun lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Kayaoğlu ve Ekinci, 2016; Yılmaz ve Vermişli, 2015). Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da yoğun bakım hemşirelerinin büyük çoğunluğunun lisans mezunu ve üzeri eğitime sahip olduğu bulunmuştur.

Yoğun bakım hemşirelerinin tamamına yakını ölüm olgusu ile karşılaşmaktadır (Yılmaz ve Vermişli, 2015). Ancak birinci dereceden yakınında ölüm olgusu ile karşılaşmayan hemşirelerin sayısı yarıdan fazladır (Ayhan, 2013; Önsöz, 2013). Bu çalışmada hemşirelerin büyük bölümü (%84,5) birinci derece yakını kaybetmemiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamalarının düşük olması, birinci derece yakınlarının da genç yaşta olmasının bu durumu etkilediği düşünülebilir.

YBÜ'leri iş yükünün oldukça fazla olduğu alanlardan bir tanesidir. Bununla birlikte YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin genel olarak bu ünitelerde çalışmaktan memnun oldukları görülmektedir (Altınöz ve Demir, 2017; Guido ve ark., 2009). Bu çalışmada hemşirelerin yarıdan fazlasının (%64,7) mesleğini isteyerek seçtiği ve büyük bir kısmının (%87,9) Üçüncü Basamak YBÜ' de çalışmaktan memnun olduğu görülmüştür. Bir çalışmada hemşirelerin yarısının yoğun bakım ünitesini isteyerek

seçtiğini, ancak kritik hasta bakımı ile ilişkili zorluklar, fiziksel koşulların olumsuz olması, eleman eksikliği nedeni ile sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Altınöz ve Demir, 2017). İş ortamından kaynaklı stres fazla olmakla birlikte mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin çalışırken daha az stres yaşadıkları belirtilmektedir (Üzen ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda hemşirelerin %75'inin YBÜ' de çalışma süresi 0-5 yıl arasında değişmekte, yarısından fazlası mesleğini isteyerek seçmektedir. Bu sonuç yeni mezun hemşirelerin YBÜ'lerinde istihdam edilmelerinden kaynaklanmış olabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da YBÜ' de çalışan hemşirelerin on yıldan daha az tecrübeye sahip oldukları görülmektedir (Masoumian Hoseini ve ark., 2015, Terkeş ve ark. 2018, White, 2003). Ayrıca YBÜ' de genellikle hızlı çalışma temposuna uyum sağlayabilen hemşirelerin tercih edildiği düşünülebilir (Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Ölümü kabullenmek hemşireler için zorlu bir süreçtir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). YBÜ' de karşılaşılan ölümlerin bir kısmı (%10,7) beyin ölümüdür (Hodde ve ark., 2004). Bir çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası (%70) ölmek üzere olan en az 30 hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir (Beckstrand ve ark., 2019) ve birçoğu beyin ölümü ile karşılaşmış (Kim ve ark., 2006) ve hasta bakımına doğrudan katılmıştır (Çevik ve Kav, 2013). White (2003) çalışmasında hemşirelerin %35'inin 2-5 arasında beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin neredeyse yarısı yılda 0-50 hasta ölümü ile karşılaştığını belirtilmiş ve büyük bir kısmı yılda 0-10 arası beyin ölümü gerçekleşen hasta ile karşılaşmıştır daha önceki çalışmalarla benzerdir.

5.2. Hemşirelerin Beyin Ölümüne ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Yönelik Düşüncelerinin Tartışılması

Dünyada ölüme sebep olan kronik hastalıkların başında iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve kanserler gelmektedir (World Health Organization, 2018). Türkiye verileri incelendiğinde Ocak-2011 ve Kasım-2018 arasında toplam 14.190 beyin ölümü vakası gerçekleştiği rapor edilmektedir (Kamuya Açık Yoğun Bakım İstatistikleri, 2018).

Beyin ölümü gerçekleşen kişi tıbben ölü kabul edilir ve tekrar hayata dönmesi mümkün değildir (Karaman, 2015). Sağlık personellerinin büyük çoğunluğu beyin ölümünü gerçek ölüm olarak kabul etmektedir (Ünal ve ark., 2010). Hot ve ark.

(2009) çalışmasında, hemşirelerin beyin ölümünü gerçek ölüm olarak kabul ederken, hasta yakınlarının beyin ölümü kavramını kabul etmekte zorlandıkları belirlenmiştir.

Organ bağıışı hem aile hem de sağlık profesyonelleri için stresli bir deneyimdir. Organ bağıışı ile ilgili sağlık personelleri, hekimler, hemşireler, öğrenciler ve hasta yakınları ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur (Balcı ve Şahingöz, 2014; Cillimoğlu ve ark., 2016; Kentish-Barnes ve ark., 2017; Naçar ve ark., 2001; Özbek Yazıcı ve ark., 2015; Tarhan ve ark., 2013).

Bizim çalışmamızda hemşirelerin kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda %68,1'i organlarının bağıışlanmasını istedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin bir kısmı organlarının bağıışlanmasını istemezken (%10,3), bazıları bu konuda kararsız olduklarını (%11,2), beyin ölümü gerçekleşmesi halinde organ bağıışı kararını yakınlarının vermesini istemektedir (%7,8). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda genel olarak hekimlerin ve hemşirelerin organlarını bağıışlamak istedikleri görülmektedir (Cillimoğlu ve ark., 2016; Naçar ve ark., 2001; Tepehan ve Elmas, 2014). Balcı ve Şahingöz (2014) yaptığı çalışmada hemşirelerin organ bağıışında bulunmadığı, ancak ailesinden birisine organ bağıışı gerektiğinde bağıış yapmak istediklerini ifade etmişlerdir. Hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada ise, eğer aileleri kabul ederse organ bağıışlamayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tarhan ve ark., 2013). Kim ve ark.(2006) çalışmasında hemşirelerin organ transplantasyonu sayesinde alıcıların yaşam kalitesinin artacağını düşündükleri belirlenmiştir. Farklı iki çalışmada hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışı konusunda istekli oldukları (Özbek Yazıcı ve ark., 2015; Cillimoğlu ve ark., 2016), bazılarının ise (%46,9) kendi bedenlerine müdahale edilmesini istemediklerini belirlenmiştir (Özbek Yazıcı, 2015).

Beyin ölümü gerçekleşen hastaların bakımı ve tedavisi ile pek çok tartışma mevcut olmakla birlikte, beyin ölümü gerçekleşen hastalarda bakım ve tedavinin devam etmesi, buna yönelik eğitimin daha kapsamlı olması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Guido ve ark., 2009). Başka bir çalışmada da hemşirelerin %20,1'i beyin ölümü gerçekleşen olgularda yaşam desteğinin kesilmemesini, hekimlerin %26,8'i bu kararın ekip tarafından verilmesi gerektiğini düşünmektedir (Tepehan ve Elmas, 2016).

Çalışmamızda hemşirelerin beyin ölümünün hasta yakınları için oldukça zor ve kabul edilmesi zor bir süreç olduğu (%12), ancak %20'si beyin ölümünün organ nakli bekleyen hastalar için umut ışığı olduğunu düşünürken, bazılarının bunu üzücü bir durum olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak hemşirelerin hem umut hem de üzüntü gibi karmaşık duyguları bir arada yaşadıkları söylenebilir.

Bu çalışmada YBÜ'de çalışan hemşirelerin az bir oranı (%6) beyin ölümü gerçekleşmeden önce ve sonra hastalar için her şeyin (gerekli tedavi ve testler) yapıldığı düşüncesinde oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç hemşirelerde beyin ölümü kavramı ile ilgili bazı soru işaretlerinin olduğunu düşündürmektedir. Keshtkaran ve ark. (2016) çalışmasında hemşirelerin bazılarının insan beynin karışık olduğunu, serebral birçok olayın kesin açıklaması olmadığı ifade ederek beyin ölümünü kabul etmedikleri ve hastaların iyileşmelerine yönelik umut besledikleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda YBÜ'de çalışan hemşirelerden bazılarının beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken üzüntü hissederken (%43,3), bazıları diğer hastalar için hissettiklerinden farklı bir şey yaşamadığını belirtilmiştir. Bu sonuç beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakan hemşirelerin üzüntü ve acı gibi çeşitli duygular deneyimledikleri (Magalhães ve ark., 2018), ölmek üzere olan hastalara bakım verirken hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin keder, çaresizlik, kaygı ve korku yaşadığının belirlendiği çalışmalarla benzerdir (Çevik ve Kav, 2013; Özer ve ark., 2015). YBÜ'de hemşireler için bakım kavramı fiziksel gereksinimini karşılayamayan hastaların bu ihtiyaçlarını gidermelerine yardım etmek olarak algılanmaktadır. Hemşireler bakımı hem fiziksel hem de psikolojik açıdan ele almakta ve hastalara bakım verdikten sonra vicdanen rahat ve mutlu olduklarını ifade etmektedirler (Tekin, 2017). Çalışmamızda hemşirelerin %11,36'sının ise bu hastalara bakım verirken hiçbir şey hissetmediğini ifade ettiği görülmüştür. Bu oran düşük olmakla birlikte, hemşirelerin bu tutumları üzerinde düşünülmesi ve araştırılması gereken bir konudur.

5.3. Hemşirelerin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerin Tartışılması

Literatürde hemşirelerin beyin ölümü testlerinin gecikmesi, kurumun idari yapısından kaynaklı sorunlar, beyin ölümünün kabulü, hasta yakınlarının beyin ölümü kabullenme süreci ve verilen bakım ile ilgili bilgi eksikliği konularında bazı zorluklar yaşadıkları ifade edilmektedir (Keshtkaran ve ark., 2016). Başka bir çalışmada da beyin ölümü kavramını anlamamanın hemşirenin stresini azalttığı ve bakım kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Moghaddam ve ark., 2018).

Çalışmamızda beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım vermede yaşadığı güçlüğü puanı ortalaması $5,76 \pm 3,03$ olarak hesaplandı.

Hemşirelerin cinsiyeti ile beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken genel olarak yaşadıkları güçlük arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha fazla güçlük yaşadığı saptandı. Bu sonuç kadın hemşirelerin daha duygusal yaklaştıkları şeklinde yorumlandı. Bir yılda tanıklık edilen ölüm sayısı ile hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları güçlük derecesi arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunması, çok sayıda ölüm olgusu ile karşılaşmanın hemşirelerin bakım vermede zorlanmalarına yol açtığı şeklinde değerlendirildi. Hemşirelere ait diğer değişkenlerin (yaş, medeni durum, çocuğa sahip olma, çalışılan kurum... vb) beyin ölümü gerçekleşen hastaları bakım vermede güçlük yaşamalarına neden olmadığı görüldü.

Çalışmamızda hemşirelerin hastalara uygulanan tıbbi uygulamalarda (medikal tedavi, enteral/parenteral beslenmenin sürdürülmesi) devam ettirmekle ilgili düşüncelerine yönelik puanları $4,68 \pm 3,69$ 'dir. Buna göre hemşirelerin bu tür uygulamaların devam ettirilmesine yönelik ne çok olumlu ne de olumsuz bir tutum içinde oldukları söylenebilir. Hemşirelere ait tanımlayıcı özelliklerin beyin ölümü gerçekleşen hastalarda devam ettirilen bakım uygulamalarına yönelik düşüncelerini etkilemediği görüldü. Bir çalışmada hemşirelerin bazılarının terminal dönemdeki hastalarda sıvı tedavisi ve beslenmesinin devam etmesini (Hergenroeder ve ark., 2013; Tripaty ve ark., 2017), ziyaret yasağının olmamasını, invaziv işlemlerin yapılmamasını ancak hasta bakımının sürdürülmesi gerektiğini belirtmektedir (Tripaty ve ark., 2017). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da acı veren uygulamaların terminal dönemdeki hastalarda devam etmemesi gerektiği belirtilmiştir (Gürkan ve ark., 2011). Özden ve ark. (2012) çalışmasında hemşirelerin bir kısmı beyin ölümü olan hastalara

yapılan tedavi ve uygulamaları yararsız tedavi olarak tanımlamaktadır. Literatürde beyin ölümü gerçekleşen olgularda bazı tedavilerin ve beslenme uygulamalarının sürdürülmesine yönelik hemşirelerin düşüncelerinin ne olduğuna ilişkin çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak beyin ölümü gerçekleşip donör olan hastalarda tıbbi tedaviler ve beslenme desteği organların normal işlevini sürdürebilmesi için gerekli olduğu öngörülmektedir. Özellikle hipotansiyonu önlemek için sıvı replasmanı ve inotrop tedaviler hastanın yeterli hemodinamisini sağlamak için önemlidir (Pirat ve Zeyneloğlu, 2015).

Ölümcül hastaya bakım veren hemşirelerin duygusal yıpranma, çaresizlik/yetersizlik, üzüntü, bakım güçlüğü yaşadıkları ve bu durumdan olumsuz etkilendikleri bildirilmektedir. Hemşirelerin bir kısmı (%8) ölümcül hastaya verilen bakımı gereksiz bulurken bir kısmı (%6) ise bakım yaparken güçlük yaşamamaktadır (Ay, 2013). Hemşireler beyin ölümü gerçekleşen hastaların bakımı, tedavi ve prosedürler ile ilgili organizasyonu sağlamakta önemli bir role sahiptir (Özbayır ve Taşdemir, 2017). Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hassas, zor ve dikkat gerektiren olgulardır. Hemşirelerin eğitim eksikliği ve duygusal başa çıkmadaki yetersizliklerinden dolayı beyin ölümü gerçekleşen hastalara zaman ve çaba harcamak istemedikleri, yaşadıkları duygusal ve fiziksel yükün bakım sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir (Magalhães ve ark., 2018).

Hemşirelerin bazıları beyin ölümü gerçekleşen hastaların bakımında kendini yeterli görürken, bir kısmı bakım verirken duygusal olarak hiçbir şey hissetmediklerini ve diğer hastalara uyguladıkları bakımdan bir fark görmediklerini ifade etmektedir (Lima ve ark., 2013). Çalışmamızda hemşirelerin hastaların öz bakım uygulamalarını yaparken bir ölçüde güçlük yaşadıkları ($3,75 \pm 3,30$) belirlenmiştir. Hemşireleri tanıttıcı özellikleri ile öz bakım uygulamalarında güçlük yaşamaları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamayı diğer hastalara bakım vermekten farklı görmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Benzer çalışmaların daha büyük örnekleme yapılması önerilebilir.

Hasta yakınlarının büyük kısmı beyin ölümünü anlamakta güçlük çekerken (Hot ve ark., 2009) hastalara bakan hemşireler de ölümden sonra hasta yakınlarına destek

olmada yetersiz hissettiklerini ifade etmektedirler (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Ölüm konusunda ne konuşacağını bilemediği, ölüm konusunu doktorların konuşmasının daha uygun olacağını ve ölümün konuşulmasının zor bir konu olduğunu düşünen hemşirelerin hasta yakınları ile iletişime girmek istemedikleri görülmektedir (Koku ve Ateş, 2016). Hemşirelik öğrencilerinin de terminal dönemde olan bireye bakım verme konusunda okulda aldıkları eğitimi yeterli bulmadıkları belirtilmektedir (Özer ve ark., 2015).

Beyin ölümü gerçekleşen hastaya kaliteli bakım verilmesi hasta yakınlarının yoğun bakım ekibine olan güveni arttırmaktadır (Karaman, 2015). Hemşirelerin profesyonel yaklaşımı donör bakımında ekibin oryantasyonunda, aile desteğinin sürdürülmesini sağlamada etkili olmakta ve aile kararlarını etkilemektedir (Lima ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hasta yakınları ile iletişim kurmada zorlandıkları ($7,59 \pm 2,75$) ve kadın hemşirelerin hasta yakınları ile iletişimde erkeklere göre daha fazla güçlük yaşadıkları görülmektedir. Hemşirelere ait diğer değişkenlerin hasta ailesi ile iletişimde yaşadıkları güçlüklerle bir etkisi olmamakla birlikte, eğitim durumu SML düzeyinde olan hemşirelerin iletişimde daha fazla zorlandıkları görülmektedir. Bu sonuçlara dayanarak hemşirelerin yeteri kadar profesyonel davranmadıkları ve bu konuda bazı eksikliklerinin bulunduğu düşünülmektedir. Kumcağız ve ark. (2011) çalışmasında çalışma yılı 20 yıl ve üzeri olan hemşirelerin iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda bunu destekleyen bir sonuç bulunmamıştır.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda hemşirelerin prosedürlere dahil olmada yaşadıkları güçlüklerin puan ortalamaları $6,25 \pm 3,21$ 'dir. Prosedürlerin yerleşmiş olması hemşirelik bakımını kolaylaştıracağı öngörülmektedir (Magalhães ve ark., 2018). Çalışmamızda yaş ve yoğun bakım ünitesinde çalışma yılı ile prosedürlere dahil olmada yaşadığı güçlük arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Meslek hayatının başında olan hemşirelerin kurum politikasına bağlı evrak işlerini ve donör bakımını aynı anda yürütmekte zorluk yaşadığı düşünülmektedir. Hemşirelerde hem hastaya bakım vermek hem organizasyonu yönetmek iş yükünü arttırdığı için prosedürlerle ilgili işleri yürütmekte zorlanmakta oldukları öngörülebilir. Diğer yandan bir yılda tanıklık edilen ölüm sayısı ile prosedürlere dahil olmada yaşadığı

güçlük arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde ölüm olguları ile karşılaşma sayısı arttıkça hemşirelerin yaşadığı güçlük de artmaktadır. Hemşirelere ait diğer değişkenlerin hastalara uygulanan prosedürlere ilişkin algıları etkilemediği görülmektedir.

5.4. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumlarının Tartışılması

Işık ve ark. (2009) çalışmasında cronbach alfa değeri ölçeğin TKYK alt boyutu için 0,82, KK ölçek alt boyutu için 0,72; ÖKÖK alt boyutu için 0,70; TÖKTÖ için 0,81'dir.

Dunn ve ark. (2005) çalışmasında ölçeğin cronbach alfa değerleri; ÖKÖK alt boyutu için 0,78; ÖKÖK alt boyutu için 0,87; TKYK alt boyutu için 0,42, KK alt boyutu için 0,76 ve TÖKTÖ 0,93 olarak hesaplanmıştır.

Wong ve ark. (1994) çalışmasında tarafsız kabullenme ölçek alt boyutu 0,65, yaklaşım kabullenme ölçek alt boyut cronbach alfa değeri 0,97, ölümden kaçınma ölçek alt boyutu cronbach alfa değeri 0,88, ölüm korkusu ölçek alt boyut cronbach alfa değeri 0,84 ve kaçış kabullenme ölçek alt boyut cronbach alfa değeri 0,84 bulunmuştur.

Bu çalışmada TKYK ölçek alt boyutu cronbach alfa değeri 0,84, KK ölçek alt boyutu cronbach alfa değeri 0,71, ÖKÖK ölçek alt boyutu cronbach alfa değeri 0,77, TÖKTÖ ölçek alt boyutu cronbach alfa değeri ise 0,81'dir. Bu çalışma literatür ile uyumludur.

Hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalaması $62,14 \pm 11,61$ 'dir. Buna göre hemşireler ölümü yaşamın doğal, kaçınılmaz bir sonucu olduğuna inanmakta ve TKYK alt boyutuna karşı olumlu tutum sergilemektedir. Çınar'ın (2018) çalışmasında TKYK ölçek alt boyutunda puan ortalaması 42,29 ve Işık'ın (2008) çalışmasında 53,49 olduğu tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ölçek alt boyutuna karşı olumsuz tutumu ortanın üstünde olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin KK ölçek alt boyut puan ortalaması $17,96 \pm 5,87$ 'dir. Hemşireler ölümün ağrı ve acıdan kurtuluş olarak görmekte ve ölümün bütün

sıkıntıları bitmesini sağlayacağını düşünmekte ve olumlu tutum göstermektedir. Çınar'ın (2018) çalışmasında kaçış kabullenme ölçek alt boyutu puan ortalaması 19.33 ± 2.69 , Işık'ın (2008) çalışmasında 21,22 ve olumlu tutumları yüksek olduğu belirlenmiştir. Wessel ve Rutledge'nin (2005) çalışmasında da benzer olarak ölüme karşı tutum ölçeği kaçış kabullenme alt boyutuna karşı tutumu ortanın altında bulunmaktadır.

Zaybak ve Erzincanlı'nın (2016) çalışmasında ölümden korkma ve ölümden kaçış alt boyutu puan ortalaması $35,2 \pm 7,8$; Işık'ın (2008) çalışmasında 33,80; Çınar'ın (2018) çalışmasında $37,41 \pm 4,23$ olarak bulunmuştur ve tutumu ortanın altında bulunmuştur. Bu çalışmada ölümden korkma ve ölümden kaçış ölçek alt puan ortalaması $33,41 \pm 9,69$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin ölümden sonraki hayatın nasıl olacağını, kendi ölümlerini düşünmenin onlarda kaygıya sebep olduğu görülmektedir.

Literatürde toplam ölçek puanlarına bakıldığında Zaybak ve Erzincanlı'nın (2016) $116,9 \pm 13,4$; Işık ve ark. (2008) $104,65 \pm 20,12$; Çınar'ın (2018) 99.03 ± 6.72 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise $113,51 \pm 18,48$ olarak bulunmuştur. Sonuç Işık ve ark (2008) ve Çınar (2018) çalışmasındaki toplam puandan yüksektir. YBÜ hemşirelerinin ölüme karşı genel anlamda daha önceki çalışmalara benzer bir tutum içinde oldukları söylenebilir.

Hemşirelere göre ölüm, kayıp, acı veren bir olay, yaşamın sonu olarak tanımlanan ve keder çaresizlik, anksiyete ve korku ile özdeşleşen bir kavramdır (Çevik ve Kav, 2013; Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Ölüme karşı tutum yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve meslek gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Bazı çalışmalarda yaşın artması ölüm korkusu ve ölümden kaçışla ilgili tutumu etkilediği belirtilirken (Lange ve ark., 2008; Zyga ve ark., 2011), bazılarında ise yaşın belirleyici bir faktör olmadığı görülmektedir (Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Benli ve Yıldırım'ın (2017) çalışmasına göre hemşirelerin yaşı arttıkça ÖKTÖ toplam ve tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin yaşı ile ÖKTÖ toplam puanı ile ölçeğin TKYK alt boyutları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Hemşirelerin yaşları arttıkça

ölçekten aldıkları toplam puan azalmaktadır, bu sonuca dayanarak hemşirelerin ölüme karşı olumsuz tutum sergiledikleri düşünülebilir. Aynı şekilde hemşirelerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (TKYK) puanlarının da yaşla ters orantılı olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça ölümü yaşamın bir parçası olarak algılama ve başka bir dünyaya geçiş olarak yorumlama eğilimi azalmaktadır. Ancak bu çalışmada hemşirelerin yaş ortalamalarının genel olarak çok yüksek olmaması (%97,3 20-30 yaş arasında) sonucu etkilemiş olabilir. Yaş ortalaması düşük olan hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının olumsuz olduğu %65,5'inin ölümü yaşamın doğal sonucu olarak gördüğü; sosyodemografik yapının, kişisel özelliklerin, yakınıni kaybeden hemşire sayısının az (%15,5) olmasının etkisi olabileceği düşünüldü.

Farklı çalışmalarda ölümden korkma ve ölümden kaçınma puan ortalaması kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu bulunmuştur (Asadpour ve ark., 2016; Benli ve Yıldırım, 2017; Selçuk ve Arı, 2015; Özer ve ark., 2015). Cinsiyetin ölüme ve ölümü yaklaşan hastaya bakım vermede tutumu etkileyen bir etmen olduğu, kadınların ölüm anksiyetesi yaşadıkları ve bu nedenle ölümden kaçtıkları bildirilmektedir (Selçuk ve Arı, 2015). Erkek hemşirelerde kadınlara kıyasla ölümü daha tarafsız kabullenme vardır (Kayaoğlu ve Ekinci, 2015). Benzer bir sonuç da sağlık mesleğine aday olan (hemşire, ebelik, beslenme diyetetik, sağlık memurluğu) öğrencilerde de saptanmıştır (Bilge ve ark., 2013). Bu çalışmada cinsiyet ile ölüme karşı tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte kadın hemşirelerin ölümden korkma ve ölümden kaçış puan ortalamaları erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumları, çocuk sahibi olmaları ve son bir yıl içinde birinci dereceden bir yakınlarını kaybetme durumu ve eğitim durumlarının ÖKTÖ ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanı etkilemediği görülmektedir. Selçuk ve Arı'nın (2015) çalışmasında "tarafsız kabullenme" ölçek alt boyutundan alınan puan evlilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise ölümden kaçma ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Asadpour ve ark., 2016). Köse ve ark. (2019) çalışmasına göre evli olmayan hekim ve hemşirelerin kaçış kabullenme alt boyutundan evli olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Benli ve Yıldırım'ın

(2017) çalışmasında medeni durum ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ve toplam ölçek puanı arasında bir fark olmadığı, ölümden korkma ve ölümden kaçış alt boyutunun evlilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde Işık ve ark. (2009) çalışmasında da medeni durum ile ÖKTÖ'nin tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Bizim çalışmamızda medeni durum ile ölüme karşı tutum arasında anlamlı bir fark olmaması ile birlikte ölçek alt boyutlarından ve ölçeğin toplamından aldıkları puanların evli olmayan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin kendilerine ait bir aile düzeni olmaması sebebi ile ölümlü daha kabullenebilir gördükleri şeklinde yorumlandı.

Kayaoğlu ve Ekinci'nin (2016) çalışmasında çocuk sahibi olan hemşirelerin ölüm kaygısının çocuğu olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuğu olmayan hemşirelerin ölüm olgusu ile ilgili daha olumlu tutum sergilemesinin nedeni birine karşı sorumluluğa sahip olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak bu çalışmada çocuk sahibi olmanın ÖKTÖ ve alt boyutlarından alınan puanları etkilemediği görülmüştür.

Birinci derece yakınında ölüm olgusu ile karşılaşan hemşirelerin ölümü kabul edilmesi gereken zorlu süreç olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir (Menekli ve Fadiloğlu, 2014). Hemşirelik öğrencilerinin ölümle baş etmede kendini yetersiz hissettiğini (%58,2), ölümü rahat konuşamadığı (%64,5) saptanmıştır (Selçuk ve Arı, 2015). Hemşirelik öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin ölmek üzere olan hastaya bakım verirken öfke, çaresizlik, keder, ümitsizlik hissettikleri, yakınıni kaybetmeyen öğrencilerin ölüme karşı tutumlarının etkilenmediği (Özer ve ark., 2015), yakın çevresinde ölümle karşılaşan öğrencilerde ölüme karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu belirtilmektedir (Selçuk ve Arı, 2015). Birinci derece yakınıni kaybeden hemşirelerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görülmektedir (Kayaoğlu ve Ekinci, 2016). Bizim çalışmamızda, yakın çevresinde ölümle karşılaşan hemşirelerin ölüme karşı tutumları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Bu durumun araştırmanın yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Hayatında kayıp yaşayan

hemşirelerin ölümü doğal bir olay olarak algıladıkları (%50), yaşamın bir sonucu olduğu kabullendikleri (%65,5) düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin ölüme karşı tutumlarını nasıl etkilediği incelendiğinde; bir çalışmada eğitim düzeyinin ölüme karşı tutum puanlarını etkilemediği (Zaybak ve Erzincanlı, 2016), başka bir çalışmada eğitim düzeyi ile kaçış kabullenme alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu (Benli ve Yıldırım, 2017), Işık ve ark. (2009) çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutumu geliştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyinin ÖKTÖ'den ve alt boyutlarından alınan puanları etkilemediği görülmektedir. Bu sonuç Zaybak ve Erzincanlı'nın (2016) çalışması ile benzerdir.

Terminal dönemdeki hasta bakımı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin eğitim sonrası ölüm korkusu ve tarafsız yaklaşım kabullenme puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Göriş ve ark., 2017). Benzer şekilde ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda eğitim alan hemşirelik öğrencilerin daha olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Wang ve ark., 2017). Bu çalışmada hemşirelerin ölüme yaklaşan hastaya bakım konusunda özel bir eğitim alıp almadıkları sorulmadığından, bu konuya ilişkin bir yorum yapılamamıştır.

Kamu hastanesine bağlı yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin çoğunun (%43) meslek deneyim süresi beş yıl ve altıdır (Ay, 2013). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin "tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme" puan ortalamalarının daha yüksek olduğu aradaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutum sergilediği, ölümle karşılaşmak olumsuz duygulara neden olsa da ölümün yaşamın bir parçası olduğu görüşünün hakim olduğu belirlendi. Bu sonuç hastanelerde yatan hasta profilindeki farklılıklar, üniversite hastanelerindeki işleyiş ve daha komplike vakaların bulunması hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkilemiş olabilir. Literatürde hemşirelerin çalıştıkları kurum ve ölüme karşı tutum ölçeğinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Mesleki deneyim hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını etkileyen bir unsurdur (Wang ve ark., 2017). Yoğun bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin klinikte çalışan

hemşirelere göre (Zaybak ve Erzincanlı, 2016); mesleki deneyimi fazla olanların olmayanlara göre ÖKTÖ'nin "ölüm korkusu ve ölümden kaçınma" alt boyutundan aldıkları puanın yüksek olduğu belirlenmiştir (Çevik ve Kav, 2013; Lange ve ark., 2008). Yılmaz ve Vermişli (2015) çalışmasına göre, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin kabul edici yaklaşım puanları daha yüksektir. Bir başka çalışmaya göre meslekte çalışma yılı ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu, en yüksek puana 5 yıl ve daha az süre çalışanların sahip olduğu bildirilmiştir (Benli ve Yıldırım, 2017).

Bu çalışmada meslekte çalışma süresi ile "tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme" ve ÖKTÖ puanları arasında negatif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). Meslekte çalışma süresinin artmasının hemşirelerin ölüm kabullenmelerini olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Bu sonuç, aynı zamanda hemşirelerin tükenmişlik yaşamakta olduklarını da düşündürmektedir. Özer ve ark. (2015) çalışmasında hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olan öğrencilerin "tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme" alt boyutundan aldıkları puanlar yüksektir. Bu durumun mesleğini isteyerek yapan hemşirelerin ölüm olgusuna daha gerçekçi yaklaştığı, yaşamın bir parçası olarak kabul ettiği şeklinde yorumlanabilir. Köse ve ark. (2019) çalışmasında YBÜ' de çalışmayı istemeyen sağlık çalışanlarının, birimde isteyerek çalışanlara göre ölüm korkusu ve ölümden kaçış alt boyut ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda mesleği isteyerek seçme durumunun ÖKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında bir farka neden olmadığı görülmektedir ve Köse ve ark. (2019) çalışmasından farklıdır.

Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışma süresi ile ölçeğin "kaçış kabullenme" alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi uzun olan hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutum sergilemedikleri, ölümü yaşamın acılarından kurtulma olarak algılamadıkları belirlendi.

YBÜ'de çalışmaktan duyulan memnuniyetin "tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme" alt boyutundan alınan puanları etkilediği görüldü. YBÜ' de çalışmaktan memnun olan hemşirelerin ÖKTÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Memnun olduğunu ifade eden hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutum

içinde oldukları belirlendi ve memnun olmayanlara kıyasla toplam ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puan daha yüksek bulundu. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, YBÜ’de çalışmayı olumlu olarak değerlendiren hemşirelerin kritik hastalara bakmak, ölüme yakın olan hastalara bakım vermenin onlarda ölüme karşı negatif tutum gelişmesine yol açtığına vurgu yapan çalışmalar da mevcuttur (Önsöz, 2013). Genel olarak ölüm ile sık karşılaşan hemşirelerin ölümden kaçma ve ölüm korkusu daha azdır (Ayhan, 2013). Bu çalışmada tanıklık edilen ölüm sayısı ya da karşılaşılan beyin ölümü sayısı arasında ÖKTÖ ve ölçek alt boyutları arasında bir korelasyon bulunmadı.

Bu çalışmada, YBÜ’de çalışan hemşirelerin beyin ölümü yaklaşan hastalara bakım verirken özellikle öz bakım uygulamalarında ölüme karşı tutumlarının etkilendiği ölümü daha kabullenici, doğal bir sonuç olarak algılama eğilimlerinde artış olduğu, bununla birlikte ölümden kaçındıkları ve sakinme tutumu içinde oldukları da görüldü. Beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım vermede genel olarak yaşadıkları güçlük arttıkça, ölümü yaşanan acılardan kurtuluş olarak görme eğilimi artmaktadır. Beyin ölümü gerçekleşen hastaya verilen bakımın kapsamlı ve karmaşık olması hemşireler için bir stresördür (Moghaddam ve ark., 2018). Hemşirelerin bilgi ve pratiği ile tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,03$) (Hoseini ve ark., 2015).

Sonuç olarak;

- YBÜ hemşireleri beyin ölümünün hastalar için üzücü bir durum olmakla beraber potansiyel organ vericisi olması sebebiyle başka hayatlar için umut ışığı olduklarına inandıkları,
- Hemşirelerin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken üzüntü hissettikleri (%43,3), %38,06’sının hiçbir şey hissetmediğini ifade ettiği,
- Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken, hasta yakınları ile iletişim kurmada yüksek düzeyde güçlük yaşadıkları görüldü,
- Çalışmamızda tarafsız kabullenme (TKYK) ölçek alt boyut puan ortalaması $62,14 \pm 11,61$, Kaçış kabullenme (KK) ölçek alt boyut puan ortalaması $17,96 \pm 5,87$; Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma (ÖKÖK) ölçek alt boyut

puan ortalaması $33,41 \pm 9,69$; ÖKTÖ toplam puanı $113,51 \pm 18,48$ olarak belirlendi,

- Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken güçlük yaşayan hemşirelerin ölümü yaşamın acılarından kurtulmaya olan inançlarının daha fazla olduğu görüldü.
- Beyin ölümü gerçekleşen hastanın öz bakım uygulamalarını yaparken yaşadıkları güçlük ile ölçeğin TKYK ($p < 0,05$), KK ($p < 0,05$), ÖKÖK ($p < 0,05$) ve ÖKTÖ toplam puanı ($p < 0,001$) arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Hastanın öz bakım uygulamalarında güçlük yaşayan hemşirelerin, ölümü yaşamın bir parçası ve başka bir dünyaya geçiş(TKYK) olarak gördükleri, yaşamın acılarından kurtulma olarak algıladıkları (KK), ölümden sakındıkları ve ölüm üzerine düşünmekten kaçındıkları (ÖKÖK), ölüme karşı tutumlarının genel olarak olumlu olduğu (ÖKTÖ) görüldü.
- Prosedürlere dahil olmada güçlük yaşayan hemşirelerin, ölümü yaşamın bir parçası olarak görme eğilimin arttığı, yaşamın acılardan kurtulma inancı olarak algıladıkları, genel olarak ölüme karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlendi.

Yapılan literatür taramasında bizim çalışmamız ile aynı sonucu bulmasına rağmen bazı çalışmalarda farklı yorumlar yapıldığı için bu çalışmalar kapsam dışı bırakılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere ölümle baş etme yöntemleri, ölüme karşı farkındalık eğitimlerinin verilmesinin hemşirelerin ölüme ve ölüme yaklaşan hastalara karşı tutumlarının da değişmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının daha iyi anlaşılması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından benzer çalışmaların farklı gruplarda da yapılması önerilmektedir. Ayrıca ölüme karşı tutum ölçeğindeki analiz sonuçlarının bundan sonraki yapılacak çalışmalardaki karışıklığı önlemek adına daha iyi anlaşılıp, yorumlamaların doğru yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Akdeniz S, Ünlü H (2004) Yoğun Bakım Hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi, 4: 179-185.
2. Altınöz Ü, Demir S (2017) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamı Algısı, Psikolojik Distres ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri hemşireliği dergisi, 8: 95-101.
3. Arsava EM, Demirkaya Ş, Dora B et al. (2014) Türk Nöroloji Derneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu. Türk Nöroloji Dergisi, 20: 101-104.
4. Arslan A, Dilek A (2017) Kadavradan Organ Bağışında Aile Algısı ve İletişim. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 26: 147-153.
5. Ay F (2012) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı, Nobel Matbaacılık, Hadımköy-İstanbul, s: 698-720.
6. Aydınoglu B (2007) Yoğun Bakım Ekibinde Hemşire ve Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi, 7: 26-30.
7. Ayhan D (2013) Hemşirelik Uygulamalarında Ölümle Karşılaşma Durum ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Yrd. Dr. Cahit Pekyardımcı. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
8. Balcı E, Şahingöz M (2014). Hemşirelerin organ bağışına bakışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Medical Journal, 36: 503-511.
9. Balık T, Öztürk H (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Personelin Güçlendirilmesine İlişkin Görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3: 140-151.
10. Beyin Ölümü Sayıları. Erişim Tarihi: 30.01.2017 Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=YOBIS>
11. Bildik T (2013) Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Journal of Medicine, 52: 223-229.
12. Birol L (2004) Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, s: 207-211.
13. Can F (2017) Organ Bağışında Aile Onayı Üzerine Bir Gözden Geçirme. Nesne Psikoloji Dergisi (NPD), 5: 131-149.
14. Center for Bioethics University of Minnesota (2005) End of Life Care: An Ethical Overview. Erişim Tarihi: 28.09.2019 https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf
15. Chakraborty S, Dhanani S (2017) Guidelines for Use of Computed Tomography Angiogram as an Ancillary Test for Diagnosis of Suspected Brain Death. Canadian Association of Radiologists Journal, 68: 224-228.
16. Cillimoğlu AÖ, Yılmaz S, Oğurlu M (2016) Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Personelinin Organ-Doku Bağışı Hakkındaki Düşünceleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 25: 254-262.

17. Çakıroğlu A, Harmancı Seren AK (2015) Aile ile İletişim: Ölümün Bildirilmesi ve Organ Bağışı, Beyin Ölümünden Organ Nakline. Editör: Kahveci E, Bozoklar CA, Topçuoğlu MA. 1. Baskı, Türkiye Organ Nakli Vakfı, Ankara, s. 137-158.
18. Çelikel T (2001) Dünyada ve Türkiye de Yoğun Bakım Uzmanlığı. Yoğun Bakım Dergisi, 1: 5-9.
19. Çevik B, Kav S (2013) Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. Cancer Nursing, 36; 58-65.
20. Çınar B (2018) Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ile Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
21. Dadfar M, Lester D (2015) Death Concern and Death Obsession in Iranian Nurses. Psychological Reports, 116: 704-709.
22. Dağ A, Badır A (2017) Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10: 186-192.
23. Dizer B, İyigün E (2009) Yoğun Bakım Hemşirelerinde Empatik Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 9-19.
24. Dolan TJ.(1996) Critical care nursing: An introduction. Editör: Ruppert DS, Kernicki GJ, Dolan TJ. Critical Care Nursing Clinical Management Through the Nursing Process. 2. Edition, Philadelphia, pp: 3-4.
25. Drake M, Bernard A, Hessel E (2017) Brain Death. Surg Clin N Am, 97: 1255–1273.
26. Dunn KS, Otten C, Stephens E (2005) Nursing Experience and the Care of Dying Patients. Oncology Nursing Forum, 3: 97-104.
27. Erdoğan A (2014) Yoğun Bakım ünitelerinde Beyin Ölümünün Teşhisi. Med J SDU/SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 21: 158-162.
28. Erdoğan A.(2014) Yoğun bakım ünitelerinde beyin ölümünün teşhisi. Med J SDU / SDÜ Tıp Fak Dergisi, 21: 158-162.
29. Ergün YA, Demir H, Sağnak N (2007) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları ile İlgili Çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11: 102– 113.
30. Escudero D, Valentin MO, Escalante JR (2015) Intensive Care Practices in Brain Death Diagnosis and Organ Donation. Anaesthesia, 70: 1130-1139.
31. Eti Aslan F, Olgun N(2016) Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguları Yönetimi. Birinci Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, s: 3-11.
32. Görüş S, Taşcı S, Özkan B et al (2017) Effect of Terminal Patient Care Training on the Nurses' Attitudes Toward Death in an Oncology Hospital in Turkey. J Cancer Education, 32: 65-71.
33. Guido LA, , Linch GFC, Andolhe RA, Conegatto CC, Tonini CC (2009) Stressors In The Nursing Care Delivered To Potential Organ Donors. Rev Latino-am Enfermagem, 17: 1023-1029.
34. Günerli A, Küçükğüçü S (2003) Beyin Ölümü. Editör: Şahinoğlu H. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2.Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, s:881-890.

35. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H (2011) Öğrenci Hemşirelerin Terminal Dönem Hasta Sorunları Hakkındaki Görüşleri: Hemşirelik Girişimleri, Hasta Hakları Ve Etik Sorunlar Kapsamında Bir İnceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 4: 2-12.
36. Harvard Kriterleri. Diagnosis of Brain Death. Statement issued by the Honorary Secretary of the Conference of Medical Royal Collages and their Faculties in the United Kingdom on 11 October 1976. Br Med J, 2: 1187-1188.
37. Hetzendorfer R (2009) The Pastoral Counselling Handbook A Guide To Helping Hurting. 1.Edition, Beacon Hill Press, Kansas City, s.178.
38. Hinderer KA (2013) Reactions to Patient Death. Dimensions Critical Nurses, 31: 252-259.
39. Hosseinrezaei H, Pilevarzadeh M, Amiri M et al (2014) Psychological Symptoms in Family Members of Brain Death Patients in Intensive Care Unit in Kerman, Iran. Global Journal of Health Science, 6: 203-208.
40. Hot İ, Dirican A, Doğan H (2009) Hemşirelerin Beyin Ölümüne Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 17: 97-106.
41. Hökelekli H (1992) Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derneği, 4: 57-98.
42. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A (2008) Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients.Palliat Support Care, 6: 463-469.
43. Işık AE(2008). Ölümüne karşı tutum ölçeği'nin Türk toplumu için Geçerlik ve Güvenilirliği. Yüksek lisans tezi. Danışman Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
44. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y (2009) Ölümüne Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 28-43.
45. Işıl Ö, Karaca S (2009) Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2: 82-87.
46. İskit TA (2007). Yoğun Bakım Hastası Kimdir?. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 7: 9-10.
47. Kahveci, E. (2015). Donör Tespiti ve Klinik Değerlendirme, Beyin Ölümünden Organ Nakline. Editör: Kahveci E, Bozoklar CA, Topçuoğlu MA.: Türkiye Organ Nakli Vakfı, Ankara, s. 65-89.
48. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA(1994) Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 7th edition, Williams and Wilkins, Baltimore, s.25-30.
49. Karadakovan AE, Aslan F (2014) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.Baskı Akademisyen Tıp Kitapevi, Yenişehir-Ankara. S:211-219.
50. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L (2012) Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21: 42-79.
51. Karaman A (2015). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Beyin Ölümü Gerçekleşen Hasta Ailelerini/Yakınlarını Organ Bağışına Yönlendirmedeki Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof.Dr.Neriman Akyolcu. İstanbul.

52. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F (2009) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51: 168-173.
53. Kaya N, Kaya H, Turan Y, et al (2011) Nursing activities in intensive care units in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17: 304-14.
54. Kayaoğlu K, Ekinci M (2016) Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen Ölüm Kaygısı Ve Etkileyen Faktörler Uluslararası Hakemli Psikiyatri Ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi, 5: 21-36.
55. Kentish-Barnes N, Duranteau J, Montlahuc C et al (2017) Clinicians' Perception and Experience of Organ Donation from Brain-Dead Patient. *Critical Care Medicine*, 45: 1489-1499.
56. Keshtkaran Z, Sharif F, Navab E et al (2016) Lived Experiences of Iranian Nurses Caring for Brain Death Organ Donor Patients: Caring as "Halo of Ambiguity and Doubt". *Global Journal of Health Science*, 8: 281-292.
57. Kesici S, Aydın DT (2017) Beyin Ölümü. Editör: Sarıhasan B, Madenoğlu Ş, Şatırlar ÖZ, Nöroanestezi. 1. Baskı, MGrup Matbaacılık, Kayseri, s: 419-429
58. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D (2006) Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: instrument development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 571-582.
59. Koku F, Ateş M (2016) Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Deneyim ve Tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3: 99-104.
60. Köse S, İnal Tunalı B, Yıldırım G (2019) Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23: 9-17.
61. Kumar L (2016) Brain death and care of the organ donor. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 32: 146-152.
62. Kumaş G (2005) Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof. Dr. Z.Nazan Alparslan. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
63. Lange M, Thom B, Kline NE (2008) Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35: 955-959.
64. Lemes M, Bastos M (2007) The maintenance care of potential organ donors: ethnographic study on the experience of a nursing team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15: 986-991.
65. Lima CSP, Batista ACO, Barbosa SFF (2013) Perceptions of the nursing team in the care of the patient in brain death. *Rev Eletr*, 15: 780-789.
66. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM (2018) Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39: 1-9.
67. Manzari ZS, Mohammadi E, Heydari A et al (2012) Exploring the Needs and Perceptions of Iranian Families Faced with Brain Death News and Request to Donate Organ: A Qualitative Study *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 3: 92-100.
68. Masoumian Hoseini SS, Manzari Z, Khaleghi I (2015) ICU Nurses' Knowledge, Attitude and Practice Towards their Role in the Organ Donation Process from Brain Dead Patient and Factors Influencing it in Iran. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 6: 105-113.

69. Menekli T, Fadiloğlu  (2014) Hemşirelerin lm Algısının ve Etkileyen Faktrlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17: 222-229.
70. Mohandas A, Chou SN (1971) Brain death. A Clinical and pathological study. J Neurosurgical, 35: 211-218.
71. Moqhaddam HY, Pouresmaeili A, Manzari ZS (2018) Analysis of the Reasons for Nurses' Confusion in Relation to the Concept of Brain Death from Clinical and Legal Points of View. Electron Physician 10: 6868-6876.
72. Naar M, etinkaya, F, Kanyılmaz D et al (2001). Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Aılları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 10: 123-128.
73. Odachi R, Tamaki T, Ito M et al (2017) Nurses' Experiences of End-of-Life Care in Long-term Care Hospitals in Japan: Balancing Improving the Quality of Life and Sustaining the Lives of Patients Dying at Hospitals. Asian Nursing Research, 11: 207-215.
74. nsz SB (2013) Yoğun Bakım Hemşirelerinin lme Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof. Dr. Mahire Olcay am. Ege Üniversitesi, İzmir.
75. Özbayır T, Taşdemir N (2017) Organ Nakli Hemşiresinin Sorumlulukları, Organ Nakli Hemşireliği. Editör: Çevik C, zyrek P. Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 105-114.
76. zbek Yazıcı S, Orun Kavak H, Kaya E et al (2015) Hemşirelik ğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusunda Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. MAK Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3: 66-76.
77. Özçetin A (2000) Diyarbakır Bölgesinde Yas ve Din ilişkisi. Düşünen Adam, 13: 12-18.
78. zdemir K (2014) Yoğun Bakım Hemşirelerinde Görülen lm Kaygısı. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
79. Özden D, Karagözoğlu ř, Tel H et al (2012) Yoğun Bakım nitesinde alışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 1-10.
80. Özel F, Durmaz Akyol , Sağıt B (2011) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları ile İlgili Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 15: 51-60.
81. Özer Z, Yıldırım D, Bölüktaş R (2015) Hemşirelik ğrencilerinin ölüme Karşı Tutumları. Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2: 1-13.
82. Pirat A, Zeyneloğlu P (2015) Donör Bakımı, Beyin lmnden Organ Nakline. Editör: Kahveci E, Bozoklar CA, Topçuoğlu MA. 1. Baskı, Türkiye Organ Nakli Vakfı, Ankara, s.117-136.
83. Prieto L (2011) Introduction to the Special Section on Grief, Loss and bereaement. Journal of Mental Health Counseling, 33: 1-3.
84. Sabancı PA, Karasu A, Karadereler S et al (2008) Beyin lm Tanısı. Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi, 1: 81-85.
85. Santrock JW (2014) Life-Span Development (Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi).eviren: Prof.Dr.GalipYksel 13.baskı, Nobel Yayınevi, Ankara, s:620-641.

86. Sönmez Benli S, Yıldırım A (2017) Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölümüne Karşı Tutum Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6: 167-179.
87. Spinello IM (2015) Brain death determination. Journal of Intensive Care Medicine, 30: 326-337.
88. Sprung CL, Truog RD, Randoll Curtis J (2014) Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 190: 855-866
89. Swansburg RC, Swansburg R (2006) Introduction to management and leadership for nurse managers. 3rd edition, Performance appraisal, Boston, p: 599-602.
90. Tanhan F, İnci FA (2009) Ölüm Eğitimi. 1.Baskı, Pegem Akademi, Ankara, s:11-125.
91. Tarhan M, Dalar L, Yıldırımöğlu H et al (2013) Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ve Nakli ile İlgili Tutumları ve Sosyal Profilleri Arasındaki İlişki. Bakırköy Tıp Dergisi Journal of Bakırköy, 9: 152-158.
92. TC Sağlık Bakanlığı İl Koordinasyon Birimi, 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (3. 6. 1979-16655). Erişim tarihi: 12.04.2019 <https://ilkoordinasyonweb.saglik.gov.tr/TR,5406//2238-sayili-organ-ve-doku-alinmasi-saklanmasi-asilanmasi-ve-nakli-hakkinda-kanun-361979---16655.html>
93. TC Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011), T.C. Resmi Gazete, 27910, 19 Nisan 2011. Erişim tarihi: 12.04.2019 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonnetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>
94. TC Sağlık Bakanlığı, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53), Güncellenme Tarihi: 08/ 11/ 2016. Erişim Tarihi:13.12.16 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>
95. TDK beyin ölümü tanımı. Erişim Tarihi:28.12.17 http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=veri_tbn&kelimesec=42913
96. Tekin V (2017) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı. Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Ulviye Günay. Yüksek Lisans Tezi. İnönü üniversitesi, Malatya.
97. Tepehan S, Elmas İ (2016) Beyin Ölümü Tanısı Almış Hastalarda Tıbbi Desteği Kesme Kararı ve Bu Konudaki Yetki Sorunu. Bakırköy Tıp Dergisi/Medical Journal of Bakırköy, 12: 207-212.
98. Terkeş N, Çelik F, Taşdelen F et al (2018) Yoğun bakımda Çalışan Hemşirelerin Gelişen Teknolojiyi Kullanma Durumlarının Teknolojiye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 22: 1-9.

99. Tripaty S, Routray PK, Mishra JC (2017) Intensive Care Nurses' Attitude on Palliative and End of Life Care. *Indian J Crit Care Med*, 21: 655-659.
100. Turkish Neurological Society - Diagnostic Guidelines for Brain Death. *Turk J Neurol*. 2014; 20(3): 101-104.
101. Utku T (2007) Beyin Ölümü ve Organ Donör Bakımı. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 5: 61-68.
102. Uyer G. Hemşirelik ve yönetim. Birinci Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, s. 118-139.
103. Ünal S, Elyas Z, Kaya Y et al (2010) Sağlık Personelinin Beyin Ölümü ve Organ Bağışıyla İlgili İnanç Ve Tutumları. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20: 389-400.
104. Üzen Ş, Karabacak Ü, Doğu Ö et al (2015) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun bakım Hemşireliği Dergisi*, 19: 15-20.
105. Wahlster S, Wijdicks E, Patel PV. et al (2015) Brain death declaration Practices and perceptions worldwide. *American Academy of Neurology*, 84: 1870–1879.
106. Wang L, Chen J, Du Y et al (2017) Factors Influencing Chinese Nursing Students' Attitudes Toward the Care of Dying Patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19: 343-350.
107. Wessel E, Rutledge DN (2005) Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying: Effects of Palliative Care Education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7: 212-218.
108. White G (2003) Intensive care nurses' perceptions of brain death. *Australian Critical Care*, 16: 7-14.
109. Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, et al (2010) Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74: 1911–8.
110. Wong P, Reker G, Gesser G (1994) Death Attitude Profile–Revised. In *Death Anxiety Handbook*, DC: Taylor & Francis, Washington, 120–144.
111. World Health Organization. Erişim tarihi: 03. 03. 2018 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
112. World Health Organization. Dünyadaki Ölüm Sebepleri. Erişim Tarihi: 03.03.2018 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
113. Yağdı T, Nalbantgil S, Engin Ç et al (2004) Kalp Transplantasyonunda Donör Bakımı. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4: 339-345.
114. Yıldız M (2009) Yas Süreciyle Başa Çıkmada Dinsel inanç ve Uygulamaların Rolü. *Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi*, Nisan: 150-155.
115. Yılmaz AH (2016) Türklerde Ölüm Anlayışının Çağdaş Türk Resminde Gösterge Bilimsel Açıdan İncelenmesi. *İdil Dergisi*, 5: 249-274.
116. Yılmaz E, Vermişli S (2015) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *CBU-SBED*, 2: 41-46.
117. Yılmaz S, Şahin E (2017) Organ Nakli Tarihçesi, Organ Nakli Hemşireliği. Editör: Çevik C, Özyürek P. Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 8-11.
118. Yılmaz Ulusoy T (2017). Organ Nakli Tarihçesi, Organ Nakli Hemşireliği. Editör: Çevik C, Özyürek P. Birinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 69-37.
119. Yiğit R (1998) Hasta ve Ailesine Ölümle Baş etmelerinde Yardım Etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2: 9-15.
120. Yörük S, Türkmen H, Yalnız H et al (2016) Gebelikte Yas, Kayıp ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6: 207-212.

121.Zaybak A,Erzincanlı S (2016) Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 6: 16-29.

7.SİMGE VE KISALTMALAR

AAN: Amerika Nöroloji Birliği
ACTH: Adrenokortikotropik hormon
ANOVA: Tek Yönlü Varyans analizi
EEG: Elektroensefalik grafik
GKS: Glaskow Koma Skalası
HELLP sendromu: Hemolitik anemi, artmış karaciğer enzimleri, trombositopeni ile seyreden gebelik hastalığı
KK: Kaçış Kabullenme
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÖKÖK: Ölümden Korkma ve Ölümden Kaçış
ÖKTÖ: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SML: Sağlık Meslek Lisesi
SUAM: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
SVO: Serebrovaskülerolay
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TDK: Türk Dil Kurumu
TKYK: Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme
TND: Türk Nöroloji Derneği
TSH: Tiroit stimüle edici(uyarıcı) hormon
TODS: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi
USG: Ultrasonografi
VAS: Görsel Analog Skala
WHO: World Health Organization(Dünya Sağlık Örgütü)
YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

8.EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli katılımcı;

Sizi "*Üçüncü basamak YBÜ'da çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler*" başlıklı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelere ait genel bilgiler ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde ise sizin ölüme karşı duygularınız ve hislerinizi değerlendiren sorulardan oluşmaktadır (32 madde)

Sizden anket formundaki soruları eksiksiz biçimde doldurduktan sonra size verilmiş olan zarfa kapalı bir şekilde koyarak teslim etmenizi rica ediyoruz.

Her soruya vereceğiniz samimi cevaplar çalışmanın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve sonlandırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Değerli katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Tuğba Kıra

Doç.Dr. Neriman Akansel (danışman)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 25.11.2016
Form No : 2016-20/26

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİ FORMU

Çalıştığınız hastane.....

1. Yaşınız :.....

2.Cinsiyetiniz : 1.Kadın 2.Erkek

3.Medeni durumunuz: 1.Evli 2. Bekar 3.Diğer (Boşanmış/ dul)

4. Varsa çocuk sayınız :.....

5.Mezun olduğunuz okul:

- 1.Sağlık meslek lisesi
- 2.Ön lisans
- 3.Lisans
- 4.Yüksek lisans
- 5.Doktora

6. Hemşirelik mesleğini ne kadar süredir yapıyorsunuz?..... ay/yıl

7.Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? 1. Evet 2.Hayır

8 Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz?ay/yıl

9. YBÜ de çalışmayı seviyor musunuz? 1. Evet 2.Hayır

10. Son bir-iki yılda birinci derece bir yakınınızı kaybettiniz mi?

1.Evet.....(yakınlık derecesi) 2.Hayır

11.Bir yılda tahmini olarak kaç hastanın ölümüne tanıklık ediyorsunuz? hasta

12.Bir yılda tahmini olarak kaç hastanın beyin ölümüne tanıklık ediyorsunuz?..... hasta

13.Ünitenizde beyin ölümü gerçekleşen hastalar hakkında genel olarak ne düşünüyorsunuz? Bir iki cümle ile açıkla mısınız?

.....
.....
.....

14.Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken ne hissediyorsunuz ya da düşünüyorsunuz?

.....
.....
.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 29.11.2016
Karar No : 2016-20/26

15. Kendinizde beyin ölümü gerçekleşse sizinle ilgili nasıl bir karar verilmesini istersiniz?

.....
.....
.....

Aşağıda sizin beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadığınız güçlüklerle ilişkin ifadelerde size en uygun olan rakamı işaretleyiniz.

16. Beyin ölümü gerçekleşen hastaya bakım verirken genel olarak yaşadığınız güçlüğü tanımlayan rakam nedir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Oldukça fazla

17. Beyin ölümü gerçekleşen hastalarda tıbbi uygulamaların devam etmesi (antibiyotik vb. ilaçlar, enteral/parenteral beslenmenin sürdürülmesi) sizce ne kadar anlamlıdır?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Oldukça fazla

18. Beyin ölümü gerçekleşen hastanın öz bakım uygulamalarını (ağız bakımı, genel vücut bakımı, perine bakımı...) yapmak sizin için ne kadar zor oluyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç zor değil Oldukça zor

19. Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarıyla iletişim kurmada ne derece güçlük yaşıyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Oldukça fazla

20. Beyin ölümü gerçekleştiği düşünülen hastalara uygulanan prosedürlere dahil olmak sizin için ne kadar güç?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç Oldukça fazla

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 25.11.2016
No : 2016-20/26

İKİNCİ BÖLÜM

Bu tablo sizin ölümle ilgili duygularınızı, hislerinizi ifade edebileceğiniz 7 ayrı sütundaki cevaplardan oluşan bir ölçektir. Her bir soru için tek bir kutucuk işaretlenmelidir. Ölçeğin geçerlilik ve güveninin sağlanması için soruları lütfen boş bırakmayınız.

	tamamen katılmıyorum	katılmıyorum	biraz katılmıyorum	kararsızım	biraz katılıyorum	katılıyorum	tamamen katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.							

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 29.11.2016
Karar No : 2016-20/26

	tamamen katılmıyorum	katılmıyorum	biraz katılmıyorum	kararsızım	biraz katılıyorum	katılıyorum	tamamen katılıyorum
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınıyorum.							
20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm ne yaşamın bir parçasıdır ne de değildir.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir							

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 25.11.2016
Karar No : 2016-20/26

EK 2: ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

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

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

EK 3: ETİK KURUL VE ULUDAĞ SUAM İZİNİ



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 52588837-000/ **S13**
Konu : Etik Kurul kararı

12/11/2016

Sayın Doç.Dr.Neriman AKANSEL
Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz “Üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalarla bakım verirken yaşadıkları güçlükler” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 29 Kasım 2016 tarih ve 2016-20/26 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa HAKIMMUSTAFAOĞLU
Kurul Başkanı

EKLER:
1-Karar (1 adet)
2-BGO formu (1 adet)
3-Anket formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Neriman Akansel			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Tuğba Kıra			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Çekirge Devlet Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılan araştırma			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	15.12.2016 / 3 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	178			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	17.11.2016	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.11.2016	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.11.2016
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.11.2016
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.11.2016
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (21.11.2016), AD izin yazısı, sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölümüne karşı tutumları ve beyin ölümü gerçekleşen hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükler
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Karar No : 2016-20/ 26	Tarih : 29 Kasım 2016
-------------------------------	------------------------------

KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.
	1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, ancak çalışmanın yapılacağı ilgili kurumlardan alınacak izin yazılarının kurulumuza iletilmesinden sonra çalışmaya başlanılmasına, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
-----------------------------------	---------------------------------

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Derste
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLİK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER KAFKA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

*:Toplantıda Bulunma

EK 4: KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
27.01.2017 17.45 - 88553808 - 774.99 - E.2495
0003271810

Sayı : 88553808-774.99
Konu : Tuğba KIRA'nın Yüksek Lisans Tez
Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba KIRA'nın "Üçüncü Basamak Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi ve Çekirge Devlet Hastanesinde uygulama yapabilmesi için Genel Sekreterliğimizin 27.01.2017 tarih ve 2392 sayılı Makam Oluru Ek'te sunulmuştur.

Ayrıca yapılacak çalışmanın, Tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı (3 sayfa),
- 2- Etik Kurul Kararı (2 sayfa),
- 3- Tez Projesi Formu ve Ekleri (4 sayfa),
- 4- Araştırmacı ve Araştırmaya Ait Belge (2 sayfa),
- 5- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (2 sayfa),
- 6-Makam Oluru (1 sayfa).

Dağıtım:

Bursa Devlet Hastanesi
Bursa Çekirge Devlet Hastanesi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ALCAN
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
27.01.2017

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer BURSA

Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan@sağlık.gov.tr İnt. Adres: F. DOĞAN Tel: 0 224 6002300-1152

F. Posta: Fatma Dogan@sağlık.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 816,26'de da:59-4377-8231-1-48bc8302a4 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Fatma DOĞAN

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0224 600 33 00 / 1152

EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: YURDANUR DİKMEN <dikmen@sakarya.edu.tr>

Tarih: 23 Mart 2017 13:20

Konu: Re: Ölüme Karşı Tutum ölçeğini

Alıcı: NERİMAN AKANSEL <nakansel@uludag.edu.tr>

Sayın Akansel

Planladığınız çalışmanızda Ölüme Karşı Tutum Ölçeğini kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. Takıldığınız bir nokta olursa her zaman yazabilirsiniz. Sonuçları bizimle de paylaşsanız seviniriz.

İyi çalışmalar dilerim.

22 Mart 2017 13:04 tarihinde NERİMAN AKANSEL <nakansel@uludag.edu.tr> yazdı:

Değerli Hocam,

Hemar-G dergisinde yayınlanan makalenizde geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Ölüme Karşı Tutum ölçeğini bir çalışmamızda kullanmak istiyoruz.

Bu konuda onayınız olursa sevinirim.

Saygılarımla

9.TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli fikir ve katkılarından, gösterdiği sonsuz sabır, anlayış ve desteklerinden ötürü danışman hocam Sayın Doç. Dr. Neriman Akansel'e teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmama yoğun iş temposuna rağmen katılım sağlayan sevgili meslektaşlarım ve Çekirge Devlet Hastanesi Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan ekip arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, bana karşı olan sevgisini ve desteğini hep üzerimde hissettiğim eşim Aydın Özhan' a, beni bugünlere getiren ve başarılarımdaki katkılarından dolayı annem, babam ve kardeşime teşekkürlerimi sunarım.

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

İsim: Tuğba Kıra Özhan

Doğum Yeri: Elazığ

Doğum Tarihi: 01.10.1993

Öğrenim Durumu

2007-2011: Bursa Sedat Karan Anadolu Lisesi

2011-2015: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Bölümü

2013-2015: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı (Ön lisans)

2015-2019: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans

Mesleki Denevım

Ağustos-Eylül 2015: Bursa Çekirge Devlet Hastanesi 2. Basamak Genel Yoğun Bakım Ünitesi

Ekim 2015-halen: Bursa Çekirge Devlet Hastanesi 3. Basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi

Yayınlar

1. Kıra T. Akansel N.(2019) Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hastalarla İle İletişimlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Journal of Human Sciences,16(2), 635-647.
2. Kıra T., Özdemir Arslan E, Yüksel Kaçan C. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Göğüs Fizyoterapisi Hakkındaki Bilgi Ve Davranışlarının İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2019;23(1):18-26.
3. Kıra T. Akansel N.(2018) Determination of the Factors Influencing Communication with Patients Among Nurses Working in Third Level ICU. 2nd International Congress on Nursing. İstanbul.(Sözel Bildiri)
4. Sevim B, Arslan E, Babacan D, Kıra T., Yüksel Kaçan C.(2018) Investigation Of The Level Of Behavior About Chest Physiotherapy Among Nurses Working In Anesthesia And Reanimation Intensive Care Unit.) 2nd International Congress on Nursing. İstanbul.(Sözel Bildiri)
5. Arslan E, Kıra T., Babacan D, Sevim Çal B, Yüksel Kaçan C.(2018) anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin göğüs fizyoterapisi hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. Ankara.(Poster sunum)
6. Kıra T., Sevim B.(2017) Hemşirelikte Branşlaşma. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara. (Poster sunum)
7. Sevim B, Kıra T.(2017) Hemşirelikte Profesyonellik. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara. (Poster sunum)