

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

60930

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÖLÜM OLAYI KARŞISINDAKİ
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

ÜLKİYE TATAR

Tez Yöneticisi: Yard.Doç.Dr.BİRSEN YÜRÜGEN

İstanbul - 1988

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ -----	1
GENEL BİLGİLER -----	3
MATERYAL VE METOD -----	26
BULGULAR -----	28
TARTIŞMA -----	43
SONUÇ VE ÖNERİLER -----	50
ÖZET -----	55
SUMMARY -----	57
KAYNAKLAR -----	58
EKLER -----	62
ÖZGEÇMİŞ -----	66

GİRİŞ

Ölüm kavramı yüzyıllardan beri insanı düşünmeye yöneltmiş, tarihler boyunca tüm kültürlerde insanlar arasında bir esrar, saygıyla karışık bir korku yaratmıştır(25).

Eskiden bir tabu gibi görülen ve sosyo-kültürel yapıya bağlı olarak gizlenen ölüm günümüzde tekrar ele alınıyor ve ölüm, ölümle ilgili gerçekler, ölümle ilgili kişilerin emosyonel durumları inceleniyor(10,16).

Çeşitli toplumsal sınıflarda ve kültürlerde, cesaretle ölümün kabul edildiği şekiller geliştirilmiştir. Hatta bir çocuk bile ölmenin kurallarının farkında olabilir. Bireyin ölümle karşılaşmasındaki tavrı, onun emosyonel yeteneklerine bağlıdır. Dini inançlar, etnik ve toplumsal yapılar, yaşam değerlerinin hepsi bireyin ölümle karşılaşmasındaki faktörleri belirler. İnsanlar, hospitalizasyon (hastane deneyimleri), hastalıklar, kazalar ve yaşlarının ilerlemesiyle ilişkili olarak edindikleri deneyimlerin doğrultusunda ölümü aşağı-yukarı öğrenebilmektedirler(5,16).

Günümüzde, özellikle kritik hastaların hastaneye yatırılması ve ölümlerin hastanede olması nedeniyle ev ortamından uzakta olan hastalar fiziksel bakım açısından olduğu kadar, psikolojik destek açısından da hastane personeline bağımlı kalmaktadırlar(3,5,16).

Hastanelerimizde hasta-hastalık ikilisinden, hastalık olgusuna daha fazla önem verilmekte, hasta terminal döneme girdiğinde ve umut kesildiğinde hastadan uzaklaşılması yoluna gidilmektedir(3,16,25).

Bakımla ilgili personelin ölüm anksiyetesi yeterince incelenmemiş olsa da, ne şekilde olursa olsun anksiyetenin olduğu bu ortamın, verimi azalttığına tartışılması mantıklı olacaktır. Yine böyle bir durumdan etkilenen hemşirelerin ölüm anksiyetelerinin artması, onların vereceği bakımı da olumsuz yönde etkileyecektir. Bir araştırmaya göre, "İnsanların ölümle karşılaşma dozunun sıklığında, artış olunca ölüm anksiyeteleri ve karşılaştıkları travma azalır" deniyor(10).

Hemşireler ölümü bekleyen hastaya bakmak ve ölüm korkularını yenmek zorundadırlar. Fakat ölüm korkusundan kendilerini korumak için, hissiz bir görüşe de sahip olmayı kabul etmezler(6,10,16).

Hemşireler kendi amaçları, değer yargıları ve davranışlarıyla hastanıninkileri ayarlayabilmeli, kendi ön yargılarının farkında olmalı ve hastanın davranışlarına karşı duyarlı olmalıdır. Hemşirenin tutum ve davranışları onun deneyim, duygu ve felsefesine göre değişir. Kendine güvenen hemşire, özellikle terminal aşamadaki hastayı ve ailesini güçlendirir, destekler. Ölüm olayıyla sık karşılaşılacak ünitelerde çalışan hemşirelerin, ölümle ilgili yerleşmiş olan duygularını önce kendisinin anlaması, kendi duygularını başkalarıyla konuşabilmesi, ölüm, ölümü yaklaşan hastanın psikolojisi, ölümün duygusal yönleri ve ölmekte olan hastanın ailesinin gereksinimleri konusunda kendisini yetiştirmesi, bilinçlendirmesi gerekmektedir(3,10,16,25,27).

Yapılan araştırmayla varılmak istenen sonuç; koroner yoğun bakım ünitesinde görevli hemşirelerin, ölüm olayına karşı gelişen anksiyetelerinin düzeyini belirlemek ve sonuçları istatistiksel olarak değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

ÖLÜMÜN ANLAMİ VE GELİŞMESİ

Ölümün anlamını açıklayabilmek güçtür. Ölüm konusunda tek ve belirli bir görüşle karşılaşılmamış, insanlık tarihi boyunca, insan düşüncesinin gelişimine uygun olarak bu konu çeşitli görünümler almıştır. Ölüm sıklıkla hayat dramasında oynanan bir final gibi gösterilir. O kaçınılmaz bir gerçek, yaşamın bir parçasıdır. Ölüm hayatın evrensel bir görünümüdür. Mantığın ölüm gerçeğinden kaçınılamayacağını söylemesine karşı, genelde hiçkimse, kendisi için ölümün kaçınılmaz olduğunu bilmek istemez ve bunu kolayca benimseyemez. Biz ölümün, felaketle sonuçlanan bir olay, bir dönüm noktası veya ürkütücü, kaçınılan, garip bir olay gibi tasarımlarını yaparız(5, 16,18,27).

İlkel toplumlardan günümüze kadar, insan düşüncesi ölüme yanıt bulmaya çalışmış, birçok şeye inanmış ve dinlerin doğuşuyla da onlardan etkilenmeye başlamıştır(14,16,17).

17. yüzyıl filozofu Michel de Montaigne'a göre; "Nasıl doğuşumuz bizim için herşeyin doğuşu olduysa, ölümümüz de herşeyin ölümü olacaktır. Bir anda olup biten bir şey için, bu kadar korku çekmek akıllıca mıdır? Ölüm, uzun ömürle kısa ömür arasındaki farkı kaldırır, çünkü yaşamıyanlar için zamanın uzununu kısası yoktur. Ölmek yaradılışımızın koşuludur. Dünyaya geldiğimiz gün bir yandan yaşamaya, bir yandan ölmeye

başlarız. Yapmamız gereken dik durabilmek ve ölümü akılcı bir tutumla karşılamaktır. Onu yabancı gibi görmeyelim, onunla birlikte olmayı öğrenelim ve eğer kişiler cesursa, ölüm güzel bir olay haline gelebilir"(22).

Ölüm yalnızca tüm önemli ilişkilerin yitirilmesini değil, bizzat kendinin yitirilmesini içerir. Burada ölümün dört şekli vardır(18).

- . Fiziksel Ölüm: Beyin, kalb gibi hayati fonksiyonların durması,
- . Zihinsel (entellektüel) Ölüm: İnsanın kavramaya ait fonksiyonlarının olmaması,
- . Psikolojik Ölüm: Hayatta olmanın daha fazla nedeninin olmadığına inanma,
- . Toplumsal Ölüm: Bireyin kendini daha fazla düşünmesi, başkalarını düşünmemesidir (egoizm).

Ölümün Evrenselliği: Ölme ve ölüm yaşantısı, biz insanların tüm yaşayan organizmalarla paylaştığı ortak evrensel bir olaydır. Doğum nasıl gerçek ve evrenselse, ölüm de gerçek ve evrenselidir. Ölüm, bireysel yaşamın hem fiziksel hem de psikolojik anlamda son evresidir. Ölüm korkusunun bilinçaltı baskısı sonucu halk düşüncesi, meteorolojik olayları, hayvanların ses ve hareketlerini, düşleri, hastada görünen değişimleri ölümün işareti saymaktadır. Bunlar içinde en çok hayvanlarla ilgili olanlar önem kazanmakta, benzer inanışlara rastlanmaktadır. Örneğin; Anadolu'nun çeşitli yörelerinde, köpeğin uzun uzun ulumasının, acı acı ulumasının, sürekli ulumasının ölüm işareti taşıdığı belirtilmektedir. Başka kültürlerde de benzer örnekler bulunmaktadır(16,27).

İnsanlar daima bir ölümsüzlük inancını çok kıymetli tutmuşlardır. Toplum bilim adamları olan, Robert J.Lifton ve Eric Olson, ölümsüzlük fikrinin beş anlamını belirtirler(16).

- . Biyolojik Anlamı: İnsanın nesiller boyu yaşaması,
- . Yaratıcılık Anlamı: İnsanın çalışmaları doğrultusunda yaşaması,
- . Dinsel Anlamı: İnsanların ebedi bir hayat görünümünün dinselliğini kabul etmeleri,
- . Doğallık Anlamı: İnsanın bir parçası olan doğal dayanma gücündeki inanca sahip olması,
- . Deneysellik Anlamı: Hayat ve ölümün ardından başlayan, üstünlük, aşırı sevincin önemini kabul etmedir.

Montaigne, "sonsuz bir hayatın ne kadar çekilmez olacağını bir düşünün" demiştir(22).

ÖLÜMÜN ÇEŞİTLİ ŞEKİLLERİ

Ölüm, bireyin iyi sağlıklı görünmesinden hemen sonra gelebilir. Yani bir mumun söndürülmesi gibi kolayca ve sessizce olabilir. Diğer halde, kişi haftalarca ölüm ile yaşamın sınırında bulunabilir. Georger Draper, "her insan kendine özgü asil bir şekilde ölür, çünkü her insanın dünyaya gelişi bireysel oluşunun düzenine göre kararlaştırılmıştır" der(16).

Birçok kişi aniden ölmenin ne gibi birşey olduğunu bulmaya çalışmışlardır. Heim, herbiri ölümle yüz yüze gelmiş olan, değişik mesleklerden kişilerle görüşmüş şu sonuca varmıştır: Kazazedelerin % 95'inin başından tamamen benzer olaylar geçmiştir. Nerdeyse aynı mental durum oluşmuştur. Daha azami öldürücü tehlikedeki karakterize durumda; ne acı hissedilir, ne de paralize edici korku vardır. Telaş, umutsuzluk belirtisi ve de acı yoktur fakat oldukça sakin bir ciddiyet, derin bir kabulleniş ve egemen bir mental çabukluk ve emin olma duygusu vardır. Mental aktivite yüz katı hız ve yoğunlukta artar, olayların ilişkileri ve olası sonuçları objektif netlikte incelenir. Birey kesin yargısı paralelinde, ışık ça-

bukluğunda hareket eder. Birçok durumda birey tüm geçmişini aniden gözden geçirir, sonra irade acısız bir şekilde genellikle yere çarpma anında yok olur. Bu çarpma işitilebilir ama hiçbir zaman acı hissedilmez. Belki de işitme duyusu en son yok olanıdır. Heim, ani ölümün ölenden çok, gözlemleyen için daha fazla acı verici olduğunu savunur. Thomas da araştırması sonucu yazdığı makalesinde aynı sonuçlara varır(16).

Birçok olayda hastaların sonuna kadar durumlarının farkında görünmemesine karşın, çoğu hastalar, tıp elemanlarınca ölüm belirtilerinin görülmesinden önce öleceklerinin farkında görünürler. Ölümün bu önsüzü, zaman geldiğinde vücudun fiziki fonksiyonlarında olduğu kadar, kişinin mental görünümünde de derin değişiklikler yapar. Hastanın kendisinin ve kendiyile ilgilenenlerin şiddetli stresi altında iken, ölüyor olması sıklıkla fark edilebilir. Hastanın kullandığı dolaylı mesajlar, telaşlı ve korkulu olan herkesçe kullanılan sembol lisanıdır. Hemşireler, hastanın yanında bulunan diğer kişilerin cevap veremedikleri soruları cevaplayarak ve hastaların en çok kendisiyle olmasını istedikleri kişi veya kişileri görerek yardım edebilirler. Hemşireler, ölümle yüzyüze gelmenin zorunluluğu ve ayrılık acısıyla ilgili yoğun duygusallaşma sırasında, arkadaşlara, aileye ve hastalara birçok şekilde destek olabilirler(3,16).

HASTA, HASTA YAKINLARI VE TIBBİ ÇALIŞANLAR TARAFINDAN ÖLÜMÜN KABUL EDİLMESİ

Psikiyatrist Kubler-Ross, ölmenin nasıl bir şey olduğu ve ölme anına nasıl yardımcı olunabileceği görüşünü büyük ölçüde etkileyen araştırmalar yapmıştır. Konuştuğu 400 hastanın yarısına, ciddi bir hastalıkları olduğunu hiçbir zaman söylememesine karşın hastaların hepsi ölüyor olduklarını bilmekteydiler. Çalışmalarında ölen hastaların, bazı aşamalardan geçtiğini ancak aşamaların sürekli birbirini izlemediğini be-

lirtmiştir. Serisel aşamaları beklemek, bu aşamaları bir rehber olarak kullanan doktor, hemşire veya aile üyeleri için yarardan çok zarar verebilir. Aşamalar konusunda diğer bir sorun da, kabullenme son ve kesin amaç olarak görünürse hastayla ilgilenenler, hastanın ölümü kabul etmemesi halinde başarısızlığa uğradıklarına inanabilirler. Weisman ise, "Terketmeye Hazırlık" deyimini kullanır. Ölüm ve inkar hakkındaki yanlış inanışların neler olduğunu tartışır ve ölüm korkusuyla ölme korkusunu, yok olma anksiyetesiyle yabancılaşma anksiyetesini birbirinden ayırır. Umudun kişinin yaşama dönme arzusuna güvenmesi demek olduğunu, fakat yaşama dönmeye bağlı olmadığını düşünmektedir. Hatta, "Umut ve Ölümün Kabulü"nü birbirinin doğal eşleri olarak belirtir. Kubler-Ross, ölümle yüzyüze gelen kişilerin umutlarını kaybetmeyeceklerinin kesin olmadığına fakat, umutlarının durumları tarafından değiştirildiğine işaret eder. "Çok hasta ve acı çekenler, ölümün uzakta olmamasını bile umut edebilirler" der(16).

Hilton gözlemlerinde, "ölümün kabullenilişinin akli rahatlık getirdiğine inandı, fakat ölüme doğru yaklaşma "haksız ve ters yönde" de olabilir. Kabullenişte uyanık bir hasta günün önemsiz olaylarıyla daha çok doyuma ulaşabilir" der(16).

Bireyin ölümle karşılaşmasındaki tavrı, onun emosyonel yeteneklerine bağlıdır. Dini inançlar, etnik yapı ve toplum yapısı hayat değerlerinin hepsi kişinin ölüme değinmesindeki yolları belirler. Olması yakın ölümden, bireye cenaze töreninin düzenlemelerini tartışmasında ve planlarını yapmasında izin verilmeli, uygun tartışma ortamı sağlanmalıdır(16,18,23).

Keder ve yas süreci; yitirmenin sezinlenmesi ya da yitirmeyle ilgili emosyonel cevaptır. Kubler-Ross'a göre yas süreci beş aşamalı bir seri içinde gelişir(5,7,12,18,27).

. Red Etme: Ayrı tutma aşaması: Yakında karşılaşılan ölüm gerçeğine karşı gösterilen ilk reaksiyondur. Diğer savunmalar gelişene kadar kendini ayrı tutma, red durumu sürer. Bu aşamada hayat için, büyük bir umuda gereksinim duyulduğu deneyimlenmiştir. Bu dönem kısa sürer, hasta dış çevreyi, kişisel ilişkilerini, ailesini düşünmeye başlar. Hemşire hastanın bu davranışlarını anlayışla karşılamalı, kabul etmelidir.

. Kızgınlık Aşaması: "Niçin ben?" dışa yansıtılan sorudur. O bir cevap istemez. Hayatının bitmesi ve birçok planları ve hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bu onu öfkelenendir. Çevreden gelen ilginin gerçek görünümü genellikle alınan yaygın düşmanlık hissinin azaltılmasına yardımcı olur. Hemşire dinler ve destek gösterirse hastaya yardım edebilir. Hastanın davranışları zordur, çünkü onun için yapılan hiç birşey onu memnun etmez.

. Pazarlık Etme Aşaması: Ölümle mücadeledeki bu üçüncü aşamada ise, genellikle Tanrıyla, hemşire, doktor veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, isteklerde bulunmaya çalışır. Gerçekleşme olasılığından uzak istekler kabul edilmemelidir.

. Depresyon Aşaması: Genellikle çaresizliğin bir habercisidir. Onun savunma mekanizmalarında uzun etkisi olmaz. Sevilen bir objenin yitirilmesine hazırlıkta yararlı olarak gelişebilir. Depresyonun dolu bir görünümüne izin vermek kabullenme aşamasını kolaylaştıracaktır. Hemşire bu aşamada, sessizce bakım vererek veya elini tutarak duygularını belli edebilir. Hasta gereksiz ziyaretçilerden korunmalıdır.

. Kabullenme: Onaylama aşaması: Duygularda, büyük değişikliklerin görüldüğü, sessizlik, iç huzur ve daha çok memnuniyetin olduğu aşamadır. Ölüm için hazır olunduğu şeklinde yorumlanır.

Glaser, Straus ve Quint'in çalışmaları sağlık görevlileri için, ölümün kabullenilişinin ne kadar zor olduğunu göstermiştir. Hastadan, ailenin ve sağlık görevlilerinin uzaklaşmaları, çaresizlik hissi ve başkaca yapacak birşey olmadığı duygusu sonucu olarak görünür(16).

Ölüme karşı hemşirenin tavrı; ölen hastalara verdikleri bakımı büyük ölçüde etkileyebilir. Hemşireler ölümü bir yenilgi gibi düşünmemeye çalışmalı, fonksiyonlarını hasta ve aile üzerinde yoğunlaştırmalıdır. Hastalar kederlenme sürecine girseler de onların desteğe gereksinimleri vardır(16, 18).

Hasta-hemşire ilişkisi, hemşirenin tolere edebilmesi gereken bir dostluğa gerek duyar. Hemşireler, hastalarıyla konuşmak için gönüllü görünmelidirler. Aynı zamanda hastaların ümit mekanizmalarına da saygı göstermelidirler. Hastalar, anlayan ve bakım veren biriyle konuyu tartışmayı doğru bulurlar. Hemşireler ölümle ilgili konuşmalara kaçınılmaksızın girdiklerinden, kendi duygularının ve düşüncelerinin farkında olmalıdırlar. Hemşire, hasta ve ailesi, doktor ve diğer hastane personeli arasında aracılık eder (koordinasyonu sağlar). Hasta ve aileye yararlı olmak için, hemşire onların kendilerini anlatmalarına izin vermelidir. Hemşire hasta yakınlarını desteklemeli, ancak umut vermemelidir. Hemşire empati göstermeli, yakında olacak ölüm trajedisinin paylaşılacağı bir ilişki kurulmasında kendine güvenmelidir. Ölüm olayı sırasında hemşire aile-ölen kişi iletişimde üzerinde durulan nokta ne yapılmamalıdır çok, ölen kişi için ne yapılabilir üzerinde olmalıdır. Bireyin korunması, saygı gösterme ve hayatın son aşamasında değer daima gelişmelidir(5,18,24,31).

Aileye ölüm ilk kez söylendiğinde, yitirme sezgisinde, boğazın sıkışması, boğulma, bir boşalma duygusu, bulantı ya da baygınlık gibi fiziksel semptomlar görülebilir. Aile de hastanın geçtiği kederlenme aşamalarından geçebilir. Duygulu

hemşire, bu reaksiyonların olabileceğini düşünerek, aile için sessiz bir ortam göstermeli ve sükunetlerini sağlamaya yardımcı olmalıdır. Aile üyelerinin, arkadaşların kederine sıklıkla suçluluk eşlik eder. Aile üyeleri fiziksel bakım içine alınırlarsa, onlara karşılık vermek için bir olanak verilmiş olduğu düşünülür ve onların kendilerini esas bir eleman gibi hissetmelerine, huzura ulaşmalarına yardımcı olunur(3, 16,18).

GERÇEĞİ SÖYLEYİP SÖYLEMEME VE NE ZAMAN SÖYLENMESİ SORUNU

Doktorlar ve aile üyeleri ölüm gerçeğini kabul edemezler ve ölecek olan hastaya söylemeyi istemezler. Ölecek olan bir hastaya ne söylenileceğine karar vermek zordur. Sorun önce hastanın ailesiyle görüşüldükten sonra, ne yapılacağına doktor karar vermelidir(16).

En doğru yol, gerçeği olduğu gibi hastaya söylemek ve daha ne kadar yaşayabileceğini ve sağlığına kavuşabilmesi için ne kadar bir olasılık olduğunu kendisine bildirmektir. Hasta durumunu başından beri bilirse, iyileşme olasılığındaki olumsuz bir değişikliği daha kolay kabullenir. Hastaya öleceğinin söylenmesini isteyen doktorlardan bazıları, bunu söylemeyi hasta yakınlarına veya din adamlarına bırakmayı uygun görürler. Çünkü doktorun söylemesinin, bir tıp otoritesi olması nedeniyle hastadaki umutların ölmesine neden olacağını savunurlar(3,30).

Bazı hastalar durumları hakkında bilgi edinmek ister ve doktorun söylediklerini ilgiyle izlerler. Bazıları da yakında ölebileceklerini bildikleri halde gerçeklerden kaçarlar. Aldatmacanın ortadan kaldırılması ve hastanın korkuları, sorunları hakkında açıkça konuşabilmek için durumunu kendisine kesin olarak anlatmak yararlı olur. Özel odadaki hastaların, hasta-doktor ilişkisinin kapalılığı dolayısıyla durumunu

daha sıklıkla öğrendikleri görülür. Gerçeği bilme zamanını ayarlamak önemlidir. Hastanın hemen hemen komaya girinceye kadar prognoz ve tanısının söylenmesine karşı olan doktorlar da vardır(10,16,18).

Doktorların gerçeği hastaya söylememeleri gerektiğini savunanlarda çoğunluktadır. Oysa ölüm toplumsal bir deneyimdir ve olabildiğince biyolojik bir olaydır. Ölüm özgürlüğünün olduğu demokratik toplumlarda, bunun diğer bireylerin (doktorların) kişisel düşüncelerine bağlı kalması doğru mudur? Montaigne "Ölmek Özgürlüğü" başlığı altında, şunları söyler; "hiçbir zaman korkulmayacak, çok kez aranacak tek emin limandır ölüm. Yaşamak başkasının istemine bağlıdır, ölmek yalnız bizimkine. Yaşamak kölelik olur, ölmek özgürlüğümüz olmasa"(16,18,22).

YAKLAŞAN ÖLÜM BELİRTİLERİ

Organik patolojik semptomlara ek olarak, ölüm sürecinin ilerlemesi sırasında ölümün yaklaştığını gösteren belirtiler olur(3,8,15,16,30).

İlk olarak, özellikle ayakların sonra ellerin, kulak ve burnun dokunulmaz derecede soğuk olmasını gösteren bir sirkülasyon yavaşlaması vardır. Ölmekte olanın derilerinde soğukluğun hissedilmesi gerçeğine karşın, hasta sıcaklık hissedebilir. Hastada fazla terleme olur, ter bezlerinin ağzı açık kaldığından iri taneli aşırı terleme görülebilir. Periferik sirkülasyon yetersizliğine bağlı olarak, derialtına verilen ilaçlar iyi emilemez. Ayrıca ağrı duyusunda da azalma görülür. Cilt rengi oksijensizlikten dolayı, morarmış gri ya da soluktur. Nabız düzensiz ve hızlıdır.

Solunum hızlı, yüzeysel, düzensiz veya anormal şekilde yavaş olabilir. Cheyne-Stokes solunumu olabilir. Zor solunum

(dyspnea) gelişir. Gırtlakta mukuz birikmesiyle ölüm takırtısı denilen, gürültülü solunum olabilir.

Kaslar tonüsün kaybına bağlı olarak hareket ettirme gücünü yavaş yavaş kaybedebilirler. Vücut supine pozisyonundadır. Çene ve yüz kasları sarkabilir, dudak kurur, yutkunma güçlüğü gelişir. Tonüs kaybına bağlı konuşma güçlüğü de olur. Gözler kısmen açık kalabilir. Tonüs kaybının belirtileri genellikle ayak ve bacadan başlar ve mide-barsak işlevlerinin kaybolması, reflekslerin kalmamasına kadar gelişebilir. Yine tonüs kaybına bağlı üriner ve rektal inkontinans olabilir. Hastada bulantı, kusma görülebilir. Bu dönemde yeme-içme olayı çok seyrek olarak sürebilir. Bu durumda hemşirenin çok dikkatli olması gerekmektedir. Aspirasyon sıklıkla gelişebilir.

Hastanın işitme ve anlama yeteneğinin değerlendirilmesine olanak olmadığından, hasta bilinçsiz görünse de, sonuna kadar duyabildiğine inanılır. Ölüm anında, birçok kez hastanın hissederek genellikle aile üyelerini, son anın acısından ayırmak istemişcesine, onların dışarı çıkmasından hemen sonra öldükleri görülür. Örneğin, hasta bir bardak su istemek için, yakınına yanından uzaklaştırır, o gelene kadar da ölür. Bazıları da yanlarında en yakınlarından 1-2 kişiyle sessizce ya da seçilmiş sözcüklerle iletişim kurarak ölürlər.

ÖLEN KİŞİNİN BAKIMINDA PRENSİP VE AMAÇLAR

Ölüm, ölmek ve yoksunluk üzerine, uluslararası çalışma grubu denilen bir disiplinler arası grup, bakım standartlarıyla ilgili bir çalışma hipotezi geliştirmiştir. Bu standartlar, en yüksek nitelikte tedavinin gerekliliğine, açık iletişime, kararı paylaşan ve ölümün anlamını anlayan hasta ailesine desteğe değinir. Aynı zamanda ilgi ve destek atmosferinin ve disiplinler arası ekip çalışmasının gerekliliğini

vurgular(16).

Hastanın tedavisine uyumunu sağlamak ve duygularını ifade etmesini sağlamak, hastanın güvenini kazanmak için, hastayla dürüst, samimi bir ilişki kurulması, yapılan her işlemin hastaya açıklanması ve hastaya en iyi bakımın verilebilmesi için, ekip üyelerinin deneyim ve bilgilerini paylaşmalarının büyük yararı olacaktır. Farklı disiplinlerde çalışanlar arasında işbirliği olduğu zaman, hastaya ve aileye değişik mesajlar verilmesinin önlenebileceği, verilen bakımın nitelik ve niceliğinin yükselmesinin sağlanabileceği görülmüştür. Büyük mültidisipliner ekiple, iletişimin devam ettirilmesi ve iyi bir grup planının uygulanmasıyla, hastanın ölüm korkusuna karşı daha etkin yardım edilebilir. Büyük ekibin yarattığı tek sorun, her bir üyenin diğerlerinin hastanın ölüm korkusuna karşı yardım etmekte olduklarını düşünerek hareket etmeleri, ihmalin gelişebilmesidir(9,10,21,31).

St. Christopher's Hospices'in tıbbi idarecisi olan TS West, bakımın bireyselleştirilmesi üzerine gözlemler yapmıştır. "Esas ilgi alanları ölümcül hastaların bakımı olan bir kurumun üyeleri, bir formülün birden fazla hastaya uygulanamayacağını çok iyi bilmektedirler" der. Her hastanın kendine özgü, özel şekilde ölüme yaklaştıkça, ekibin her üyesinin, hastaya yaklaşıırken kendine özgü yolları bulmak zorunda olduklarını öğrenmeye başladıklarını belirtir(16).

ÖLEN KİŞİNİN BAKIMINDA ORTAMIN ETKİSİ

Özellikle gelişmiş toplumlarda insanların çoğu, hastanelerde ve bakım evlerinde ölmektedirler. Hastanede ise, acil ve yoğun bakım ortamlarında ölürlere ki, buraları ileri düzeyde hayat kurtarmaya yönelik önlemlerle donatılmış ve organize edilmişlerdir. Birçok hastanelerde, hastaların ve ailenin gereksinimlerini karşılamada, acil servis personeline yardımcı

olacak, özel eğitilmiş psikiyatristler, sosyal görevliler veya din görevlileri vardır. Hastanelerde, acil ünitelerin tam tersine, kişiye özel ve kapsamlı bakım verilen küçük birimler, hasta ve ailenin tedavi edici bakıma cevap vermeyen bir hastalıkla uğraşmalarına yardım eder. İngiltere'de bu şekilde bakım veren birimlere darûlaceze (hospices) denilmiştir. Buralarda, semptomlar en aza indirilerek, ölüme yüz yüze olan hastanın rahat, dikkatle aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini yürütebilecek şekilde korunması sağlanır(3,16,30).

Ölenlerin çoğu, sevdiklerinin varlığıyla rahatlar, hasta yararı için sonuna kadar aile ve yakınlar ölüm sahnesinin bir parçası olmalıdırlar. Tıp personeli dikkatini hasta üzerine toplamak zorundadırlar ama yakınlarının da acı çektiklerini unutmamalı ve onların fiziksel ve psikolojik yardım gereksinimleri olacağını anımsamalıdırlar(3,16).

Terminal aşamadaki hastanın tedavisiyle ilgili kararlar zor verilir ve doğruyla yanlış arasındaki fark açıkça belli değildir. Ölüm olayında, hemşire ve doktorlar hastanın kaybının, kendi üzerlerindeki etkilerini gözden kaçıırırlar ve profesyonel olarak duygularını belli etmemeleri gerektiğini hissederler. Glasser, Strauss tarafından ve Quint ve arkadaşları tarafından yapılan gözlemler bu kanıyı doğrulamaktadır(16).

Ölmek üzere olan hasta, başka hastaların da bulunduğu koğuştta olabilir. Ancak, ölüm yaklaştıkça diğer hastalar bu durumdan tedirgin olabileceklerinden, hastayı ayrı bir odaya nakletmek gerekir. Saunders, koğuştaki ölümün kabulünü avantaj olarak tanımlar. "Personelden bir veya birkaç kişinin, yakınların hazır olmaları ve sonunda dua etmeleri, diğer hastalar için ölüm olayını daha önce görmeseler de, kolayca geldiği ve yalnız olmayacaklarını görmelerinin olumlu etkisi olduğunu" belirtir(3,16,30).

Hasta odası, sessiz, iyi havalandırılmış hoş ve sevimli bir görünüşte olmalıdır. Hastanın iyi görebilmesi ve odanın canlı görünmesi için, ışıklandırma normal olmalıdır. Oda direkt güneş ışığından korunmalı, ancak hiç yararlanmayacağı bir ortam da sağlanmamalıdır. Çünkü direkt güneş ışığı ya da parlak yanan lambalar hastayı rahatsız ederler. Birçok kritik hasta, odanın daha aydınlık olmasını isterler ve yetersiz ışıktaki karanlık arttıkça, korkularının da arttığından yakınırlar. Özellikle hastanın uyandığı sırada, odada keyif verici bir aydınlık olmalıdır. Oda havası temiz tutulmalıdır ve oda ısısı 21-23°C'de olmalıdır. Kritik bakım ve tedavide kullanılan malzeme ve aletler gerçekten kullanılmadıkları zaman gözden uzağa konmalıdır. İlaçlar, etkili solüsyonlar ya da hoş gitmeyen koku odada bırakılmamalıdır. Hoş olmayan kokulara karşı deodorant kullanılmalıdır. Yaşamın son günlerinin yavaş gitmesine karşın hastada, barış, sessizlik görünebilir. Hastanın sevdiği bir objeyi görerek ölmesi haz verebilir. Hasta ve ailenin iyiliği için, çevrede güzellik yapan herşey sonuna kadar korunmalıdır. Müziğin, ölmekte olan birçok kişiye yardım edebileceğine inanılır(3,16,30).

ÖLEN KİŞİNİN BAKIMINDA BAKIM VERENLERİN ROLLERİ

Ölen kişinin bakımında, aile ve dostların, din adamlarının, doktorların, hemşirelerin, eczacıların, sosyal hizmet uzmanlarının, uğraş ve eğlence terapistlerinin, fizyoterapistlerin, gönüllülerin ve idarecilerin önemli roller üstlendikleri görülür.

Ölmekte olan hastanın bakımında hemşirenin rolü; hastanın bulunduğu ortama, yakınlarının istediği bakım ölçütlerine ve verebilme yeteneklerine aynı zamanda, kurum yöneticilerinin yarattığı koşullar, kurallar ve hemşirenin hasta gereksinimlerini karşılamak için sahip olduğu zamana bağlıdır(16).

Amerikan hemşirelik topluluğu, hemşirelik uygulamalarını üç aşamada ele almaktadır: 1- Bakım, 2- Tedavi, 3- Koordinasyon, işlevlerinden, bakım ve koordinasyon ölen hastanın hemşireliğinde üstün olmakta iken, tedavi işlevi daha az önemlidir(11).

Hemşire, hiçbir zaman ölecek olan bir hasta için "artık hiç bir şey yapılamayacağını" kabul etmemeli ve hemşirelik bakım planını hazırlarken şu üç noktaya dikkat etmelidir. Hastaya, ölüme yaklaştığı andan başlayarak destek olmalıdır, hastanın konuşabilmesi, duygularını, düşüncelerini ifade edebilmesi için olanak tanınmalıdır, hastaya bakım planı hazırlarken, ailesiyle veya ona daha önce bakan bireylerle, doktoruyla konuşmalıdır. D.H.Summers, "artık başka birşey yapılamaz" cümlesini çürütelim ve bu noktada, herşey yapılabilir ve yapılmasının şart olduğunu, hayatı uzatmak için değil, fakat kalan süre içerisindeki hayatın niteliğini iyileştirmek için kabul edelim" der(16,30).

Hemşirelerin görevleri arasında, hastanın bağımsızlığını olabildiğince uzun süre korumasına yardımcı olmak ve iyi bir ölümü hastaya sağlamakta vardır. Ayrıca doktor tarafından verilen önlemleri, hasta ve ailelerinin etkin şekilde kullanmalarına yardım etmekle, ölme sürecindeki her türlü acı ve rahatsızlığı en aza indirmek hemşirenin fonksiyonlarındadır(11,16,18,30).

Saunders, hastaların "hemşireye güven duyma" eğilimlerini sıklıkla ifade eder. Hemşireler ulaşılabilir yerdedirler ve hastalara verdikleri fiziksel bakım özel gizli bir ilişki doğurur. Saunders, ayrıca hemşirelerin eğer ilgili grubun bir üyesi gibi işlev görürse, ilgilerini yoğunlaştırırsa, rollerinde etkin olabilecekleri kanısındadır. Barbara J. McNulty, etkili son bakım vermenin her hemşirenin becerisinin bir parçası olacağını ummaktadır. Ve hemşirelerin ölüme karşı tavırlarını anlamalarının, hastanın bakımını ve akrabalarına

bakımı bireyselleştirmelerinin ve "etki altında kalmadan hissetmek, yenik düşmeden bakım yapmak, tanınmadan katılmak" nasıl olduğunu öğrenmelerinin zorunlu olduğu kanısındadır. Hemşire, ölüm deneyimine hiç sahip olmasa da, tüm dikkatini yardımcı olma görevine çevirmelidir. Birçok şey onun kişiliğine bağlıdır. Kişi kendinin sahip olmadığı bir şeyi verebilir(16).

Hemşireler ölüm halindeki hastalara bakım verirken, engellenmiş hissettiklerinden öfke ve inkar duyabilirler. Hemşireler, ölüm halindeki hastanın yanında rahatsızlık duygularının ve bunların anlamlarının farkında olamayabilirler. Bu duyguları Mc Carron şöyle açıklar: "Bir hasta öldüğü zaman biz bunu en önemli amacımızın başarıya ulaşmadığını ve engel olduğunu düşünebilir, kızgınlık ve suçluluk duygusuna kapılarak ölmekte olan hastaya bakma arzusunu zora sokabiliriz. Sonra insan olarak hemşire, ölümle ilgili olan duygularını ve düşüncelerini benimseyebilme zorluğunu çekebilir. Ölümle ilgili duygularımızı bastırmak ve onlardan kaçmak çabasında, hastanın yakında gerçekleşecek ölümünü inkar etmek bizim için kolay bir yoldur. Bunu çeşitli biçimlerde gösterebiliriz. Bunlardan bir tanesi hastalığını bilmek ve bu konuda konuşmak isteyen hastayı susturmaktır. Bizim için rahat olan ne varsa onu seçer ve gerisini duymamazlıktan geliriz. Böylelikle ölmekte olan bir hasta genellikle izole edilmiş, yardıma en çok gereksinimi olduğu anda yapayalnız bırakılmış olur". Mc Carron ayrıca der ki, "ölmekte olan her hastaya ve onların ailesine ölümü huzur içinde karşılamalarına yardım edebileceğimizi söylemek gerçekçi olmaz. Ama eğer hastaları izole etmekten vazgeçersek ve onlardan kaçmama yürekliliğini gösterebilirsek ilk büyük adımı atmış oluruz. Bunu elli hastadan birine uygularsak bile daha insalcıl olmakta ilerleme göstermiş oluruz"(27).

Ölüm halindeki hastanın bakımında iletişimin çok önemli olduğunu belirten Robinson, bakımda hastanın duygusal ge-

reksinimlerinin doğrultusunda hareket edilmesini vurgulamaktadır ve hastanın bakımındaki temel noktaları şöyle özetler:

- . Ulaşılabilir ve insani olun, olanaklar ölçüsünde zamanı bu hastayla geçirin,
- . Hastanın hastalığını düşünmesine izin verin. Eğer hasta inkarı kullanılıyorsa bu savunmasını yıkmaya çalışmayın. Eğer ölümü konuşmak isterse konuyu değiştirmeye kalkmayın, konuyu değiştirmek dinleyeni rahatlatabilir ama hastanın zihnindekileri değiştirmez,
- . İçinde bulunulan zamana yoğunlaşın, ölmek üzere olan hasta için gelecek söz konusu değildir,
- . İletişimi açık tutun. Hasta olsun, hemşire olsun ifadelerin daha fazla yer almasını uygun bulmaz ve engellerlerse, destekleyici hemşirelik bakımı için fırsatlar kaybedilir(25).

Ölmekte olan hasta ve ailesiyle hemşirenin davranışı hiçbir kurala konulamaz veya onlar için ne yaparlar şeklinde bir kural oluşturulamaz. Carol Ben Kneisl, hemşirelerin ölmekte olan hasta için düşünülen bakımlarını tartışırken, basitçe hastayla birlikte olmanın önemini vurgular. Ölen kişilerin çoğunda izole edilme ve terk edilme duygusu nedeniyle, acı çektikleri kanısındadır. "Ölüm yaklaştığında, hastanın rahatlatıcı bir varlığa gereksinim duyması nedeniyle orada birinin olacağının vaadinden başka hiç bir şey hasta ve ailesi için güven verici olamaz" der(11,16).

Anlamak için dinlemek gerektiği kesin bir yargıdır. Ölmekte olanların bakımında en çok deneyim sahibi olanlar, eğer bakım verenler sessizce oturup dinlerlerse hastaların gereksinimlerini, dolaylı ve doğrudan bakım verenlere bildireceklerini söylemişlerdir. Ölen hastayla iletişim sözlerle sınırlı değildir, çoğu kez sözler yetersizdir, orada olmak

bile yeterli olabilir. Hemşire duygu ve davranışların paylaşıldığı koşullardan yararlanmasını bilmelidir. Hasta hemşireye yöneldiğinde, onun sakin tavrı doğal sesi ve güven uyandıran varlığı nedeniyle ölüm korkusunu yenmesi kolaylaşır. Hemşire hastanın sorularına, çok dikkatli cevap vermesi gerektiğini bilmelidir. Kendisi çok az konuşarak hastayı konuşmaya yöneltirse, hastanın rahatlamasını sağlayabilir. Sempatik bir şekilde duygularını belli etmeden dinleyen bir hemşire, hastanın ölümün çabuk olmadığı gerçeğini kabullenmesine ve bunu göğüsleyecek gücü bulmasına yardımcı olabilir(3,7, 21).

Hemşirenin hasta yakınlarına nazik ve iyi davranma gibi ek sorumlulukları da vardır. Hasta yakınlarının fiziksel gereksinmelerini karşılayıp karşılamadıklarına dikkat etmelidirler. Hastanede birçok yakının olabilmesine karşın, hasta odasında 1-2 kişi olmalıdır. Hemşire, aileye öğüt vermekten kaçınmalı, yapıcı olmalı, yol göstermeli ve yardımcı olmaya çalışmalıdır. Ayrıca sempati duyarak dinleme yeteneğine de sahip olmalıdır. Meraklı hasta yakınlarına, doktorun açıkladığı bilgileri, tekrar açıklamak zorunda kalabilir. Fakat doktorun açıkladığından fazlasını söylememeye dikkat etmelidir. Hasta yakınlarından bakıma katılmak isteyenlere destek olmalıdır. Hemşire, hastanın semptomları nedeniyle üzülen yakınlarına, hastanın reaksiyonlarının otomatik olduğunu, fiziksel ve mental huzursuzluğu göstermeyeceğini söylemelidir. Anlayışlı ve duygusal bir hemşirenin, hastaya bakma ve aynı zamanda üzülen hasta yakınlarının reaksiyonlarına kayıtsız kalması zor görünür. Fakat hemşire ilk sorumluluğunun hasta olduğunu, sakin ve etkilenmemiş gibi olması gerektiğini hatırlamalıdır(3,11,18,24,30).

Hemşireler, hastaya çok fazla yakın olma fırsatına sahip olduklarından, yaklaşan ölüm belirtilerine dikkat etme ve göz önünde bulundurma sorumluluğuna ve doktoru çağırma yetkisine sahiptir. Doktorun, olmaması halinde ölümü resmen

söylemeye hukuken yetkisi yoktur. Hemşirenin bedenini, cenaze törenine hazırlık yapan gruba gönderilmesi için hazırlanması ve yakınlarına destek olmaya yardım etme gibi rolleri de vardır(4,15,16,17,30).

Bakımla ilgili personelde ölüm anksiyetesinin geliştiği açıkça ortaya konulabilen bir gerçektir. Anksiyete ve korku, sağlığı tehdit edilen her normal insanın gösterebileceği en doğal tepkilerdendir. Birey, alışa geldiği yaşam içinde ne olduğunu bilemediği yeni bir duruma geçtiğinde, anksiyete doğar(19). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde, yoğun çalışma koşullarının yanı sıra ölüm olayının tehdit edici bir öge oluşturarak, onlarda doğal bir tepki olarak gelişen anksiyeteye yol açtığı görülür. Hemşireler bu çalışma ortamının koşullarına uyum sağlamaya çalışırken, ölüm olayıyla birlikte, ne olduğunu bilemediği, anlayamadığı bir duygu haline girmektedirler. Genellikle hemşirelerin, ölümü kabullenmekte güçlük çekmeleri de, anksiyetenin doğmasında önemli bir etkidir.

Anksiyete'nin sözcük anlamı; "beklenen ve olması yakın bir kötülüğe karşı beynin-dimağın acı veren rahatsızlığı, huzursuzluğudur", "anksiyete, nahoş bir uyarı, bir tür huzursuzluk, ruhi gerginliktir". Anksiyetenin somatik-bedeni ve psikolojik yönleri vardır(19,33).

Freud anksiyeteyi üç ayrı grupta ele alır. Objektif ya da gerçekçi anksiyete: Birey dıştan gelen tehlikeyi algılar ve anksiyete duyar. Bu korkuyla eş anlamlıdır. Bireyin bu sorunlarıyla savaşarak objektif çözüm yolları bulmaya çalışması gerekir. Nörotik anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin kendi içindedir, iç güdülerine bağlıdır. Birey farkında olmadan kendine zarar getirecek bir faaliyette bulunmaktan korkar. Freud'a göre, bu bireyin id ve süperego arasında çatışma nedeniyle çaresizliğe düşmesidir. Bu da kendi içinde, yaygın anksiyete, fobi ve panik olarak üçe ayrılır. Moral anksiyete:

Kişi (ego) suç ve utanma duygularının etkisinde kalır. Birey süperego ve ego idealine aykırı birşey yapmaktan ötürü vicdan tarafından cezalandırılmaktan korkar(13,19,26).

Janet'e göre, "anksiyete zihin fonksiyonlarıyla orantılı olarak ortaya çıkan psikolojik bir gerginliktir"(13,19,26).

Adler'e göre, normal anksiyete objektif bir yetersizliğin bilincidir. Kişinin kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak oluşmaktadır(13,19,26).

Otto Rank, anksiyetenin kaynağı üzerinde durarak bunun doğum travması süreciyle ilgisini belirtir. Çocuk ilk anksiyeteyi, hayatla karşılaştığında hisseder. Ona göre bu anksiyete, daha sonra yerleşecek anksiyetelerin çekirdeğidir. Rank, ayrıca yetişkin hayat ve ölüm anksiyetesi üzerinde durur. Bunlardan birincisi izole birey olarak yaşama korkusu, ikincisi ise geriye dönerek bireyin kaybolma korkusudur. Rank ayrılma anksiyetesine de dikkati çekmiştir(13,19,26,29).

Yeni Freud'culardan Karen Horney, Sullivan ve E.From, anksiyetenin temelinin sosyal süreçte yattığına inandıkları için, çocuğun çevreyle ilişkilerini farketmesiyle başlaması ve kendi çaresizliğini görmesinden önce anksiyetenin var olmayacağına inanmaktadırlar(13,26).

K.Horney, insanın düşman bir çevre içinde doğduğunu ve yalnızlığını algıladığı andan başlayarak sıkıntısının da farkına vardığını söylemiş, temel anksiyete kavramını ortaya atmıştır(13,19,26,29).

S.Sullivan, anksiyetenin kişiliğin gelişmesi ve başkalarına bağımlılığı ile ilişkili olduğunu söylemiştir. Anksiyeteyi, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ve hayati tehlikeler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak

kabul eder. Anksiyete doyum gereksinimi ile, bu doyumun sosyal normlara göre uygun olarak karşılanması arasında çatışmadan doğar(13,19,26).

E.From'a göre, ekonomik gelişmeyle orantılı olarak bireyler arasındaki rekabet artmış, birey kendisini yalnız, güven ve endişeli hissetmeye başlamıştır. Anksiyetede toplumsal ve kültürel etkenler rol oynar(13,19,26,29).

Ruesbush, anksiyetenin "hoş olmayan bir duygu durumu olduğunu, kolaylıkla diğer duygusal durumlardan ayrılabilindiğini ve fizyolojik belirtilerinin olduğunu" kabul eder(13,26).

Spielberger'in kuramına göre, anksiyete gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık, coşkusal tepkilerinin anlatımı veya bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir. Spielberger, bu tanıma uygun şekilde kişinin anksiyete tipini ve düzeyini saptamağa yarayacak Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Trait Anxiety Inventor) adında kendini değerlendirme anketi düzenlemiştir. Bu envanterin Türk kültürüne uyarlanması 1976'da Le Copte ve Doç.Dr.Necla Öner tarafından yapılmıştır(13,19,26).

Hay, anksiyeteyi şöyle tanımlamaktadır: "Kişinin kendi hakkındaki beklentileri benliğinde birleşik olarak bulunur, stressli bir durumda, bu beklentiler faaliyete geçer, bu beklentiler karşılanmazsa ve karşılanmayacaklarına ait bir korku varsa, anksiyete kişinin benliğine karşı bir tehdit olarak hissedilir"(26).

Normal anksiyete, belirli bir değişiklik karşısında geçici olarak oluşur ve kişiyi uyanık tutmaya çalışarak uyumunu kolaylaştırır. Anksiyete bir motivasyon gücü ve bireyi korkulu durumdan kurtarmada uyarıcı davranışlara yön veren

bir dürtü olarak hizmet görür. Yani şiddetli bir sınıra kadar uyaran ile orantılı olup, gittikçe artar. Ancak maksimal bir yanıt sınırının ötesinde, şiddetten kaybeder ve azalır. Artık aksiyon faktörüne karşın organizma homeostasisini sağlama yoluna girmiştir(26).

"Anksiyete, genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak" tanımlanabilir. Tehlike gerçek veya olasıdır, içe ya da dışa ait olabilir, fakat bu her zaman insanın güvence ve yaşamı için bir tehdit oluşturur. Anksiyeteden kaçınmak, korunmak ya da fizyolojik ve psikolojik cevaplarla rahatlamak gerekir. Anksiyete kişiye yük olduğu zaman, zararlı bir hâl alır. Kişi onu kaldıramayacak bir hale gelir, onunla mücadelede etkisiz olursa veya kişinin yaşam durumu anksiyetenin giderilmesini engellerse sonuçta davranış bozuklukları görülebilir(13,19,26,29).

Hemşirelerde, ölüm olayı karşısında, bilememenin ve anlayamamanın verdiği huzursuzluk, gerginliği duyacaklar, bundan korunmak içinde savunma mekanizmaları geliştireceklerdir. Eğer hemşire, rahatlayacağı savunma mekanizmalarını geliştirmede etkisiz kalırsa ya da onun yaşam koşulları anksiyetenin gidermesini engellerse sonuçta davranış bozuklukları gösterebilecektir.

Anksiyeteyi doğuran en önemli neden çatışma (conflict) dir. Çatışma, toplumda yaşayan insan varlığının öz hayat görüşü ve arzularıyla toplumsal koşullar ve olanakların karşılaşmasından doğar. Yani, İd ve Süperego'nun Ego zemininde çarpışmalarından çatışma ve ikinci kademe anksiyete doğar(29).

Emosyonel tatminsizlik, anksiyete doğurur. Ancak kişi acı verici anksiyeteden kurtulmak için, Id'deki arzuyu bastırmak şuur altına itmek yani regresyon mekanizmasını kullan-

mak zorundadır. İzolasyon (ayrılık) da anksiyeteye neden olur. Bireyin bağlı bulunduğu "figur"dan uzun süre ayrı kalması anksiyete reaksiyonunu doğurur. Buna karşı kaybedilen objenin giderilmesi gayretleri ortaya çıkmaktadır, bu şekilde bozulmuş olan psikolojik denge yeniden kurulmaya çalışılır(19,29).

Yaşadığı sürece insan, bugün ne durumda bulunursa bulunsun, yarın daha iyi olacağını hayal ederek yaşar. Daha iyi yaşama amacı güden, güven içinde bir hayat sürme amacını taşıyan bir çaba içindedir. Hayal eder, planlar yapar, uygular, sonunda elde eder. Bunlardan birinde ortaya çıkan aksaklık kişide, ümitsizliğe, gerginliğe ve dolayısıyla anksiyeteye neden olur(19).

Hemşireler de doğal olarak, daha iyi yaşama ve güven içinde bir hayat sürme amacını güden bir çaba içindedirler. Onların da hayalleri, planları vardır. Oysa özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışanların, ölüm olayıyla sık karşılaşmaları, onların hayallerinin, planlarının önemini yitirmesine aksamalara neden olmaktadır.

Anksiyete ile korku arasında ayırım yapmak gerekir. Anksiyete kaybetme endişesidir ve objeye yaklaşıma, objenin aranmasına neden olur. Korku ise, bir tehlikeye işaret eder ve objeden uzaklaşma davranışını ortaya çıkarır(19,29).

Hay, anksiyetenin dört aşamasını tanımlar. Bunlar, hafif (mild), orta (moderate), ağır (severe) ve panik'dir. Anksiyetenin hafif aşamasında, birey çevresine karşı uyanık olup etrafında geçen en ufak olaya, tıkırtaya dikkat eder. Orta düzeydeki anksiyetede, iletişim ve kavrama becerisinde azalma vardır. Birey etrafında olup bitenleri fark etmez ve tüm aktivitesini anksiyete yaratan objeye yöneltir. Burada, ayrıntılar kavrandığı halde, bunlar arasındaki bağlantı fark edilmez. Anksiyetenin en ağır aşamasında panik ortaya çıkar. İle-

tişimde tüm dikkatin dağılmış olduğu görülür. Çevresindeki kişilere karşı yanıtızsızlık, hareket edememe durumu görülebilir. Bireyin savunma mekanizmalarını kullanarak rahatlamaya çalıştığı görülür. Geçmeyen panik durumu ölüme neden olabilir(13,19,26,29).

Ölüm hemşire için arzu edilmeyen bir olaydır ve ölüme karşı anksiyete genellikle beklenen bir sonuçtur. Anksiyete çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Hemşireler hafif anksiyete duyduklarında, çevrelerine karşı oldukça uyanık olup etrafında geçen en ufak olaya dikkat ederler. Orta düzeydeki anksiyetede, hemşirenin diğer sağlık elemanlarıyla ve hastalarıyla iletişimleri ve kavrama becerilerinde azalma görülebilir. Hemşirenin çevresinde olup bitenleri kavramadaki becerisi azaldıkça anksiyete düzeyi de ağırlaşmaktadır. Hemşirede fiziksel ve duygusal huzursuzluk hali gözlenebilir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde görevli olan hemşirelerin, bu psikolojik gelişimi iyi bilmelerinin, öncelikle kendilerine ve iletişimde bulunduğu kişilere yardımcı olmaları açısından büyük önem taşımaktadır.

Ölümü yaklaşan hastaya bakım verecek olan hemşirenin, önce kendini, kendi duygularını çok iyi tanıması gerekmektedir. Anksiyeteli bir hemşirenin, hastaya iyi bakım vermesi beklenemez. Hemşirelerin edindikleri bilgilerin ışığında en ideal hemşirelik bakımını verebilmeleri için, gerek hastaları gerekse diğer meslek üyeleri ile etkin ilişkiler kurmalı, yararlı ve yapıcı işbirliği içinde olmaları yerinde olacaktır(19,26).

MATERYAL VE METOD

Araştırmamız, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapan 30 hemşire üzerinde prospektif bir yaklaşımla, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

Deneklere önce, görüşme formu ve Spielberger'in Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Trait Anxiety Inventory) görüşülerek doldurulmuştur. Görüşme formu, hemşirelerin, sosyo-ekonomik yapısını gösteren ve ölüme ilişkin bazı düşüncelerini öğrenmeyi amaçlayan 20 sorudan oluşmuştur (Ek 1).

Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (DSEA), geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan "kendini değerlendirme anketi Stai Formu TX-1 ve kendini değerlendirme anketi Stai Formu TX-2 başlığı ile 2 ayrı sayfa halinde 20'şer maddeden oluşan" bir kağıt-kalem ölçeğidir. Bu ölçek başlangıçta (normal çalışma koşullarında) ve olay sonrası (ölüm olayından hemen sonra) doldurulmuştur.

Kendini değerlendirme anketi Stai Formu TX-1 (durum anksiyete ölçeği), bireyin kendini belirgin bir durumda ya da o anda nasıl hissettiğini gösterir. Bunun içinde ölçeğin maddelerini okurken, o andaki duyguların şiddetine göre (1) Hayır, (2) Biraz, (3) Oldukça, (4) Tamamen, gibi yanıtlardan biri seçilir (Ek 2).

Kendini değerlendirme anketi Stai Formu TX-2 (sürekli anksiyete ölçeği), bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini belirtir. Duygularının sıklık derecesine göre, (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Her zaman, gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlemlenmesini gerektirir (Ek 3).

Araştırmamızda, ilk görüşme sırasında normal çalışma koşulları altında ve ölüm olayından hemen sonra doldurulan Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri skorlandırılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi için, yüzdeleme ve eşlenmiş serilerde t testinden yararlanılarak sonuçların anlamlılık durumları incelenmiştir.

B U L G U L A R

Araştırmamız, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde görevli olan 30 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Deneklerin, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumlarıyla ilgili dağılımları aşağıda verilmiştir. Deneklerimizin % 50'si (15) 18-22 yaş grubunda, % 43'ü (13) 23-27 yaş grubunda, % 7'si (2) 28 ve yukarı yaş grubunda bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1
Deneklerin Yaşa Göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	Sayı	%
18-22	15	50
23-27	13	43
28 ve yukarı	2	7
TOPLAM	30	100

Araştırmamıza katılan hemşirelerin % 60'ı (18) Sağlık Meslek Lisesi, % 40'ı (12) Hemşirelik Yüksek Okulu çıkışlıdır (Tablo 2).

Tablo 2
Deneklerin Mezun Oldukları Okula Göre Dağılımları

EĞİTİM DURUMU	Sayı	%
Sağlık Meslek Lisesi	18	60
Hemşirelik Yüksek Okulu	12	40
TOPLAM	30	100

Deneklerin medeni durumları incelendiğinde; % 73'ünün (22) bekar, % 27'sinin (8) evli oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3
Deneklerin Medeni Duruma Göre Dağılımları

MEDENİ DURUM	Sayı	%
Bekar	22	73
Evli	8	27
Dul	-	-
TOPLAM	30	100

Araştırmamıza katılan deneklerin % 50'si (15) mesleği isteyerek, % 50'si (15) istemeyerek seçmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4
Deneklerin, Mesleği İsteyerek Seçip-Seçmediklerinin Dağılımı

Mesleğinizi İsteyerek mi Seçtiniz?	Sayı	%
Evet	15	50
Hayır	15	50
TOPLAM	30	100

Deneklerden, hemşirelik mesleğini severek yürütenler % 83'ü (25) bulurken, sevmeden yürütenler % 17 (5) kişidir (Tablo 5).

Tablo 5
Deneklerin, Mesleğini Severek Yürütüp Yürütmediklerinin Dağılımı

Mesleğinizi Severek mi Yürütüyorsunuz?	Sayı	%
Evet	25	83
Hayır	5	17
TOPLAM	30	100

Deneklerimizden, 1-3 yıllık mesleki deneyimi olanlar % 57 (17) iken, yoğun bakım ünitesinde deneyimi olanlar % 63 (19) kişidir. 4-6 yıllık mesleki deneyimi olanların da % 33 (10), yoğun bakım ünitesinde deneyimi olanların da % 27 (8) kişi oldukları belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6
Deneklerin, Hemşirelik Mesleğinde ve Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

ÇALIŞMA SÜRESİ	Meslek Deneyimi		YBÜ'deki Deneyimi	
	Sayı	%	Sayı	%
1-3 yıl	17	57	19	63
4-6 yıl	10	33	8	27
7-10 yıl	1	3	2	7
10 ve yukarı	2	7	1	3
TOPLAM	30	100	30	100

Deneklerimizden, % 77'si (22) çalıştığı üniteyi kendisi seçmiş, % 23'ü (8) kendisi seçmemiştir. % 90'ı (27) çalıştığı üniteden memnun, % 10'u (3) ise memnun değildir (Tablo 7).

Tablo 7

Deneklerin, Çalıştıkları Üniteyi Kendilerinin Seçip-Seçmediklerine ve Çalıştıkları Üniteden Memnun Olup-Olmadıklarına Göre Dağılımları

	Çalıştığınız Üniteyi Kendiniz mi Seçtiniz?		Çalıştığınız Üniteden Memnunuz?	
	Sayı	%	Sayı	%
Evet	22	77	27	90
Hayır	8	23	3	10
TOPLAM	30	100	30	100

Görüşme Formu (Ek 1)'deki 11. soruya deneklerin verdiği yanıtı göre, araştırma yaptığımız ünitelerde ölünün bakımına ilişkin bir prosedür yoktur.

Görüşme Formu (Ek 1) 12. soruda deneklerin belirttiğine göre, ünitelerinde büyük oranda % 85'i (24) ölüm olayından diğer hastaların etkilenmelerini önleyememektedirler.

Deneklerimizden % 67'si (20) kendi ölümlerini arasıra düşünürken, % 27'si (8) çok seyrek düşünmektedir. Çok sık düşünenler ise % 6 (2)'dir (Tablo 8).

Görüşme Formu (Ek 1) 14. soruda, hemşirelerin ölüm olayını ölenin yakınlarına ilk kez söylemek durumunda kaldıkları zaman, % 100'e yaklaşan oranda çok üzüldükleri ve çok fazla güçlük çektikleri saptanmıştır.

Tablo 8
Deneklerin Kendi Ölümlelerini Düşünme Sıklıklarına Göre Dağılımı

Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı	Sayı	%
Çok sık	2	6
Ara sıra	20	67
Çok seyrek	8	27
TOPLAM	30	100

Hemşirelerimizden, % 67'sinin (20) ölüm olayını bildirirken, nasıl söyleyeceğine karar vermekte zorluk çektikleri, % 27'sinin (8) ölüm olayını normal bir olay olarak kabul edip söyledikleri, % 6 (2) oranında kaçtıkları söylemek istemedikleri saptandı (Tablo 9).

Tablo 9
Deneklerin Ölünün Yakınına Haber Verme Durumundaki Yaklaşımlarının Dağılımı

Ölünün Yakınlarına Bildirdeki Yaklaşımın Dağılımı	Sayı	%
Normal bir olay kabul eder ve söylerim	8	27
Nasıl söyleyeceğime karar vermede güçlük çekerim	20	67
Kaçarım, söylemek istemem	2	6
TOPLAM	30	100

Deneklerin % 67'si (20) ölüm olayını ölenin yakınlarına doktor ve hemşirenin birlikte söylemeleri gerektiğini, % 23'ü (7) yalnızca doktorun, % 10'u (3) yalnız hemşirenin söylemesi gerektiğini belirtmektedirler (Tablo 10).

Tablo 10
Deneklerin Ölüm Olayını Yakınlara Bildirmede Kimi Uygun Gördüklerine İlişkin Dağılımları

Ölüm Haberini Yakınlara Bildirmede Uygun Görülen Kişi	Sayı	%
Doktor	7	23
Hemşire	3	10
Doktor-Hemşire Birlikte	20	67
Diğer	-	-
TOPLAM	30	100

Deneklerin ölümle ilk karşılaşmalarındaki duyguları araştırıldığında, % 50'sinin (15) yoğun üzüntü duydukları, % 20'sinin (6) çaresizlik duydukları, % 13'ünün (4) başarısızlık hissettikleri, % 7'sinin (2) korku duydukları görüldü (Tablo 11).

Tablo 11
Deneklerin Meslek Hayatlarında Ölümle İlk Karşılaşmalarındaki Duygularının Dağılımı

Ölümle İlk Karşılaşmadaki Duygularınız?	Sayı	%
Çaresizlik	6	20
Başarısızlık	4	13
Öfke	-	-
Korku	2	7
Üzüntü	15	50
Diğer	3	10
TOPLAM	30	100

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 80'nin (24) ölüme karşı duygularının, hastanın yaşına ve hastalığına göre değiştiği, % 11'nin (3) de ölüm olayını kabullenmekte güçlük çektiği saptanmıştır. Ölüm olayı karşısında hiç bir şey hissetmeyene ise rastlanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12
Deneklerin Meslek Hayatlarında Karşılaştıkları Ölümlere Karşı Duygularının Dağılımı

Ölüm Olayı Karşısındaki Duygularınız?	Sayı	%
Çok fazla üzülmüyor ve ağlıyorum	1	3
Kendi ölümümü düşünüp korkuyorum	-	-
Ölüm olayını kabullenmem güç oluyor	3	11
Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişiyor	24	80
Ölüm olayı ile o kadar çok karşılaştım ki alıştım	1	3
Hiçbirşey hissetmiyorum	-	-
Diğer	1	3
TOPLAM	30	100

Hemşirelerimizin, % 84'ü (25) okulda aldıkları ölüme ilişkin eğitimi yeterli bulmazken, % 16'sı (5) yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 13
Deneklerin, Ölen Hastanın Bakımı Konusunda Aldıkları Eğitimi Yeterli Bulup-Bulmadıkları Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı

Okulda Alınan Eğitimin Yeterliliği	Sayı	%
Yeterli buluyorum	5	16
Yeterli değil	25	84
TOPLAM	30	100

Deneklerimizden, % 93'ü (28) mezun hemşirelere ölüm konusunda hizmet-içi eğitim programının yapılması gerektiğini belirtirler (Tablo 14).

Tablo 14

Deneklerin Mezun Hemşirelere Hizmet-İçi Eğitim Programı Hazırlanması Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı

Hizmet-İçi Eğitim Programının Gerekliliği	Sayı	%
Evet	28	93
Hayır	2	7
TOPLAM	30	100

Hemşirelerin, normal çalışma ortamındaki durumsal anksiyetelerinin, ölüm olayından sonra ileri derecede anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir (t:15.05; p<0.001) (Tablo 15).

Tablo 15

Deneklerin Normal Koşullardaki ve Ölüm Sonrasındaki Durumsal Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ortalama (x)	S.D.	"t" değeri	"p" değeri
Normal Koşullarda	35.8	6.54	15.05	p < 0.001
Ölüm Sonrası	58.73	5.82		
Fark	22.93	8.34		

Deneklerimizin, normal çalışma koşullarındaki sürekli anksiyeteleriyle, ölüm sonrasındaki sürekli anksiyeteleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t:9.95; p < 0.001) (Tablo 16).

Tablo 16

Deneklerin Normal Koşullardaki ve Ölüm Sonrasındaki Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ortalama (x)	S.D.	"t" değeri	"p" değeri
Normal Koşullarda	38.13	6.33	9.59	p < 0.001
Ölüm Sonrası	45.63	5.48		
Fark	7.5	4.28		

Tablo 17

Deneklerin, Yaş Gruplarına Göre Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

YAŞ GRUPLARI	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması					
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		"t" değeri "p" değeri	
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.		
18-22	35.73	6.005	59.26	6.89	39	7.81	46.5	6.35	5.75	p < 0.001
23-27	36	7.63	58.46	4.97	37	4.73	44.9	4.83	8.17	p < 0.001
28 ve ↑	35	5.65	56.5	2.12	38.5	3.53	44	1.41	1.57	p > 0.05

Deneklerimizin yaş gruplarına göre, normal çalışma koşullarında ve ölüm sonrasındaki durumsal ve sürekli anksiyete düzeyleri incelendiğinde; 18-22 yaş grubundaki hemşirelerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri arasında ki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=10.96$, $p < 0.001$). Sürekli anksiyete değerleri arasındaki farkta anlamlıdır ($t=5.75$, $p < 0.001$).

23-27 yaş grubundaki hemşirelerin, normal çalışma koşullarındaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri arasındaki fark anlamlıdır ($t=8.96$, $p < 0.001$). Sürekli anksiyete değerleri arasındaki farkta anlamlıdır ($t=8.17$, $p < 0.001$). 28 ve yukarı yaş grubunda ise normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değerleri arasındaki fark anlamlı çıkmamıştır ($t=3.90$, $p > 0.05$) yine aynı grubun sürekli anksiyete değerleri arasındaki fark da anlamlı çıkmamıştır ($t=1.57$, $p > 0.05$) (Tablo 17).

Tablo 19

Deneklerin, Medeni Durumlarına Göre Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Medeni Durum	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		"t" değeri "p" değeri
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	
Evli	32.62	6.23	57.87	3.75	35.12	5.74	43.62	5.09	t=13.31 p < 0.001
Bekar	36.95	6.38	59.04	6.45	39.22	6.29	46.36	5.54	t=11.31 p < 0.001

Araştırmamıza giren deneklerden, evli olanların normal koşullardaki anksiyeteleri ve ölüm sonrasındaki anksiyeteleri arasındaki fark ileri derecede anlamlı iken (t=13.31, p < 0.001) sürekli anksiyeteleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (t=5.19, 0.001 < p < 0.01).

Bekar deneklerin normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri arasındaki fark anlamlıdır (t=11.31, p<0.001). Sürekli anksiyeteleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=7.96, p < 0.001) (Tablo 19).

Tablo 20

Deneklerin, YBÜ'deki Deneyimlerine Göre, Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

YBÜ'deki Deneyimi	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kuyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kuyaslanması					
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası			
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.		
1-3 yıl	37.15	6.66	59.5	5.7	40	6.69	47.52	5.24	t=11.88 p < 0.001	t=6.91 p < 0.001
4-6 yıl	33.12	6.62	57.7	7.02	34.5	4.14	42.62	4.66	t= 6.87 p < 0.001	t=6.44 p < 0.001
7-10 yıl	32	1.41	57.5	0.70	33.5	3.53	41	5.65	t=17 p < 0.001	t=5 p > 0.05
10 ve ↑	39	1.30	55	1.30	41	1.30	43	1.30	t=1.22 p > 0.05	t=1.53 p > 0.05

Deneklerin, YBÜ'deki deneyimlerine göre anksiyete düzeylerini değerlendirdiğimizde; 1-3 yıl deneyimi olanların normal çalışma koşullarındaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (t=11.88, p < 0.001). Sürekli anksiyete düzeyinde de anlamlı bir artış vardır (t=6.91, p < 0.001). 4-6 yıl deneyimi olanların, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir artış saptanmış (t=6.87, p < 0.001) ve sürekli anksiyetelerindeki artışında anlamlı olduğu saptanmıştır (t=6.44, p < 0.001). 7-10 yıl deneyimli deneklerin durumsal anksiyeteleri arasındaki fark ileri derecede anlamlıyken (t=17, p < 0.001) sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı çıkmamıştır (t=5, p > 0.05). 10 yıl ve üzerinde deneyimi olanların durumsal anksiyeteleri arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (t=1.22, p > 0.05), aynı zamanda sürekli anksiyeteleri arasındaki fark da anlamsız bulunmuştur (t=1.53, p > 0.05) (Tablo 20).

Tablo 21

Deneklerin, Mesleklerini Severek Yürütüp-Yürütmemelerine Göre, Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması					
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		"t" değeri "p" değeri	
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.		
Mesleğini Severek Yürütüp Yürütmeyenlere Göre	35.5	6.38	59.08	5.99	38.48	6.47	45.68	5.58	t=14.62 p < 0.001	t=8.15 p < 0.001
Severek Yürütenler	37.4	7.82	57	9.88	36.4	5.85	45.2	5.9	t=4.43 0.01 < p < 0.05	t=5.4 0.001 < p < 0.01

Çalışmamızda, mesleğini severek yürüten hemşirelerin, normal çalışma koşullarındaki anksiyete düzeyi ile ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete düzeyleri arasında ileri derecede anlamlı bir artışın olduğu saptandı (t=14.62, p < 0.001). Aynı gruptaki hemşirelerin sürekli anksiyeteleri arasındaki farkta anlamlı bulundu (t=8.15, p < 0.001). Mesleğini sevmeyerek yürüten hemşirelerin normal çalışma koşullarındaki durumsal anksiyeteleri yüksek bulunurken ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri ile aralarında anlamlı bir artış saptanamadı (t=4.43, 0.01 < p < 0.05). Bu grubun sürekli anksiyete değerleri arasında da anlamlı bir artış saptanamamıştır (t=5.4, 0.001 < p < 0.01) (Tablo 21).

Tablo 22

Deneklerin, Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığına Göre, Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Kendi Ölümünü Düşünme Sıklığı	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması					
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		"t" değeri "p" değeri	
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.		
Çok sık	38	7.07	65.5	4.94	40.5	3.53	46	1.41	t=3.23 p > 0.05	t=3.66 p > 0.05
Arasıra	36	6.67	58.35	5.47	38.05	6.42	45.95	5.65	t=12.64 p < 0.001	t=7.60 p < 0.001
Çok seyrek ya da hiç	34.5	6.86	58	6.41	37.75	7.08	44.75	6.01	t= 6.81 p < 0.001	t=5.13 p < 0.01

Araştırma kapsamına giren hemşirelerden, kendi ölümlerini çok sık düşünenlerin normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri yüksek bulunurken, aralarındaki fark anlamlı çıkmamıştır (t=3.23, p > 0.05). Aynı şekilde sürekli anksiyete değerleri, diğer gruplara göre yüksek bulunurken aralarındaki fark anlamlı değildir (t=3.66, p > 0.05).

Hemşirelerden, kendi ölümlerini arasıra düşünenlerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır (t=12.64, p < 0.001). Aynı grubun sürekli anksiyete değerleri arasındaki fark da anlamlıdır (t=7.60, p < 0.001). Kendi ölümlerini çok seyrek ya da hiç düşünenlerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyeteleri arasındaki fark anlamlı çıkarken (t=6.81, p < 0.01) sürekli anksiyeteleri arasındaki fark anlamlı değildir (t=5.13, 0.001 < p < 0.01) (Tablo 22).

Deneklerin, Ölüm Olayını Yakınlara Söyleme Yaklaşımlarına Göre Durumsal ve Sürekli Anksiyeteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ölüm Olayını Yakınlara Bildirme Yaklaşımı	Durumsal Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				Sürekli Anksiyete Değişikliğinin Kıyaslanması				
	Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		Normal Koşullarda		Ölüm Sonrası		"t" değeri "p" değeri
	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	Ortalama (x)	S.D.	
Normal kabul edip söyleyenler	37.5	8.31	56.25	3.88	35.37	5.68	43.25	4.16	t=7.35 p < 0.001
Nasıl söyleyeceğine güçlüğ çekenler	34.7	5.62	59.45	6.39	39.2	6.45	46.25	5.91	t=13.56 p < 0.001
Kaçıp söylemek istemeyenler	40	8.48	61.5	4.94	38.5	7.77	49	2.82	t=2.26 p > 0.05

Deneklerimizden, ölüm olayını nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlüğ çekenlerin, normal koşuldaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete düzeyleri arasındaki fark ileri derecede anlamlı bir artış göstermiştir (t=13.56, p < 0.001), sürekli anksiyeteleri arasındaki farkında anlamlı olduğu belirlendi (t=6.91, p < 0.001). Ölüm olayını normal bir olay olarak kabul edip söyleyenlerin durumsal anksiyeteleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmış (t=7.35, p < 0.001), aynı grubun sürekli anksiyete değerleri arasındaki farkta anlamlı bulunmuştur (t=6.25, p < 0.001).

Ölüm olayını söylemek istemeyen ve kaçanların normal çalışma koşullarındaki anksiyete değerleri ile ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri arasındaki fark yüksek bulunurken, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca varılamamıştır (t=2.26, p > 0.05). Bu grubun sürekli anksiyeteleri de anlamlı çıkmamıştır (t=3, p > 0.05) (Tablo 23).

T A R T I Ő M A

Araştırmamızda, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde görevli hemşirelerin çalışma ortamlarındaki anksiyete düzeyini belirleyerek, ölüm olayının onların var olan bu anksiyeteleri üzerinde ne düzeyde değişiklik yapacağını saptamaya çalıştık.

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi Hastanesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde görevli toplam 30 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Deneklerin, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, deneyimi, mesleğini sevip-sevmeme durumu, kendi ölümlerini düşünme sıklıkları, ölüm olayını bildirmedeki yaklaşımları anksiyete değişkenleri olarak ele alınmıştır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, en yüksek yaş dağılımının 18-22 yaş grubunda olduğu ve bunun 30 denegin % 50'sini (15) oluşturduğu görölmektedir. Araştırma yaptığımız grubun % 43'ünün(13) 23-27 yaş grubunda olması, oldukça genç bir grup üzerinde araştırma yaptığımız sonucuna götürmektedir.

Tablo 17'de görüldüğü gibi deneklerin, yaş gruplarına göre durumsal ve sürekli anksiyetelerini incelersek; 18-22 yaş grubunda ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değeri en yüksek bulunmuş ve durumsal anksiyeteleri arasındaki fark is-

tatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Aynı gruptaki olguların sürekli anksiyete değerleri de en yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.001$). 28 ve daha yukarı yaş grubundaki, normal çalışma koşullarındaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değerleri düşük bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu veriler bizi, genç yaştaki hemşirelerin ölüm olayına karşı daha duyarlı oldukları ve anksiyete duydukları sonucuna götürmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi hemşirelerin, % 60'ının(18) Sağlık Meslek Lisesi mezunu, % 40'ının(12) Yüksek Okul mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 18'de görüldüğü gibi eğitim durumlarına göre, hemşirelerin, durumsal ve sürekli anksiyeteleri incelendiğinde; Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının normal çalışma koşullarındaki anksiyete düzeyleri daha düşükken, ölüm sonrasında ileri derecede anlamlı bir artış gösterdiği saptanır ($p < 0.001$). Eğitim düzeyi düşük bu olguların sürekli anksiyete değerleri de daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel değerlendirmede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Yüksek Okul mezunu olguların, durumsal ve sürekli anksiyete düzeyleri incelendiğinde, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Elde ettiğimiz bu veriler Aştı'nın araştırmasında verdiği eğitim düzeyi düşük olanların sürekli anksiyetelerinin daha yüksek olduğu şeklindeki sonucu ile benzerlik göstermektedir(2). Lester ve arkadaşları (1974), hemşireleri kapsayan bir çalışmalarında "eğitim arttıkça ölüm korkusunun azaldığını" belirtirler(10).

Tablo 3'de görüldüğü gibi deneklerin, % 73'ünün(22) bekar olduğu ve % 27'sinin(8) evli olduğu bulunmuştur. Bu değerlendirme, yaş dağılımındaki (Tablo 1'deki) ve eğitim durumundaki (Tablo 2'deki) sonuçlarla paralellik göstermektedir. Çünkü % 60 oranında Sağlık Meslek Lisesi çı-

kııılı ve yaşı ortalamları oldukça küçük bir grup üzerinde araştırmanın yapılmıő olması, bekar deneklerin fazla bulunması sonucunu getirmiőtir.

Tablo 19'da gürüldüğü gibi deneklerin medeni durumlarına göre durumsal ve sürekli anksiyeteleri incelendiğinde; bekarların normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri evlilere göre daha yüksektir ve istatistiksel yönden anlamlı bir artış saptanmıştır ($p < 0.001$). Bekarların sürekli anksiyete değerleri de evlilerden daha yüksek ve istatistiksel açıdan daha anlamlıdır ($p < 0.001$). Bu veriler bekarların, durumsal ve sürekli anksiyete düzeylerinin evlilere göre daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4'de gürüldüğü gibi, hemşirelerin % 50'sinin(15) hemşirelik mesleğini isteyerek seğtiği, % 50'sinin(15) istemeyerek seğtikleri saptanmıştır. Tablo 5'de gürüldüğü gibi aynı deneklerin, % 83'ünün(25) mesleğini severek yürüttükleri, % 17'sinin(5) sevmeden yürüttükleri saptanmıştır. Bu veriler hemşirelerin % 33'ünün daha sonra mesleğini sevdiklerini göstermektedir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mesleklerini sevmiő olmaları, onların bu yoğun, anksiyeteli çalışma koőulunda daha verimli olabilmeleri için, gerekli temel koőul olduğu inancındayız.

Tablo 21'de gürüldüğü gibi, hemşirelerin mesleklerini severek yürütüp yürütmemeye göre anksiyete düzeylerini incelediğimizde; mesleğini severek yürütenlerin normal çalışma koşullarındaki anksiyete değerleri sevmeyenlere göre daha düşükken, ölüm sonrasındaki değeri, sevmeyenlere göre daha fazladır ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir artış gösterir ($p < 0.001$). Mesleğini sevenlerin sürekli anksiyetelerinin de anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur ($p < 0.001$). Mesleğini sevmeyenlerin normal çalışma koşullarındaki durumsal anksiyetesi daha yüksek bulunurken, ölüm sonrasıyla istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bu-

lanmamıştır ($0.01 < p < 0.05$), sevmeyenlerin sürekli anksiyetelerinde de anlamlı bir değişiklik yoktur ($0.001 < p < 0.01$).

Tablo 6'da görüldüğü gibi, deneklerin meslekteki deneyimleri ve yoğun bakım ünitesindeki deneyimleri incelendiğinde; 1-3 yıllık deneyim grubunda yoğunlaşma olduğu görülür. % 63(19) oranındaki bu yoğunlaşma, Tablo 1, Tablo 2'deki verilerin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. 4-6 yıllık deneyim % 27(8) yoğunluğunda bulunmuştur. Diğer gruplarda çok daha az deneğe rastlanmış olması hemşirelerin ileri yaşlarda, yoğun bakım ünitesinde görev yapmayı düşünmedikleri ve daha az yorucu birimleri seçtiklerini ya da meslekten erken yaşta ayrıldıkları sonucuna götürmektedir. Elde ettiğimiz veriler Öktem'in araştırmasında bulunduğu verilere uymaktadır(25).

Tablo 20'de görüldüğü gibi, hemşirelerin deneyimleriyle anksiyete düzeyleri incelendiğinde; 1-3 yıllık grupta normal çalışma koşullarındaki durumsal anksiyete değeri ve ölüm sonrasındaki anksiyete değeri, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan daha ileri derecede anlamlı anksiyete saptanmıştır ($p < 0.001$). Deneyimi düşük bu grubun sürekli anksiyete değerleri de, diğerlerine göre daha yüksek ve istatistiksel açıdan daha anlamlı olarak belirlenmiştir ($p < 0.001$). 7-10 yıl, 10 ve daha fazla yıl deneyimi olan deneklerin sayılarının az olması istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca ulaşmamızı önlemiştir. Denton ve Wisenbaker tarafından yapılan bir araştırmaya göre, "İnsanların ölümle karşılaşmaları dozunun sıklığında artış olunca ölüm anksiyeteleri ve karşılaştıkları travma azalır" denmektedir(10). Araştırmamızda, deneyimi az olanların anksiyetelerinin daha yüksek bulunması, Denton ve Weisbaker'in araştırması ile uygunluk göstermektedir.

Tablo 7'de görüldüğü gibi, deneklerin % 77'si(22) çalıştığı üniteyi kendi seçmiştir. Çalıştığı üniteden memnun olanların ise % 90'ı(27) oluşturduğu saptanmıştır. Bu değer-

ler bizi, hemşirelerin çalıştıkları birimleri kendilerinin seçmeleri için olanak yaratılmasının, onların çalıştıkları ortamdan memnun olma oranlarını artıracacağı, dolayısıyla da daha verimli kılacağı şeklindeki kanıya götürür.

Görüşme Formu (Ek 1)'ndaki 11. soruya verilen yanıt değerlendirildiğinde, araştırma kapsamına giren ünitelerde ölünün bakımı konusunda bir prosedürün olmadığı görülür. Hemşirelerin kendi deneyimleri doğrultusunda ölüye bakım vermeye çalıştıkları ve bu konuda bir prosedürün geliştirilmesi gerektiği belirlenmiştir. Yanısıra 12. sorunun değerlendirilmesi sonucunda, % 85 oranında ölüm olayından diğer hastaların etkilenmesi önlenememektedir. Yoğun bakım ünitesindeki fiziksel koşulların uygunsuzluğu ölüm olayı gerçekleştiği sırada diğer hastaların korunmasına olanak sağlamamakta özellikle hemşirelerin, diğer hastaların endişe, korku dolu soruları karşısında cevap vermekte güçlük çektikleri, sıkıntıya girdikleri belirlenmiştir.

Tablo 8'de görüldüğü gibi, hemşirelerin % 67'sinin(20) kendi ölümlerini ara sıra düşündükleri, % 27'sinin(8) çok seyrek düşündükleri, çok sık düşünenlerin de % 6(2) olduğu saptandı. Bu belirlemelere göre Tablo 22'de görüldüğü gibi, anksiyete düzeyleri incelenirse; ölümünü çok sık düşünen hemşirelerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal ve sürekli anksiyete değerleri diğerlerine göre çok daha fazladır fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölümünü arasıra düşünen hemşirelerin normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bu grubun sürekli anksiyete değerleri arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0.001$). Çok seyrek ya da hiç düşünmeyenlerin normal koşullardaki anksiyete değeri oldukça düşükken, ölüm sonrasında artmıştır ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Sürekli anksiyeteleri arasındaki fark ise anlamsızdır ($0.001<p<0.01$). Bu veriler, bu grubun

da ölüm olayından sonra anksiyeteye girdiklerini ortaya koymaktadır.

Görüşme Formu (Ek 1)'ndaki 14. açık uçlu soruda hemşirelerin % 100'e yaklaşan oranda, ölümü yakınlarına ilk kez söylediklerinde çok fazla güçlük çektikleri, özellikle yakınlarının gösterebileceği reaksiyonlardan çekindikleri ve çok üzüldükleri saptanmıştır. Ayrıca deneklerin tümü bu deneyimin etkisini uzun süre yaşadıklarını da belirtmişlerdir. Tablo 9'da görüldüğü gibi hemşirelerin % 67'sinin(20) hâlâ ölüm olayını söylerken nasıl söyleyeceğine karar vermekte zorluk çektikleri, % 27'sinin(8) normal bir olay gibi kabul edip söyledikleri ve % 6'sının(2) kaçtıkları söylemek istemedikleri saptandı. Bu veriler Öktem'in yaptığı araştırma bulgularına uygundur(25). Bu saptamaya göre Tablo 23'de gördüğümüz gibi, hemşirelerin anksiyete düzeylerini incelersek; Ölümü yakınlarına söylemek istemeyip kaçan hemşirelerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri, diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Bu hemşirelerin sürekli anksiyete değerleri de yüksektir ancak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Nasıl söyleyeceğine karar vermekte güçlük çekenlerin normal koşullardaki anksiyete değerleri, diğerlerine göre en düşük olmasına karşın ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değeri oldukça yüksektir ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Ölüm olayını normal kabul edip söyleyen hemşirelerin, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değerleri ve de sürekli anksiyete değerleri arasındaki artış anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 10'da görüldüğü gibi deneklerin % 67'sinin(20) ölüm olayını yakınlarına doktor-hemşirenin birlikte, % 23'ünün(7) yalnızca doktorun, % 10'unun(3) yalnızca hemşirenin söylemesi gerektiğine inandıkları saptanmıştır. Hemşirelerin, ölüm olayını yakınlarına bildirmede hukuken bir yetkisi olmama-

sına karşın, uygulamada özellikle yoğun bakım hemşirelerinin üslenmek zorunda kaldıkları bir rol haline gelmiştir. Bu verilerin de gösterdiği gibi, hemşireler bu konuda tek başına sorumluluk yüklenmeyi istememekte, doktorlarla birlikte ya da doktorun tek başına üstlenmesini istemektedirler. Araştırmamızda saptadığımız, ölümün yakınlarla bildirilmesiyle ilgili tüm veriler, Öktem'in çalışmasında saptadığı gibi "hemşirelerin kendilerini ölenin yakınlarıyla karşılaşmaya, onlara yardımcı olmaya hazır hissetmedikleri, bu alanda yardıma gereksinimleri olacağını düşündürmektedir" şeklindeki yorumu ile aynı doğrultudadır(25).

Tablo 13'de görüldüğü gibi, hemşirelerin % 84'ünün(25) ölünün bakımı konusunda okulda aldıkları eğitimi yeterli bulmadıkları, % 16'sının(5) yeterli bulduğu saptandı. Bu veriler doğrultusunda, Tablo 14'de görüldüğü gibi olguların % 93'ü(28) mezun hemşirelere, ölüm konusunda hizmet-içi eğitim programı verilmesini uygun gördükleri saptandı. Böylece hemşireler, ölüm konusunda kendilerinin eksiklikleri olduğunu, yardıma gereksinim duyduklarını belirtmektedirler.

Anksiyete bulgularını saptamak için; Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (DSAE) verilerini incelersek, Tablo 15'de görüldüğü gibi, hemşirelerin, normal çalışma koşullarındaki durumsal anksiyete değeri ortalaması (35,8) ve ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete değeri ortalaması (58,7) istatistiksel olarak karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı bir artış saptanmıştır ($t: 15.05, p < 0.001$). Bu veriler hemşirelerin ölüm sonrasında yoğun anksiyete duyduklarını göstermektedir.

Tablo 16'da görüldüğü gibi olguların normal koşullardaki sürekli anksiyete değeri ortalaması (38.1) ve ölüm sonrasındaki sürekli anksiyete değeri ortalaması (45.6) istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir artış saptanır ($t: 9.59, p < 0.001$). Bu sonuca göre, ölüm olayı hemşirelerin sürekli anksiyete düzeylerini de etkileyerek artmasına neden olmuştur.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Koroner yoğun bakım ünitesinde görevli hemşirelerin, ölüm olayına karşı gelişen yoğun anksiyeteleri, onların psiko-sosyal yapısını olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, verimsiz de kılacaktır.

Araştırmamızda, yoğun bakım ünitelerinde görevli hemşirelerin çoğunluğunun yaş ortalamalarının düşük olduğu görülmüş ve bu genç hemşirelerin, ölüm olayına karşı durumsal anksiyete düzeylerinin diğer gruplara göre daha anlamlı bir fark gösterdiği saptanmıştır (t: 10.96, $p < 0.001$).

Eğitim durumuna göre, Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin normal koşullardaki durumsal anksiyeteleri daha düşükken, ölüm sonrasında yüksek okul mezunlarına göre daha anlamlı bulunmuştur (t: 12.67, $p < 0.001$).

Araştırmamızda, medeni durumuna göre, bekar hemşirelerin normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki anksiyete değerleri daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır (t: 11.31, $p < 0.001$). Bekarların sürekli anksiyete düzeyleri arasında da anlamlı bir fark saptanır (t: 7.96, $p < 0.001$).

Bulgulara göre, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin yanısıra % 33 oranında önceden istemedikleri halde, sonradan seven hemşire olduğu saptandı. Mesleğini severek yürütenlerin

normal kořullardaki durumsal anksiyeteleri daha dűřűkken, ۆlűm sonrasında ileri derecede artış gۆstermiř ve bu artış istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olarak saptanmıřtır (t: 14.62, p<0.001). Sűrekli anksiyete dűzeyleri de anlamlı bulunmuřtur (t: 8.15, p<0.001). Mesleęini sevmeyen hemřirelerin durumsal ve sűrekli anksiyeteleri istatistiksel açıdan anlamsız fark gۆstermektedir (p>0.001).

Arařtırmamız kapsamına giren hemřirelerin çoęunluęunun, 1-3 yıllık YBű deneyimine sahip oldukları ve bu hemřirelerin normal kořullardaki ve ۆlűm sonrasındaki, durumsal anksiyete dűzeylerinin yűksek olduęu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduęu saptanmıřtır (t: 11.88, p<0.001). Aynı zamanda sűrekli anksiyete dűzeylerinin de dięer gruplara gۆre daha yűksek olduęu ve anlamlı bir fark gۆsterdięi belirlenmiřtir (t: 6.91, p<0.001).

Araştırmamızda, hemşirelerin çalıştıkları ۆniteden memnun olma durumlarının çalıştıkları ۆniteyi kendilerinin semeleriyle ilişkili olduğu gۆrűlműřtir.

Arařtırma yaptığımız ۆnitelerin tűműnde, ۆlűnűn bakımı konusunda bir prosedűre rastlanmamıřtır. Ayrıca bu ۆnitelerin fiziksel kořullarının ۆlűm olayından dięer hastaların etkilenmelerini ۆnleyemedikleri ortaya konmuřtur.

Hemřirelerin kendi ۆlűmlerini dűřűnme sıklıklarına gۆre, arasıra dűřűnen hemřirelerin durumsal anksiyeteleri arasında ileri derecede anlamlı bir fark belirlenmiřtir (t: 12.64, p<0.001). Yine bu hemřirelerin sűrekli anksiyeteleri de anlamlı bulunmuřtur (t: 7.60, p<0.001).

ۆlűm olayını yakınlarına sۆylemedeki yaklařıma gۆre, hemřirelerin % 67'sinin nasıl sۆyleyeceęine karar vermekte gűlűk çektikleri saptandı ve bu grubun anksiyete dűzeyi incelendięinde, durumsal anksiyeteleri arasındaki farkın ileri

derecede anlamlı olduğu (t: 13.56, p<0.001) ve sürekli anksiyete değerlerinin de diğerlerine göre daha anlamlı olduğu saptandı (t: 6.91, p<0.001). Ayrıca hemşireler, % 90 oranında ölüm olayını söyleme rolünü, üstlenmek istememektedirler.

Ölüm olayıyla ilk karşılaşmada, hemşirelerin % 50'sinin(15) zldğ belirlenirken, ölüm olayıyla daha sonraki karşılaşmalarındaki duygularının, % 80(24) oranında hastanın yaşına ve durumuna göre değiştiği belirlenmiştir.

Ölüm konusunda hemşirelerin % 84'ünün(25) okulda aldıkları eğitimi yeterli görmedikleri ve % 93(28) oranında hizmet-içi eğitim almayı istedikleri saptanmıştır.

Ölüm olayının yarattığı anksiyete düzeyini incelersek; durumsal anksiyete değerinde istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark saptanır (t: 15.05, p<0.001). Sürekli anksiyete değerleri arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur (t: 9.59, p<0.001). Buna göre hemşireler, ölüm olayından sonra yoğun bir anksiyete içine girmekte, bu anksiyeteleri yalnızca durumsal (olaya bağlı) olmakla kalmayıp, onlarda var olan sürekli anksiyete düzeyini de etkilemektedir.

Bu sorunların giderilebilmesi ve anksiyetenin azaltılması için dikkate alınması gereken konulara değinirsek:

1- Araştırma verileri doğrultusunda bir genelleme yaparsak, yoğun bakımda çalışacak hemşirelerin, yüksek okul mezunu olmalarının dolayısıyla da yaş ortalamalarının daha yüksek olması sağlanacağından, anksiyete düzeyinin daha az olması beklenmektedir. Yanı sıra, hemşirelik mesleğinde deneyimli olanların ölüm karşısında anksiyeteleri az olacağından, yoğun bakım ünitesine eleman kabul edilirken buna da dikkat edilmesinde yarar vardır.

2- Hemşirelerin daha huzurlu bir çalışma ortamında bulunabilmeleri, onların bu birimi öncelikle kabullenip kabullenmemesine bağlıdır. İsteyerek seçtiği bir birimde çalışma, hemşireyi daha huzurlu ve mutlu eder, daha verimli kılar. Birimlere eleman alınırken, onların isteklerine de önem verilmesinde yarar olacağı inancındayız.

3- Yoğun bakım birimlerinde ölümü yaklaşan hastanın bakımı, ailesine yaklaşım ve ölüm sonrası bakım gibi konularda, bakım planlarının geliştirilmesi gereklidir. Öncelikle hazırlanmış planlar doğrultusunda hareket ederek sorunlar daha kolaylıkla önlenebilecek, hemşirenin bu yoğun duygusal etkileşim ortamında, daha objektif davranmasını sağlayarak onun daha verimli çalışması sağlanacaktır.

4- Hemşireler deneyim sahibi olsalar da, ölüm olayına karşı endişeli bir yaklaşım içine girmektedirler. Özellikle, kendi ölümlerini ya da yakınlarının ölümünü düşünerek anksiyete geliştirmektedirler, yakınlarındaki ölüm olayından uzlaşma eğilimi içindedirler. Onun içinde, yoğun bakım biriminde görevli hemşirelerin, psikolojik desteğe, anlayışa gereksinimleri vardır. Hastanede görevli hemşirelere yardımcı özellikle terminal aşamadaki hastaların duygusal gereksinimlerini tanıma ve karşılamada danışmanların bulunması, bu alanda uzman hemşirelerinin görev alması, YBÜ'de görevli hemşirelerin anksiyetelerinin azaltılmasında önemli bir faktörü oluşturacaktır.

5- Hastanelerimizde, özellikle yoğun bakım birimlerinde din görevlilerine yer verilmesi, hasta, hasta yakınları ve tıp görevlilerinin daha huzurlu ve güvenli olmalarını sağlayacaktır. Ölüm olayında, din faktörünün önemini unutmamakta yarar vardır. Hastanın bakımında rol alan diğer grup üyeleri içinde, din görevlisine de aktif rol verilmelidir.

6- Ölüm olayını yakınlarla bildirmede hemşireye tek başına sorumluluk vermek yerine doktor ve hemşireye birlikte sorumluluk verilmesi daha uygun olacaktır.

7- Hemşirelerin ölüm olayına karşı, duygularını daha iyi anlayabilmeleri ve bununla başa çıkabilmeleri için, eğitim programlarının büyük yardımı olacağı düşünüldüğünden, temel eğitimde bu konulara daha ağırlık verilmesi yararlı olacaktır.

8- Hizmet-içi eğitim programları; mezun hemşirelerin, ölüm karşısındaki güçlüklerinin çözümlenmesi, ölümü yaklaşan hastanın gereksinimlerini anlaması, hasta yakınlarına yardımcı olabilmesi, kendi duygularını tanıması ve bunlarla mücadele edebilmeyi öğrenebilmesi ve daha etkin bakımı verebilmesi için gerekli aktivitelerdir.

Ö Z E T

Yoğun Bakım Ünitesinde görevli hemşirelerin, çalıştıkları ortamın getirdiği endişenin, stresin yanısıra ölüm olayının getirdiği anksiyeteyi de yoğun şekilde duydukları yatsınamaz bir gerçektir.

Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin normal çalışma koşullarındaki anksiyete düzeyini belirleyerek, ölüm olayının anksiyeteleri üzerinde yaptığı değişikliği belirlemektedir.

Prospektif olarak, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılan bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, koroner yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır.

Deneklerin durumsal ve sürekli anksiyetelerini ölçmek için, Spielberger'in Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri kullanılmıştır.

Sonuçlar, yüzdeleme ve "t" testi kullanılarak istatistiksel olarak anlamlılık durumları incelenmiştir.

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitesinde görevli hemşirelerin, normal çalışma koşullarındaki durumsal anksiyete düzeyleriyle, ölüm sonrasındaki durumsal anksiyete düzeyleri

arasındaki fark, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Aynı zamanda, olguların, normal koşullardaki ve ölüm sonrasındaki sürekli anksiyete düzeyleri de istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).



S U M M A R Y

Intensive care unit nurses, not only feel anxiety caused by the loss of a patient, but also stress and uncomfot related to the general conditions of intensive care unit.

The aim of this study is to evolvete the anxiety level of intensive care unit nurses, during routine daily work and how the death of a patient itself distracts the anxiety.

This study is a prospective and comperative study which is carried out at I.U. Institute of Cardiology, I.U. Faculty of Medicine and I.U. Cerrahpaşa Medical Faculty corony care units.

Spielberger's state-trait anxiety inventory is used in this study.

The statistical significantly of the results are evolveted by using percentage and t-test criteris.

As a result, difference between state anxiety levels of intensive care unit nurses under normal conditions and after deaths are found to be statistically significant ($p < 0.001$). Also, the trait anxiety levels of cases in normal conditions and after death are found to be statistically significant ($p < 0.001$).

K A Y N A K L A R

- 1- Aslan,A.: Bakım yurtlarındaki yaşlıların hemşirelik bakım gereksinimleri. Türk Hemşireler Dergisi, 2:27, 1983.
- 2- Aştı,N.: Elektrokonvülsif Tedavi Uygulanacak Psikiyatri Hastalarında Gözlenen Korku ve Anksiyetelerin Giderilmesinde Terapötik Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisini Araştırmak. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1987 (Yüksek Lisans Tezi).
- 3- Avery,R., Bezmez,B., Yaylalı,M.: Hemşireliğin Temel İlkeleri. Çeviri: K.Babadağ, N.Sabuncu, G.Tandal, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1976.
- 4- King,M.E., Wieck,L., Dyer,M.: Hemşirelik Teknikleri El Kitabı. Çeviri: K.Babadağ, N.Sabuncu, G.Tandal, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1981.
- 5- Barber,J.M., Stokes,L.G., Billings,D. Mc G.: Adult and Child Care - A Client Approach to Nursing. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1977.
- 6- Betty,H.L.: Nursing student's attitudes to ward death. Nursing Research, 2:443, 1977.
- 7- Brunner,L.S., Suddarth,D.S.: Textbook of Medical-Surgical Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto, Four Edition, 1980.

- 8- Crowbry,E.V.: The Care of The Geriatric Patient. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1963.
- 9- Çavuşoğlu,H.: Ölümcül hastalığı olan hastada ekip çalışması ve aile bakımının önemi. Türk Hemşireler Dergisi, 3:40, 1984.
- 10- Denton,J.A., Wisenbaker,V.B.: Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. Nursing Research, 1:61, 1977.
- 11- Drummond,E.: Communication and comfort for the dying patient. Nursing Clinics of North America, 1:55, 1970.
- 12- Eliopoulos,C.: The dying process, Geriatric Nursing. Lippincott Nursing Series, Harfer Row Publishers, London, 1980.
- 13- Güler,K.: Doğuma Fizyolojik ve Psikolojik Yönden Hazırlanmış Gebelerle, Hazırlanmamış Olanların Antepartum, İntrapartum ve Postpartum Dönemlerdeki Anksiyete Farklılıklarının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1982 (Doktora Tezi).
- 14- Güvenç,B.: İnsan ve Kültür. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1974.
- 15- Harmer,B., Henderson,V.: Textbook of the Principles and Practice of Nursing. Mc Millan Company, New York, Fifty Edition, 1960.
- 16- Henderson,V., Nite,G.: Death and dying, Principles and Practice of Nursing. Collier Macmillan Publishers, London, 1978.

- 17- Hull,E., Perrodin,C.M.: Medical Nursing. F.A. Davis Company, Philadelphia, Sixty Edition, 1960.
- 18- Jones,A.D., Dundar,C.F., Jirovec,M.M.: Medical Surgical Nursing A Conceptual Approach. Mc Graw-Hill Book Company, London, 1978.
- 19- Karanisoğlu,H.: Anksiyete ve anksiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni, 3:37, 1983.
- 20- Keck,E., Wather,S.L.: Nurse encounters with dying and nondying patients. Nursing Research, 6:465, 1977.
- 21- Kum,E.: Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, II. Baskı, 1983.
- 22- Montaigne: Denemeler. Çeviri: Sabahattin Eyüboğlu, Can Yayınevi, İstanbul, 1970.
- 23- Nancy,L., Conrad,R.N.: Spiritual support for the dying. Nursing Clinics of North America, 2:415, 1985.
- 24- Nursing Procedure Book. Duke Univ., Medical Center Hospital, Durham, North Carolina, 1968.
- 25- Öktem,Ş.: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 1978 (Bilim Uzmanlığı Tezi).
- 26- Pektekin,Ç.: Hastaneye Kabulde Hastaların Anksiyetelerinin Ölçülüp Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1981, (Doktora Tezi).

- 27- Price,A.L.: The Art, Science and Spirit of Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Second Edition, 1959.
- 28- Sencer,M., Irmak,Y.: Toplum Bilimlerinde Yöntem. Onur Basımevi, İstanbul, II. Baskı, 1984.
- 29- Songar,A.: Psikiyatri, Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları. Geçit Kitabevi, İstanbul, 1977.
- 30- Storlie,F.: Patient Teaching in Critical Care. Appleton - Century Crofts, A Publishing Division of Prentice-Hall Inc., New York, 1975.
- 31- Uyer,G.: Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi, 4:8, 1982.
- 32- Velicangil,S.: İstatistik Metodları. Filiz Kitabevi, İstanbul, II. Baskı, 1979.
- 33- Ziyalar,A.: Psikiyatri Lügatı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği Vakfı Yayınları, İstanbul, 1981.

EK 1
GÖRÜŞME FORMU

- 1- Adınız Soyadınız:
- 2- Yaşınız:
- 3- Mezun Olduğunuz Okul:
 - a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Yüksek Okul
- 4- Medeni Haliniz:
 - a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Dul
- 5- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 6- Şu anda mesleğinizi severek mi yürütüyorsunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 7- Mesleğinizi kaç yıldır sürdürüyorsunuz?
- 8- Yoğun Bakım Ünitesinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 9- Çalıştığınız üniteyi kendiniz mi seçtiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 10- Çalıştığınız üniteden memnun musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 11- Ölünün bakımı konusunda ünitenizde uygulanan bir prosedür var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 12- Ünitenizdeki ölüm olaylarından diğer hastaların etkilenmelerini önleyebiliyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

- 13- Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?
- Çok sık
 - Ara sıra
 - Çok seyrek ya da hiç
- 14- Ölüm haberini ölenin yakınlarına ilk kez söylemek durumunda kaldığınızda neler hissetmiştiniz?
- 15- Şu anda ölünün yakınına haber verme işi size düşerse;
- Normal bir olay kabul eder ve söylerim
 - Nasıl söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim
 - Kaçarım, söylemek istemem
- 16- Sizce, ölüm haberini ölenin yakınlarına kimin bildirmesi uygundur?
- Doktorun
 - Hemşirenin
 - Doktor - Hemşirenin birlikte
 - Diğer
- 17- Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaşmanızda neler hissetmiştiniz?
- Çaresizlik
 - Başarısızlık
 - Öfke
 - Korku
 - Üzüntü
 - Diğer
- 18- Ünitenizde karşılaştığınız ölümler karşısında neler hissetmektesiniz?
- Çok üzülüp, ağlarım
 - Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım
 - Ölümü kabullenmem güç oluyor
 - Duygularım hastanın yaşına ve hastalığına göre değişmektedir
 - Ölümlerle o kadar çok karşılaştım ki alıştım
 - Hiç birşey hissetmiyorum
 - Diğer
- 19- Ölünün bakımı konusunda, okulda aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?
- Yeterli
 - Yetersiz
- 20- Mezun hemşirelere ölüm konusunda hizmet-içi programları hazırlanmasını uygun görür müsünüz?
- Evet
 - Hayır

EK 2
KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ
STAI FORM TX - 1

İsim:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o **anda** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<u>Hayır</u>	<u>Biraz</u>	<u>Oldukça</u>	<u>Tamamen</u>
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3
KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ
STAI FORM TX - 2

İsim:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel** olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<u>Nadiren</u>	<u>Bazen</u>	<u>Çok Zaman</u>	<u>Her Zaman</u>
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak istedim	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarına öylesine ciddiye alırım ki, hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

Ö Z G E Ç M İ Ş

1963 yılında Amasya'nın Saraycık köyünde doğmuştur. Daha sonra ailesiyle birlikte İstanbul'a yerleşmiş, ilk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır. 1981-82 akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'na girmiş ve 1985 yılında mezun olmuştur.

İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde 2 yıl yoğun bakım ünitesi hemşiresi olarak görev yapmış ve halen aynı kurumda servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaktadır. İngilizce bilmektedir.