



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ACİL SERVİSTE ÖLÜM HABERİ VERME SIRASINDA
HASTA YAKINLARININ TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. Tufan YILDIRIM
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Behçet AL**

ŞUBAT- 2016


TEZ ONAY SAYFASI

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

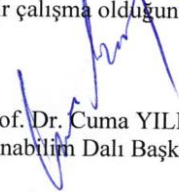
TEZİN ADI:
ACİL SERVİSTE ÖLÜM HABERİ VERME SIRASINDA HASTA YAKINLARININ TEPKİLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI

Dr. Tufan YILDIRIM
25.02.2016

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı


Prof. Dr. Levent ENBEYLİ
Tıp Fakültesi Dekanı






Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.


Prof. Dr. Cuma YILDIRIM
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Prof. Dr. Behçet AL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cuma YILDIRIM 
2. Prof. Dr. Behçet AL 
3. Doç. Dr. Selim BOZKURT 
4. Doç. Dr. Suat ZENGİN 
5. Doç. Dr. Şevki Hakan EREN 

**T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ACİL SERVİSTE ÖLÜM HABERİ VERME SIRASINDA
HASTA YAKINLARININ TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. Tufan YILDIRIM
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Behçet AL**

ŞUBAT-2016

I. ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince asistanı olmaktan her zaman gurur duyduğum, eğitim gördüğüm yıllar boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Cuma YILDIRIM'a, tez danışmanım ve ayrıca eğitimim üzerinde teorik ve pratik katkısı, kişisel gelişimimde desteği ve rolü çok büyük olan, bundan sonra da her zaman yanımda olacağını bildiğim hocam Sayın Prof. Dr. Behçet AL'a, her konuda yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Suat ZENGİN'e, tez çalışmalarım süresince hep yanımda olan değerli asistan arkadaşlarıma, asistanlığım süresince beraber çalıştığım hemşire ve personel arkadaşlarıma ve benim bugünlere gelmemi sağlayan canım aileme ve son olarak da mutluluk kaynağım, kızım Zeynep Roza'ya ve annesi Ceren YILDIRIM'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Tufan YILDIRIM
GAZİANTEP-2016

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ölümün Tanımı	3
2.2. Ölüm Karşısında Tutumlar	4
2.2.1. Ölümü Kabullenmeme	5
2.2.2. Yas Tutma	6
2.3. Kardiyopulmoner Arrest ve Resüsitasyonun Tanımı	6
2.4. Resüsitasyonun İzlenmesi	7
2.5. Acil Servis ve Tanımı	7
2.6. Kötü Haberin Tanımı	8
2.7. Kötü Haber Vermek Neden Zordur?	9
2.8. Kötü Haber Vermede Genel Prensipler	10
2.8.1. Kim Söylemeli?	10
2.8.2. Ne zaman Söylenmeli?	11
2.8.3. Nerde Söylenmeli?	11
2.8.4. Kimler Bulunmalı?	12
2.8.5. Nasıl Söylenmeli?	12
2.9. Şiddet Kavramı	21
2.10. Şiddetin Nedenleri	23
2.10.1. Biyolojik Faktörler	24
2.10.2. Psikolojik Faktörler	24

2.10.3. Sosyolojik Faktörler	25
2.11. Şiddet Çeşitleri	26
2.11.1. Fiziksel Şiddet	26
2.11.2. Sözel Şiddet	27
2.11.3. Psikolojik Şiddet	27
2.11.4. Cinsel Şiddet	27
2.11.5. Irkçı Taciz	28
2.12. Sağlık Kurumlarında Şiddet	28
2.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Temel Nedenleri	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	33
3.2. Evren ve Örneklem	34
3.3. Hasta Seçimi	36
3.4. Grup Oluşturulması	37
3.5. Tepkileri Toplama, Ölçme ve Sonuçların Karşılaştırılması	37
3.6. Forma Kayıt Edilen Bilgiler	37
3.7. Verilerin Analizi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	66

III. ÖZET

ACİL SERVİSTE ÖLÜM HABERİ VERME SIRASINDA HASTA YAKINLARININ TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI

Dr. Tufan YILDIRIM
Uzmanlık Tezi, Acil Tıp Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Behçet AL
Şubat-2016, 79 Sayfa

AMAÇ: Bu çalışmada kontrol gruplar oluşturularak acil serviste kötü haber verme sırasında hasta yakınlarının tepkilerini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma Mayıs 2014 ve Şubat 2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı tarafından yürütülmüştür. Kötü haber karşısında hasta yakınlarının tepkilerini değerlendirmek için Gaziantep Üniversitesi Hastanesi acil servisinde vefat eden hastalar ve yakınları grup 1; Gaziantep Dr. Ersin Arslan ve Şehitkamil Devlet Hastanesi acil servislerinde vefat eden hastalar ve yakınları grup 2 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows sürüm 22,0 paket programı kullanılmış ve $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya her gruptan 100 vaka olmak üzere toplam 200 vaka alınmıştır. Vakaların %34'ü kadın, %66'sı erkek idi. Her iki grupta en fazla arreste neden olan hastalık (%29,5) trombüs (MI ve pulmoner emboli) idi ($p=0.002$). Her iki grupta da ölümlerin çoğunluğu (%75,5) beklenmeyen ölümler olarak kayıt edilse de üniversite hastanesinde beklenen ölümlerin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.024$). Üniversite hastanesinde arrest öncesi hastanın arrest olabileceği bilgisi daha yüksek oranlarda hasta yakınlarına verilmişti ($p=0.011$). Arrest olayını duyduktan sonra hasta yakınları grup 2'de daha fazla sayıda tepki göstermişlerdir ($p=0.001$). Grup1'de (KPR) sırasında hasta yakınlarına resüsitasyon odasında hastaları gösterilerek bilgi verme durumu daha yüksek idi ($p=0.001$). Grup 2'de hasta yakınları KPR sırasında hastalarını görmek için daha çok fiziksel şiddet uygulanmıştır ($p=0.001$). Ölüm haberi karşısında grup 1 de hastaların çoğu (%60) sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2 de genellikle birden fazla sayıda (%40) tepki göstermişlerdir ($p=0.001$).

SONUÇ: Üniversite hastanesinde tanıklı arrest oranı, arrest öncesi hasta yakınlarına bilgi verme oranı, KPR sırasında hasta yakınlarına hastayı resüsitasyon odasında göstererek bilgi verme oranı ve sayısı daha yüksekti. Devlet hastanelerinde kötü haber karşısında hasta yakınlarının tepki verme oranları daha yüksek idi.

Anahtar kelimeler: Kötü haber, Arrest hasta, Hasta yakınları, Tepki, Acil servis.

IV. ABSTRACT

EVALUATING THE FACTORS THAT AFFECT THE REACTION OF PATIENT'S RELATIVES WHILE GIVING THE DEATH NEWS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Dr. Tufan YILDIRIM

Residency Thesis, Department of Emergency Medicine

Supervisor: Prof. Dr. Behçet AL

February-2016, 79 Pages

OBJECTIVE: The factors that affect the reaction of patient's relatives while giving the death news in emergency department was evaluated in present study by using control groups.

MATERIAL AND METHOD: The study was constructed by Emergency Department of Medicine School, Gaziantep University between May 2014 and February 2015. To evaluate the factors that affect the reaction of patient's relatives while giving the death, patients died and their relatives in ED of Gaziantep University was detected as group 1, and patients died and their relatives in Dr. Ersin Arslan and Şhitkamil State Hospitals were detected as group 2. SPSS Windows version 22,0 packet program was used for statistical analysis, and $P < 0.05$ as accepted statistically significant

FINDINGS: Every group included 100 patients. Of cases, 34% was female, and 66% was male. Thrombosis was the most common (29.5%) disorders that caused death in both ($p = 0.002$). The most common deaths (75.5%) were unexpected; but expected deaths were more common in university hospital ($p = 0.024$). The information of the patients who had a possibility of death was given higher in group 1 ($p = 0.011$). After hearing break news, the relatives in group 2 reacted much more ($p = 0.001$). In university hospital the majority of information was given in resuscitation room by showing the patient ($p = 0.001$). The relatives showed much more violence during CPR in group 2 ($p = 0.001$). While hearing the break news 60% of relatives in group 1 reacted by crying. Relatives in group 2 showed more than one reaction ($p = 0.001$).

CONCLUSION: The ratio of witnessed arrest, giving information to the relatives just before death, showing the patients to their relatives in resuscitation room while continuing the CPR was higher. The relatives' reactions against break news were more common in states hospitals.

Keywords: Break news, Arrest patient, Relative, Reaction, Emergency department

V. KISALTMALAR

KPR:	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
KPA:	Kardiyopulmoner Arrest
USG:	Ultrasonografi
MI:	Miyokard Infarktüsü
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SVO:	Serebrovasküler Olay
VF:	Ventriküler Fibrilasyon
VT:	Ventriküler Taşikardi
AHA:	Amerikan Kalp Derneği
DM:	Diabetes Mellitus
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
TR:	Tanımlı Resüsitasyon

VI. TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. Başvuru haline göre cinsiyet durumu	39
Tablo 2. Hastaların mevcut hastalıkları ve arrestte neden olan durumların gruplara göre dağılımları	40
Tablo 3. Hasta yakınlarının sayısı ve yakınlık dereceleri	41
Tablo 4. KPR süresinin gruplara göre dağılımı	41
Tablo 5. KPR süresince hasta yakınlarının bilgilendirme sıklığının gruplara göre dağılımı	42
Tablo 6. KPR öncesi hasta yakınlarının verdikleri ilk tepkilerin gruplara göre dağılımı	42
Tablo 7. KPR sırasında hasta yakınlarının verdikleri tepkilerin gruplara göre dağılımı	43
Tablo 8. Ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının ilk tepkileri	43
Tablo 9. Grup 1’de yakınlık derecesine göre hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında ilk tepkilerinin karşılaştırılması	45
Tablo 10. Grup 2’de yakınlık derecesine göre hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında ilk tepkilerinin karşılaştırılması	46

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ölüm, insanların yaşamında başa çıkmak zorunda kaldıkları en önemli olaylardan birisi olup, yaşayan tüm organizmaların paylaştıkları evrensel bir olgudur (1). KPR ise spontan solunum ve kalp fonksiyonlarının tekrar kazanılma çabası olarak tanımlanabilir (2). Seçilen aile üyelerinin resüsitasyon boyunca odada bulunmalarına fırsat verilmesi ve takım içinde belirlenmiş personelin onların sorularına cevap vermesi arrest boyunca ve resüsitasyonun sonlandırılması sonrası aileye duygusal destek sağlanmasına neden olabilir (3, 4).

Kötü haber, bir bireyin bakış açısını olumsuz biçimde çok fazla etkileyen ve geleceğe bakış açısını değiştiren haber olarak tanımlanmaktadır (5). Kötü haber verme bir hekimin meslek yaşamında kaçınamayacağı bir durumdur. Kötü haberi veren hekim ya da sağlık çalışanı hasta için kötü olan haberi iyi gibi gösteremez, bu mümkün ve zaten gerekli değildir. Ancak mümkün olan ve gereken, bu bilgiyi desteklemek ve insanca iletmek, paylaşmaktır (6)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, bireyin kendisine, başkasına, bir gruba yahut topluma karşı fiziksel gücünü istemli bir şekilde kullanması yahut tehdit etmesi ve bunun neticesinde yaralanma, ölüm, psikolojik açıdan zarar görme, gelişiminin negatif yönde etkilenmesi veya tükenme durumunun ortaya çıkabilmesi olarak tanımlamakla birlikte şiddet doğuştan ya da sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüleri olarak farklı şekillerde tüm ırk ve kültürlerde, sürekli olarak var olan, niteliği ve niceliği sosyal değişim süreci ile yakın ilişkili olan ve başkalarına karşı fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermeye yönelik yıkıcı, yok edici, kabul görmeyen davranışlar olarak tanımlanmakta ve oldukça yaygın önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (7, 8, 9).

Oldukça geniş bir çalışan grubunun bulunduğu sağlık kurumları en fazla şiddet olayının görüldüğü iş alanları arasında yer almaktadır (10). Sağlık kurumunda şiddet ise;

hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit veya fiziksel saldırıdır (11, 12). Her bir sağlık çalışanı da potansiyel birer kurban adayıdır (13).

Sağlık kurumlarında özellikle de acil servislerde şiddet riskinin artmasına neden olan farklı faktörler söz konusu olup bunlar: 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile bireylerinin varlığı, uzun bekleme süreleri (14,15), çok sayıda muayene yapılması ve testler istenmesi, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması (16), hastalara (17, 18), hemşirelere (19, 20), diğer sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına ait kişisel özellikler (21, 22) ve bunun yanı sıra işlerin yoğun fakat bunu karşılayacak olan personel sayısının az olması, oldukça kalabalık bir ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddet ile mücadele hususunda eğitim yetersizliği, güvenlik personeli sayısının azlığı, şiddete karşı yasalarda bir sınırlamanın olmaması gibi faktörler şiddet riskini artırıcı faktörler arasında yer almaktadır (23). Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmaların büyük bir kısmında sağlıkta şiddet olaylarının en çok acil servislerde meydana geldiği belirtilmiştir. (24, 16, 3).

Sağlıkta şiddet olayları önemli bir sorun haline gelmiş olup sadece sağlık çalışanlarının değil, medyanın, araştırmacıların ve sağlık organizasyonların da ilgi odağı olmuştur (25). Toplum, genel olarak şiddet olaylarını onaylamamakla beraber, şiddet gören sağlık çalışanlarına akut dönemde yardımı ve mağduriyetine desteği çok azdır (%18) (26). Hatta özellikle doktorlara yapılan tüm şiddetler, az sayıda da olsa toplumun bir kesimi tarafından takdir görmektedir (27).

Araştırmalar göstermiştir ki şiddete başvurma her alanda yaygın bir sorun haline gelmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi şiddetin en fazla görüldüğü kurumların başında devlet hastaneleri özellikle de acil servisler gelmektedir. Literatüre bakıldığında ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının tepkilerini değerlendiren özellikli bir çalışmanın yapılmadığı görülmektedir. Bu çalışmada; kontrol gruplar oluşturularak acil serviste ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının tepkileri ve bu tepkileri olumlu ya da olumsuz yönde değiştiren faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ölümün Tanımı

Ölüm, insanların yaşamında başa çıkmak zorunda kaldıkları en önemli olaylardan birisi olup, yaşayan tüm organizmaların paylaştıkları evrensel bir olgudur. Ölüm, emosyonel yaşamımızı, kişisel acılarımızı biçimlendiren, koşulları ve durumları açıklayan bir olgu olarak yaşanır (1).

Ölüm ve yaşam birbirinden çok farklı kavramlar olarak görünse de kimi görüşe göre yaşam ve ölüm bir bütünü oluşturmakta, ölüm yaşamın amacı olarak kabul edilmekte ve yaşamı tamamlamaktadır (28). Farklı kültürlerde, toplumlarda, disiplinlerde bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel konumuna bağlı olarak da farklılıklar gösteren çok farklı ölüm tanımlamaları yapılmıştır (29). Ölüme karşı insanların gösterdiği tutumlarda kişiye göre birbirinden oldukça farklılık göstermektedir. Ölüm kaygısı ise ölüm karşısında doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (30).

Tüm bu tanımlarda yer alan ortak noktalar canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirerek hayatın sonlanması ve kaçınılmaz olmasıdır (27).

Bireysel ve toplumsal açıdan ölüm hiçbir dönemde basit bir olay olarak anlaşılmamıştır. Eski çağlarda karşılaşılan sembolik işaretler, ölümün basitçe sadece beden ölümüyle eş zamanlı olarak algılanmadığını göstermektedir (31).

Ölüm farklı dinlerde de farklı anlamlar ifade etmektedir. Yahudilikte ölüm ağır bir ceza ve korkunç bir gerçek; Hristiyanlıkta ölüm sadece bedenin kaybı ve hayatın daha güzel bir

şekle bürünmesi; Müslümanlıkta ise insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah katına yükselmesi olarak değerlendirilir (32).

Yirminci Yüzyıl öncesinde “ölüm” araştırmalara doğrudan konu edilmemiştir (33). Ölüm konusu 1900’li yılların ortalarına kadar bir araştırma alanı olarak ilgi görmemiş; ancak 1950’li yıllardan sonra ölüm ile ilgili konularda sıklıkla çalışılmaya başlanmıştır. Yirminci yüzyılın ortalarına doğru ölüm konusuyla ilgili araştırmalara ilginin arttığı, ölüm ve ölmek üzerine birçok çalışmanın yapılmaya başlandığı görülmektedir(34). Ölüm üzerine yapılan bilimsel çalışmalar çeşitli felsefi düşüncelerden kaynak almışlar ve bu düşünceleri araştırmalarla test etmeye çalışmışlardır (35). Varoluşçu Psikoloji ölümü, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olarak açıklamaktadır. Bu görüşe göre insan isterse ölümü seçebilir ama istemese de ölümü yaşayacaktır. Bu yaklaşıma göre ölüm, varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu, belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir (36).

2.2. Ölüm Karşısında Tutumlar

Ölüme ilişkin sorgulama; yaşamın anlamlandırılmasında önemli rol oynamaktadır (37). Ölüm düşüncesi kimi için stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu; kimi için bir yok oluşken, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır (37, 38). Kimileri daha önce ölmüş sevilen bir kişiye kavuşma, onunla yeniden birleşme inancını dile getirmektedir. Ölümü bir son, hiçlik, yok oluş, kişiliğin sona ermesi olarak görenler için ölüm, yaşamı ve ilişkileri kesen, bozan, sona erdiren bir düşman anlamına gelmektedir. Yaşamı ve ölümü bir bütün olarak algılamak problemlerin çözümünde daha etkin bir katılımı sağlar. Beraberinde sorumluluk almayı getirmesinin yanı sıra yaşamın daha zengin algılanmasını ve mutlu olmayı da sağlamaktadır (31).

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır; ancak aşırı, ölçsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi, insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir (39). Bu nedenle insanın dengesini koruması açısından, ölüm düşüncesinin sınırlarını belirlemek önemlidir (24). Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artmakta, çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir (1).

Ölümün tanımı gibi ölüme karşı tutumlar da kişisel özelliklere, topluma, dine, kültüre

göre değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik kişinin kendi dışındaki insanların ölümü veya kendi ölüm ihtimaline karşı da görülmektedir. İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleriyle ilgili olarak yaşadıkları yaşantılardan yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirmektedirler. Kişinin kendi ölümü karşısındaki tutumları; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört ana başlık altında toplanabilirken; başkalarının ölümünde buna yas tutma sürecide eklenmektedir.

2.2.1. Ölümü kabullenmeme

Eski kültürlerde büyük bir ilgi konusu olan ve bu nedenle varlığını her yerde hissettiren ölüm, günümüzün modern toplumunda dışlanmakta ve toplumsal yaşayışın görünen parçası olmaktan çıkarılmaktadır. Cinsellik, refah ve mutluluk düşüncesinin hakim olduğu günümüzde, ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek her şeyden uzak kalmak çağdaş bir davranış biçimi olarak yer almaya başlamıştır (40). Utanç verici bir olgu olarak algılanmaya başlanan ölüm, adeta sosyal olarak kendisinden bahsedilmesi yasak bir tabuya dönüşmüştür (31). Birey ölümü yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılanmaktadır. Modern insan, yaşamının her alanından uzaklaştırmak istediği ölümü, hastane odalarına taşımakta, ayrıca ölüleri gözden ve şehirden uzak, mezarlıklara veya film sahnelerine hapsetmeye çalışarak ölümün duygusal yükünden kurtulmaya çalışmaktadır. Ölüm, insan yaşamının sınırlarının dışına itilmiş bir durumdadır. Ölüm, üstü örtülen ve rahatsız edici bir nesneye dönüşmüştür. Bu durumda yas tutmak da saklanması gereken ve rahatsız edici bir olgu haline gelmektedir (41).

Ölümü yadsıma ve onun varlığını reddetmenin, maskeleye ve bastırma şeklinde iki yolundan söz edilebilir. Maskeleye; ölümü hatırlamamak, onunla hiç karşı karşıya gelmemek, onun hakkında düşünme fırsatı bulmamak için kendini günlük işlerine, çalışmalarına vermek, hayatı çok yoğun olarak yaşamaktır. Bastırma ise ölüm kavramını bilinçten atarak etkisiz hale getirmektir. Çoğu insan ileriye dönük planlarında ölümü hiç düşünmemekte, bu dünyada sonsuza kadar yaşayacakmış gibi bir tavır arzusu sergilemektedir (31).

2.2.2. Yas tutma

Kişinin bir yakının, tanıdığı ve sevdiği birinin ölümünü görmesi oldukça acı verici bir durumdur. Onların ölümünün ardından şiddetli ruhsal acı ve elemeler yaşamak doğal bir durumdur. Normal yas süreci çeşitli evrelerden oluşmaktadır. Birinci evre şok, uyuşukluk, inkar ve inanmama evresidir. Birkaç hafta süren ve yoğun olarak yaşanan duygu olan şok ve uyuşukluk ardında yadsıma ve inanmama ise günlerce ve aylarca sürebilmektedir. İkinci evre ise kaybedilen kişiye özlem ve ardından gelişebilecek depresif belirtilerin gözlendiği evredir. Genellikle 5-14 gün arasında doruk noktasına çıkmakta ama daha uzun sürebilmektedir. Yasın üçüncü evresinde yeni şartlara uyum sağlamadır. Bu dönemde kişi insanlarla ve çevresel etkinliklerle yeniden ilgilenir, yeni bir denge kurmaya çalışır. Kimileri için bu evre 6-8 hafta kimileri içinde aylar hatta yıllar sürebilir. Dördüncü evre, kimliğin yeniden kurulması evresidir. Kişi yeni ilişkiler kurar sevdiği biriyle yeni roller üstlenir. Geride kalanların yaklaşık yarısının bu evrede yas yaşantısından bazı yararlar ya da deneyimler edindikleri tespit edilmiştir (42).

Bazen yaslar normal dışı bir seyir izlerler; bazıları çok karmaşıklaşır, bazıları patolojik bir hal alır. Karmaşık denen yas özellikle çocukta ve yaşlıda sıkça görülür. Patolojik yas, zihinsel yaşamın işleyişini önemli ölçüde bozarlar, dolayısıyla benlik algısını ciddi şekilde yıpratırlar. Bazı kimseler ölen kişinin ölümünü bir türlü kabullenemez, onun her zaman hayatta olduğunu varsayar. Bazıları da kendisinin bir parçasını kaybetmiş gibi bir duyguya kapılır. Ölenin arkasından acı çekme ve yası gereksiz olarak değerlendiren 'ölümün önemi yoktur' şeklinde düşünenler de vardır. Böylelerine göre zaten ölen kişinin hayattayken hiçbir faydası yoktur, dolayısıyla üzülmeye değmez. Ölenin arkasından kendisini suçlayan, bu ölümden kendisini sorumlu tutanlar vardır. Son olarak zihni sürekli ölen kişi ile meşgul olan, yas döneminde kendini onunla özdeşleştiren, onun hastalığını ve ölümünü yeniden yaşayan, kendini onun yerine koyan ve ona benzemeye çalışan kimselere de rastlanır (43).

2.3. Kardiyopulmoner Arrest (KPA) ve Resüsitasyon Tanımı

KPA'nın klasik triadı bilinçsizlik, apne ve nabzın alınmamasıdır (44). Yani spontan solunum ve dolaşımın ani olarak durmasıdır (2, 45). KPR ise, spontan solunum ve kalp

fonksiyonlarının tekrar kazanılma çabası olarak tanımlanabilir (2). Daha geniş anlamıyla resüsitasyon, kazazedenin transportu, göğüs basısı, havayolu sağlanması, kardiyopulmoner arreste neden olan sebebin belirlenmesi, defibrilatör, ilaç, pacemaker uygulaması, resüsitasyon sonrası değerlendirme ve bakımı içeren işlemlere verilen isimdir (46).

2.4. Resüsitasyonun İzlenmesi

Resüsitasyon sırasında ailenin bulunması artık kabul edilmiş evrensel bir uygulamadır (3). Bu konudaki en büyük engel sağlık hizmeti verenlerin ailelerin izlemesine olan dirençleridir. Bu durumun sebebi:

- Ailelerin resüsitasyon işlemlerine karışacağı,
- Sağlıkçılar üzerinde aşırı baskı oluşturacağı,
- Resüsitasyonu uzatacağı,
- Resüsitasyonun sonlandırılmasına engel olacağı korkusudur

Ailenin bulundurulması için önceden hazırlanmış ve yapılandırılmış yaklaşım hem ailenin hem personelin olumsuz düşüncelerini azaltmada başarının anahtarıdır. Bu uygulamada başarının en önemli anahtarı hekimin liderliği ve kültürel geleneksel özellikleridir.

2.5. Acil Servis ve Tanımı

Uzmanlaşmış bir ekip ile yılın üç yüz altmış beş, haftanın yedi ve günün yirmi dört saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ve isteklerini ilk planda ve hızlı çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu saptayacak ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve izlem gerektiren olguları hospitalize eden sistemin bütünü acil servistir (47).

Her hastanenin kıyısında köşesinde bulunan ancak ne amaçla oluşturulduğu halen kafamızda netleşmediği için hastalar tarafından bazen poliklinik bazen de sorunlarına umut kapısı gibi görünen ama çalışan personel için ya sürgün merkezi ya da angarya işi olarak kabul edilen; ne çalışanın ne de gelenin memnun olmadığı bir yerdir (25, 26).

Ülkemizin nüfusu yaklaşık 80 milyon, Türkiye’de her yıl yaklaşık 90 milyon kişi acil olduğu gerekçesi ile acil servislere başvurmaktadır. Her yıl kendi nüfusumuzdan daha fazla insana hasta olarak bakılmaktadır. Bir acil servis doktoru bir günlük nöbetinde 200 ile 300 arası hastaya bakmaktadır. Bu rakam gelişmiş dünya ülkelerinde deprem, savaş, nükleer felaket ve salgın gibi hastalıklar için başvuran hasta sayısı ile aynıdır. Yani ülkemizde sanki her gün afet varmış gibi acil servis hizmeti verilmektedir.

Acil servisler birçok problemin birlikte yaşandığı özel birimlerdir. Acil servislerin sorunsuz olması mümkün değildir. Çünkü hastanın acil olması başlı başına bir sorundur. Tıbbın diğer alanlarından farklı olarak zamanla yarışılır. Hatayı telafi edecek vakit yoktur. Multidisipliner yaklaşım gerektirir. Acil servis doktorları bağımsız değildir. Diğer bölümlerle uyum içinde çalışmaları gerekir. Acil servis hizmetlerinin kaliteli olması için birçok faktöre ihtiyaç vardır:

- Uygun ekip
- Yeterli donanım
- İdeal mimari alan
- Yeterli personel

2.6. Kötü Haberin Tanımı

Kötü haber, bir bireyin bakış açısını olumsuz bir biçimde etkileyen herhangi bir bilgi olarak tanımlanmaktadır (5).

Ptacek ve Eberhardt kötü haberi; ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj olarak tanımlamışlardır (48).

Kötü haber, aşırı ve ciddi duygusal tepkilere yol açan beklenmedik bir bilgidir. Duygusal tepkiler çok çeşitli ve kişiseldir. Donup kalmaktan bağırıp çağırmaya, ağlamaktan kahkahalarla gülmeye kadar değişebilir. Unutulmaması gereken konu, bu tepkilerin aslında kötü haberin ortaya çıkardığı yeni duruma uyum sağlama çabası olduğudur. Kişilerin sorunlarla başa çıkma yöntemleri ile ilişkili olarak değişkendir. Tepkiler uyuma yönelik olarak, haberin üzerinden zaman geçtikçe de değişmektedir (6).

Hasta ve yakınlarına kötü haber verme bir hekimin meslek yaşamında kaçınmayacağı

bir durumdur. Aslında düşünülürse sadece tıp uygulaması değil, yaşamın kendisi kötü haberle doludur. Bilinen önemli bir veri de kötü haberin verilme şeklinin, hastanın duruma uyumunu çok etkilediğidir. Kötü haberi veren hekim ya da sağlık çalışanı hasta için kötü olan haberi iyi gibi gösteremez, bu mümkün ve zaten gerekli de değildir. Ancak mümkün olan ve gereken, bu bilgiyi destekle ve insanca iletmek, paylaşmaktır (6).

2.7. Kötü Haber Vermek Neden Zordur?

Kötü haber verme zor bir iştir fakat sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin mesleğinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu sorun literatürde de halen tartışılmaktadır.

Hasta ve ailelere kötü haber vermek sağlık personelinin yapmak zorunda olduğu en zor görevlerden biridir. Bu konudaki literatür incelendiğinde, bunun bazı nedenleri olduğu ifade edilmektedir (5, 49). Bunlar:

- Sağlık personelinin de kötü haberden olumsuz etkilenmesi,
- Kötü haber verme konusunda kendini hazır hissetmeme,
- Hasta-ailenin göstereceği yoğun duygusal tepkilerle baş edememe korkusu,
- Hasta-aile tarafından suçlanma korkusu,
- Hastanın-ailenin bazı sorularına yanıt verememe korkusu,
- Hastanın, ben ne zaman öleceğim gibi zor sorularına yanıt verememe korkusu,
- Hastanın umudunu yok etme korkusu.

Hasta ve ailelere kötü haber vermek, sağlık personeli üzerinde ciddi düzeyde anksiyeteye neden olmaktadır. Çünkü hala çoğu sağlık personeli, kötü haberi nasıl vereceği konusunda kendisini yeterli hissetmemekte ve bu konuda mezuniyet öncesi ve sonrası yeterli eğitim almamaktadırlar. Bunun sonucu olarak, kötü haberi nasıl vereceğini bilemeyen sağlık personeli kötü haberi duyarsız ve uygun olmayan bir biçimde vererek hasta ve ailelerin kötü haber alma ile ilgili yaşadıkları travmayı daha da artırmaktadırlar.

Tarihsel olarak tıp eğitimi incelendiğinde, tıp eğitiminde, iletişim becerilerinden ziyade, teknik alanlarda yeterli olmanın daha değerli olduğu görülmektedir. Bunun sonucu olarak, sağlık personeli teknik becerilerde olduğu kadar, iletişim becerilerinde kendilerini

yeterli hissetmemektedir. Rabow ve McPhee'de (37) bu görüşü doğrulayarak, klinisyenlerin hastaların bedensel ağrılarını hafifletmeye yöneldiklerini, onların duygusal sorunları ve neler yaşadıkları ile daha az ilgilendiklerini ifade etmektedirler.

Kötü haber sadece haberi alan kişiyi değil, haberi veren kişiyi de çok derinden ve uzun süre etkilemektedir. Bu durum da, onların bu görevi yerine getirmekten kaçınmalarına yol açmaktadır. Bütün bunlar, hasta ve ailelerin uygun biçimde kötü haber alamamalarına neden olmakta ve kötü haberin travmatik etkisi daha da artmaktadır. Bu soruna çözüm bulma amacıyla literatürde kötü haberin nasıl verilmesi gerektiği konusunda bazı öneriler getirilmekte, bunun için genel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmaktadır. Kötü haber vermede hastalar için oluşturulan genel prensipler, aileler için de geçerlidir. Aynı genel prensipler dikkate alınarak, ailelere de kötü haber verilebilir (49, 50).

2.8. Kötü Haber Vermede Genel Prensipler

- Kim söylemeli?
- Ne zaman söylenmeli?
- Nerede söylenmeli?
- Kimler bulunmalı?
- Nasıl söylenmeli?
- Nasıl verilmemeli?

2.8.1. Kim söylemeli?

Kötü haber vermekten sadece bir kişi sorumlu olmalıdır. Bu nedenle, en doğrusu hastaya bakım veren birincil doktoru ya da hasta ile ilgili tüm bilgilere sahip olan servisteki daha kıdemli doktor olabilir. Ülkemizde yasalar henüz hemşirelerin kliniklerde, “uzman hemşire” kadrosunda çalışmalarına izin vermese de, dünyada “uzman hemşire” statüsünde çalışan hemşireler, hasta ve ailelere kötü haber verme görevini üstlenebilmektedirler. Hasta ile sürekli birlikte olan sağlık personeli olarak hemşirenin, hastanın sorduğu sorulara yanıt vermede zorlanmaması ve hastaya verilen bilgide tutarlılık olması için verilen bilgiden mutlaka haberdar olması gerekir. Ülkemizde, genellikle hastalara verilen bilgiden diğer ekip üyeleri haberdar olmamakta ve hastaların sordukları sorular karşısında güç durumda

kalabilmektedirler. Çünkü hastaya ne söylendiğinden emin olmadıkları için, verecekleri yanıtta tutarsızlık olmasından endişe duymaktadırlar (51, 52).

Mueller (5) kötü haber alırken hastalar için, haberi verecek kişinin bu konuda yeterli olmasının, dürüst olmasının, sorular için zaman ayırmasının, açık sözlü olmasının, dokunmayı kullanmasının ve haberi verecek kişiyi tanımmasının önemini vurgularken, aileler için de, haberi veren kişinin tutumunun, alanında yeterli olmasının, verilen bilgilerin anlaşılır olmasının ve soru sormak için zaman ayırmasının önemli olduğunu ifade etmektedir.

2.8.2. Ne zaman söylenmeli?

Hasta ve hasta yakınları başından beri kötü haber olasılığına karşı hazırlanmalı, yapılan müdahale ve işlemler konusunda bilgi verilmelidir. Eğer hastanın durumu netlik kazanmamışsa kötü haber vermede acele edilmemelidir. Hastanın durumu netleşmiş olsa bile, haberi vermek için hasta yakınlarının hazır olmasını beklemek çok önemlidir. Bilgi almak hasta yakınlarının hakkı olduğu kadar, bilgi almayı istememek de haklarıdır. Bu nedenle, hasta yakınlarının bu isteğine saygı duyulmalıdır. Zaten hasta yakınları, durum ile ilgili bilgi almak istemiyorlarsa, söylenenleri duymaz, hatta inkar savunma mekanizmalarını kullanabilirler (51, 52).

2.8.3. Nerede Söylenmeli?

Hasta ve hasta yakınlarının mahremiyetinin korunacağı ve rahat hissedecekleri bir yer olmalıdır. Bu mümkünse özel bir oda olabilir. Ancak her zaman bu mümkün olmamakta, bazen müdahale yapılan odada dahi söylenmek zorunda kalılabilmektedir. Bu durumda, mümkün olduğunca çevre düzenlemesi yapılmalı, her türlü uyaran minimum düzeye indirilmeye çalışılmalıdır. Telefon ya da başka nedenlerle görüşmenin bölünmesine yol açabilecek her türlü faktör için önlem alınmaya çalışılmalıdır (51, 52).

2.8.4. Kimler Bulunmalı?

Aileden duygusal olarak hazır olduğu düşünölen, konuşulanları hatırlamada yardımcı olabilecek bir yakınının olması önemlidir. Çünkü kötü haberi duyan hasta yakını, ilk başta şok olabilir, söylenenlerin çoğunu duymayabilir ve söylenenleri daha sonra hatırlama konusunda güçlük yaşayabilir. Mümkünse hemşire ya da sosyal hizmet uzmanı gibi diğer sağlık profesyonelleri de bulunabilirler. Fakat önemli olan kötü haber verme sırasında orada bulunacak sağlık personelinin daha sonra hasta yakınlarına bilgi verebilecek ve destek olabilecek kişiler olmasıdır (51, 52).

2.8.5. Nasıl Söylenmeli?

Kötü haber verme ile ilgili geliştirilen rehberler, birey ve ailelere kötü haber verme konusunda genel bir çerçeve çizmektedirler. Bu nedenle hangi rehber ya da yaklaşım kullanılırsa kullanılsın bireysellik göz ardı edilmemeli, kötü haber tamamen bireyin gereksinimine uygun şekilde verilmelidir. Burada, kötü haberin nasıl verilmesi gerektiği konusunda Rabow ve McPhee tarafından geniş bir literatür taraması sonucunda hazırlanan **ABCDE** olarak adlandırılan ve beş basamaktan oluşan model sunulmaktadır. Literatürde, bu modelin oldukça kapsamlı ve pratik olduğu ifade edilmektedir (53, 54).

Bu modelde hasta ve yakınlarına kötü haber verirken, her basamakta dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmaktadır. Her basamakta bu noktalara ne kadar çok dikkat edilir ve yerine getirilmeye çalışılırsa, hasta ve yakınları o kadar uygun bir biçimde kötü haber almış olacaklardır. Yukarıda ifade edilen bu basamaklar; hazırlık aşaması, terapötik ilişki ve terapötik çevre oluşturma, iyi iletişim kurma, hasta ve yakınlarının tepkilerini ele alma, duygularını kabul ve ifade etmesine teşvik etme olarak sıralanabilir.

A. Hazırlık Aşaması (Advanced Preparation) (53, 54)

- ✓ Önce, görüşme için yeterli zamanınızın olup olmadığına dikkat edin. Ne siz ne de hastanız zaman baskısı hissetmemelisiniz.
- ✓ Görüşmeden önce, hasta ile ilgili mevcut bütün bilgileri öğrenin.
- ✓ Görüşme sırasında ortamda kimlerin olacağını belirleyin.

- ✓ Kötü haberi nasıl vereceğiniz konusunda endişeliyseniz, kendi kendinize önceden prova yapabilirsiniz.
- ✓ Kötü haber vermek için duygusal olarak hazır olup olmadığınıza dikkat edin. Duygusal olarak hazır hissetmiyorsanız, bu görevi yerine getirmekten vazgeçin.

B. Terapötik İlişki ve Terapötik Çevre Oluşturma (Build a Therapeutic Relationship and Environment) (53, 54)

- ✓ Görüşmeye başlamadan önce kendinizi, varsa diğer ekip üyelerini tanıttın.
- ✓ Görüşme odasında olan kişilerin hasta ile yakınlık derecesini öğrenin.
- ✓ Hasta yakınlarına haberi, mutlaka yüz yüze görüşme yöntemi ile verin.
- ✓ Hasta yakınları ile aynı seviyede oturun. Yatağın ucuna oturarak ya da kapıdan bakarak konuşmaya alışmayın.
- ✓ Hasta yakınları ile sıcak ve güven verici bir iletişim için, konuşurken, göz ilişkisi kurma, sözünü kesmeme, dikkatini verme gibi sözsüz iletişime dikkat etmek çok önemlidir. Bu nedenle görüşme sırasında not almaktan, hasta dosyası okumaktan ya da başka yerlere bakmaktan kaçınin.
- ✓ Hasta yakınlarının sizin onlarla konuşmak ve gerçekten onları dinlemek için orada olduğunuzu bilmesi önemlidir. Bunu hasta yakınlarına hissettirmeye çalışın.
- ✓ Dokunmayı kullanın. Ancak bazı insanlar bundan hoşlanmayabilir. Bu nedenle dokunmayı kullanırken dikkatli olun.
- ✓ İhtiyaçları olduğunda yanlarında olacağınızı söyleyin. Bunu bilmek hasta yakınlarını çok rahatlatır.
- ✓ Yalan söylemeyin ve gerçekleri saklamayın. Yalan, güven ilişkisini çok olumsuz etkiler
- ✓ Gereksiz şakalardan kaçınin.

C. İyi İletişim Kurma (Communicate Well) (53, 54)

- ✓ Hasta yakınlarının ne bildiklerini, ne kadar bilmek istediklerini, sizden beklentilerini öğrenerek bireysel gereksinimlerine uygun bilgiler verin. Bunun için, hasta yakınlarının söylediklerini ve sorduklarını duyun. Böylece hasta yakınlarının

mevcut duruma nasıl baktıklarını, bu durum hakkında neler bildiklerini ya da ne bilmek istediklerini öğrenebilirsiniz. Ne kadar bilgi verilmesi gerektiği konusunda çok katı kurallar yoktur. Ayrıca çok katı olmak da doğru değildir. “Bir görüşmede hasta yakınlarına bütün bilgiler verilmeli ya da hiç bir bilgi verilmemeli” gibi bir kural da yoktur. Hasta yakını ne kadar bilmek istiyorsa, o kadar bilgi verilmelidir. Eğer verilecek çok fazla bilgi varsa, bir kerede hepsini vermek yerine, bir kaç seansta ve daha kısa süreli görüşmelerle verebilirsiniz. Bir kerede çok fazla bilgiyi, hasta yakınları tolere edemeyebilirler. Hasta yakınlarını mevcut duruma alışmaya başladıkça, sizden daha sonraki görüşmelerde daha fazla bilgi almak isteyebilirler.

- ✓ İlk söylenen şey genellikle en iyi hatırlanır. Bunun için “yapacak hiç bir şey yok” demek yerine “ durum ciddi, fakat umutsuz değil ya da iyi olmak için bir şansınız var” gibi daha olumlu bir cümle ile konuşmaya başlayabilirsiniz. Gerçek dışı umut vermeyin, ancak “yapacak hiçbir şey yok” deyip hiç bir zaman da hasta yakınlarının bütün umudunu yitirmesine neden olmayın. Mevcut en küçük olumlu bir gelişmeyi mutlaka paylaşın.
- ✓ Hasta yakınlarının endişeleri ve korkuları ile ilgili ipucu veren sözsüz tepkilerini gözleyin.
- ✓ Kötü haber vermede, empatik iletişim kullanma hayati önem taşır. “Daha kötü olabilirdi, hepimiz bir gün öleceğiz, ne hissettiğinizi anlıyorum, daha fazla yapacak bir şey yok” gibi empatiden uzak, hasta yakınlarında anlaşılmama ve hatta kızgınlık yaratacak ifadelerden kaçının.
- ✓ Yaşam süresi konusunda kesin bir zaman vermekten kaçının. Ancak yapmak istedikleri şeyleri yapma fırsatı da verin. Bu nedenle hiçbir şeyi yokmuş ve tamamen iyileşecekmiş gibi de davranmayın.
- ✓ Sık sık söylediklerinizin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol edin. Bunun için hasta yakınlarını soru sormaya teşvik edin. Bir sonraki görüşmede, bir önceki görüşmede konuştuklarınızı gözden geçirin. İlk söylediklerinizin çoğunun hasta yakınları aklında kalmayacağını unutmayın. İlk başta yaşadığı şokla, hasta yakınları söylenenleri anlamayabilir ya da çoğu şeyi hatırlamayabilirler. Ayrıca kullandığınız dil, hasta yakınlarının verdiği bilgileri anlamasını ve hatırlamasını etkiler.

- ✓ Hasta yakınlarının sorduğu her soruya hemen yanıt vermek yerine, önce soruyu sorma nedenini anlamaya çalışın. “Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?” ya da “bana bu soruyu sorma nedeninizi merak ettim” diyerek soruyu kendisine yöneltebilir ve bu şekilde hasta yakınlarının gerçek soru sorma nedenini öğrenebilirsiniz. Hasta yakınlarının soru sorma nedeni, duyduklarının doğru olup olmadığını test etmek, duyduklarına inanamamak ve olumlu şeyler duymayı istemek ya da gerçekten bilmemek olabilir.
- ✓ Gereksinim duyduğunda kimlere başvurabileceği konusunda bilgilendirin.
- ✓ Hastanın durumunun kimlerin bilmesini istediklerini sorun ve o kişilere söyleme konusunda yardım önerisinde bulunun.
- ✓ Var olan bütün destek sistemleri konusunda bilgilendirin.
- ✓ Her görüşmenin sonunda özet yapın ve bir sonraki görüşmeyi planlayın.

D. Hasta ve Ailenin Tepkilerini Ele Alma (Deal with Patient and Family Reactions) (53, 54)

- ✓ Hasta yakınlarının gösterdiği duygusal tepkileri değerlendirin ve bunu yaparken de sözsüz tepkilere çok dikkat edin. Daha sonraki görüşmelerde de duygusal durumunu değerlendirin.
- ✓ Hasta yakınları, kötü haber almaktan dolayı çok üzülebilir. Bunun olması çok normaldir ve sizin haberi verme biçiminizle de hiç bir ilişkisi olmayabilir. Hasta yakınlarının bunları yaşamasına izin verin. Hemen rahatlatma girişiminde bulunmayın.
- ✓ Hasta yakınları ile birlikte ağlamanız uygun olabilir ama ağlama nedeniniz çok önemlidir. Eğer ağlama nedeniniz hasta yakınları ile kurduğunuz empatiye bağlı ise, ağlamanızda bir sakınca olmayabilir ve hasta yakınlarına yardım etmeye devam edebilirsiniz. Ancak ağlama nedeniniz, hastanın durumu nedeniyle kendi ya da yakınınızın ölümünü çağrıştırması ya da kendi yaşantınızdaki bazı yaşantıları hatırlatmasına bağlı ise, bu durumda sizin yardıma ihtiyacınız olduğu için hasta yakınlarına yarar yerine zararınız olabilir.
- ✓ Hasta ve yakınlarının duygu ve düşüncelerini toparlayabilmeleri ve duydukları

haberleri tolere edebilmeleri için zaman verin. Hemen duygusal durumlarının düzelmesini beklemezin.

- ✓ Kötü haberin etkisini hemen yok edemeyeceğinizi kabul edin. Ancak yine de kötü haberi, çok ani ve hızlı bir şekilde verirsiniz hasta yakınlarının dengesi altüst olur ve uyumu daha zor olur.
- ✓ Odadan ayrılmadan kendilerini toparlayacak kadar zaman verin.
- ✓ Kötü haber verildikten sonra hasta yakınlarının nasıl hissettiğini takip etmek için, mümkünse, bir takip ziyareti yapın ya da telefonla görüşün. Bu ziyaret, ortalama bir hafta içinde yapılmalıdır.

E. Duygularını Kabul ve İfade Etmesine Teşvik Etme (Encourage and Validate Emotions) (53, 54)

- ✓ Hasta yakınlarının duygularını ifade etmesine teşvik edin. Kötü haber verildikten sonra yaşanan duyguların ortaya çıkarılması önemlidir. Eğer hasta yakınlarında çok yoğun olarak korku, öfke gibi duygular çıkarsa, sakın bir şekilde bekleyin ve düşünceleri için fırsat verin. Sessizliği kullanın, ulaşılabilir olun.
- ✓ Hasta yakınlarının tepkilerini bilin ve kabul edin. O zaman hasta yakınları, hissettiklerinin normal olduğunu düşünür ve rahatlar. Çünkü bazen hasta yakınları hissettikleri duygular ve gösterdikleri tepkilerden dolayı, “ deliriyorum galiba” biçiminde yorumlamakta ve çok kaygı duymaktadırlar.

Hasta ve yakınlarına kötü haberin verilmesi ile ilgili diğer bir klinik çalışmada onkolojide tanımlanmış olan SPIKES olarak kısaltılan rehber planlamadır (55).

- 1- Hazırlık (setting up)
- 2- Hastanın algısı ve bakışı (perception)
- 3- Hasta neyi, ne kadar bilmek istiyor (invitation)
- 4- Bilgi verme (knowledge)
- 5- Empati yapma (emotions)
- 6- Planlama (strategy-summary)

1-Hazırlık (Setting up) (55):

Görüşme için öncesinde hazırlık yapılmalıdır. Ayaküstü, koridorda kısa süreye sıkıştırılmış görüşmeler ile kötü haber ancak “kötü“ şekilde verilmiş olur. Halk arasında alıştıra alıştıra söylemek deyimi vardır. Hasta yakınları ile bir zaman ve yer belirlenerek hazırlık başlar. Kendileri ile hastanın durumu hakkında (çıkan patoloji sonucu, görüntüleme sonucu ya da tedavi planı gibi) konuşmak istediğinizi söyleyerek konuşulacak yer belirlenir. Hastanın çok yakını olan ve bu görüşmede bulunması uygun görülen 2- 3 kişi bilgi verilen kişiye destek verilmesi ve konuşulanların daha iyi anlaşılması bakımından yararlıdır. Bu planlama hem hasta yakınlarını ciddi bir duruma karşı hazırlar, hem de doktoru. Genç ve deneyimsiz hekimlerin stresi yüksektir, hasta ve yakınlarında üzüntü yaratma, duygusal tepkilerle baş etme ve yetersiz olmak gibi korkular vardır. Bu arada zorlayıcı koşulların ve duyguların farkında olmaktadır. Görüşme öncesi hasta yakınlarının uyum yetisi ve kötü habere olabilecek tepkisi hakkında planlama yapar. Bu aşamada özel ortam oluşturulmalıdır. Eğer hekim güvende olmadığını düşünüyorsa, güvenlik görevlisi hazırda beklemeli ve mümkünse odanın bir başka çıkışı olmalıdır. Görüşme mutlaka oturarak olmalıdır, kişi ayakta bekletilmemelidir, kötü haber sonrasında bayılan hasta ya da yakınları olmaktadır. Göz teması, ismi ile seslenmek önemlidir. Bu sırada hekim başka şeylerle ilgilenmemelidir. Görüşme sırasında anlaşılır ve tıbbi terimlerden uzak dil seçilmeli ve hastanın tüm tepkileri (sözel ve sözel olmayan) iyi izlenmelidir.

2-Hasta yakınlarının algısı ve bakışı (Perception) (55):

Hasta yakınları ile tepkileri izlenerek adım adım görüşülmelidir. Böylece hasta yakınlarının hastanın durumuna ilişkin bilgileri, inançları ve düşünceleri, kaygıları, beklentileri ve mevcut duruma yüklediği anlamlar öğrenilmeli ve değerlendirilmelidir.

3-Hasta yakınları neyi, ne kadar bilmek istiyor (Invitation):

Hasta yakınları gerçekte yüzleşmeye ne kadar hazır? Hasta yakınlarının önceki bilgi düzeyleri, hatta varsa verilmiş yanlış bilgiler, çelişkili bilgiler ve hasta yakınlarının algısına

ulaşılır. Satranç maçı gibi hamleler tepkilere göre uygulanmalıdır.

4-Bilgi verme (Knowledge) (55):

Bir önceki aşamadaki saptamalara göre kötü haber aşama aşama verilmelidir. Bilgilendirme hasta yakınlarını etkin dinleme yöntemi ve soru sormaya yöreklendirme ile birlikte iletişim kurallarına uygun şekilde yapılmalıdır. Dinliyor ve anlıyorlar mı? Ne anladıkları ve duyguları gözlenmelidir.

5-Empati yapma (Emotions) (55):

Kötü haber olarak tanımlanan gerçekte hasta yakınları yüzleştirildiğinde duygusal tepkileri ortaya çıkar. Bu tepkiler çok kişisel ve değişkendir. Ağlama, donup kalma, bağırp çağırma gibi... Hasta yakınlarının duygusal tepkileri nelerdir? Hasta yakınlarının tepkilerine göre yol izlenebilir. Amaç hasta yakınlarının sakinliğe kavuşmasını desteklemektir. Çok üzüldünüz, gerçekten zor bir durum denebilir. Hatta söylenecek bir şey yoksa (ölüm haberi gibi) susulmalıdır, üzüntülü bir bakış bazen çok söze bedel olabilir.

6-Planlama (Strategy-Summary) (55):

Bu aşamada gerçek profesyonellik başlar. Kötü haber verilen hiçbir hasta yakını bu aşama gerçekleşmeden görüşmeden ayrılmamalıdır. Hasta yakınlarının sakinleştikleri ve dinlemeye hazır olup olmadıkları anlaşılmalıdır. Hasta yakınları kimi kez sözel kimi kez bakışları ile ‘şimdi ne olacak?’, ‘ne yapacaksınız?’ diye sorarlar. Eğer hazırlarsa önce bilgiyi özetlemek ve sonrasında bir sonraki aşama için plan yapmak gereklidir. Hasta yakınlarının bilgi eksikleri ve varsa yanlış anlamalar etkin iletişimle fark edilip düzeltilebilir. Bu zor durumda hasta yakınlarına mutlaka gerçekçi bilgiler verilmelidir.

Girgis ve Sanson – Fisher kötü haber vermenin temel özelliklerini şu şekilde sıralamışlardır (56);

1. Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir.
2. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır.

3. Hasta ve yakınlarının verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu değerlendirilmelidir.
4. Dürüst ve yakın bilgi vermelidir.
5. Hasta ve yakınlarının duygularını ifade etmelerine fırsat vermelidir.
6. Hasta ve yakınlarının duygularına empati ile yanıt verilerek, kesin belli bir zaman limiti vermekten kaçınılmalıdır.
7. Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmelidir.
8. Bundan başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır.
9. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir.
10. Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir.
11. Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir.
12. Verilen bilgi belge haline getirilmelidir.

Haber vermeyeyle ilgili bir diğer yöntem de Acil Tıp GRIEV_ING protokolüdür (57, 58).

Acil Tıp GRIEV_ING Protokolü

G → → (Gather → → Bir araya toplamak)

R → → (Resources → → Kaynaklar)

I → → (Identify → → Tanımla)

E → → (Education → → Eğitim)

V → → (Verify → → Doğrula)

_ → → (Space → → Boşluk)

I → → (Inquire → → Bilgi alışverişi)

N → → (Nuts and bolts → → Temel görevler)

G → → (Give → → Ver)

G (Gather-Bir Araya Topla) (57, 58)

- ✓ Aile bireylerini haberin verileceği sakin bir odaya alın (görüşme odası)
- ✓ Yakın aile üyelerinin (mümkünse akil olanların) orada olmasını sağlayın

- ✓ Acil servis personelinden ve din görevlisinden yardım alın

R (Resources-Kaynaklar) (57, 58)

- ✓ Hasta yakınlarına yas tutarken yardımcı olabilecek kaynakları organize edin (sosyal hizmet uzmanı, tercüman desteği, dini görevliler vb.).

I (Identify-Tanımla) (57, 58)

- ✓ Ölünün kimliğinin belirlendiğinden ve bu bilginin kesinliğinden emin olun.
- ✓ Ölen hastanın ismini belirtin.
- ✓ Hasta yakınlarının durumla ilgili bilgi düzeyi saptayın.
- ✓ Muhtemel bir ölüme hazırlıklılar mı?
- ✓ Tamamen beklenmedik bir durum mu? Durum değerlendirmesi yapın.

E (Education-Eğitim) (57, 58)

- ✓ Aile bireylerini, olay yeri, ambulans ve acil serviste olanlarla ilgili bilgilendirin.
- ✓ Onlara kötü haber vereceğinizi bilgilendirin (uyarı ateşi).
- ✓ Şu anki durumunu anlatın.
- ✓ Eğitim basamağı hastanın kaybedildiği bilgisinin verilmesiyle sona erer.

V (Verify-Doğrula) (57, 58)

- ✓ Aileye yakınlarının öldüğünü kesin bir dille belirtin, acık olun.
- ✓ Ölü veya öldü kelimelerini kullanın.
- ✓ Başsağlığı dileklerinizi iletin.

_ (Space-Boşluk) (57, 58)

- ✓ Aile bireylerine duygusal anlar için zaman verin.
- ✓ Olayı iyice idrak etmesi için zaman verin.

I (Inquire-Bilgi Alışverişi) (57, 58)

- ✓ Soracakları herhangi bir soru olup olmadığını sorun.

- ✓ Bana sormak istediğiniz herhangi bir şey var mı?
- ✓ Her soruyu cevaplamaya gayret edin.
- ✓ Fakat güvenilirliği azaltıcı mantıksız şeyler söylemeyin!

N (Nuts And Bolts-Temel Görevler) (57, 58)

- ✓ Evrak işleri kaçınılmazdır, bu konu ile ilgili aile bireyleri bilgilendirilmeli.
- ✓ Şüpheli ölüm ise adli tabibe bildirilmeli.
- ✓ Otopsi,
- ✓ Organ Bağışı,
- ✓ Cenaze İşleri,
- ✓ Ölünün kişisel eşyaları,
- ✓ Resüsitasyon sırasında cesedi görmedilerse cenazeyi görmelerine izin verin.
- ✓ Cenazeyi görmeden önce hazırlayın.

G (Give-Vermek) (57, 58)

- ✓ Aileye iletişim bilgilerinizi verin.
- ✓ Akıllarına gelecek her soruyu cevaplayacağınızı bildirin.
- ✓ Başsağlığı dileyin.

2.9. Şiddet Kavramı

Şiddet genel olarak saldırı ve agresif yaklaşım ile doğrudan ilişkili olan bir kavramdır. Modern sosyal psikolojik yaklaşıma göre şiddet ortamı yaratmak, kötü yaklaşımli nesillerin tarzıdır. Freud'un teorisine göre kişisel olarak yaşanan talihsizlik veya olumsuzluklar şiddeti, şiddet de tüm toplumu etkiler. Şiddet geçmişten günümüzde her yerde ve her zaman olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Şiddet, bir tarafta olgu ve eylemleri, diğer tarafta gücün ve duygunun ya da bir doğa unsurunun var oluş tarzını belirlemektedir (59).

Şiddet, Latince kökenli "violentia"dan gelmektedir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç demektir. "Violare" fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, kurallara karşı gelmek anlamını taşımaktadır. Michaux'un genel kabul gören şiddet tanımına göre ise; "karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri veya bir kaçı

doğrudan veya dolaylı, toplu yahut dağınık olarak diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya törel (ahlaki, manevi) bütünlüğüne ya da mallarına yahut simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranırsa orada şiddet vardır” (60). Şiddet kavramı siyasal, sosyal ve ekonomik sistemlerin veya sömürge yönetimlerinin varlığını karşılayan ve yürürlükteki sistemin ancak karşı şiddetle ortadan kalkacağını ve yeni bir düzene geçileceğini savunan Marksist, sendikalist ve buna benzer görüşlerle de ortaya konulmaktadır. Ayrıca şiddeti yücelten, ona olumlu bakan faşizm gibi görüşler de vardır (61).

Yukarıda verilen genel tanımların haricinde şiddetin en yaygın anlamı hukuki açıdan taşıdığı anlamdır. Şiddet gücün, kuvvetin hukuka aykırı olarak kullanılmasıdır. Şiddet yolu ile bir başkasını öldürme, sakatlama yahut yaralamak yolu ile zarar verilmesi sebebiyle genel manada gücü aşmaktadır. Günümüzde şiddet yeni şekiller de alarak oldukça yaygın hale gelmiştir. Günümüz dünyasında bireyler, gruplar yahut devlet farklı durumlarda şiddete başvurmaktadır (62). Şiddet ile ilgili davranışlar, kanuna uymamak, kişiye zarar vermek, hakaret etmek, onuru kırmak, huzura son vermek, birinin haklarını çiğnemek, hırpalamak, incitmek, zor kullanmak şeklinde kendini gösterir (63).

Gerçek manasıyla şiddet, ceza kanununun “hayata karşı suçlar” ve “vücut dokunulmazlığına karşı suçlar” başlıkları altında düzenlenmiştir. Hukukçular bu tip eylemler için insanın, ‘benzerlerine karşı giriştiği, onlarda ciddi veya önemsiz hasarlar yahut yaralar meydana getiren, saldırganlık ve hoyratlık ifade eden hareketlerdir’ açıklamasında bulunmaktadır. Hukukçular tarafından yapılan bu tanım şiddet ile kalıcı bedensel hasara neden olan güç kullanımı arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Ancak hukukun gelişmesi ile birlikte bu tanım, suçlamaların artmasına imkan verecek anlamları da kapsamaya başlamıştır. Yalnızca harici bir etmen ile şiddetli bir temas neticesinde oluşan hasarlardan oluşan doğrudan darbelere dahili olgular da eklenmiştir (64). Yapılan başka bir tanıma göre ise şiddet; çatışan çıkarları bulunan tarafların arasındaki sosyal ilişkilerden kaynaklanmaktadır (65).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, bireyin kendisine, başkasına, bir gruba yahut topluma karşı fiziksel gücünü istemli bir şekilde kullanması yahut tehdit etmesi ve bunun neticesinde yaralanma, ölüm, psikolojik açıdan zarar görme, gelişiminin negatif yönde

etkilenmesi veya tükenme durumunun ortaya çıkabilmesi olarak tanımlamakla birlikte şiddet doğuştan ya da sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüleri olarak farklı şekillerde tüm ırk ve kültürlerde, sürekli olarak var olan, niteliği ve niceliği sosyal değişim süreci ile yakın ilişkili olan ve başkalarına karşı fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermeye yönelik yıkıcı, yok edici, kabul görmeyen davranışlar olarak tanımlanmakta ve oldukça yaygın önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (7, 8, 9).

2.10. Şiddetin Nedenleri

Şiddet sözlük anlamıyla bir kişiye güç ya da baskı uygulamak suretiyle isteği dışında bir şey yapmak yahut yaptırmaktır. Temel kavramı güç olan şiddet her şeyden önce vurma ve kötü davranma eylemi olup kişi üzerinde daima iz bırakmaktadır. Toplumsal kuralların zaman içerisinde değişen ortama uymadığı, toplumların nüfusu arttıkça bireyler arasındaki mesafe ve iletişim bozukluklarının arttığı, insanlar çevrelerine hakim olmaya başladıkça saldırganlık dürtülerini kullanmaya başladıkları görülmektedir (66). Çevre, kültür ve insan birbirilerine oldukça sıkı bir şekilde bağlı olup ayrılmaz bir bütünü meydana getiren dinamiklerdir. Çevrenin değişmesi yahut bozulması kültürün yozlaşmasına ve yıpranmasına; bunun neticesinde de insanın beden ve ruh yapısında değişimlere neden olur (67).

Şiddet ve saldırganlığın bireysel sapma ve hastalık olarak ya da toplumsal etkileşime bağlı olarak ortaya çıktığı yönünde görüşler vardır. Bazı kısıtlamalara maruz kalan bireylerin aşırı etkiler ve ağır tahrikler neticesinde şiddete başvurduğu, kişilerin buldukları ortam ve psikolojik durumun korku ve düşmanlık uyandırdığı görülmüştür (66). Saldırganlık dünya üzerindeki tüm canlılarda bulunan ve beslenme, korunma, cinsellik içgüdülerinin altında onları bütünleştiren bir içgüdü olarak ele alınmıştır. Toplu olarak yaşayan canlılar barınma, beslenme ve yaşam alanlarına girildiği, eş ve çocuklarının tehlikede olduğu durumlarda saldırganlık göstermekte olup tehlike içerisinde bulunmamasına karşın kendi türüne saldıran, işkence yapan, yaralayan ve hatta daha da ileri gidip öldüren tek canlı insandır (67). İnsanlarda bulunan bu saldırgan davranışlar çeşitli şekillerde öğrenilen bir eylem şekli olup genel itibariyle kişide var olan saldırgan içgüdülerin serbest kalması veya genel tahrik unsurunun artması sonucunda oluştuğuna

yönelik görüşler bulunmaktadır (66, 67). Şiddetin nedenlerini belirleyebilmek amacıyla çok yönlü çalışmaların yapılması, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin araştırılması gerekmektedir.

2.10.1. Biyolojik Faktörler

Saldırganların büyük bir kısmının genç erkekler olmasının şiddetin erkeklik hormonu ve yaşın getirmiş olduğu biyolojik değişimler ile ilişkili olduğunun bir göstergesi olarak düşünülebileceği, artan yaş ile birlikte saldırganlığın azalmasının da bunu destekleyen faktör olduğu söylenmekle beraber biyolojik faktörlerin tek başına belirleyici unsur olmadığı da göz ardı edilmemelidir (66). Şiddetin nedenini açıklamaya çalışan biyolojik kurama göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonlarının özelliği sebebiyle şiddete daha meyillidirler (68, 69). Temporal lob epilepsisi gibi beyin fonksiyon bozukluğuna sahip olanlar buna örnek olarak gösterilebilir. Bundan dolayı biyolojik kuram şiddet ile alakalı tıbbi bir yaklaşımın gerekli olduğunu öne sürmektedir (70). Genel itibariyle kolinerjik ve katekolaminerjik sistemlerin saldırganlığı artırdığı, serotonerjik sistemlerin ise azalttığı (71); erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla şiddete meyilli olduğu (72); glikoz metabolizması ile saldırganlık arasında da bir ilişki bulunduğu (73); suça yatkınlığı ailesel bir özellik gösterdiği; gerilim ile saldırganlık arasında önemli bir ilişki olduğu; beyinin yapısında ya da fonksiyonunda meydana gelen anormalliklerin şiddet eğilimini artırdığı söylenmektedir (72).

2.10.2. Psikolojik Faktörler

İleri sürülen teorilerden birisi “Sosyal Öğrenme Teorisi”dir (66). Öğrenme, bilgi, deneyim, eğitim, gözlem ve tekrarlama neticesinde yeni bilgi, beceri, davranış ve düşünceler kazandırabilen kalıcı davranış şeklinde tanımlanabilir. Ödül ve ceza, deneme ve yanılma, örnek alma gibi farklı öğrenme yöntemleri ile bilerek yahut bilmeyerek saldırgan davranışlar öğrenilebilir. Bu öğrenme sürecinde kişilik, eğitim, çevre ve aile gibi unsurlar oldukça önemi bir etkiye sahip olup ekonomik ve kültür düzeyi açısından düşük olan toplum kesimlerinde saldırgan davranışların çok daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. Şiddet içeren davranışlar ile bir engelin aşılması, bunun çevre tarafından kabul, destek ve itibar

görmesi neticesinde bu davranışların zaman içerisinde kişiliği oluşturmaya ve bunların neticesinde birey bir engel ile karşı karşıya geldiğinde sorunu çözmek için şiddet davranışını sürekli yineleyerek hayatının bir parçası haline getirmesine yol açar (67, 74). Kitle iletişim araçlarının toplu ya da bireysel şiddet oluşumu üzerinde etkili olduğu, şiddet içeren sahnelerin bireyler tarafından benimsenmesine ve uygulanmasına neden olduğu şeklinde görüşler olmakla birlikte şiddetin gösterilmesinin zihinsel tatmin oluşturup şiddeti azaltabileceği yönünde farklı görüşler de mevcuttur (67). Fakat çocukların davranışları üzerinde görsel ve işitsel iletişim araçlarının çok büyük bir etkisi bulunmaktadır. Çocuklar izledikleri programların etkisinde kalarak davranışlarını değiştirdikleri, film kahramanları ile kendilerini özdeşleştirdikleri, yapılan hareket ve diyalogları taklit ettikleri belirlenmiştir (74).

Kişiliğin değişim, gelişim ve olgunlaşma dönemlerinde bazı olumsuz etkiler kişilik bozukluğuna neden olmaktadır. Kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler ruhsal hayatlarında çatışmadan dolayı içinde buldukları aile, çevre, toplum ve kültür ile sağlıklı ilişkiler kuramazlar, bunun yanı sıra kalıplarına ve davranış örneklerine de uyum sağlayamaz, içgüdüleri ve dürtülerinden kaynaklanan davranışları baskılayamaz, denetleyemez ve dolayısıyla engelleyemezler. Bu sebepten ötürü gerekli gereksiz kızıp öfkelenirler, doğaya, insanlara ve nesnelere yönelik saldırılar gerçekleştirmek suretiyle şiddet gösterirler (67). Saldırganlığın içgüdüsel olarak doğuştan insanlarda var olduğunu savunan Konrad Lorenz'e göre saldırganlık tüm diğer organizmalarda da bulunan kavga etme içgüdülerinden kaynaklanır. Bu içgüdü ile enerji, değişen oranlarda her insanda üretilmektedir. Saldırganlığın ortaya çıkması biriken bu enerjiye ve saldırganlığa yol açan uyarının varlığı ve gücüne bağlıdır. Saldırganlık kaçınılmaz bir durumdur ve bazen kendiliğinden boşalabilir (75).

2.10.3. Sosyolojik Faktörler

Sosyolojik yaklaşıma göre şiddet kültürel, yapısal, ilişkisel ve ekonomik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kültürel manada şiddet, toplumdaki bazı durumlarda ve belli kişilere karşı şiddet kullanımının kabul gördüğü ve bu yargının nesilden nesile aktarıldığı, yapısal anlamda yoksulluk ve olanaksızlığın insanları yasal olmayan yollarda

isteklerine ulaşmaya ve şiddet kullanmaya ittiği, ilişkisel manada şiddetin tahriksel davranış ve sözler neticesinde ortaya çıktığı, ekonomik manada ise kişilerin şiddet neticesinde elde edecekleri kazançların hesabını yaparak bu tür davranışlara yöneldikleri düşünülmektedir (66). Sosyo-psikolojik olarak incelenmesinde şiddetin oluşumunda toplum yapısının, hareketliliğinin ve değişiminin de payı olup göç olgusu gibi çevre değişiminin yeni engellemelere yol açması ve bireylerin oluşan bu yeni ortama adapte olabilmelerinin şiddete neden olduğu, fakat hızlı bir ekonomik gelişmeyle beraber şiddetin azaldığı görülmektedir (76). İnsan psikolojisinde cinsellik ile beraber en güçlü iki dürtüden birisi olan şiddetin çıkışındaki etkenlerden birisi de ortamdaki gerilimdir (66). Bir tehlike yahut engelleme ile karşılaşıldığı zaman çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik neticesinde yaşadığı öfke duygusu sonucu temelde güçsüzlük göstergesi olan ve kendini iyi bir şekilde ifade edemeyen, sözcükler ile anlaşılamayan, iletişim kurma kabiliyeti düşük olan kişilerin şiddete başvurdukları görülmektedir (77).

2.11. Şiddet Çeşitleri

Şiddet birçok şekilde gruplandırılmasına karşın temel hatları itibariyle sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet olmak üzere dört ana başlıkta toplanmaktadır (78). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü 2003)'ünün şiddetin farklı boyutlarını ele alarak yapmış olduğu detaylı şiddet sınıflamasına göre; şiddet aşağıdaki gruplara ayrılmaktadır (79):

- Fiziksel Şiddet
- Sözel Şiddet
- Psikolojik Şiddet
- Cinsel Şiddet
- Irkçı Taciz

2.11.1. Fiziksel Şiddet

Kontrol etmeyi, acı ve korku yaşatacak istekleri gerçekleştirmeyi amaçlayan, beden gücünü kullanmayı gerektiren ve bireyde fiziki yaralanmalara yol açan, vurma, tekmeleme, yakma, bazı durumlarda sopa, bıçak, jilet, kemer, tornavida gibi araçlarla gerçekleştirilen davranış olarak tanımlanabilmektedir (66, 80).

2.11.2. Sözel Şiddet

Bireye yüksek sesle öfke ve kinini bildirme, kişiye yahut mesleğine yönelik hakaret, saygısızlık, kabalık, küfür etme, alay etme, aşağılayıcı sözler söylemek suretiyle incitme, yıldırma veya baskı yaratıcı, tehdit edici ve suçlayıcı konuşma tarzı ile sözlü olarak yapılan davranış olarak tanımlanabilir. Sözel saldırının etkileri kolaylıkla fark edilememesinden dolayı kişinin öz saygınlığına ve benliğine zarar vermesi sebebiyle fizyolojik ve emosyonel hasarlara yol açabildiği belirtilmektedir (66).

2.11.3. Psikolojik Şiddet

Bir kişi veya gruba fiziksel, ruhsal, manevi ve sosyal gelişim bakımından zarar veren ve fiziksel güçle tehdit de dahil kasıtlı güç kullanımı olarak ifade edilebilir. Hakaret, kabadayılık, mobbing (yıldırma), taciz ve tehditleri kapsar (79). Psikolojik şiddet, sadece şiddete maruz kalan çalışan için değil, aynı zamanda bu zorbalığın başlamasına uygun koşullar sağlayan ya da sürmesine göz yuman işletme için de çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Psikolojik şiddetin yaşandığı çalışma ortamındaki sosyal ilişkiler de olumsuz etkilenmektedir. Doğrudan psikolojik şiddete maruz kalmasalar bile diğer çalışanlar da gördükleri, duydukları ya da bir şekilde tanıklık ettikleri şiddet olayları ile çalışma ortamında huzursuzluk yaşarlar. Bir gün kendilerinin de aynı sorunu yaşayabilecekleri endişesi, çalışanlar arasındaki uyumu bozarken güvensizliğin hakim olduğu bir çalışma ortamı yaratır (73).

2.11.4. Cinsel Şiddet

İnsana yönelik işlenen en ağır suçlardan birisi cinsel şiddet suçudur. İnsanlık tarihinden beri kültür, sosyo-ekonomik düzey, rejim farkı olmaksızın ya da yaş küçüklüğü ile akıl hastalığı gibi herhangi bir nedenden dolayı rızası kabul edilmeyen bir bireyin mahremiyetine, kişiliğine, fiziksel, ruhsal varlığına ve çevresine karşı işlenen, cinayetten sonra en ağır suç olarak kabul edilen bir şiddet türü olup bireye isteği dışında tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalar ile baskı veya güç kullanarak cinsel içerikli imalar yapmak, cinsel içerikli sözcükler söylemek, cinsel haz almaya yönelik elle ya da sair

cisimle dokunmak, zorla öpmek, en uç noktada ise ırza geçmeyi içine alan seksüel motivasyona dayalı davranışlar olarak tanımlanabilir (66, 80).

2.11.5. Irkçı Taciz

Çalışan erkeklerin ve kadınların haysiyetlerine etki eden ve istenmeyen yahut misli ile karşılık verilmeyen, ırk, renk, dil, bölge, politik, sendikal yahut diğer görüş, inanç, ulusal ya da toplumsal köken, bir azınlık, özellik, doğum ya da diğer statü ile ilişki herhangi bir tehditkar temas şeklinde tanımlanabilir (79).

2.12. Sağlık Kurumlarında Şiddet

İşyeri şiddetine maruz kalma bakımından sağlık çalışanları ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık kurumlarındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan" oluşmaktadır (11). Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ve sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine kıyasla şiddete uğrama bakımından yaklaşık 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Bu duruma rağmen sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun sebebinin ise yalnızca yaralanma gibi ciddi durumların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin ise önemsiz olarak kabul edilmesidir (81, 82).

Yapılan araştırmalar, çalışma esnasında bütün şiddet olaylarının %25'inin sağlık sektöründe gerçekleştiğini ve bu sektörde çalışanların %50'sinin şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Arnetz yapmış oldukları çalışmada sağlık bakımında çalışanların %83'ünün işyerlerinde şiddet ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir (83). Türkiye'de ise 2001-2002 yıllarında gerçekleştirilen bir çalışmada 1071 sağlık çalışanında şiddet türlerinden birine veya daha fazlasına uğrama sıklığı %50,8 olarak bulunmuş ve şiddete maruz kalan sağlık çalışanları içerisinde en sık %67,6 ile pratisyen hekimler, %58,4 ile hemşireler, %32,4 ile öğretim üyeleri ve %32,7 ile diğerleri olarak bulunmuştur (78). Aynı zamanda Ayrancı ve arkadaşlarının 2006'da yapmış olduğu başka bir çalışmaya göre ise sağlık çalışanlarında şiddete uğrama oranı %69,6 olarak belirlenmiştir (14). Şiddet ile karşılaşmanın hekimler

kadar diğerk sağlık personeli ve hatta hastalar için de oldukça önemli bir problem olabileceği, hasta veya yakınlarının farklı sebeplerden kaynaklanan durumları kabullenmeyip saldırgan tavırlar gösterebileceği belirtilmektedir (23).

Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir (14). Sağlık alanında şiddetin bu kadar fazla bir şekilde yaşanması çok sayıda neden ile bağlantılıdır. Öncelikli olarak sağlık çalışanlarının muhatap oldukları kişiler hasta ve hasta yakınlarıdır. Bu kişilerle uygun bir ilişki kurabilmek oldukça zordur. Çünkü maruz kaldıkları hastalık, sakatlanma yahut ölüm olayı veya tehdit nedeniyle bu kişiler genel olarak kederli, isyankar, gergin, endişeli, ağrılı ve bitkin bir durumdadırlar. Bazen de muhatap alkolik ya da madde bağımlılığı, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerdir. Bu durumdaki kişilerin şiddete başvurma eğilimleri normal sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında oldukça yüksektir (84). Aynı zamanda 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, ilaç, alkol veya şiddet öyküsü bulunan psikiyatrik hastalık tanısı almış personel ile çalışma, yemek ve ziyaret saatlerinde sayıca yetersiz personelin bulunduğu süreler, hastaların taşınması, muayene veya tetkik için uzun süre bekleme, aşırı kalabalık, tek başına çalışma, çevresel düzenin yetersiz olması, güvenliğin yetersiz kalması, değişken karakterli hastaların bakımı için personelin eğitilmemiş olması, ilaç ve alkol bağımlılığı, ateşli silah kullanma hakkı, şiddete karşı yasalarda bir sınırlamanın olmaması gibi çok sayıda faktör şiddet riskini önemli ölçüde artırmaktadır (23, 85).

şiddetin önlenmesi ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda etkili sağlık kurumu yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma yahut başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (11, 83). şiddet ile başa çıkmada genel olarak iki temel yöntem ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi, hasta ve çalışan düzeyinde küçük çaplı önlemler, ikincisi de hastaneyle alakalı, hastaneyi ilgilendiren büyük çaplı önlemlerdir. Hastaya odaklı önleyici yöntemler, hastayı yakından gözlemlemek, ayrıntılı öykü almak, hastaya yaklaşımda stres ile baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi klasik yöntemler sayılabilir. Bazı görüşler klasik yöntemlerin zorlayıcı olduğunu, hasta ve ortamda bulunan kişileri travmatize ettiğini öne

sürmektedir. Klasik yöntemlerin devam ettirilmesi ile tepkisel bir durumun ortaya çıktığı, çalışanların stresini artırdığı, hasta ilişkisini azalttığı belirtilmiştir. Bu yöntemin kısa bir zaman diliminde etkili olduğu fakat uzun sürede dolayı olarak hasta asabiyetini ve agresyonunu artırdığı ifade edilmektedir.

Sağlık çalışanlarının kişiler arası ilişkilerde sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almaları, olumsuz duygusal etkilerin azalmasını sağlar. Şiddet öncesi prodromal dönemdeki belirtileri iyi gözlemlenmeleri en etkili önlemlerdir. Hasta ve yakınlarına karşı teknik konuşmak yahut olabilecek riskler hakkında yeteri kadar bilgi vermemek gibi durumlar şiddet riskini artırıcı etkiye sahiptir. Hastane geneli ile ilgili geniş çaplı önlemler ise uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmlarıdır (85, 86).

Hastaneye odaklı önlemlerde yeteri kadar güvenlik önleminin alınması yöneticilerin sorumluluğu ve yazılı iş güvenliği politikası geliştirilmesi, işyeri analizi ile şiddet açısından riskli bölümlerin tespit edilmesi, çalışanlara sağlık ve güvenlik eğitimi verilmesi, kayıt tutma ve program değerlendirmelerinin yapılması sayılabilir (7, 70).

Sonuç olarak şiddet kurumların büyük bir bölümünde olduğu gibi sağlık kurumlarında da oldukça fazla karşılaşılan bir sorun olup giderek yaygın hale gelmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının tükenmişlik hissi yaşamasına ve dolayısıyla işyerinde verimsizliğe yol açmaktadır. Bundan dolayı sağlık kurumlarında görülen şiddet olaylarının tespit edilmesi ve bunlara karşı önlemlerin alınması son derece önem arz etmektedir. Ülkemizde de son yıllarda giderek artan bir sorun haline gelen şiddetin farklı sağlık kurumlarında ve farklı zamanlarda belirlenerek ele alınması konuya olan hassasiyetin artmasında oldukça önemli yararlar sağlayacaktır.

2.13. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Temel Nedenleri

Sağlık kurumlarında şiddetin temel nedenlerini anlamak üç tane nedenden dolayı oldukça güçtür. Birincisi, kompleks örgütsel yapılar içinde istihdam edilen sağlık çalışanları oldukça farklı görevleri ve sorumlulukları yerine getirerek çalışırlar. İkincisi, sağlık kurumlarındaki şiddet çoklu kaynaklardan gelebilmektedir. Üçüncüsü de sağlık

kurumlarında şiddet çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bu şekiller kimi kasıtlı, kimi kasıtsız, kimi fiziksel veya duygusal olabilmektedir (87).

Sağlık kurumlarında ortaya çıkan şiddetin nedenlerini ortaya koymaktaki zorluk belirtildikten sonra sağlık kurumlarında şiddetin temel nedenlerini, taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel etkenler, çevresel etkenler ve toplumsal etkenler (87) şeklinde dört temel grupta toplamak mümkündür. Diğer bir ifade ile sağlık kurumlarında şiddet, taraflar arasındaki etkileşimin, örgütsel faktörlerin, çevresel faktörlerin ve toplumsal değişkenlerin kompleks etkileşiminin bir işlevi olmaktadır. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları kompleks ilişkiler yumağı içeren bir etkileşim süreci içerisinde dirler. Bu etkileşimi sağlıklı bir zeminde devam ettirmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, diğer bir ifade ile duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü yol ile başkalarına aktarılmasını ifade eden iletişim sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Fakat sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında genel olarak açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişim problemlerinin ortaya çıktığı bilinen bir gerçektir (88). Bu durum ile ilgili olarak dört temel neden belirtilebilir: fiziksel ortam ve gürültü gibi ortamsal özellikler, tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi ve sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji ve dildir (88, 89). Fiziksel çevre ve altyapı, insan kaynakları ve işyeri ortamı gibi etkenler şiddeti belirleyen örgütsel faktörlerdendir (87).

Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği ya da kötü yönetimden kaynaklı beklentiler, uzayan kuyruklar, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma şartları, hastalara yeteri kadar zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık gibi örgütsel faktörler şiddete zemin hazırlayabilmektedir (84). Bir sağlık kurumunun içinde faaliyet gösterdiği çevresel ortamdaki istikrarsızlığa yol açan kültürel yapı ve suç düzeyi, yoksulluk seviyesi, uyuşturucu kullanım seviyesi, ateşli silahların kullanımı, nüfus yoğunluğu, barınma olanakları ve çete olayları gibi işleyiş faktörleri (87, 89), başka bir ifade ile örgütsel yapıyı çevreleyen toplumdaki fertlerin olumsuz davranışları sağlık işyeri ortamına sirayet edebilmektedir.

Sağlık işyeri ortamında gözlenen şiddetin toplumdaki profilin bir yansıması olduğu

unutulmamalı ve şiddet toplumsal faktörlerden bağımsız bir şekilde değerlendirilmemelidir (84). Sağlık kurumlarındaki şiddet, sosyal yaşamın çeşitli alanlarındaki şiddetin artan fenomeni ve genel şiddetin bir yansıması olarak ele alınmalıdır (89). Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların içerisinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yaratmış olduğu sosyal psikolojik ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleri ile olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi olasıdır (90). Aynı zamanda toplumdaki hakim medya kültürü ve sağlık alanına ilişkin bilgilerin medyada yer alma şekli de şiddeti tetikleyebilmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Vefat eden hastanın yakınlarına bilgi verme acil serviste sık karşılaşılan stresli bir durumdur. Bu konuda acil serviste yaşanan sorunlar daha bilinçli ve kontrollü yaklaşımın ihtiyacını ortaya koymuştur. Vefat eden hastanın yakınlarına kötü veya zor haber vermede profesyonel yaklaşımların uygulanması gerek acil servis çalışanlarını gerekse yakınlarının böylesi zor bir anı daha kolay aşmasına yardımcı olacaktır. Bu durum acil servis hekimlerinin profesyonel bir eğitimle konuya daha bilinçli bir yaklaşım ortaya koymasını sağlayacaktır. Yararları şu başlıklar altında sıralanabilir:

A) Hasta yakını açısından yararları:

- Deneyimsiz hekimlerce gerçekleşecek iletişim problemlerinin giderilmesi
- Hasta yakınlarının durum hakkında daha doğru ve uygun bilgi edinmesi,
- Resusitasyon süresince hasta yakınlarına doğru bilgiyi doğru zamanda vermek,
- Hasta yakınlarının sosyal ve psikolojik durumlarını göz önünde bulundurup onların stresini en az düzeye indirmek.

B) Eğitim ve eğitimciler açısından yararları:

- Hasta ve yakınlarının kişilik özelliklerini doğru değerlendirmek,
- Bilgilendirmede deneyim kazanma,
- Hasta yakınlarıyla iletişim kurma becerilerin gelişmesine imkan sağlaması.

C) Kurum açısından yararları:

- Deneyimsiz hekimlerin yanlış iletişim tekniklerinden doğabilecek muhtemel hasta yakınlarının aşırı tepkisinin en aza indirilmesini ve buna bağlı oluşabilecek hukuki ve idari sorunların azalmasını sağlar.

Kötü haber verme konusundaki profesyonel eğitim acil servis hekimlerinin hasta yakınlarıyla daha iyi bir iletişim sağlamasında önem arz eder.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışma, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı (Tarih: 14.05.2012 karar no:14.05.2012/203) alınarak 1 Mayıs 2014-28 Şubat 2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı koordinatörlüğünde, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Gaziantep ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Dr. Ersin Arslan ve Şehitkamil Devlet Hastaneleri acil servisleri tarafından prospektif olarak yapıldı. Çalışma protokolü Helsinki Bildirgesi'ne uygun yürütüldü.

Çalışma merkezleri:

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi:

- Acil servis; büyük acil ve çocuk acil olarak iki bölümde hizmet sunmaktadır.
- 3 öğretim görevlisi ve 20 asistan doktor görev yapmaktadır.
- Acil servise ayaktan başvuran hastalar ilk olarak triaj (ilk muayene) odasında değerlendirilmektedir.
- Acil serviste 20 tane muayene sedyesi, 10 gözlem yatağı (6'sı erkek, 4'ü kadın hastalar için), 2 resüsitasyon odası, 1 triaj odası, takibi gereken veya 112 acil servis tarafından getirilen hastaların değerlendirildiği muayene alanı, 1 cerrahi müdahale odası, 1 alçı ve pansuman odası, 1 kritik bakım odası, 1 USG odası bulunmaktadır.
- 2014 yılında yaklaşık 113000 hasta acil servise tanı ve tedavi amaçlı başvurmuştur. Bunların 3500 (%3) kadarını travma hastaları, geri kalan başvuruları da acil dahili sorunları olan hastalar oluşturmaktadır.
- 1 yılda acil serviste ortalama 150 (%0,1) hastaya KPR yapılmıştır. Yaklaşık 110 (%0,09) hasta yapılan müdahalelere yanıt vermeyip vefat etmiştir.
- Acil serviste yapılan resüsitasyon kıdemli acil asistanı tarafından yönetilmektedir.

Gaziantep Dr. Ersin Arslan ve Şehitkamil Devlet Hastaneleri:

- Her iki hastanede de çocuk ve yetişkin hastalar aynı acil serviste değerlendirilmektedirler.
- Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesinde 5 acil tıp uzmanı ve 13 pratisyen Doktor, Şehitkamil Devlet Hastanesinde ise 7 acil tıp uzmanı ve 15 pratisyen doktor acil serviste görev almaktadır.
- Ayaktan başvuran hastalara triaj uygulaması her iki hastanede de yapılmaktadır.
- Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi'nde; hastaların muayene ve tedavi edildiği 18 yataklı bir alan bulunmaktadır. 112 acil ekibinin getirdiği hastalar da yine burada karşılanmaktadır. Ayrıca 1 travma odası, 2 resüsitasyon odası ve de 12 yataklı monitörlü alan bulunmaktadır.
- Şehitkamil Devlet Hastanesi acil servisinde ise; 10 tane muayene sedyesi, 24 yatak kapasiteli gözlem odası, 2 resüsitasyon odası, 6 yataklı monitörlü alan, 4 triaj odası (2'si ilk muayene için, 1'i enjeksiyonlar için ve 1 oda da pansumanlar için), 1 cerrahi müdahale odası ve son olarak ta 1 aşı odası bulunmaktadır.
- 2014 yılında Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi'ne yaklaşık olarak 500.000 hasta, Şehitkamil Devlet Hastanesi'ne ise 440.000 hasta tanı ve tedavi amaçlı acil servise başvuru yapmıştır. Bu başvuruların Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi'nde yaklaşık 10000'ünü (%2), Şehitkamil Devlet Hastanesi'nde ise yaklaşık 8500'ini (%2) travma hastaları geri kalan kısmını ise acil dahili hastalar oluşturmaktaydı.
- 1 yılda Dr Ersin Arslan Hastanesi'nde yaklaşık olarak 400 (%0.08) hastaya, Şehitkamil Devlet Hastanesinde ise 320 (%0.07) hastaya KPR yapılmıştır. Dr Ersin Arslan Hastanesi'nde yaklaşık 230 (%0.05) hasta Şehitkamil Devlet Hastanesi'nde ise 160 (%0.04) hasta yapılan müdahaleye rağmen vefat etmiştir.
- Her iki hastanede de resüsitasyonları uzman veya pratisyen doktorlar yönetmektedir.

Hasta yakınları için:**Çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- Kardiyak arrest olup müdahaleye rağmen ölen hastaların yakınları,
- 16 yaş ve üzeri hastaların yakınları,
- T.C. vatandaşı olan hastaların yakınları,
- KPR'nin acil serviste uygulanmış olması.

Çalışmaya dahil edilmeme veya çıkarılma kriterleri:

- Kardiyak arrest olup müdahale sonrası dönen hastaların yakınları,
- 16 yaşından küçük hastaların yakınları,
- T.C. vatandaşı olmayan hastaların yakınları,
- KPR'nin acil servis dışında uygulanması.

Pratisyen, Acil Tıp asistan ve uzman doktorlar için:**Çalışmaya dahil edilme kriterleri:**

- Acil servis asistanlarından daha önceden kötü haber verme ile ilgili eğitim almamış olanlar,
- 2 yılını doldurmuş Acil Tıp asistanları,
- Gönüllü ve bu konuda eğitim almamış pratisyen hekimler ve Acil Tıp uzmanları.

Çalışmaya dahil edilmeme veya çıkarılma kriterleri:

- Araştırma süresi içerisinde mazeret nedeniyle eğitime katılamayanlar,
- 2 yılını doldurmamış Acil Tıp asistanları,
- Daha önceden kötü haber verme ile ilgili eğitim almış olan pratisyen ve uzman hekimler.

3.3. Hasta seçimi:

Çalışmamız Mayıs 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında başvuran hastane içi veya hastane dışında kardiyak arrest olup usulüne uygun kardiyopulmoner resüsitasyon yapılmasına rağmen vefat eden ve çalışmanın kriterlerini taşıyan hasta ve bu hastaların

yakınları üzerinden yapılmıştır. Çalışma, vefat haberine karşı hasta yakınlarının davranışlarının belirlenmesi için iki gruba ayrıldı.

3.4. Grup oluşturulması:

Grup 1: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında takip sırasında arrest olan veya arrest olarak başvuran hastalar alındı. Bu grupta KPR'ü 2 yılını doldurmuş acil servis asistanları yaptılar. Bu hekim grubuna acil kriz yönetimi, resüsitasyon sırasında hangi aşamalarda ve hangi şekilde hasta yakınlarına bilgi vermeleri gerektiği, hasta yakınlarının tepkilerine göre nasıl karşılık verileceği ile ilgili slayt-vaka-video gösterimli 90 dakikalık bir sunum/bilgilendirme yapıldı. Sunum içeriği çalışma süresince aynı hekim grubuna sürekli olarak sözlü şekilde hatırlatıldı.

Grup 2: Şehitkamil Devlet Hastanesi ve Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi acil servisinde takip sırasında arrest olan veya arrest olarak başvuran hastalar alındı. Bu gruptaki arrest hastaların KPR'ları buradaki acil servislerde görevli Acil Tıp Uzmanı ve pratisyen doktorlar tarafından yapıldı. Grup 1'den farklı olarak bu gruba hiçbir eğitim veya bilgilendirme yapılmadı. KPR sırasında ve vefat haberinin verilmesi sırasında hasta yakınları ile nasıl bir diyalog içerisinde olacakları ile ilgili bir davranış kalıbı önerilmedi.

3.5. Tepkileri toplama, ölçme ve sonuçların karşılaştırılması

Çalışmada hasta yakınların tepkilerini ve yapılan müdahalelerin süresini ve niteliğini değerlendiren 21 soruluk anket form hazırlandı (form 1). Her iki grubun üyelerinin hasta yakınlarına kötü haber vermedeki yaklaşımları ve buna karşın hasta yakınlarının gösterdikleri tepkiler karşılaştırıldı.

3.6. Forma kayıt edilen bilgiler

Hastaların yaşı, cinsiyeti, mevcut hastalığı, arrest nedeni, hastaneye geliş şekli, beklenen ölüm olup olmadığı, arrestin olduğu mekan, hasta yakınların yakınlık derecesi ve sayısı, arrest öncesi hasta yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmediği ve arrest esnasındaki ilk tepkileri, resüsitasyonun süresi, resüsitasyon esnasında hasta yakınlarının

bilgilendirilip bilgilendirilmediği, resüsitasyon devam ederken hasta yakınlarının tepkileri, resüsitasyon sırasında ve sonrasında hasta yakınlarının bilgilendirildiği mekan, ölüm haberini hasta yakınlarına kimin verdiği ve ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının tepkileri değerlendirilerek formlara kaydedildi.

3.7. Verilerin analizi

Çalışmaya Mayıs 2014 tarihinde başlandı ve yeterli sayıda vaka (her grupta ortalama 100 vaka) toplanınca Şubat 2015 tarihinde çalışmaya son verildi. Çalışma neticesinde elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanıldı. Gruplar arasındaki ilişki Ki-Kare (Chi-Square Tests) testi ile elde edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bu test ile elde edilen anlamlılık düzeyi (p);

$p > 0,05$ olduğunda anlamsız,

$p < 0,05$ olduğunda anlamlı,

$p < 0,01$ olduğunda çok anlamlı,

$p < 0,001$ olduğunda çok çok anlamlı,

olarak kabul edildi. Sonuçlar tablolar halinde sunularak tartışıldı.

4. BULGULAR

Çalışma 01.05.2014 ve 31.02.2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı koordinatörlüğünde, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Gaziantep ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Dr. Ersin Arslan ve Şehitkamil Devlet Hastaneleri acil servisleri tarafından prospektif olarak yapıldı. Bu süre içerisinde (9 ay) Gaziantep Üniversite Hastanesi acil servisine 95434 hasta başvurdu. Başvuran 123 (%0.12) hastaya KPR uygulandı. Bu hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 100 (%0.1) tanesi çalışmaya dahil edildi. Aynı zaman aralığında Şehitkamil Devlet Hastanesi ve Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesinin acil servislerine ise 669941 (307575, 362366) hasta tanı ve tedavi amaçlı başvurdu. Bu hastalardan 538 (235, 303) (%0.08) hastaya KPR uygulandı ve yine bu hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 100 (%0.01) tanesi çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya her gruptan 100 vaka olmak üzere toplam 200 vaka alındı. Vakaların %34'ü kadın, %66'sı erkek idi (**Tablo 1**).

Tablo 1: Başvuru haline göre cinsiyet durumu

	Gruplar		%
	1	2	
Cinsiyeti Kadın	35	33	34
Erkek	65	67	66
Toplam	100	100	

Vakaların %63.5'i (n=127) kronik ama stabil, %8'i (n=16) terminal dönem hastalığı olan ve %28.5'inin (n=57) herhangi bir hastalığı olmayanlardan oluşmakta idi. Her iki grupta en fazla arrestte neden olan hastalık (%29.5) trombüs (MI ve pulmoner emboli) idi

($p=0.002$). Hastaların mevcut hastalıkları ve arreste neden olan hastalıkları **Tablo 2**'de verilmiştir.

Tablo 2: Hastaların mevcut hastalıkları ve arreste neden olan durumların gruplara göre dağılımları

Arrest Nedeni	Grup 1	Grup2	%
Kronik hastalığın akut evresi (KOA, lösemiler, kalp yetmezliği vb.)	18	20	19
Travma	11	9	10
Kanser	10	0	5
Trombüs (MI, Pulmoner Emboli)	28	31	29,5
SVO	4	0	2
Büyük arter hasarı (aort diseksiyonu, arter kesisi vb.)	0	3	1,5
İlaç overdozu	11	6	8,5
Ölümcül aritmiler (VF/VT)	7	5	6
Aspirasyonu bağlı solunum yetmezliği	6	16	11
Diğer nedenler	5	10	7,5
Mevcut Hastalığı			
Kronik ama stabil hastalık	61	66	63,5
Kronik terminal dönem hastalık	12	4	8
Hastalık Yok	27	30	28,5

KOA: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı VF: Ventriküler fibrilasyon VT: Ventriküler taşikardi MI: Miyokard İskemisi

Her iki gruptan da vakaların önemli kısmı 112 ambulansları ile acil servislere getirilmişti (%73). Bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.332$). Her iki grupta da ölümlerin çoğunluğu (%75,5) beklenmeyen ölümler olarak kayıt edilse de üniversite hastanesinde beklenen ölümlerin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.024$). Üniversite hastanesinde tanıklı arrest oranı istatistiksel olarak daha yüksek idi ($p=0.043$). Hastaların tamamına 2010 AHA kılavuzuna uygun şekilde ileri kardiyak yaşam desteği ile KPR'a başlandı. Her iki gruptaki tüm hastalara canlandırma işlemi acil servis resüsitasyon

odasında gerçekleştirildi. Genel olarak hasta ile beraber 2 ile 5 arasında hasta yakınları gelmişti ve bunların çoğunluğu (%57,5) hasta ile beraber acil servise gelmişlerdi ($p=0.034$). Hasta yakınlarının sayısı ve yakınlık dereceleri **Tablo 3**'de verilmiştir.

Tablo 3: Hasta yakınlarının sayısı ve yakınlık dereceleri

Hasta Yakınlarının Sayısı	Grup 1	Grup 2
1	12	8
2-5	52	61
6-10	28	20
>10	8	11
Yakınlık Derecesi		
Eşi	1	2
Çocukları	22	15
Kardeşleri	3	1
Babası	1	0
Annesi	0	0
İkinci dereceden yakınları (amca, hala, dayı vs)	6	13
Arkadaşları	2	0
Birden çok birinci derece yakınları	26	28
Birden çok birinci ve ikinci derece yakınları	37	39
Diğerleri	2	2

Üniversite hastanesinde arrest öncesi hastanın arrest olabileceği bilgisi daha yüksek oranlarda hasta yakınlarına verilmişti ($p=0.011$) ve yine üniversite hastanesinde daha uzun süre KPR yapılmıştır ($p=0.008$). Hasta acil servise kabul edilip resüsitasyon odasına alındıktan sonra resüsitasyon süresi grup 1 ve grup 2 için sırası ile ortalama 33.3 dk ve 28.4 dk olarak hesaplandı (**Tablo 4**).

Tablo 4: KPR süresinin gruplara göre dağılımı

Kardiyopulmoner Resüsitasyon Süresi	Grup 1	Grup 2
<20 dakika	4	13
20-30 dakika	19	29
30-50 dakika	70	48
>60 dakika	7	10

KPR sırasında üniversite hastanesinde hasta yakınları daha yüksek oranlarda bilgilendirilmiştir ($p=0.001$). Bilgi verme sayısı istatistiksel olarak da üniversite hastanesinde daha fazla idi ($p=0.001$). Üniversite hastanesinde genellikle 15 dakika aralıklarla bilgi verilmiştir (**Tablo 5**).

Tablo 5: KPR süresince hasta yakınlarının bilgilendirme sıklığının gruplara göre dağılımı

Bilgilendirme Sıklığı (KPR Süresince)	Grup 1	Grup 2
5 dakika arayla	1	0
10 dakika arayla	31	10
15 dakika arayla	52	17
>20 dakika	15	24

Arrest olayını duyduktan sonra hasta yakınları devlet hastanelerinde daha fazla sayıda olumsuz tepki göstermişlerdir ($p=0.001$) (**Tablo 6**).

Tablo 6: KPR öncesi hasta yakınlarının arrest olayını duyduktan sonra verdikleri ilk tepkilerin gruplara göre dağılımı

Resüsitasyon Öncesi Hasta Yakınlarının İlk Tepkisi	Grup 1	Grup 2	%
Bağırdılar	7	22	14,5
Sadece ağladılar	44	19	31,5
Sözlü şiddette bulundular	0	1	0,5
Fiziksel şiddette bulundular	0	2	1
Hastanın kurtarılması için gerekenin yapılmasını istediler	9	8	8,5
Kendilerine zarar verdiler	1	6	3,5
Etrafa zarar verdiler	0	1	0,5
Tepkisiz kaldılar	21	10	15,5
*1'den fazla sayıda olumsuz tepki verdiler	18	31	24,5

*Kendilerine zarar verme, etrafa zarar verme, sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uygulama.

Devlet hastanelerinde KPR sırasında hastalarını görmek için daha çok fiziksel şiddet uygulanmıştır ($p=0.001$) (**Tablo 7**). Üniversite hastanesinde KPR sırasında hasta yakınlarına resüstasyon odasında hastaları gösterilerek bilgi verme durumu daha yüksek idi ($p=0.001$).

Tablo 7: KPR sırasında hasta yakınlarının verdikleri tepkilerin gruplara göre dağılımı

KPR Sırasında Hasta Yakınlarının Tepkileri	Grup 1	Grup 2	%
Ricada bulundular	40	28	34
Sözlü-fiziksel şiddet uyguladılar	3	23	13
Bir talepleri olmadı	57	49	53

Her iki grupta vefat haberinin tamamı hekim tarafından verilmiştir. Ölüm haberi karşısında grup 1 de hastaların çoğu (%60) sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2 de genellikle birden fazla sayıda (%40) olumsuz tepki göstermişlerdir ($p=0.001$) (**Tablo 8**).

Tablo 8: Ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının ilk tepkileri

Ölüm Haberi Karşısında Hasta Yakınlarının İlk Tepkileri	Grup 1	Grup 2	%
Sadece ağladılar	60	17	38,5
Etrafa zarar verdiler	2	5	3,5
Kendilerine zarar verdiler	6	23	14,5
Sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uyguladılar	0	0	0
Ölen yakınlarını görmek için talepte bulundular	2	3	2,5
Yapılan müdahaleleri yetersiz gördüklerini beyan ettiler	0	5	2,5
Yapılan müdahalelerden dolayı teşekkür ettiler	3	2	2,5
Tepkisiz kaldılar	10	5	7,5
*1'den fazla sayıda olumsuz tepki gösterdiler	17	40	28,5

*Kendilerine zarar verme, etrafa zarar verme, sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uygulama.

Grup 1’de beklenen ölümlerde hasta yakınlarının çoğu (%17) ölüm haberi karşısında sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2’de ise genellikle (%7) kendilerine zarar vererek tepkilerini dile getirmişlerdir. Beklenmeyen ölümlerde ise hasta yakınlarının ölüm haberi karşısındaki tepkileri her iki grupta anlamlı olarak farklılık içermiştir. Grup 1’de beklenmeyen ölümler karşısında hasta yakınlarının çoğu (%43) tepkilerini sadece ağlayarak göstermişlerdir. Grup 2’de ise hasta yakınları genellikle (%39) birden fazla sayıda olumsuz tepki göstermişlerdir.

Her iki grupta da ölümlerin çoğunluğunu 46 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır (Grup 1 %86, Grup 2 %83). Grup 1’de genç yaşta (<46 yaş) olan ölümlerin çoğunda (%64) hasta yakınları sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2 ise genellikle (%82) birden fazla sayıda olumsuz tepki göstermişlerdir. Grup 1’de 46 yaş üstü hastaların ölüm haberleri karşısında hasta yakınlarının çoğu (%59) sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2’de ise ya kendilerine zarar vermişler (%26,5) ya da birden fazla sayıda olumsuz tepki (%31) göstermişlerdir.

Grup 1’de kadın hastaların ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının çoğu (%24) sadece ağlayarak tepki vermişlerdir. Erkek hastaların yakınlarının büyük çoğunluğu ise (%36) yine sadece ağlayarak tepki vermelerine rağmen anlamlı bir kısmı (%14) da birden fazla sayıda olumsuz tepki vermişlerdir. Grup 2’de ise kadın hastaların yakınlarının tepkileri çeşitlilik göstermiştir. Bir kısmı (%9) sadece ağlamışlardır, bir kısmı ise (%9) kendilerine zarar vermişlerdir, az sayıda hasta yakını da (%7) yine birden fazla sayıda olumsuz tepki göstermişlerdir. Erkek hastaların yakınlarının büyük çoğunluğu ise (%32) birden fazla sayıda olumsuz tepki göstermişlerdir.

Grup 1 ve Grup 2’de ölen hasta yakınlarının çoğunluğunu birden fazla birinci ve ikinci dereceden akrabalar (%37, %39) oluşturmuştur. Grup 1’de bu hasta yakınlarının çoğu (%26) ölüm haberi karşısında sadece ağlayarak tepki göstermişlerdir. Grup 2’de ise genellikle birden fazla sayıda olumsuz tepki (%24) göstermişlerdir (*Tablo 9-10*).

Tablo 9: Grup 1’de yakınlık derecesine göre hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında ilk tepkilerinin karşılaştırılması

Ölüm Haberi Karşısında Hasta Yakınlarının İlk Tepkisi	Eşi	Çocukları	Kardeşleri	Babası	Annesi	İkinci Dereceden Yakınları (amca, hala, dayı, teyze vs.)	Arkadaşlar	Birden Çok Birinci Dereceden Yakınları	Birden Çok Birinci ve İkinci Dereceden Yakınları	Diğer
Sadece ağladılar	0	11	2	1	0	3	0	16	26	1
Etrafa zarar verdiler	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Kendilerine zarar verdiler	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0
Sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uyguladılar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ölen yakınlarını görmek için talepte bulundular	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Yapılan müdahaleleri yetersiz gördüklerini beyan ettiler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yapılan müdahalelerden dolayı teşekkür ettiler	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Tepkisiz kaldılar	0	2	1	0	0	3	2	1	0	1
*1’den fazla sayıda olumsuz tepki verdiler	1	4	0	0	0	0	0	5	7	0

*Kendilerine zarar verme, etrafa zarar verme, sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uygulama.

Tablo 10: Grup 2’de yakınlık derecesine göre hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında ilk tepkilerinin karşılaştırılması

Ölüm Haberi Karşısında Hasta Yakınlarının İlk Tepkisi	Eşi	Çocukları	Kardeşleri	Babası	Annesi	İkinci Dereceden Yakınları (amca, hala, dayı, teyze vs.)	Arkadaşları	Birden Çok Birinci Dereceden Yakınları	Birden Çok Birinci ve İkinci Dereceden Yakınları	Diğer
Sadece ağladılar	2	4	0	0	0	4	0	3	3	1
Etrafa zarar verdiler	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0
Kendilerine zarar verdiler	0	3	1	0	0	5	0	5	9	0
Sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uyguladılar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ölen yakınlarını görmek için talepte bulundular	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Yapılan müdahaleleri yetersiz gördüklerini beyan ettiler	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0
Yapılan müdahalelerden dolayı teşekkür ettiler	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Tepkisiz kaldılar	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1
*1’den fazla sayıda olumsuz tepki verdiler	0	4	0	0	0	2	0	10	24	0

*Kendilerine zarar verme, etrafa zarar verme, sağlık çalışanlarına sözlü/fiziksel şiddet uygulama.



5. TARTIŞMA

Ölüm insan hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır. Yaşamın olduğu her yerde ölüm gerçeği de vardır. Genlerimize kodlanmış bu durum her bireyde farklı sebeplerle amacına hizmet etmektedir. Ölümün tanımı gibi ölüme karşı tutumlar da kişisel özelliklere, topluma, dine, kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmamızda, acil servislerde çok sık karşılaştığımız ölüm hadisesi karşısında hasta yakınlarının tepkilerini değerlendirdik. Ölüm haberi karşısında verilen olumlu/olumsuz tepkilerin nedenlerini, yaşam ile ölüm arasında geçen bu kısa sürede yaşanan olayları gözlemleyerek belirlemeyi amaçladık.

İnsanlık tarihi ile birlikte ortaya çıkmış diğer bir kavram ise şiddettir. Şiddet, sahip olunan güç yahut kudretin, yaralanma ve kayıp ile neticelenen ya da neticelenme olasılığı yüksek biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba, bir topluma karşı tehdit yolu ile yahut bizzat uygulanması durumudur (79, 91). Özellikle de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sayısı ve dozu her geçen gün giderek artmaktadır. Bu durumun sıkça görüldüğü yerler devlet hastaneleri ve özellikle de acil servislerdir. Acil servislerde meydana gelen şiddet olaylarının bir nedeni de ölüm haberinin duyurulması anında yaşananlardır. Hasta yakınları bu haber karşısında kontrollerini kaybedip ölümden sağlık çalışanlarını sorumlu tutup şiddet çeşitlerinden birini uygulamaktadırlar. Özellikle erkek hastaların yakınları ve birinci dereceden akrabalar bu tür olaylara sıklıkla karışmaktadırlar. Ancak literatürde spesifik olarak **“ölüm haberi karşısında uygulanan şiddet”** konusu ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamız bu özelliğinden dolayı önem arz etmektedir.

Yapılan bir çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmektedir (92). Şiddet ile ilgili çalışmaların çok önemli kısmı da şiddetin en çok acil servislerde meydana geldiğini göstermektedir. Ülkemizde son zamanlarda yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının

yarısından fazlasının acil servislerde ve devlet hastanelerinde şiddete maruz kaldıkları vurgulanmaktadır (78, 93). İngiltere’de yapılan bir çalışmada da acil servisler ve psikiyatri servislerinin, hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına en fazla şiddet uyguladıkları yerler oldukları belirtilmiştir (94).

Keep ve Gilbert (95) yaptıkları bir başka çalışmada, acil servislerde hastalara hemen müdahale edilmemesinin, müdahale edecek sağlık görevlisinin yerinde bulunmamasının, uzun bekleyişlerin hastalarda kızgınlık ve stres yarattığını ve bunların da sağlık çalışanlarına şiddet olarak yansıdığına dikkat çekmişlerdir.

Şiddetin daha çok acil servislerde ve devlet hastanelerinde olmasının nedeni; iş yoğunluğunun fazla olması, beklenmeyen ölümlerin sık görülüyor olması, hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında hazırlıksız olmaları, her hastanın kendi durumunun daha acil olduğunu düşünmesi, acil olmayan hastaların da acile başvurması, acil servislerde yetersiz personelin olması, hekimin her hasta ile ilgilendiği zamanın yetersiz olması olarak düşünülebilir (59).

Hastanın arrest öncesi var olan hastalıklarının sağ kalım açısından önemli rol oynadığı birçok araştırmada bildirilmiştir (96, 97). Ölüm nedenleri incelendiğinde, ülkemizde 2013 yılındaki ilk iki hastalık grubunun sıralaması, 2014 yılında da değişmedi. Ölüm vakalarının 2013 yılında %39,6’sını, 2014 yılında ise %40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturdu. İkinci sırada ise, 2013 yılında %21,2 oranında gerçekleşen iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2014 yılında %20,7 olarak hesaplandı (98).

Oğuztürk ve arkadaşlarının (99) yaptığı çalışmada, hastane içinde arrest olan hastaların birincil hastalığını yaklaşık yüzde elli oranında kronik hastalığın akut evresi (KOA, kalp yetmezliği, malignensi, DM, KBY vb), ikincil sebep olan hastalığını ise koroner arter hastalığının oluşturduğu görüldü.

Türk Kardiyoloji Derneği’nin öncülüğünde 1990 yılından itibaren yürütülmekte olan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasında ise, erişkinlerde yıllık koroner kalp hastalığı mortalitesinin erkeklerde binde 5, kadınlarda ise binde 3 olduğu belirlendi. Bu çalışmada ölümlerin %12,5’in nedeni belirlenemez iken; nedeni belli olanların ilk üç sırasında koroner kalp hastalığı (%42), kanser (%24) ve serebrovasküler olayına bağlı ölümler (%12) yer aldı (100).

Bizim çalışmamızdaki vakalar, üniversite hastanesi ve devlet hastaneleri bünyesinde iki farklı grup oluşturularak değerlendirilmiştir. Her iki grupta en fazla arrestte neden olan hastalığın (%29,5) trombüs (MI ve pulmoner emboli) olduğu saptanmıştır. Yine çalışmamızda her iki grupta da vakaların ikinci sırada ölüm sebebini %19'luk oranla kronik hastalığın akut evresi (KOAHA, lösemiler, kalp yetmezliği vb.) oluşturmuştur. Ölüm sebepleri açısından diğer çalışmalarla benzerlik göstermesine rağmen ölüme sebep olan hastalıkların oranlarının ülke ortalamasının altında kaldığı görülmüştür. Bu farklılığın çalışmamızdaki hasta sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. Tıbbi literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızdaki hastaların çoğunluğunda da dolaşım sistemi nedenli hastalıklar ön planda görülmüştür. Buna sebep olan etiyolojik faktörlerin beslenme şekli, artmış iş yükü, stres, hareketsizlik, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom olduğu düşünülmektedir (101)

Ülkemizde 2013 yılında ölenlerin sayısı 372686 iken bu rakam 2014 yılında 390121 sayısına ulaştığı belirtildi. Ölenlerin %54,7'sini erkekler, %45,3'ünü kadınlar oluşturdu (98). Ölüm oranlarının kadınlarda daha az görülmesi, kadınlarda myokard enfarktüsü, anjina pectoris gibi koroner problemler ile böbrek hastalıklarının daha az sıklıkta görülmesinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (102).

Ölümler yaş grubuna göre incelendiğinde ise en yüksek ölüm oranının 75 ve daha yukarı yaşta olduğu görüldü. Revize edilen 2013 yılı verisine göre 75 ve daha yukarı yaşta ölenlerin oranı %47,1 iken 2014 yılında %48,6'ya yükseldi (98). Bu artışa ülkemizde beklenen yaş ortalamasının artması; yaşla beraber DM, hipertansiyon, hiperlipidemi, kanser gibi komorbid hastalıkların artması da bir neden olarak gösterilebilir (103).

Oğuztürk ve arkadaşlarının (99) yaptığı çalışmada acil serviste arrest olan 70 hastaya ileri yaşam desteği verildi. Bu hastaların %58,6'sı erkek ve %41,4'ü kadın idi. Bizim çalışmamızdaki vakaların da çoğunluğu erkek idi. Yine çalışmamızdaki vakalardan 65 ve daha yukarı yaşta ölenlerin oranı %44 idi. Bulduğumuz oranlar çalışmaların ortalaması ile benzerlik göstermiştir. Çalışma yaptığımız bölgede ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan kardiyak kökenli hastalıkların erkeklerde ve de 65 yaş üstü hastalarda daha fazla olması bu duruma sebep gösterilebilir.(98)

Çalışmamızda görülmüştür ki üniversite hastanesinde ölen erkek ve kadın hastaların yakınları ölüm haberi karşısında çoğunlukla sadece ağlayarak tepki vermişlerdir. Fakat erkek hastaların yakınlarının anlamlı bir kısmı (%14) ise kendilerine ve sağlık çalışanlarına şiddet uygulamışlardır. Devlet hastanelerinde ise kadın hastaların yakınlarının tepkileri çeşitlilik göstermiştir. Bir kısmı sadece ağlamışlardır, bir kısmı ise kendilerine zarar vermişlerdir, az sayıda hasta yakını da sağlık çalışanlarına şiddet uygulamışlardır. Erkek hastaların yakınlarının büyük çoğunluğu ise ölüm haberi karşısında haberi veren hekime ve de diğer sağlık çalışanlarına bu duruma onların sebep olduğunu düşünerekten şiddet uygulamışlardır. Her iki grupta da ölen hastaların cinsiyetlerinin erkek olması verilen tepkinin şiddetini olumsuz yönde arttırmıştır. Bu bölgede yaşayan toplumun ataerkil bir aile yapısına sahip olması kadına gereken değerin verilmiyor olmasının bu duruma sebep olduğu düşünülebilir (104).

Çalışmamızda her iki grupta da arrest vakalarının yarısından fazlası 112 ekibi tarafından acil servise getirilmiştir. Ve yine çalışmamıza dahil edilen vakaların çoğunluğunu her iki grupta da beklenmeyen ölümler oluşturmuştur. Bu çalışmada hasta yakınlarının ölüm haberi karşısında verdiği tepkilerin hastaların hastaneye getiriliş şekillerine ya da beklenen ölüm olup olmadığına göre anlamlı farklılık içermediği görülmüştür. Bu durum bize günümüz toplumunda insanların ölüm gerçeğine hiçbir zaman hazırlıklı olmadığını göstermektedir. Hasta yakınlarının ölüm gerçeğini daha kabullenebilir şekilde algılamalarını sağlamak için hasta acil servise kabul edildikten sonra yapılacak işlemler ve olası bir ölüm durumuyla ilgili hekim tarafından kısa bir konuşma yapmanın problemlerin çözümünde ve olabilecek bir şiddetin önlenmesinde daha etkin bir katılım sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda üniversite hastanesinde arrest öncesi hastanın arrest olabileceği bilgisi daha yüksek oranlarda hasta yakınlarına verilmiştir. Devlet hastanelerinde bu bilgilendirmenin eksik olmasından dolayı hasta yakınları hasta resüsitasyon odasına alındığı sırada hastalarını görmek için daha çok fiziksel şiddet uygulamışlardır. Bu çalışma bize, hasta yakınlarına yapılacak müdahaleler konusunda sık ve anlaşılır biçimde ön bilgilendirme yapmanın hasta yakınlarının bekleme süresince verecekleri olumsuz tepkileri en aza indirdiğini göstermiştir.

Çalışmamıza dahil edilen vakalarda üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastaların %0,12'sine KPR uygulanmış olup bu oran çalışmaya dahil edilen diğer devlet hastaneleri acil servislerinde %0,08'de kalmıştır. Buna sebep olarak üniversite hastanesi acil servisine başvuran hasta profilini daha ağır vakaların oluşturduğunu düşünmekteyiz. Zaten üniversite hastanesinde beklenen ölümlerin yüksek olması bu düşüncemizi desteklemektedir. KPR uygulama süresinin de üniversite hastanesinde daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen vakalarda görülmüştür ki genellikle 2 ile 5 arasında hasta yakını hasta ile beraber acil servise gelmiştir ve bunların yarısından fazlası hasta ile birlikte acil servise giriş yapmışlardır. Eşlik eden hasta yakını profili çoğunluğunu her iki grupta da birbirine yakın oranlarda birden çok birinci ve ikinci dereceden yakınları (anne, baba, kardeş, çocuk, amca, dayı, hala, teyze vs) oluşturmuştur. Ölüm haberi karşısında her iki grupta da birinci dereceden akrabaların çoğunlukta olduğu vakalarda verilen olumsuz tepkiler daha fazla olmuştur. Toplumumuzda çekirdek aile yapısının hala önemini devam ettirmesi aynı evi paylaşan bireyler arasında kuvvetli bir bağ oluşmasına sağlamaktadır. Bu durum ölüm haberi karşısında hastanın birinci dereceden yakınlarının neden şiddete daha fazla başvurduklarına açıklık getirebilir.

KPR öncesi hasta yakınlarıyla kurulan iletişim bağının KPR esnasında da devam ettirilmesi ve hasta yakınlarının resüsitasyon odasına alınıp alınmama durumu da önem arz etmektedir. Hasta yakınlarının resüsitasyon odasına alınma durumu hasta yakınıyla doktor arasındaki iletişimin ölüm haberini vermeden önce başlamasını sağlamaktadır. Resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının varlığı, bir uygulama konusu olarak ortaya çıkışından itibaren önemli tartışmalara yol açmış bir konudur (105). Seçilen aile üyelerinin resüsitasyon boyunca odada bulunmalarına fırsat verilmesi, takım içinde belirlenmiş personelin onların sorularına cevap vermesi ve rahatlarının sağlanması, kardiyak arrest boyunca ve resüsitasyonun sonlandırılması sonrası aileye duygusal destek sağlanmasına neden olabilir (3, 4). Tanıklı resüsitasyonu (TR) savunanlar da bu durumun hastaların ve yakınlarının temel hakları olduğunu vurgulamaktadırlar (106).

Yapılan bir çalışmada ölüm anında hasta yakınları, sevdikleri kişilerin yanında bulunmalarının onlara doğal bir güç ve destek olduğunu söylemişlerdir. Aynı çalışmada

resüsitasyon esnasında aile bireylerinin resüsitasyon odasında bulunmasının sağlık çalışanlarının yaptıkları müdahalelere olumlu yönde etki edebileceği belirtilmektedir (105).

Doyle ve arkadaşlarının (107) yaptığı çalışmada da resüsitasyon esnasında ailenin odada bulunmasının ölüm olayının hasta yakınları tarafından daha kabullenebilir kıldığı vurgulanmaktadır.

Robinson ve arkadaşlarının (108) TR'nin aileler üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmayı amaçlayan çalışmaları ise personelin TR konusunda ikna olmaması yüzünden sonlandırılmak zorunda kalmıştır.

Boyd ve White'in (109) yaptıkları çalışmada ise başka bir duruma dikkat çekilmiştir. Acil serviste hasta yakınları varlığında yapılan resüsitasyonun personelin stresini arttırmadığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda üniversite hastanesinde KPR esnasında seçilmiş hasta yakınına çoğunlukla üç kez hastasını görme imkanı verilmiştir ve ailenin diğer bireylerine de aynı kişinin bilgilendirme yapması söylenmiştir. Fakat resüsitasyon süresince hasta yakınlarının resüsitasyon odasında bulunmalarına müsaade edilmemiştir. Çünkü üniversite hastanesinde daha önce yapılan resüsitasyonlarda hasta yakınlarının (özellikle de sağlık çalışanlarının) resüsitasyon esnasında doktorun ve ekibinin stresini arttırdıkları ve yapılan müdahalelere olumsuz yönde etki ettikleri görülmüştür. Devlet hastanelerinde ise hasta yakınları resüsitasyon odasına alınmamıştır. Ve yine üniversite hastanesinde KPR esnasında hasta yakınlarına daha fazla bilgilendirme yapılmıştır. Bu durum resüsitasyon süresince hasta yakınlarının tepkilerinde de olumlu yönde anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Aynı zamanda resüsitasyon odasında hasta yakınının yapılan müdahaleleri kısa süreliğine de olsa görmelerine izin verilmesi hasta yakınıyla doktor arasında güven ilişkisi oluşturup ölümü bildirmede kolaylık sağladığını söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda TR'nin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri dikkate alınmamıştır.

KPR'de yayınların tümünde üzerinde durulan ve hemfikir olunan diğer bir konu; KPR'nin hastaya yapılan girişimlerle ilgili bilgi verecek ve ailenin sorularını yanıtlayabilecek bir görevlinin eşliğinde olması gerektiğidir. Bu görevli, uygulamalar ve hastanın durumu konusunda bilgili olduğu kadar ailelerin duygusal gereksinimlerini anlayıp karşılayabilecek nitelikte olmalıdır (106, 108)

Çalışmamızda üniversite hastanesinde resüsitasyon esnasında ve sonrasında bilgilendirme resüsitasyonu yöneten doktor tarafından yapılmıştır. Devlet hastanesinde ise resüsitasyon devam ederken çoğunlukla bilgilendirme yapılmamıştır. Bunun neticesinde üniversite hastanesinde hasta yakınları, hastalarına yapılan işlemler konusunda yanlış ve eksik bilgilendirilme olmadığından resüsitasyon esnasında ve ölüm haberi karşısında daha olumlu tepkiler vermişlerdir.

Çalışmamızda ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının tepkileri değerlendirilirken kişilerin yaşı, cinsiyeti, dini inancı, mesleği, eğitim durumu, sosyokültürel seviyesi vb durumlar dikkate alınmamıştır. Resüsitasyon esnasında hasta yakınlarının resüsitasyon odasına alınıp alınmama durumunun gerek hasta yakınları üzerinden gerekse de sağlık çalışanları üzerinden etkilerinin geri bildirimleri değerlendirilmemiştir. Yine yaptığımız bu çalışmada üniversite hastanesi yetişkin acil servisi olarak 16 yaş altı hastalara bakılmadığı için (16 yaş altı hastalara çocuk acil bölümü bakmaktadır) bu yaş grubundaki hastalar çalışmamız dışında bırakılmıştır. Devlet hastanelerinde de bu yaş gurubuna ait kaydedilen veriler gruplar arası yaş dağılımında farklılık oluşturacağından çalışmaya dahil edilmemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hastanın acil servise kabulünden itibaren mevcut durumu, yapılacak müdahaleler ve olası sonuçları konusunda iletişimi sağlamak için uygun bir yakını belirlenmelidir.
2. Bu kişi üzerinden sık ve anlaşılır bir dilde bilgilendirme yapmak hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulamalarının önüne geçilmesini sağlayabilir.
3. Resüsitasyon esnasında hasta yakınlarının odada bulunması çalışmamızın yapıldığı hastanede pek mümkün olmamasına rağmen resüsitasyon devam ederken hasta yakınlarına yapılan müdahalelerin bir kaç kez gösterilmesi hasta yakınlarıyla daha olumlu iletişim kurulmasını sağlayabilir.
4. Resüsitasyonu yöneten ve yapılan işlemlerle ilgili bilgilendirmeyi yapan doktorun aynı kişi olarak belirlenmesi yanlış ve eksik bilgilendirmelerden doğabilecek olumsuz tepkilerin önüne geçebilir.
5. Ölüm haberinin belirlenen hasta yakınına resüsitasyon odasında söylenilmesi ve bu haberin hastanın diğer yakınlarına aynı kişi tarafından bildirilmesinin istenmesi, hasta yakınlarının gözünde kötü haber/ölüm haberi veren doktor imajını ortadan kaldırabilir.
6. Kötü haber verme becerisi hekim açısından önemli bir özelliktir. Bu beceriyi tüm sağlık çalışanlarına kazandırmak sağlıkta şiddetin sıklığını anlamlı bir şekilde azaltacaktır. Belirli zaman aralıklarında yazılı ve görsel olarak kötü haber verme teknikleriyle ilgili bilgilendirme sunumu yapılması bu becerinin kazanılmasına büyük katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak yapmış olduğumuz çalışmada ölen kişinin cinsiyeti ve yakınlık derecesi dışında yaşı, ölüme sebebiyet veren durum, beklenen ölüm olup olmadığı, hastaneye getiriliş şekli, yapılan resüsitasyonun süresi gibi etkenlerin hasta yakınlarının ölüm haberi karşısındaki tepkilerini etkilemediği görülmüştür. Verilen tepkilerin olumlu ya da olumsuz yönde olmasını ölen hastanın cinsiyeti, yakınlık derecesi, hasta yakınının resüsitasyon süresince bilgilendirilme sıklığı/şekli ve hasta yakınlarının resüsitasyon devam ederken bilgilendirilme sırasında resüsitasyon odasına alınıp alınmamasının belirlediği görülmüştür.



7. KAYNAKLAR

1. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2009; 2.
2. Çete Y. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Son Gelişmeler. Acil Tıp Dergisi, III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı: 2000; 1-13,1.
3. Bossaert LL. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions, 2015; 302–11.
4. Compton S, Madgy A, Goldstein M, Sandhu J, Dunne R, Swor R. Emergency medical service providers' experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation. 2006; 70:223–28.
5. Mueller PS. Breaking bad news to patients: The SPIKES approach can make his difficult task easier. Postgrad Med 2002; 112, 15-6, 18.
6. Sağlıkta Nabız Dergisi. İstanbul: Kötü Haber Verme, 2014 – (Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2014, 11.29). <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/kotu-haber-verme.html>
7. Yeşildal N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Korumucu Hekimlik Bülteni, Ankara, 2005; 4: 280-302.
8. Uzun Ö, Bağ B, Özer N. İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerine Etkileri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2001; 4: 41-7.
9. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur S, Tuğlu A. Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Ankara, 2005; 47: 18-23.

10. Wells J, Bowers L. How Prevalent is Violence Towards Nurses Working in General Hospitals in the UK? *J Adv Nurs*, 2002; 39: 230-40.
11. Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accid Emerg Nurs*, 1999; 7: 8-12.
12. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. *JAEM*, 2012; 11: 115-24.
13. Steffgen G. Physical Violence at the Workplace: Consequences on Health and Measures of Prevention, *Revue Europeen de Psychologie Appliquee*, 2008; 285-95.
14. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence*, 2006; 21: 276-96.
15. Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkuş A. Violence Against General Practitioners in Turkey. *J Interpers Violence*, 2009; 24: 1980-94.
16. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and Visitor Violence in the General Hospital, Occurance, Staff Interventions and Consequences: A Cross-Sectional Survey. *J Adv Nurs*, 2012; 10: 1365-2648.
17. Winstanley S. and Whittington R. Aggressive Encounters Between Patients and General Hospital Staff: Staff Perceptions of the Context and Assailants' Level of Cognitive Processing. *Aggressive Behavior*, 2004; 30: 534-43.
18. Knowk RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK. et al. Prevalence of Workplace Violence Against Nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 2006; 12: 6-9.
19. Farrell GA, Bobrowski CP. Scoping Workplace Aggression in Nursing: Finding From an Australian Study. *J Adv Nurs*, 2006; 55: 778-87.
20. Jansen GJ, Dassen TW, Groot Jebbink G. Staff Attitudes Towards Aggression in Health Care: A Review of the Literature. *J Psychiatry Ment Health Nurs*, 2005; 12: 3-13.

21. Lin YH, Liu HE. The Impact of Workplace Violence on Nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 2005; 42: 773-78.
22. Winstanley S. Cognitive Model of Patient Aggression Towards Health Care Staff: The Patient's Perspective. *Works & Stress*, 2005; 19: 340-50.
23. Aktuğ K, Hancı H. Acil Serviste Şiddet Tehditi-Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset. İzmir*, 1999; 1- 7.
24. Alkan AT. Bir Düğün Gecesi Denemesi. *Düşünen Siyaset, Ankara: Esin Sanat Felsefe Yayıncılık*, 1999; 25-32.
25. Fowler J. Acil ve Kriz Yönetimi Başılmamış Ders Notları, 1996-1997 Öğretim Yılı Bahar Dönemi Yüksek Lisans Dersi, DEÜ-SBE, İzmir, 1997.
26. Editorial Board American College of Emergency Physicians; Emergency Department Design. In: Leonard M.RIGGS, editor. March 1993.
27. Çobanlı C, Salt A. Dharma Asikopedisi: Parapsikoloji Mistisizm Okültizm Ezoterizm Teozofi Spritüalizm Neo-Spritüalizm, İstanbul: Dharma yayınları, 2001.
28. Jung GC: Ruh ve ölüm In: Gürol E, Ed. *Analitik Psikoloji*, İstanbul: Payel Yayınevi, 1997.
29. Tanhan F, Arı F. Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*: 2006; (III-II): 34-43.
30. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Death and Death Anxiety. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)* 2012; 21(1):42-79.
31. Hökelekli H. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din. 1. Baskı, İstanbul: Dem Yayınları, 2008.
32. Hökelekli H. Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir

Araştırma. Uludağ Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Derneği 1992;4.57-98.

33. Howze RA. Death Anxiety And Psychotherapy: An Examination of Counselor Trainees Reactions to Death-Related Issues (Submitted to The Office of Graduate Studies Of Texas A and M University In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Doctor Of Philosophy,) Texas 2001.

34. Cable DG. Death and Dying: The Universal Experiences, In: Frederick, MD, Ed. Specialized Studies, Inc. 1983.

35. Onur B. Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm, V Yayınları, Ankara; 1986.

36. Yanbastı G. Kişilik Kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları, 1990.

37. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med 1999;171:260-3.

38. Yakıt İ. Batı Düşüncesi ve Mevlana. İstanbul: Ötüken Yayınları, 1993.

39. Karaca F. Ölüm Psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.

40. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi, In: Babayiyit İZ Ed. İstanbul: Kabalcı Yayınları, 2000.

41. Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses Attitudes to Terminally III. Patients. Journal of Advanced Nursing 2001;34.338-45.

42. Yıldız M. Dindarlık ve Ölüm Kaygısı. Tasavvufi Yaklaşım ve Günümüz Üniversite Öğrencileri. J Relig Culture 2001; 43: 1-7.

43. Thomas LV. Ölüm, In: Gürbüz I, Ed. İstanbul; İletişim Yayınları, 1991.

44. Ross C, Schwab TM, Cardiopulmonary Arrest, Wolfson AB, Hendey GW, Hendry PL, Linden CH, Rosen CL, Schraider At All, Clinical Practice Of Emergency Medicine, 4. Edition, Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

45. Candan İ, Oral D; Ani Kardiyak Ölüm, Kardiyoloji, Ankara, Antıp A.Ş, 2002, 590-600.
46. Paraskos JA, Becker RC, (Çeviri Edt: Özcengiz D), Kardiyopulmoner Resüsitasyon, Irwin RS, Rippe JM,(Çeviri Edt: Özcengiz D), Yoğun Bakım El Kitabı, Üçüncü Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2002, 113-23.
47. Yücelen Hospitals Ortaca. Muğla. Yüksel F. Acil Servis Röportajı, 2011, <http://yucelenhospital.com/en/haber.aspx?x=27>
48. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA. 1996 Aug 14; 276(6):496-502.
49. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structured training for family medicine residents. Patient Educ Couns 2002;48:63-8.
50. Tse CY, Chong A, Fok SY. Breaking bad news: a Chinese perspective. Palliat Med 2003;17:339-43.
51. Harvey P. Guidelines on the breaking of bad news. Guideline No: 01 12 03. 2005. <http://www.leedsth.nhs.uk/doc>. (Erişim tarihi: 14 Eylül 2006).
52. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians. Behav Med 1998; 24:53-60.
53. Farrel M, Ryan S, Langrick B. Report of project: Learning together: A collaborative education programme to prepare and support health professionals involved in “breaking bad news”. <http://www.fons.org/ahcp/com>. (Erişim tarihi: 14 Eylül 2006).
54. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. . Recipients’ perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. Patient Educ Couns 2005;58:244-51.
55. Bailea WF, Buckmanb R, Lenzia R, Globera G, Bealea EA and Kudelkab AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist 2000; 5:302-31.

56. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998; 24:53-9.
57. Knopp R, Rosenzweig S, Bernstein E, Totten V. Physician–patient communication in the emergency department, part 1. *Acad Emerg Med*. 1996; 3:1065–9.
58. Vaidya VU, Greenberg LW, Patel KM, Strauss LH, Pollack MM. Teaching physicians how to break bad news: a 1-day workshop using standardized parents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153:419–22.
59. Sarcan E: Toplumun Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakışı Açısı. Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Gaziantep 2013 (*Eurasian J Emerg Med* 2015; 14: 19–25).
60. Kaptanoğlu C; Psikodinamik Açıdan Siyasal Şiddet, Toplum ve Hekim, 2002; 17:66-8.
61. Ünsal, A; Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi. *Cogito*, 1996; 6: 29-36.
62. Sezer TD. Şiddet ve Hukuk. Ankara Üniversitesi Panel Konuşması, 2008.
63. Erten Y. ve Ardalı C. Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları, *Cogito*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1996; 6: 143-64.
64. Yılmaz Z. Anayasa, TCK – CMK, İnfaz Kanunu. Seçkin Yayıncılık. Ankara, 2007,33-51.
65. Ergil D. Şiddetin Kültürel Kökenleri. *Bilim ve Teknik*, 2001; 399: 40-1.
66. Polat O. Çocuk ve Şiddet, DER yayınları, İstanbul, 2001; 20-65.
67. Balcıoğlu İ. Şiddet ve Toplum, Bilge Yayınları, İstanbul, Şubat, 2000; 191.
68. Davidson R. Putnam KM. ve Larson CL. Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation- a Possible Prelude to Violence. *Science*, 2000; 289: 591-94.

69. Volavka J. The Neurobiology of Violence: An Update. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1999; 11: 307-14.

70. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Konya, 2010; 2:161-73.

71. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, Edirne, 2000; 3: 21- 6.

72. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2007: 3415-17.

73. Virkkunen M, Rawlings R, Tokola R, Poland R, Guidott A, Nemeroff C. et al. CSF Biochemistries, Glucose Metabolism, Diurnal Activity Rhythms in Alcoholic, Violent Offenders, Fire Setters, and Healty volunteers. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51: 20-7.

74. Şahin MH. Sporda Şiddet ve Saldırganlık, Gaziantepspor Kulübü Spor Eğitim Yayınları, 2003; 5: 16-21.

75. Göka E, Türkçapar H. Gençlik ve Şiddet. Psikoloji Portalı, 2000; 135-44.

76. Kök AN. Suç İşleyen Çocuklar, Çocuk Formu Dergisi, 2002; 5: 1-5.

77. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2001; 5: 21-3.

78. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Güna Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002;3: 147-54.

79. ILO, ICN, WHO, PSI. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Workplace Violence in The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire, Geneva, 2003.

80. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10: 43.

81. Kingma M. Workplace Violence in the Health Sector: a Problem of Epidemic Proportion. *International Nursing Review*, 2001; 48: 129–30.
82. Lyneham J. Violence in New South Wales Emergency Departments, *Aust J Adv Nurs*, 2000; 18: 8-17.
83. Arnetz JE. and Arnetz BB. Implementation and Evaluation of a Practical Intervention Programme for Dealing with Violence Towards Health Care Workers. *J Adv Nurs. Sweden*, 2000; 31: 668-80.
84. Aydın M. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı. TTB Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta, 2008.
85. Stathopoulou HG. Violence and Aggression Towards Health Care Professionals. *ICUS and Nursing Web Journal*, 2007; 29-30.
86. Henry LJ, Ginn GO. Violence Prevention in Health Care Organizations within a TQM Framework. *Journal of Nursing Administration*, 2002; 32: 479-86.
87. Curbow B. Origins of Violence at Work. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds). *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art*, 2002.
88. Yağbasan M. ve Çakar F. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006; 15: 609-29.
89. Cooper CL. and Swanson N. *Workplace Violence in the Health Sector*, 2002: 1-67.
90. Akdaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Gaziantep, 2008.
91. Kocacık F. Şiddet Olgusu Üzerine, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2000; 31: 668–80.
92. Elliott PP: Violence in health care. What nurse managers need to know? *Nurse Manage* 1997; 28.38- 41, quiz 42.

93. İlhan N, Çakır M, Tunca M, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö. ve ark. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar GMJ, 2013; 24: 5-10.
94. Hobbs R, Keane MU Aggression Against Doctors a Review, Jurnal of the Royal Society of Medicine, 1996; 89: 69-77.
95. Keep N, Glibert C: Violence in the emergency department. Am J Nurs 1995; 95:45-51.
96. Schultz SC, Cullinane DC, Pasquale MD, Magnant C, Evans SRT. Predicting in-hospital mortality during cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation. 1996; 33: 13–7.
97. Walraven CV, Forster AJ, Parish DC, et al. Validation of a Clinical Decision Aid to Discontinue In-Hospital Cardiac Arrest Resuscitations JAMA. 2001; 285 (12):1602–6.
98. TÜİK (2015), Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014, Sayı: 18855, 30 Mart 2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>.
99. Oğuztürk H, Turtay M, Tekin Y, Sarihan E. Cardiac Arrests in the Emergency Ward and Our Experiences on the Cardiopulmonary Resuscitation Kafkas J Med Sci 2011; 1(3):114–17.
100. Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. TEKHARF; Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. Temmuz 2003, İstanbul.
101. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Türk Kardiyoloji Derneği koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu 2012. Erişim adresi: http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari/tkda_40_70_1_76.pdf
102. Herlitz J, Rundqvist A, Aune BS, Lundström G, Ekström L, Lindkvist J. Resuscitation 2001; 49:15-23.
103. Charles H, Hennekens, MD, DrPH. Increasing burden of cardiovascular disease. Current knowledge and future firections for research on risc factors. Circulation. 1998; 97, 1095-102.

104. İlbars Z. “Aile ve Gelenek”, Türk Aile Ansiklopedisi, C: 2, Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları, 1991; s.540–44.

105. Margo A Halm. Family Presence During Resuscitation: A Critical Review of the Literature. *Am J Crit Care*. Nov 2005; 14(6): 494–512).

106. Meyers T, Eichorn D, Guzzette CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs*. 2000;100,32-43.

107. Doyle CJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987; 16:107-09.

108. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, et al. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998;352:614-17.

109. Boyd R, White S. Does Witnessed Cardiopulmonary Resuscitation Alter Perceived Stress in Accident and Emergency Staff? *Eur J Emerg Med* 2000;7:51-3.

7. EKLER

Hastanın:

1. Adı Soyadı: ...

2. Yaşı:

- a) 16-25
- b) 26-45
- c) 46-65
- d) >65

3. Cinsiyeti:

- a) Kadın
- b) Erkek

4. Mevcut hastalığı: ...

5. Arrest nedeni:

- a) Kronik hastalığın akut evresi (KOAH, lösemiler, kalp yetmezliği vb)
- b) Travma
- c) Kanser,
- d) Trombus (Miyokard enfarktusu, pulmoner emboli,, vb)
- e) SVO,
- f) Büyük arter hasar (aort diseksiyonu, arter kesisi bv)
- g) İlaç overdozu

- h) VF/VT(nabızsız)
- i) Aspirasyona bağlı solunum yetmezliği
- j) Sebebi bilinmeyen,
- k) Diğerleri

6. Hastanın geliş şekli

- a) Ayaktan kendi imkanlarıyla
- b) şahsi araçla yakınları tarafından
- c) 112 Acil ekibi tarafından

7. Beklenen bir ölüm olup olmadığı,

- a) Beklenen lm,
- b) Beklenmeyen lm

8. Arrestin olduğu mekan

- a) Hastane dışı
- b) Acil servis

Hasta yakınları:

9. Yakınlık derecesi

- a) Eşi,
- b) ocukları,
- c) Kardeşleri,
- d) Babası
- e) Annesi
- f) İkinci derecede yakınları (amca, hala, yenge, dayı vs.)
- g) Arkadaşları
- h) Birden çok birinci dereceden akrabaları
- i) Birden çok birinci ve ikinci dereceden akrabaları

j) Diğerleri

10. Hasta yakınlarının sayısı:

- a) 1
- b) 2-5,
- c) 6-10,
- d) >10

11. Arrest sırasında hasta yakınları hastaneye:

- a) Müdahaleden önce geldiler
- b) Müdahale esnasında geldiler
- c) Hasta öldükten sonra geldiler

12. Acil serviste arrest olan hastanın arrest olmasından evvel arrest olabileceğinin bilgisi hasta yakınlarına:

- a) Verildi
- b) Verilmedi
- c) İlgisiz

13. Resusitasyon öncesi hasta yakınlarının ilk tepkisi ve söyledikleri,

- a) Bağırıldılar
- b) Sadece ağladılar
- c) Sözlü olarak şiddet yaptılar
- d) Fiziksel şiddette bulundular
- e) Hastanın kurtarılması için gerekenin yapılmasını istediler
- f) Kendilerine zarar verdiler
- g) Etrafa zarar verdiler
- h) Tepkisiz kaldılar
- i) 1'den fazla sayıda olumsuz tepki verdiler

14. Resusitasyon süresi

- a) <20 dk,
- b) 20–30 dk
- c) 30–50 dk
- d) >60 dk

15. Resusitasyon devam ederken hasta yakınlarına mevcut durumla ilgili bilgilendirme yapıldı mı?

- a) Bilgilendirildi
- b) Bilgilendirilmedi

16. Resüsitasyon devam ederken hasta yakınlarına kaç defa bilgi verildi

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) ≥ 4
- e) İlgisiz

17. Resüsitasyon devam ederken hasta yakınlarına bilgi verme hangi sıklıkta oldu?

- a) 5 dk
- b) 10 dk
- c) 15 dk
- d) ≥ 20 dk
- e) İlgisiz

18. Resusitasyon sırasında hasta yakınları hastayı görmek için

- a) Ricada bulundular
- b) Sözlü-fiziksel şiddet uyguladılar
- c) Bir talepleri olmadı

19. Resusitasyon devam ederken hasta yakınlarına resusitasyon ile ilgili bilginin verilme yeri ve şekli

- a) Resusitasyon odası önünde bilgi verildi
- b) Resusitasyon odasında yapılan resusitasyon gösterilmeden bilgi verildi
- c) Resusitasyon odasında yapılan resusitasyon gösterilerek bilgi verildi
- d) Güvenlik/polis odasında bilgi verildi

20. Vefat haberini hasta yakınlarına kim verdi?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) ATT/diğer sağlık çalışanları
- d) Güvenlik görevlisi
- e) Hastane polisi

21. Ölüm haberi karşısında hasta yakınlarının ilk tepkileri,

- a) Sadece ağladılar
- b) Etrafa zarar verdiler
- c) Kendilerine zarar verdiler
- d) Sağlık çalışanlarına sözel/fiziksel şiddet uyguladılar
- e) Ölen yakınlarını görmek için ricada bulundular
- f) Yapılan müdahaleleri yetersiz gördüklerini beyan ettiler
- g) Yapılan müdahalelerden dolayı teşekkür ettiler
- h) Tepkisiz kaldılar
- i) 1'den fazla sayıda olumsuz tepki gösterdiler