



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÖLÜM
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE
YAŞADIKLARI
ANKSİYETENİN KARŞILAŞTIRILMASI**

SİBEL ÜNSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Sibel GÜNEY ÜNSAL tarafından hazırlanan **“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması”** konulu çalışması jürimizde Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :24.09.2008

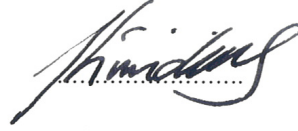
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

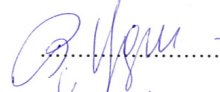
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.
(Danışmanı)



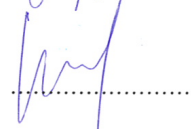
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
: Haliç Üniversitesi/Sağ. Bil. YO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ukke KARABACAK
: Marmara Üni./Sağ. Bil. Fak. Hemş. Böl.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi/Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdürü V.



TEŞEKKÜR

Çalıőmamı gerçekleőtirdiđim Florence Nightingale Hastanesi çalışanlarına, fikirleriyle beni yönlendiren, çalışma sürecinde her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen danıőmanım Prof. Dr.Necmiye SABUNCU'YA,

Her zaman yanımda olan ve bana sürekli özveriyle destek veren sevgili eőime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	III
II. İÇİNDEKİLER	IV
III. TABLO DİZİNİ	VII
1. BÖLÜM	1
ÖZET	1
2. BÖLÜM	2
SUMMARY	2
3. BÖLÜM	3
GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1- Giriş	3
3.2- Araştırmanın Amacı	4
4. BÖLÜM	5
GENEL BİLGİLER	5
4.1Ölüm	5
4.1.1. Ölümün Evrenselliği	5
4.1.2. Ölümün Çeşitli Şekiller	6
4.1.3. Hasta, Hasta Yakınları ve Tıbbi Çalışanlar Tarafından	
Ölümün Kabul Edilmesi	7
4.1.4.Gerçeği Söyleyip Söylememe ve ne Zaman Söylenmesi	
Sorunu	10
4.1.5. Yaklaşan Ölüm Belirtileri	10
4.1.6. Kesin Ölüm Belirtileri	11
4.1.7. Ölen Kişinin Bakımında Bakım Verenlerin Rolleri	16
4.2- Anksiyete	19
4.2.1.Anksiyete Nedenleri	21

4.2.2. Anksiyetenin Belirtileri	21
5. BÖLÜM	
GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1- Araştırmanın Türü	26
5.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
5.3- Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
5.4- Veri Toplama Araçları	27
5.5- Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.6- Araştırmanın Etik Sorunları	27
6. BÖLÜM	
BULGULAR	28
6.1- Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
6.2- Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
6.3- Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine İlişkin Bulgular	31
6.4- Hemşirelerin Kişisel, Mesleki ve Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	32
7. BÖLÜM	
TARTIŞMA	40
7.1- Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	41
7.2- Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
7.3- Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42

7.4- Hemşirelerin Kişisel, Mesleki ve Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	40
---	----

8. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER 44

8.1. Sonuçlar	44
---------------	----

8.2. Öneriler	45
---------------	----

9. BÖLÜM

EKLER 46

Ek-1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Ölüm Hakkındaki Düşünceleri (Ek-1)

Ek-2: Kendini Değerlendirme Anketi Sta1 Form Tx-1

Ek-3: Kendini Değerlendirme Anketi Sta1 Form Tx-2

Ek-4: : Şişli Florence Nightingale Hastanesi İzin Belgesi

10. BÖLÜM

KAYNAKLAR 52

11. BÖLÜM

ÖZGEÇMİŞ 56

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	29
Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	30
Tablo 3. Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine İlişkin Bulguların Dağılımı	31
Tablo 4. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	32
Tablo 5. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Yas Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	32
Tablo 6. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Öğrenim Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	33
Tablo 7. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Çalışılan Bölüme Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	33
Tablo 8 . Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Çalışma Süresine Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	34
Tablo 9. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Ölünün Bakımı Prosedürüne Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	34
Tablo 10. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Yakınıını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	35
Tablo 11. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Yakınıını Ölümü Düşünme Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerin Bakım Verdikleri Hastaların Ölmeleri Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	36

Tablo 13. Çalışma Kapsamına Alınan Serviste Ölen Hasta Sayılarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	36
Tablo 14. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerde Ölüm Olayını Haber Verme Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	37
Tablo 15. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerde Ölüm Olayı Karşısındaki Hissettikleri Durumlara Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	37
Tablo 16. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerde Ölüm Olayının Kişiyi Etkilemesi Durumlarına Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	38
Tablo 17. Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerde Ölüm İle İlk Karşılaşma Olayında Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	38
Tablo 18. Ölüm İle Sık Karşılaşan Hemşirelerin Yapıtığı Önerilere Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması	39

1.BÖLÜM

ÖZET

Araştırma; Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm karşısındaki anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Çalışma Şişli Florence Nightingale Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde ve yoğun bakım sonrası hastaların çıktıkları Dahiliye servislerinde görev yapan ve ölümler en az üç kez karşılaşmış 80 hemşire üzerinde prospektif bir yaklaşımla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak gerçekleştirildi.

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

Araştırma sonucunda hemşirelerin medeni durum, yaş, çalışma süresi, ölümlerle karşılaşma durumlarının sürekli anksiyete düzeylerinde etkili olduğu bulundu. Dahiliye ve cerrahi yoğun bakımlarla, dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin sürekli ve ölüm karşısındaki anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmadı.

Anahtar Kelimeler; Yoğun Bakım Hemşireliği, Ölüm Hakkındaki Düşünce, Anksiyetenin Değerlendirilmesi

2.BÖLÜM

SUMMARY

Intensive care unit nurses the idea about death and evaluation of anxiety.

Research; It was carried out as descriptive on purpose of determining the anxiety level of nurses against death.

This research was carried out Florence Nightingale Hospital's, intensive care unit with 80 nurses who confronted with death cases at least three times with a prospective method in descriptive and comparative way.

To measure situational and stable anxiety of nurses, state-trait anxiety inventory of Spielberger was used.

As result of that research it was detected that marital status, age, working period, facing death of nurses is influential on their stable and against death anxiety level of nurses that work in internal diseases and surgery units has no have statistical meaning.

Key Words; Intensive care unit nursing, idea about death, evaluation of anxiety.

3.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Giriş

Ölüm toplumumuz tarafından tartışılmayan tabu bir konudur. Bu nedenle ölüm konusunda bireylerin olumlu beklentileri gelişmemiştir. Sağlıkla ilgili mesleklerde çalışan bireyler, özellikle hemşireler ölüm ve ölmekte olan hasta ile sürekli karşılaşmak zorundadırlar. Geçmişte hastanelerden günümüzde olduğu kadar yararlanılmaması nedeniyle ölümler daha çok aile ortamında olmaktadır. Şimdi ise özellikle ciddi hastalığı olanların hastaneye kaldırılmaları onların hastanede ölmeleri ile sonuçlanmaktadır. Böylece ev ortamından ayrılan hasta fiziksel bakım yönünden olduğu kadar psikolojik destek yönünden de hastane personeline bağımlı kalmakta, bu bağımlılık ölümcül hastalığı olanlarda daha da artmaktadır (14).

Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunun bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler değişiktir. Ölmekte olan bir hastaya ve ailesine tam anlamıyla yardımcı olabilmek için, hemşirenin önce kendi duygularını tanıması gerekir (1,9,14).

Bugüne kadar ölümün değişik tanımları yapılmıştır. Bunlardan biri Amerikan Tıp Derneği tarafından kabul edilen tanımdır. Bu tanıma göre ölüm, dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin irreversibl durmasıdır (14).

Terminal safhadaki bir hasta öleceğini öğrendikten sonra karmaşık duygular yaşar. Ölmekte olan hasta bireyin psikolojik bakımı en az fiziksel bakımı kadar önem taşımaktadır (9).

Hemşireler meslekleri gereği genellikle ölen bir hastaya ilk yaklaşımda bulunması gereken kişilerdir. Buna karşın hemşirelerin ölüme ve ölümcül hasta ile yüzyüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarla görülmektedir (1,14).

Bakımla ilgili personelin ölüm anksiyetesi yeterince incelenmemiş olsa da, ne şekilde olursa olsun anksiyetenin olduğu bu ortamın, verimi azalttığı tartışılması mantıklı olacaktır. Yine böyle bir durumdan etkilenen hemşirelerin ölüm anksiyetelerinin artması, onların vereceği bakımı da olumsuz yönde etkileyecektir. 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 (1,14,39,48).

3.2. Araştırmanın Amacı

Dahiliye yoğun bakımlarda kronik kalan hasta sayısı cerrahi yoğun bakıma göre daha fazladır. Hastanın hastanede kalış süresi ne kadar uzun olursa hemşirelerin o hastaya verdikleri bakım, hasta ve ailesiyle olan iletişim, paylaşım, duygulanımları daha çok olmaktadır. Bu nedenle dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin cerrahi yoğun bakım ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelere oranla ölüm olayı karşısında daha fazla anksiyete yaşayacakları düşünülmektedir.

Bu çalışma yoğun bakım ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin hastalarının ölümü halinde düşünceleri ve yaşadıkları anksiyeteyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

4.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

4.1. Ölüm

Çağlar boyunca ölümün insanlar üzerindeki etkisi, kültürlere ve zamana göre değişiklikler göstermiştir. Günümüzde, genellikle ölüm gerçeğinden korkulmakta ya da ölüm kabullenilmemektedir. Kendilerine ölümün anlamı sorulan kişilerin çoğu, bunu 'yaşamın sonu' olarak tanımlamaktadır (6).

Ölüm, tüm yaşayan organizmaların paylaştığı evrensel bir olaydır. Bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir. Korkutucu fakat kaçınılmaz bir olaydır. Kişi ölümün kaçınılmaz olduğunun bilincindedir, bilmediği şey ölümün ne zaman ve nasıl olacağıdır. İlkel toplumlardan günümüze değin çeşitli aşamalar geçiren insan düşüncesi, ölüme yanıt aramaya çalışmış, bilinmeyenlerle dolu bu acı gerçeği açıklayamayınca da dinsel inançlara sığınma yolunu seçmiştir. Yüzyıllardan beri insanın ilgisini çeken ölüm kavramının anlamının ne olduğu sorusuna yanıt bulmak oldukça güçtür. Bilim adamları ve bazı filozoflar ölümü, tüm olarak yok olma diye nitelerken, kimi filozoflarda ölümün biçim değiştirme olduğuna inanmışlardır (2).

Ölümün dört şekli vardır.

- Fiziksel Ölüm: Beyin, kalp gibi hayati fonksiyonların durması,
- Zihinsel (entelektüel) Ölüm: insanın kavramaya ait fonksiyonlarının olmaması,
- Psikolojik Ölüm: Hayatta olmanın daha fazla nedeninin olmadığına inanma,
- Toplumsal Ölüm: Bireyin kendini daha fazla düşünmesi, başkalarını düşünmemesidir (egoizm) (48).

4.1.1. 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 ulamasının, acı acı ulumasının, sürekli ulumasının, ölüm işareti taşıdığı belirtilmektedir. Başka kültürlerde de benzer örnekler bulunmaktadır (48).

Tatar'ın araştırmasında belirtildiği gibi (48); İnsanlar daima bir ölümsüzlük inancını çok kıymetli tutmuşlar ve toplum bilim adamları olan, Robert J. Lifton ve Eric Olson, ölümsüzlük fikrinin beş anlamını belirtmişlerdir.

- Biyolojik Anlamı: İnsanın nesiller boyu yaşaması,
- Yaratıcılık Anlamı: İnsanın çalışmaları doğrultusunda yaşaması,
- Dinsel anlamı: İnsanların ebedi bir hayat görünümünün dinselliğini kabul etmeleri,
- Doğallık Anlamı: insanın bir parçası olan doğal dayanma gücündeki inanca sahip olması,
- Deneysellik Anlamı: hayat ve ölümün ardından başlayan üstünlük, aşırı sevincin önemini kabul etmedir (48).

4.1.2. Ölümün Çeşitli Şekilleri

Birçok kişi aniden ölmenin ne gibi bir şey olduğunu bulmaya çalışmışlardır. Tatar'ın araştırmasında belirtildiği üzere; Heim, her biri ölümlerle yüzyüze gelmiş olan, değişik mesleklerden kişilerle görüşmüş şu sonuca varmıştır: kazazedelerin % 95'inin başından tamamen benzer olaylar geçmiştir. Neredeyse 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 çabukluğunda 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 ölüden çok, gözlemleyen için daha fazla acı verici olduğunu savunur. (48).

Birçok olayda hastaların sonuna kadar durumlarının farkında görünmesine karşın, çoğu hastalar tıp elemanlarınca ölüm belirtilerinin görülmesinden önce öleceklerinin farkında görünürler. Ölümün bu önsezisi, 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 göreyak yardım edebilirler. Hemşireler, ölümlle yüzyüze gelmenin zorunluluğu ve ayrılık acısıyla ilgili yoğun duygusallaşma sırasında, arkadaşlarla, aileye ve hastalara birçok şekilde destek olabilirler (37,39,45).

4.1.3. Hasta, Hasta Yakınları ve Tıbbi Çalışanlar Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi

Bugün özellikle durumu ağır olan ya da tedavi uygulanması gereken hastaların hastaneye yatırılmaları, hastanede ölümlerin artmasına neden olmaktadır. Bu durum ise ölümlü yaklaşan hasta ve ailesine özel ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı verilmesini gerektirmektedir (1).

Ölüm kavramının hemşirelik bilimi ve sanatında yaşam aktiviteleri içinde yer alması, ölme süreci ile ilgilidir. Ayrıca, ölüm tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği ve giderek sona erdiği bir durumdur. Roper, Logan ve Tierney'in günlük yaşam aktiviteleri modeli içinde 'ölüm' kavramı yer almasına karşın, ölümün bir yaşam aktivitesi olup olmadığı sağlık personeli içinde tartışılmakta olan bir sorundur. Gerçekte ölüm, bireyin her günlük yaşamında yer alan bir rutini belirlemeyip, bir sonu tanımlamaktadır (37,46).

Ölümün felsefi olarak ele alınması, yaşamı anlamlandırmada insanlar için eşsiz bir fırsat gibi görünmektedir. Ölüm gerçeğinin bilincine varan insan, şimdi ve burada yaşadığının

bir daha geri gelmeyecek şekilde Şu anda var olunduğunun farkına varır. DÜnyayı, insanları ve yaşamı algılama zenginleŐir, duygular daha yoğun yaŐanılr. DÜnya, insanlar ve yaşam, daha dikkate değer, bakmaya, üzerinde dÜŐünmeye daha değer olur (12,21).

Sağlık personeli için kayıp yaşayan bireylerin içinden geçtikleri dÜnemleri ve yaşadıkları duyguları anlama ¼nemlidir. Kişiler her zaman bu dÜnemleri mantıklı bir sırada izleyerek kederin öz¼mlenmesi aŐamasına gelmeyebilirler, bir dÜnemden diğerine geçebilirler ya da bir dÜnemde belirsiz bir süre kalabilirler. ¼lüme ilişkin tepkiler. Hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal alanda yaŐadıklarından ¼nemli ¼l¼de etkilenir (15,16,38).

Bireyin ¼lümlle karŐılaŐmasındaki tavrı, onun emasyonel yeteneklerine bağlıdır. Dini inançlar, etnik yapı ve toplum yapısı hayat değerlerinin hepsi kişinin ¼lüme değerindeki yolları belirler. Olması yakın ¼lümlde, bireye cenaze t¼renini d¼zenlemelerini tartıŐmasında ve planlamasında izin verilmeli, uygun tartışma ortamı sağlanmalıdır (29,48).

Kubler-Ross, ¼lümlle y¼z y¼ze gelen bir kişilerin umutlarını kaybetmeyeceklerinin kesin olmadığına fakat, umutlarının durumları tarafından değeritirildiğine iŐaret eder. ‘ok hasta ve acı çekenler, ¼lüml¼n uzakta olmamasını bile umut edebilirler’ der (14,15,16,38,39,48).

¼leceđini ¼đrenen ya da hissedeni kimse, ¼lüml sürecinde çeşitli evrelerden geçer. Ancak bu evrelerin kapladđıđı zaman ve geçiriliŐ biçimleri kişilere g¼re değeriklikler g¼sterir. Dr. Kubler Ross bu evreleri 5 aşamada toplamıŐtır (14,15,16,38,39,48).

1.İnkâr (İzolasyon): ‘Hayır...ben değerim,bir yanlıŐlık olmalı.’ Yollu bir konuşma, bu dÜnemin tipik tepkisidir. Hasta ¼leceđine inanmak istemez. Hastaların bu davranışı insanların bilmek istemediği bilgiyi kabul etmeme eğiliminden kaynaklanabileceği gibi, bazen de hasta ailesinin bu durumun ¼stesinden gelemeyeceğini bildiği için ¼lüml¼ inkâr edebilir.

2.Öfke (Kızgınlık): Hasta birinci evreyi aŐarsa, kızgınlıkla karakterize ikinci evreyi yaşar. Kişi, sağlıklı kişilere ve Tanrı’ya öfke duyar. ¼lüml¼ kendisine yapılan bir haksızlık olarak g¼rür. ‘Niçin ben?’ sorusunu sorar. Hasta, kızgınlık duygularını açığa verme ihtiyacı duyar. Bu durumda hedef Tanrı, sağlık personeli ya da aile ¼yeleri olabilir.

3.Pazarlık: Hasta ölümü kabullenir, ancak daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer. Pazarlık, kaçınılmaz bir ölümü geciktirme çabasıdır.

4.Depresyon: Hasta artık 'Evet, ben' demektir. Sorunun geldiğini kabullenme cesaretini bulduğunda, kendisini deprese hisseder. Bu dönemde birey içine kapanır. Adeta kendi ölümünün yasını tutar.

5. Kabullenme: Son evredir, birey durumunu kabullenmiştir. Kubler- Ross bu dönemi 'Ne mutlu, ne mutsuz dönem' olarak tanımlar. Bu dönemde yarım kalan işlerini bitirme ve dine bağlanma görülür. Son isteklerini yerine getirme çabası vardır.

Ölüme karşı hemşirenin tavrı; ölen hastalara verdikleri bakımı büyük ölçüde etkileyebilir. Hemşireler ölümü bir yenilgi gibi düşünmemeye çalışmalı, fonksiyonlarının hasta ve ailesi üzerinde yoğunlaştırmalıdır. Hastalar kederlenme sürecine girseler bile onların desteğe gereksinimleri vardır (11,25,48).

Hasta-hemşire ilişkisi, hemşirenin tolere edebilmesini gerektiren bir dostluğa gerek duyar. Hemşireler hastalarıyla konuşmak için gönüllü görünmelidirler. 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. Hemşire hasta yakınlarını desteklemeli, ancak umut vermemelidir. 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 için ne yapılabilir üzerinde olmalıdır. Bireyin korunması, saygı gösterme ve hayatın son aşamasında değer daima gelişmelidir (45,48).

Aileye ölüm ilk kez söylendiğinde, yitirme sezgisinde, boğazın sıkışması, boğulma, bir boşalma duygusu, bulantı ya da baygınlık gibi fiziksel semptomlar görülebilir. Ailede 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 (39,48).

4.1.4. Gerçeği Söyleyip Söylememe Ve Ne Zaman Söylenmesi Sorunu

Doktorlar ve aile üyeleri ölüm gerçeğini kabul edemezler ve ölecek olan hastaya söylemeyi istemezler. Ölecek olan hastaya ne söyleneceğine karar vermek zordur. Sorun önce hastanın ailesiyle görüşüldükten sonra ne yapılacağına doktor karar vermelidir (29,39,48).

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.(10). Gerçeği bilme zamanını ayarlamak önemlidir. Hastanın hemen hemen komaya girinceye kadar prognoz ve tanısının söylenmesine karşı olan doktorlar da vardır (39,48).

4.1.5. Yaklaşan Ölüm Belirtileri

Organik patolojik semptomlara ek olarak, ölüm sürecinin ilerlemesi sırasında ölümün yaklaştığını gösteren belirtiler olur. Bunlar;

- ❖ Duyu ve hareket azalmıştır. Bu durum genellikle ekstremitelerden başlar ve özellikle ayak ve bacakta duyu kaybı oluşur. Gastro intestinal sistem hareketleri çok yavaşlar ve refleksler kaybolur.
- ❖ Hastanın vücut ısısı yüksektir. Ancak periferik dolaşım bozukluğu nedeniyle hasta üşür. Derisi siyanotiktir, solgun görünür.
- ❖ Nabız regüler ve zayıftır.
- ❖ Solunum gürültülüdür. Ölüm hırıltısı vardır. Cheyne- Stokes solunum görülür. Sekresyon birikir.

- ❖ Arteriyel kan basıncı düşüktür.
- ❖ Çene ve yüz kasları gevşer, gözleri açık kalabilir.
- ❖ Hastanın işitme ve anlama yeteneğinin değerlendirilmesine olanak olmadığında, hasta bilinçsiz görünse de sonuna kadar duyabildiğine inanılır (2,39).

4.1.6. Kesin Ölüm Belirtileri

- ❖ Kalp atışı ve solunum yoktur.
- ❖ Göz pupilleri dilatedir.
- ❖ Refleksler kaybolmuştur.
- ❖ Beyin dalgaları yoktur (2,39).

Hemşireler, hastaya çok fazla yakın olma fırsatına sahip olduklarından yaklaşan ölüm belirtilerine dikkat çekme ve göz önünde bulundurma sorumluluğuna ve doktoru çağırma yetkisine sahiptir. Doktorun olmaması durumunda ölümü resmen söylemeye hukuken yetkisi yoktur. Hemşirenin, bedenin cenaze törenine hazırlık yapan gruba gönderilmesi için hazırlanması ve yakınlarına destek olmaya yardım etme gibi rolleri vardır (4).

Hasta- hemşire ilişkisi varoluşsal bir deneyimdir. Ölüm sürecindeki hastalar ve yakınları ile çalışmak, sağlık personeli için son derece stres verici bir durum olabilir. Ölüm sürecindeki hastalara yaklaşımda hemşirenin göz önünde bulunması gereken durumlara kısaca bakıldığında bazı sorular ve durumlarla karşılaşılır (1,2).

Ölecek miyim? şeklinde soru soran hastaya yaklaşım: Hastalar genellikle durumları ile ilgili konuşmak isterler. Hastanın prognozunu söylemek doktorun sorumluluğundadır. Hemşire, doktorun hastaya ne söylediğini, mutlaka doktorla konuşmalıdır. Eğer doktor prognozu tek başına söylemeyi tercih etmemişse, hemşirenin yanlarında olması, hasta, hemşire ve doktor açısından yararlı olacaktır (5,6,38,44).

Ölecek miyim? sorusu ile her zaman karşılaşabilir ve karşılaşmaktan da korkulur. Böyle bir durumda soruyu soran hastanın mutlaka ölümü düşünerek ve gerçek cevabı bekleyerek sorduğu düşünülmemelidir. Öncelikle hastaya basmakalıp cevaplar verilmemelidir. Hastaya, ‘çok hastasın, fakat senin için yapılabilecek her şeyi yapıyor, senin yanındayız’ gibi bir cevap verilmesi uygun olabilir. Daha sonra hastaya ‘durumunla ilgili konuşmak ister misin?’ diye sorarak devam edilmelidir. Eğer istemezse, isteklerine saygı göstermeli, başka bir zaman duygularını paylaşmaya karar verip konuşmak isterse yanına oturmalı, rahatlayacağı düşünülüyorsa eline ya da omzuna dokunmalı ve tüm dikkati kendisine verilerek dinlenmelidir (5,6,38,44).

İnkâr eden hastaya yaklaşım: Hasta hastalığını ve prognozunu inkâr edebilir. İnkâr, uyuma yönelik olmayan bir baş etme yöntemidir ve hastanın diğer insanlarla olduğu kadar ailesiyle de iletişimini bozarak, sağlığını olumsuz etkileyebilir. Hemşire, diğer sağlık çalışanlarına göre, hasta ile daha fazla zaman geçirdiğinden, hastanın inkârını test etmek ve müdahalede bulunmak için daha iyi bir pozisyona sahiptir. İnkârı test etmek için hastaya neler hissettiği, hastalığı, hastanede yatması ile ilgili neler düşündüğü sorulabilir. Bu sorular hastaya arka arkaya sorulmamalıdır. Hemşire günlük bakımı sırasında hastaya yardımcı olabilir. anksiyetenin yüksek olması ve inkâr nedeni ile hasta kendini engellenmiş hissedebilir ve iletişime kapalı olabilir. hastanın sorduğu soruları cevaplamak, hastalığı ve ne yapacağı ile ilgili, hasta ile konuşmak hastanın gerçeği kabul etmesine yardımcı olabilir. İnkâr kuvvetli ise tekrar konuşmayı deneyebilir veya diğer uzman hekimlerden yardım alınabilir. Eğer inkâr ısrarlı devam ediyorsa, konsültasyon liyazon psikiyatrisinden yardım alınabilir (38,44).

Ölüm sürecinde hastanın bakımı üzerindeki kontrolün önemi: İnsan kendisi için en iyi olanı bilir ve insanın gelişimi ölüm anına kadar devam eder. Eğer hasta, bakımı ile ilgili kontrolsüz olursa, kendini yetersiz hissedecektir. Bakım verenler hastaya en iyi teknik bakımı vermek isterken, hastanın kendi bakımı ile ilgili kontrolünü kaldırdıklarının farkına varamayabilir. Hastanın kendi seçim yapmasına olanak tanınması, alternatif önerilerin sunulması, hastanın bakım ve tedavileri istemesi ve uyacağını söylemesi önemlidir. Hastaların bakım verenlerden saygı görmeye hakları vardır (5,38,44).

Ölmek üzere olan hastadan bilgi saklamak: hastaya durumu ile ilgili bilgi vermemenin daha yararlı olduğunu düşünerek, sağlık personeli ve aile, hastadan bazı bilgileri saklayabilirler. Bu durum hastanın kendini bağımlı, öz bakımından kontrolsüz hissetmesine ve anksiyetesinin artmasına yol açabilir. Hasta kendi duygularını ifade edemez ve güven duygusunun azalması ile yalnızlık hissedebilir. Bilgi saklamak yerine, hastanın kendi durumu ile ilgili neler bildiğini konuşmak ve gerekli olduğunda açıklamalar yapmak yararlıdır (5,6,38,44).

Hastanın nerede öleceğinin belirlenmesi ve rahatlatıcı ortam için düzenlemeler: Hastane odaları, huzurlu bir ölümü gerçekleştirebilecek şekilde, destekleyici ve rahatlık sağlayıcı bir şekilde düzenlenmemiştir. Hasta ve ailesi, ölüm sürecini geçirmek için hastanede kalmayı ya da kendi evlerine gitmeyi tercih edebilirler. Her iki durumda da hemşire, ortamın düzenlenmesi fiziksel ve psikolojik yardım sağlamaktan sorumludur. Bu nedenle, hemşirelerin, ölüm sürecindeki hasta için güvenli ve huzurlu bir ortam yaratmayı bilmeleri faydalı olacaktır (8,18, 20, 39).

Yatağa bağımlı ve ölmek üzere olan bir hasta, küçük bir fiziksel dünyada yaşamaktadır. Bu nedenle, odası ve yatağı hasta için önem kazanmıştır. Çevresindekilerin azalması nedeniyle hasta daha hassastır ve daha kolay rahatsız olur. Gürültü, parfüm kokusu, sigara dumanı, hatta ziyaretçi konuşmaları onu kızdırabilir ve anksiyete yaşamasına neden olabilir. hasta içine kapanabilir ve daha az iletişim kurabilir. Bazı hastalar, evde yataklarının herkesin bulunduğu oturma odasında, bazıları ise kendi yatak odalarında olmasını isterler. Bu konu, hastaların tercihine bırakılmalıdır. Ölüm sürecindeki hastanın beş duyusuna hitap eden hoş değişiklikler uygulamalar yararlı olacaktır (3,20,29,39).

Sembolik eşyaların önemi: Terminal dönemdeki hastalarla çalışırken, duygusal olarak sevilen birine ya da geçmişte mutlu olunan zaman ve yerlere ait eşyaların iyileştirici güçleri olduğu bilinmelidir. Hastaların bu eşyalarla ilgili isteklerine duyarlı olunmalıdır. Bu amaçla, hastanın bulunduğu ortamda tebrik kartları, çocukların yaptığı el işler, aile, arkadaş, çocuk, hayvan resimleri ve hatırlatıcı bazı eşyalar kullanarak değişiklikler yapmak uygun olur. Bu uygulamalar için hasta yakınları teşvik edilmelidir (20,37,38,39).

Odanın rengi ve aydınlatılmasının önemi: Oda rengi için yumuşak tonlar, su renkleri, yeşiller ve maviler rahatlatıcı renklerdir. Kirli beyaz ve yumuşak bejler, beyazdan

daha hoştur. Aydınlatma için floresan lambalar kullanılmalıdır. Hastaların hastane odalarının penceresi, bir ağaç, çimenlik, bahçe ve hatta gökyüzünü görüyorsa, daha az deprese oldukları ve daha hızlı iyileştikleri gözlenmiştir. Bu, ölüm sürecindeki hastalar için de geçerlidir. Eğer yatak dışarıdaki görüntüye izin verecek şekilde çevrelemiyorsa, odaya canlı bitkiler ve kokusu hastayı rahatsız etmeyecek çiçekler getirilebilir (20,29,37).

Tat duyusu değişikliklerine yaklaşım: Ölüm sürecindeki hastada tat duyusunda değişiklik ve iştahsızlık olabilir. bunun için hastanın sevdiği, yemek istediği yiyecek istediği miktarda verilmelidir. Yiyecek ve içecekler bulantı oluşturmayacak şekilde verilmelidir. Nefesi tazelemek ve ağzı tatlı tutmak amacıyla nane ve limon şekeri kullanılabilir (1,20,39).

Ağrı yönetimi: Ölüm sürecindeki hastada üzerinde durulması gereken bir konu da ağrı yönetimidir. Hemşire hastanın ağrısının, ağrıya tepkisini, ilaçların dozunu, etkilerini gözlemler. Hekimin hangi ilacı, hangi dozda verdiğini hemşire gerekçeleri ile bilmelidir. Ağrının kaldırılması, hastanın rahatlığının sağlanması için en gerekli uygulamaların başında gelir (20,36).

Anlam arayışı ve anlam bulma sıkıntısı: Manevi duygular, anlam yaratmaya yardım eden temel insan fenomenidir. Kanser ve AIDS gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı konan hastalar ve yakınları anlam arayışı ile ilgili hüznü yaşarlar. Hastaların ağrı, ızdırap, yaşam ve ölümün anlamı ile ilgili konuşmaları ve bu konularda konuşmak istemeleri, hastanın ve yakınlarının anlam arayışı ile ilgili hüznü yaşadıklarının belirtileridir (36).

Logoterapi olarak adlandırılan varoluşçu tedavinin kurucusu Viktor Frankl, 'yaşamak acı çekmektir, yaşıyor olmak, acı çekmenin anlamını bulmaktır' diyerek anlam bulma ve anlam arayışı ile ilgili görüşlerini belirtmişler. Hemşireler, zaman azlığı ve görev fazlalığı, ayrıca bu konuda bilgi ve deneyimlerinin yetersizliği ve kendi kişisel duyguları nedeniyle hastalarla soyut dünya ile ilgili konularda etkileşmekten kaçınırlar (5).

Florence Nightingale, Virginia Henderson, Martha Rogers ve Travelbee yazılarında insana ait diğer öğelerle birlikte soyut ve anlam ile ilgili diğer öğelere de yer vermiş ve holistik yaklaşımı savunmuşlardır. Hemşirelerin ölüm sürecindeki hastalar ve yakınları ve hatta, bakım veren sağlık personeli için anlam arayışı ile ilgili hüznü tanımayı ve müdahale etmeyi öğrenmeleri yararlı olacaktır (5).

Terapötik dokunma: İletişimde kullanılan yöntemler içerisinde en önemli ve en etkili olan dokunmadır. Düşünen, fakat konuşma güçlüğü olan, yatağa bağımlı bir hastaya bilinçli ve dostça dokunan bir hemşirenin yaklaşımı ve bakımı, hastanın hemşiresine güven duymasını sağlar. Kendisine yardım edildiğinden algılanılmasında, bir dokunuş kadar uygun bir anlatım biçimi düşünülemez. Ölüm sürecindeki kişiler, dokunmaya daha fazla gereksinim duyarlar. Formal bir tekniğe göre yapılmasa bile, herkes iyileştirme ve rahatlatan enerjiyi geçirme gücüne sahiptir. Refakatçiler, bedenlerini gevşetme ve ellerini hastanın bedenine (ağrıyı gidermek ve sakinleştirmek amacıyla) dokunmaya cesaretlendirilmelidir. (4,10,20,38).

Hasta yakınlarına yaklaşım: Ailenin ölüm olayını öğrendiği kriz anında, hemşirenin yapacakları şu şekilde sıralanabilir;

- Aile özel bir yere alınır,
- Aile üyelerini birlikte yas tutup, ağlamalarına izin verilir,
- Aile yapabilecek her şeyin yapıldığı konusunda ikna edilir ve tedavi anlatılır,
- Aileye 'geçecek' gibi gerçek dışı sözler söylenmemeli, ihtiyaçları olan ilgi ve özenli bakım verilmelidir,
- Aile üyelerinin birbirini desteklemelerine ve duygularını özgürce söylemelerine izin verilir,
- Aile üyelerine sedatif vermekten kaçınılmalıdır. Sedatif, yas sürecini maskeler ya da erteler. Yas sürecinin normal yaşanması duygusal dengeyi kurmak ve depresyonun uzanmasını önlemek için gereklidir,
- Aile istiyorsa, ölen kişiyi görmeleri sağlanır. Bu davranış kaybı bütünleştirmede yardımcı olur. Aile, ölen bireyi görmeden önce, yaraları ya da sakat yerleri sarılarak gizlenir. Ölen bireyi görmeye aile ile birlikte gidilir,
- Aile ile ilişkiler yas sürecinde de devam etmelidir. İhtiyaçları olduğu her an arayabilmeleri için aile desteklenmelidir (1,7).

Hastane personeline yaklaşım: Bir hastanın hastanede aniden, yalnız iken ya da diğer nedenlerle ölmesi, hastane personelinin yoğun suçluluk duyguları yaşamasına neden olabilir. suçluluk yaşatan, ölümlerden sonra hastane personeli toplanmalı, bu konuda konuşmalı, duygularını ifade edebilmelidir. Bazı gruplara psikiyatrist, sosyal çalışmacılar, psikiyatri hemşireleri ve konsültasyon liyazon psikiyatri hemşiresi çağrılabilir. Hemşire öncelikle hasta

ile ilgili, kendi duygularının farkına varmalıdır. Ölüm sürecinde hasta ile çalışan öğrenci hemşirelerin desteklenmesi, duygularının konuşulması, yaşadıkları bu eşsiz deneyimlerinden yaşamları ve meslekleri için kazanç sağlamalarını kolaylaştıracaktır (5,38,44).

Ölüm sürecindeki hastalarla çalışırken hemşireler duygularını gösterebilir mi?

Ağlamak, profesyonelliğe, mesleki ilişki ilkelerine aykırı diye düşünülebilir. İnsanla çalışırken duyguların kontrolü her zaman mümkün değildir. Üstelik kontrolsüz, zarar verici bir ağlama değilse, gözlerin dolmasının, sessizce ağlanılmasının kontrol edilmesi gerekmez. Bazı yararları da olabilir, gözlerin dolması ve ağlamakla, duyguları ifade edilmiş olur ve bu durum arkadaşlar tarafından anlayışla karşılanabilecek bir durumdur; hastalar ve aileleri ise böyle duygularını daha kolay ifade edebilirler (5).

4.1.7. Ölen Kişinin Bakımında Bakım Verenlerin Rollerini

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 (1,4,38,48).

Ölmekte olan hastanın bakımında hemşirenin rolü; hastanın bulunduğu ortama, yakınlarının istediği bakım ölçütlerin ve bakım verebilme yeteneklerin aynı zamanda, kurum yöneticilerinin yarattığı koşullar, kurallar ve hemşirenin hasta gereksinimlerin karşılamak için sahip olduğu zamana bağlıdır (1,4,38,48).

Amerikan Hemşirelik Topluluğu, hemşirelik uygulamalarını üç aşamada ele almaktadır: 1- Bakım, 2-Tedavi, 3- Koordinasyon, bu işlevlerinden, bakım ve koordinasyon ölen hastanın hemşireliğinde üstün olmakta iken, tedavi işlevi daha az önemlidir (48).

Hemşire hiçbir zaman ölecek olan hasta için 'artık hiçbir şey yapılamayacağını' kabul etmemeli ve hemşirelik bakım planını hazırlarken şu üç noktaya dikkat etmelidir. Hastaya ölüm 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. Ülkiye Tatar'ın çalışmasında belirttiği gibi; D.H. Summers, 'artık başka bir şey yapılamaz cümlesini çürütelim ve bu noktada , her şey yapılabilir ve yapılmasının şart olduğunu, hayatı uzatmak için değil, fakat kalan süre içerisindeki hayatın niteliğini iyileştirmek için kabul edelim' der (48).

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 düşünülebilir, 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 yakınında 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 insancıl olmakta ilerleme göstermiş oluruz' (48).

Hemşireler meslekleri gereği genellikle ölen bir hastaya ilk yaklaşımda bulunması gereken kişilerdir. Buna karşın hemşirelerin ölüm ve ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları, ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı tercih ettikleri, ölümcül hastaların bakım sorumluluklarını aldıklarında ise sıklıkla kendilerini savunmak durumunda oldukları yapılan araştırmalarla görülmektedir. Hemşireler tarafından sıklıkla kullanılan savunmalar şunlardır;

- ❖ Hastadan kaçmak,
- ❖ Hastayı bir eşya gibi tedavi etmek,

- ❖ Hastayla konuşmaktan kaçınmak,
- ❖ Donuk bir yüz ifadesi takınmak,
- ❖ Hasta ve ailesiyle duygusal ilişkiden kaçınmak,
- ❖ Gelecekle ilgili konuşmalardan kaçınmak,
- ❖ Hastanın durumuna ilişkin çok az bilgi vermek,
- ❖ Hasta ve ailesinin soruları için zamanı olmadığı havasını yaratmak,
- ❖ Karşılıklı konuşmayı kontrol altında tutmak için bazı şeyleri duymamazlıktan gelmek,
- ❖ Hastanın öleceğini belirtmekten kaçınmak,
- ❖ Enerjisini iyileşecek hastaya ayırmak, gibi (14).

Ayrıca ölmek üzere olan hastalara farklı davranmada altı değişkenin önemi büyüktür. Bunlar; hastanın hastanede kalış süresinin uzunluğu, başvuruların sıklığı, ailesinin rolü, başvurduğu zamanki hastanın ölümle başa çıkma şekli ve hemşirenin bilinçaltının rolüdür. (14).

Bakımla ilgili personelde ölüm anksiyetesinin geliştiği açıkça ortaya konulabilen bir gerçektir. Anksiyete ve korku, sağlığı tehdit edilen ve her normal insanın gösterebileceği en doğal tepkilerdendir. Birey alışa geldiği yaşam içinde olduğunu bilmediği yeni bir duruma geçtiğinde, anksiyete doğar. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde, yoğun çalışma koşullarının yanı sıra ölüm olayının tehdit edici bir öge oluşarak, onlarda doğal bir tepki olarak gelişen anksiyeteye yol açtığı görülür. Genellikle hemşirelerin, ölümü kabullenmede güçlük çekmeleri de, anksiyetenin doğmasında önemli bir etkendir (1,9,13,16,43).

4.2. Anksiyete

Anksiyete, her bireyin yaşamın belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktör anksiyete nedeni olabilir. Bu duygunun yaşanması, hayatın sürdürülmesinde ve uyumun gerçekleşmesinde önemlidir. Ancak bir noktadan sonra sosyal yaşamı ve aktiviteleri olumsuz yönde etkileyerek ruhsal sorun haline alır. Ruhsal sorun olarak anksiyete yaşayan bireylere sosyal yaşamlarını sürdürebilmeleri için yardımcı olmak gerekir (17).

Anksiyete, kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne bir tehditten dolayı yaşanan belirsiz bir endişe ve huzursuzluk duygusudur. Birey durumu (örn. cerrahi, kanser) tanımlayabilir. Ancak gerçekte kendine yönelik tehdit, durumda yaşanan huzursuzluk ve endişe ile ilgilidir. Durum tehditin kendisi değil tehditin kaynağıdır (30).

Buna karşın korku ise kişinin güvenlik örüntüsüne yönelen spesifik bir tehdit ya da tehlikeye (örn. uçma, yükseklik, yılan) yönelik olarak yaşanan endişe duygusudur. Tehdit uzaklaştırıldığı zaman korku duygusu dağılır (30).

Korku anksiyete olmaksızın ortaya çıkabilir ve anksiyete de korku olmadan bulunabilir. Klinik olarak, kişinin bir duruma tepkisinde her ikisi de birlikte olabilir. Cerrahi ile karşı karşıya olan bir birey ağrı korkusu ve olası bir kanser tanısından dolayı anksiyete yaşayabilir (17,30).

Freud 'a göre anksiyete :

Objektif veya gerçek anksiyete : Tehlike kaynağı bireyin dış çevresindedir. Benlik altbenliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur.

Nevrotik Anksiyete: Kaynağı bireyin içindedir, içgüdülerin özellikle bastırılmış saldırganlık güdülerinden oluşur.

Moral Anksiyete : Kişinin duyduğu suçluluk , utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı bir sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce , duygu ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkar (17).

Anksiyete ile ilgili ikinci kuram ise koşullama kuramıdır. Koşullama kuramının temsilcileri olan Miller , Spencer ve Taylor ise, Anksiyetenin oluşumundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmuşlardır. Bu kurama göre, anksiyetenin normal veya patolojik olma özelliğini, tehdit duygusunun kaynağı değil yoğunluğu, süresi, dış tehlikenin önemi ve derecesi belirler. Bu kuramda ayrıca anksiyetenin davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (30).

Spielberger'e göre , gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı , 'durumluk anksiyetes'i' (state anksiyetes) dir . burada tepki, çevresel tehdidin ortadan kalkması ile biter. Buna karşı bireyin huzursuzluk, endişe, karamsarlık duyguları aşırı duyarlılık ve yaygın coşkulu tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de 'sürekli anksiyete' (trait anksiyete) denmektedir. Bu durum zamanla değişmez. Spielberger anksiyeteyi, şiddetine göre değişebilen bir durum ya da karmaşık bir yanıt olarak ele almış ve bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliği olarak açıklamaya çalışmıştır (40).

Adler'e göre normal anksiyete objektif bir yetersizliğin bilincidir. Kişinin kanıtlanma dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak oluşmaktadır (35).

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 anksiyetsi üzerinde durur. Bunlardan birincisi izole birey olarak yaşama korkusu, ikincisi ise geriye dönerek bireyin kaybolma korkusudur. Rank ayrılma anksiyetesine de dikkat çekmiştir (35).

K. Horney, insanın düşman bir çevre içinde doğduğunu ve yalnızlığını algıladığı andan başlayarak sıkıntısının da farkına vardığını söylemiş, temel anksiyete kavramını ortaya atmıştır (35,48).

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 (35,48).

4.2.1. Anksiyete Nedenleri

Anksiyete çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmeside anksiyetenin kaynağını oluşturabilir (32).

Anksiyetede etyolojik faktörler:

- Biyolojik,psikolojik ve /veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/ kaynaklarının ineffektif kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/ beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon,
- Özgüvene tehdit,
- Biyolojik, psikososyal, çevresel faktörler olarak sıralanabilir (19).

4.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetede negatif duygudurum, kötü bir şeyin meydana geleceğini önceden hissetme ve gerilimin somatik ifadeleri (örneğin; terleme, solunum güçlüğü gibi) belirgindir. Anksiyete belirtileri ani başlangıçlı veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda olabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Belirtiler

ego distonik niteliktedir. Anksiyete belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilirler (34).

Hasta sözel olarak artmış kas geriliminden, ellerindeki ve ayaklarındaki sık karıncalanmalardan, duygusal duruma neden olan etkeni tanımlayamamadan, uykusuzluktan konsantre olamadıklarından, gastrointestinal rahatsızlıklardan (diyare vs.), üriner semptomlardan (urgency, sık idrara çıkma gibi), selektif dikkatsizlikten, selektif seçicilikten, çevresel rahatsızlıklardan (objelerin gerçekten farklı görünmesi), daha fazla boş alan için ihtiyaçtan ve disosiyasyaondan bahseder (19,26)

Hasta ;

- Psikomotor ajitasyon
- Gergin, endişeli yüz ifadesi
- Hipervigilans (artmış uyanıklık)
- Ani tepkiler
- Distraktibilite (çelinebilirlik)
- Bölünmüş uyku paterni
- Diaforesis (terleme)
- Hiperrefleksi
- Takipne, taşikardi
- Regresif davranışlar
- Yüksek sesle, hızlı konuşma
- Kognitif yeteneklerde azalma (karar verme, içgörü, problem çözme)
- Benlik koruyucu mekanizmaların uygunsuz kullanımı ve
- Kaçma davranışları sergiler

Anksiyete hali başlı başına bir psikiyatrik bozukluk olabileceği gibi, fizyolojik işlev bozukluğuna, bir diğer psikiyatrik hastalığa (örneğin depresyon) veya ilaçlar nedeniyle ikincil olarak gelişmiş de olabilir. fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı ve çeşitli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler kişide anksiyete yaratır. Ciddi, akut, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına neden olan hastalıklarda anksiyetenin daha yoğun olduğu belirtilmiştir. Yurt ve arkadaşlarının kanser hastalarının özellikleri ve sorun alanlarının tespiti üzerine yaptıkları çalışmada da

kanser hastalarında en sık rastlanan sorunun anksiyete (%64.7) olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete düzeyindeki artış göze çarpmaktadır. Bu bulgular kronik hastalığı olan kişilerde yoğun stres ve anksiyetenin ortaya çıktığının gösterilmesi açısından önemlidir (33,42,47).

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 doğru orantılı olup, gittikçe artar. Ancak maksimal bir yanıt sınırının ötesinde , şiddetten kaybeder ve azalır. Artık aksiyon faktörüne karşın organizma homeostasisini sağlama yoluna girmiştir (32,35,41).

Anksiyete kişiye yük olduğu zaman, zararlı bir hal alır . Kişi onu kaldıramayacak bir hale gelir, onunla mücadelede etkisiz olursa veya kişinin yaşam durumu anksiyetenin giderilmesini engellerse sonuçta davranış bozuklukları görülebilir (48,49).

Hemşirelerde ölüm olayı karşısında, bilememenin ve anlayamamanın verdiği huzursuzluk, gerginliği duyacaklar, bundan korunmak içinde savunma mekanizmaları geliştireceklerdir. Eğer hemşire rahatlayacağı savunma mekanizmaları geliştirmede etkisiz kalırsa ya da onun yaşam koşulları anksiyetenin giderilmesini engellerse sonuçta davranış bozuklukları gösterebileceklerdir (39,48).

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 kademedede anksiyete doğar (28,34,47)

Emosyonel tatminsizlik, anksiyete doğurur. Ancak kişi acı verici anksiyeteden kurtulmak için, İd'deki arzuyu bastırmak şuur altına itmek yani regrasyon mekanizmasını kullanmak zorundadır. İzolasyon (ayrılık) da anksiyeteye neden olur. Bireyin bağlı bulunduğu ' figür' 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 (48).

Yaşadığı sürece insan, bugün ne durumda bulunursa bulunsun, yarın daha iyi olacağını hayal ederek yaşar. Daha iyi yaşama, 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 (48).

Hemşireler de doğal olarak, daha iyi yaşama ve güven içinde bir hayat sürme amacındadırlar. Onlarında hayalleri, planları vardır. Oysa özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışanların, ölüm olayıyla sık karşılaşmaları, onların hayallerinin, planlarının önemini yitirmesine aksamalara neden olmaktadır (48).

Ölüm hemşire için arzu edilmeyen bir olaydır ve ölüme karşı anksiyete genellikle beklenen bir sonuçtur. Anksiyete çeşitli aşamalarda ortaya çıkar (35).

Hay anksiyetenin dört aşamasının tanımlar bunlar hafif (mild),orta (moderate), ağır (severe) ve (paniktir). Hemşireler hafif anksiyete duyduklarında , çevrelerine karşı oldukça uyanık olup etrafında geçen en ufak olaya dikkat ederler. Orta düzeydeki anksiyetede , hemşirenin diğer sağlık elemanları ile ve hastaları ile iletişimleri ve kavrama becerilerinde azalma görülebilir. Hemşirenin çevresinde olup bitenleri kavramadaki becerisi azaldıkça anksiyete düzeyide ağırlaşmaktadır. Hemşirelerde fiziksel ve duygusal huzursuzluk hali gözlenebilir (35).

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 düzeyide 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 (48).

Ölüm sürecinde hastaya gerekli yardımı yapabilmek için hemşirenin öncelikle kendi duygularını tanıması gerekir. Çünkü hemşire ölüm halindeki hastanın bakımında ve ailesinin desteklenmesinde anahtar kişidir. Hastanın ve ailesin hemşirenin desteğine her zaman

gereksinimleri vardır. Hemşire bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak bir bütün olarak ele almalı ve ölümcül hastanın bakım gereksinimi olduğunu unutmamalıdır (35).

4.3.Ölüm ve Anksiyete Konusunda Yapılan Çalışmalar

Aştı'nın (1987) araştırmasında eğitim düzeyi düşük olanların sürekli anksiyetelerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (4).

Tatar'ın tezinde de belirtildiği üzere 'Lester ve arkadaşları (1974), hemşireleri kapsayan bir çalışmalarında 'eğitim arttıkça ölüm korkusunun azaldığını vurgularlar' (48).

Denton ve Wisenbaker tarafından yapılan bir araştırmaya göre, (1977) 'İnsanların ölümle karşılaşmaları dozunun sıklığında artış olunca ölüm anksiyeteleri ve karşılaştıkları travma azalır.' denmektedir (17).

Öktem çalışmasında 'hemşirelerin kendilerini ölenin yakınlarıyla karşılaşmaya, onlara yardımcı olmaya hazır hissetmedikleri, bu alanda yardıma gereksinimleri olacağını düşündürmektedir.' sonucunu bulmuştur (31).

Stehle'nin aktardıklarına göre; Holschaw, 1965 yılında hemşirelikte ruhsal yönden stresli alanları tanımlamıştır. Bunlar hastalığı sağlığına kavuşturamama, hastaları kaybetme korkusu, terminal dönemdeki hastalar ve psikiyatrik problemler olarak belirtilmektedir (42).

Gentry, Foster ve Froehling (1987), yoğun bakım ve servis hemşirelerinin strese cevaplarını karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular yoğun bakım hemşirelerinin, servis hemşirelerinden daha çok depresyon, öfke ve anksiyete gösterdiklerinin, ağır iş yükü, fazla sorumluluk alma, hemşire doktor arasında yetersiz iletişim ve görev içi eğitimin yetersiz olmasının stres yarattığını göstermiştir (22).

Hay ve Oken (1982) yoğun bakım ünitelerinin hemşireler için stres yüklü olduğunu, hemşirelerin anksiyete altında çalıştıklarını belirtmektedirler (24).

5. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırmamız Florence Nightingale Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde ve yoğun bakım sonrası hastaların çıktıkları dahiliye servislerinde görev yapan hemşirelerin, hastalarının ölümü halinde düşünceleri ve yaşadıkları anksiyeteyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Veriler, Eylül 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Florence Nightingale Hastanesi Başhemşireliğinden izin alınarak toplandı (Ek 4).

5.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şişli Florence Nightingale Hastanesi cerrahi yoğun bakım (35), dahiliye yoğun bakım (17), dahiliye servislerinde (31) görev yapan 83 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve ölümle en az üç kez karşılaşmış 80 hemşire üzerinde prospektif bir yaklaşımla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapıldı.

5.4- Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri literatür bilgileri ışığında hazırlanmış 'anket formu' kullanılarak ve gözlem yoluyla toplanmıştır.

1.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Ölüm Hakkındaki Düşünceleri (Ek-1)

Bu anket; hemşirelerin, sosyo-ekonomik yapısını ve ölüme ilişkin bazı düşüncelerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

2.Kendini Değerlendirme Anketi

Bu anket Stai Formu TX-1 ve Stai Form TX-2 başlığı ile 2 sayfa halinde 20' şer maddeden oluşan bir kağıt kalem ölçeğidir. Stai Form TX-1 hemşirelerin herhangi bir olay

karşısındaki anksiyete düzeyini ölçmeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır. Stai Form TX-2 ölçeği ise hemşirelerin normal çalışma koşullarındaki anksiyete düzeyini ölçmeyi amaçlayan sorular içermektedir.

Kendini değerlendirme anketi Stai Formu TX-1 (durumluk 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 kendini genellikle nasıl hissettiğini gösterir. Duyguların sıklık derecesine göre (1) Nadiren, (2) Bazen, (3), Çoğu zaman, (4) Her zaman, gibi yanıtlardan biri seçilir (Ek-3).

Bu çalışma, Spielberger'in Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri (DSEA), geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta olan Stai Formu TX-1 ve Stai Form TX-2 ile değerlendirildi.

Spielberger'in Durum-Sürekli anksiyete envanteri, Necla ÖNER ve Ayhan LECOMPTE tarafından Türkçeye adapte edilmiştir (1977).

Cronbach's alfa değeri. Durumluk 0,40, süreklilik 0,92 ikisi birlikte ise 0,82 bulundu.

5.5- Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda normal koşullarda ve ölüm olayından sonra hemşirelerin kendilerini nasıl hissettiklerini araştıran Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde ikili gruplarda t- test ve ikiden fazla olan gruplarda ise tek Yönlü Varyans Analizi(ONE –WAY ANOVA) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Tukey testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir.

5.6- Araştırmanın Etik Sorunları

Araştırmaya hemşirelerin katılma istekleri göz önünde bulunduruldu. Kimlik bilgilerinin saklanacağı belirtildi. Hastane yönetiminden onay alındı.

6. BÖLÜM

BULGULAR

Şişli Florence Nightingale Hastanesi yoğun bakım üniteleri ve dahiliye servislerinde görev yapan hemşirelerin ölüm olayı karşısında düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, istatistik analizleri yapılarak sonuçları tablolar halinde sunuldu.

6.1- Hemşirelerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

6.2- Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular

6.3- Hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki düşüncelerine ilişkin bulgular

6.4- Hemşirelerin Kişisel, Mesleki ve Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Olmak üzere dört başlık altında incelendi.

6.1- Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1.Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özellikleri (N=80)

		n	%
Medeni durum	Bekar	55	68,75
	Evli	25	31,25
Yaş	18-25	33	41,25
	26-33	39	48,75
	34-41	8	10
Öğrenim durumu	Sağlık Meslek lisesi	36	45
	Ön Lisans	6	7,5
	Lisans-Y Lisans	38	47,5
Çalışılan bölüm	Dahiliye Yoğun bakım	26	32,5
	Cerrahi Yoğun Bakım	39	48,75
	Dahiliye servisi	15	18,75
Meslekte çalışma yılı	1 yıldan az	14	17,5
	1-5 yıl	44	55
	6-10 yıl	8	10
	11 yıl ve üzeri	14	17,5

Hemşirelerin %68,75'inin (n=55) bekar ve %48,75'inin (n=39) 26-33 yaşları arasında olduğu saptandı (Tablo 1).

Hemşirelerin %47,5 'inin (n=38) lisans-yüksek lisans ve %48,75'inin (n=39) cerrahi yoğun bakım servisinde çalıştığı saptandı. (Tablo 1).

Hemşirelerin %17,5'inin (n=14) 1yıldan daha az %55'inin (n=44) 1-5 yıl, %10'unun (n=8) 6-10 yıl, %17,5'inin (n=14) 11 yıl ve üzeri meslekte çalıştıkları saptandı (Tablo 1).

6.2- Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=80)

		n	%
Ölünün bakımı prosedürü	Evet	72	90
	Hayır	8	10
Yakınınızı kaybettiniz mi	Evet	58	72,5
	Hayır	22	27,5
Bakım verdiğiniz hastalardan kaç tanesi öldü	Hiç ölen olmadı	14	17,5
	1-5 kişi	45	56,25
	6 ve daha fazla	21	26,25
Serviste kaç ölüm vakası ile karşılaştınız	3-5 arası	37	46,25
	6-10 arası	9	11,25
	11 den fazla	34	42,5

Hemşirelerin %90'ının (n=72) çalışmış oldukları servislerde ölünün bakımına ilişkin prosedür bulunmaktadır ve %72,5'inin (n=58) yakınını kaybettiği saptandı (Tablo 2).

Hemşirelerin bakım verdikleri hastalardan 6 ve daha fazla kişinin öldüğünü söyleyenlerin sayısı %26,5 (n=21) olarak saptandı (Tablo 2).

Hemşirelerin %46,25'inin (n=37) serviste 3-5 arası ölüm vakası ile karşılaştığı saptandı.

6.3- Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=80)

		n	%
Kendi ölümünüzü ne sıklıkla düşünürsünüz	Çok sık	12	15
	Ara sıra	48	60
	Çok seyrek	20	25
Ünitede karşılaşılan ölümler ile düşünceler	Çok üzülürüm	14	17,5
	Kendi ölümünü düşünüp korkarım	6	7,5
	Ölümü kabullenmem güç oluyor	14	17,5
	Çok karşılaştım alışkınım	39	48,75
	Hiçbir şey hissetmiyorum	7	8,75
Hasta ölümü hangi durumda etkiler	Serviste daha uzun kaldıysa	8	10
	yaşı genç ise	36	45
	Hastaya uzun süre baktıysam	15	18,75
	İyileşebileceğini düşünüyorsam	17	21,25
	Ailesi ile iletişime girdiysem	4	5
Ölümlerle ilk karşılaşma	Çaresizlik	17	21,25
	Başarısızlık	6	7,5
	Korku	14	17,5
	Üzüntü	43	53,75

Hemşirelerin %25'i (n=20) kendi ölümünü çok sık düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Hemşirelerin meslek hayatında ölümle ilk karşılaşmalarında %53,75'inin (n=43) üzüntü duyduğu saptandı (Tablo 3).

Hemşirelerin %21,25'inin (n=17) bakımını üstlendiği hastanın ölümü karşısında durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa daha fazla etkilendiği saptandı.(Tablo 3).

6.4- Hemşirelerin Kişisel, Mesleki Ve Ölüm Olayı Karşısındaki Düşüncelerine Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

	Medeni durum	n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık t	p
Durumluk	Bekar	55	45,24	9,00	1,15	0,255
	Evli	25	42,32	13,37		
Sürekli	Bekar	55	39,25	6,30	3,46	0,001
	Evli	25	33,24	8,94		

*p<0,05 t: student t testi

Hemşirelerin medeni durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde durumluk kaygı puanlarında fark bulunmaz iken, sürekli kaygı puanları bekar olanlar da anlamlı ölçüde yüksektir (p=0,001). (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Yaşları ile Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

	Yaş	n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık F	p
Durumluk	18-25	33	45,73	8,09	0,49	0,615
	26-33	39	43,31	11,89		
	34-41	8	43,50	13,24		
Sürekli	18-25	33	41,12*	7,17	11,18	0,001
	26-33	39	35,82	6,94		
	34-41	8	29,50	4,72		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin yaş durumlarına göre anksiyete puanları karşılaştırıldığında durumluk kaygı puanlarında fark bulunmaz iken, sürekli kaygı puanları 18-25 yaş grubunda olanlar diğer yaş gruplarına göre da anlamlı ölçüde yüksektir (p<0,001). (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

	Öğrenim durumu	n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	p
Durumluk	Sağlık Meslek lisesi	36	43,36	9,82		
	Ön Lisans	6	51,83	15,52	1,70	0,18
	Lisans-Y Lisans	38	44,05	10,21		
Sürekli	Sağlık Meslek lisesi	36	37,67	8,43	1,72	0,18
	Ön Lisans	6	31,83	6,59		
	Lisans-Y Lisans	38	37,97	6,92		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde durumluk ve kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin Çalışılan Bölüme Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

	Çalışılan bölüm	n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	p
Durumluk	Dahiliye Yoğun Bakım	26	42,00	8,49	1,18	0,31
	Cerrahi Yoğun Bakım	39	44,82	10,70		
	Dahiliye servisi	15	47,07	13,08		
Sürekli	Dahiliye Yoğun bakım	26	37,77	9,30	1,13	0,32
	Cerrahi Yoğun Bakım	39	36,23	6,67		
	Dahiliye servisi	15	39,67	7,04		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin çalışılan bölüme göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde durumluk ve kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Süresi ile Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	F	p
Durumluk	1 yıldan az	14	39,57	9,27	2,81	0,04
	1-5 yıl	44	46,61	9,32		
	6-10 yıl	8	47,50	5,35		
	10 yıl ve üzeri	14	40,07*	14,88		
Surekli	1 yıldan az	14	38,93	7,32	6,91	0,0004
	1-5 yıl	44	39,18	6,92		
	6-10 yıl	8	38,13	9,45		
	11 yıl ve üzeri	14	29,71*	4,76		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin çalışma süresine göre anksiyete puanları, karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur., Durumluk anksiyete puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlarda diğer yıllara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Sürekli anksiyete puanlarında en düşük ortalama puan 10 yıl üzerinde çalışanlarda diğer yıllara göre anlamlı ölçüde düşük bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Ölünün Bakımı Prosedürüne Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	t	p
Durumluk	Ölünün bakımı prosedürü					
	Evet	72	44,85	10,37	1,33	0,19
Hayır	8	39,63	11,86			
Surekli	Evet	72	37,19	7,63	-0,63	0,53
	Hayır	8	39,00	8,67		

*p<0,05 t: student t testi

Hemşirelerin ölünün bakımı prosedürüne göre anksiyete puanları dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Yakınını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

					Anlamlılık	
	Yakınınızı kaybettiniz mi?	n	Ortalama	S.Sapma	t	p
Durumluk	Evet	58	43,91	12,03	-0,56	0,58
	Hayır	22	45,41	4,98		
Sürekli	Evet	58	36,91	7,56	-0,87	0,39
	Hayır	22	38,59	8,11		

*p<0,05 t: student t testi

Hemşirelerin yakınını kaybetme durumuna göre anksiyete puanları dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin Ölümü Düşünme Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

					Anlamlılık	
	Ölümü düşünme	n	Ortalama	S.Sapma	F	p
Durumluk	Çok sık	12	48,92*	9,82	4,752	0,011
	Ara sıra	48	45,54	10,18		
	Çok seyrek	20	38,65	10,04		
Sürekli	Çok sık	12	38,33	9,23	1,073	0,347
	Ara sıra	48	38,04	7,95		
	Çok seyrek	20	35,20	5,84		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin ölümü düşünme durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde; ölümü çok sık düşünenlerde durumluk anksiyete puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunurken sürekli anksiyete puanlarında anlamlılık bulunmadı (p<0,05). (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastaların Ölme Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	
					F	p
Durumluk	Hiç ölen olmadı	14	41,64	13,09	7,45	0,001
	1-5 kişi	45	47,93*	8,09		
	6 dan fazla kişi	21	38,38	10,67		
Sürekli	Hiç ölen olmadı	14	35,07	7,21	6,58	0,002
	1-5 kişi	45	39,91*	7,49		
	6 dan fazla kişi	21	33,48	6,54		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin bakım verdikleri hastaların ölmeleri durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde; servislerinde 1-5 kişi ölenlerde hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanları anlamlı ölçüde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Serviste Ölen Hasta Sayılarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	
					F	p
Durumluk	3-5 arası	37	45,84	10,18	3,57	0,033
	6-10 arası	9	50,22	9,83		
	11 den fazla kişi	34	41,12*	10,39		
Sürekli	3-5 arası	37	39,14	7,36	2,54	0,086
	6-10 arası	9	38,44	7,76		
	11 den fazla kişi	34	35,18	7,70		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin serviste ölen hasta sayılarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde 11'den fazla ölüm olaylarına şahit olanlarda hem durumluk hem de sürekli anksiyete durumlara anlamlı ölçüde düşük bulundu(p<0,05). (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Ölüm Olayını Haber Verme Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	p
Durumluk	Normal kabul eder söylerim	30	40,50*	8,19	3,46	0,036
	Karar vermede güçlük cekerim	41	46,29	11,31		
	Söylemek istemem	9	48,11	11,33		
Sürekli	Normal kabul eder söylerim	30	36,17	5,57	0,62	0,543
	Karar vermede gucluk cekerim	41	37,98	9,03		
	Söylemek istemem	9	38,67	7,47		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin ölüm olayını haber verme durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde, ölümü normal kabul edenlerde durumluk kaygı puanları anlamlı ölçüde düşük bulundu (p<0,05).(Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Hissettikleri Duruma Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	Anlamlılık	p
Durumluk	Çok üzülürüm	14	54,00	7,19	9,97	P<0,001
	Kendi ölümünü düşünüp korkarım	6	50,33	13,19		
	Ölümü kabullenmen güç oluyor	14	48,79	7,23		
	Çok karşılaştım alışkınım	39	38,74*	8,74		
	Hiçbir şey hissetmiyorum	7	42,00	10,23		
Sürekli	Çok üzülürüm	14	39,71	9,17	1,13	0,349
	Kendi ölümünü düşünüp korkarım	6	31,83	4,36		
	Ölümü kabullenmen güç oluyor	14	37,64	9,97		
	Çok karşılaştım alışkınım	39	37,18	6,85		
	Hiçbir şey hissetmiyorum	7	38,00	5,00		

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki hissettikleri duruma göre anksiyete puanları dağılımları değerlendirildiğinde durumluk anksiyete puanları anlamlı bulunmuştur. Ölüm olayı ile çok karşılaşan kişilerde durumluk anksiyete puanları en düşük bulundu (p<0,01). (Tablo 5).

Tablo 16. Hemşirelerde Ölüm Olayının Kişiyi Etkilemesi Durumlarına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	F	Anlamlılık	p
Durumluk	Serviste daha uzun kaldıysa	8	52,75*	6,90	3,289		0,02
	Yaşı genç ise	36	41,44	10,75			
	Hastaya uzun süre baktıysam	15	48,93*	9,62			
	İyileşebileceğini düşünüyorsam	17	41,82	7,57			
	Ailesi ile iletişime girdiysem	4	46,75	17,35			
Sürekli	Serviste daha uzun kaldıysa	8	41,25	6,92	2,397		0,06
	Yaşı genç ise	36	36,25	7,54			
	Hastaya uzun süre baktıysam	15	41,27	7,93			
	İyileşebileceğini düşünüyorsam	17	34,53	6,78			
	Ailesi ile iletişime girdiysem	4	37,25	8,34			

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerde ölüm olayının kişiyi etkilemesi durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde durumluk anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu (p<0,05) . Serviste uzun kalan hastalar, uzun süre bakım verilen hastaların, ailesi ile iletişime girilen hastaların kaybı durumluluk anksiyete puanını artıran nedenler olarak bulundu (Tablo 16).

Tablo 17.Çalışma Kapsamına Alınan Kişilerde Ölüm İle İlk Karşılaşma Olayında Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	F	Anlamlılık	p
Durumluk	Çaresizlik	17	50,29	8,18	3,87		0,01
	Başarısızlık	6	35,50	3,89			
	Korku	14	41,79*	15,68			
	Üzüntü	43	44,02	8,87			
Sürekli	Çaresizlik	17	42,29	7,93	4,17		0,01
	Başarısızlık	6	40,50	8,64			
	Korku	14	34,93*	7,86			
	Üzüntü	43	35,79	6,61			

*p<0,05 F: ONE- WAY ANOVA testi

Hemşirelerde ölüm ile ilk karşılaşma olayında anksiyete puanları dağılımları anlamlı bulunmuştur. Çaresizlik hissi içinde bulunanların hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanları, başarısızlık, korku hissi içinden olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$). (Tablo 17).

Tablo 18. Ölüm İle Sık Karşılaşan Hemşirelerin Yapıtığı Önerilere Göre Anksiyete Puanları Karşılaştırılması (N=80)

		n	Ortalama	S.Sapma	F	Anlamlılık
Durumluk	Eğitim	17	44,47	7,87	0,69	0,50
	Psikolojik destek	53	43,60	11,21		
	Rotasyon uygulanmalı	10	47,90	11,23		
Sürekli	Eğitim	17	39,82	8,65	2,17	0,12
	Psikolojik destek	53	36,11	7,48		
	Rotasyon uygulanmalı	10	39,90	6,01		

* $p<0,05$ F: ONE- WAY ANOVA testi

Ölüm ile sık karşılaşan hemşirelerin yapıtığı önerilere göre anksiyete puanları dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 18).

7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmamızda, yoğun bakım ünitelerinde ve dahiliye servislerinde görevli hemşirelerin normal çalışma ortamlarındaki anksiyete düzeyini belirleyerek, ölüm olayının onların var olan bu anksiyeteleri üzerinde ne düzeyde değişiklik yaptığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

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

Araştırmaya katılan hemşirelerin en yüksek yaş dağılımının 26-33 yaş grubunda olduğu %48,75 (n=39) oluşturduğu saptandı. Bu durum oldukça genç bir grup üzerinde araştırma yaptığımız sonucuna götürmektedir (Tablo 1).

18-25 yaş grubunda sürekli anksiyete değeri en yüksek saptandı ve istatistiksel açıdan ileri derece de anlamlı bulundu ($p < 0.001$) (Tablo 5).

Tatar'ın çalışmasında da gençlerde anksiyetenin arttığı belirtilmektedir bu bulgu literatür ile uygunluk sağlamaktadır (48).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %68,75'inin (n=55) bekar, %47,5'inin (n=38) lisans- yüksek lisans mezunu olduğu, %48,75'inin (n=39) cerrahi yoğun bakımda çalıştığı saptandı.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli anksiyeteleri karşılaştırıldığında bekarların normal koşullardaki anksiyete değerleri evlilere göre daha yüksektir ve istatistiksel yönden anlamlı bir artış saptandı ($p=0.001$) (Tablo 4).

Bu sonuç Tatar'ın araştırmasında bulunduğu verilere uymaktadır. Bu durum bekar hemşirelerin evlerinde paylaşılacak kimsenin olmaması ile yorumlanabilir (48).

Hemşirelerin meslekteki deneyimleri incelendiğinde; 1-5 yıllık deneyim grubunda yoğunlaşma olduğu görüldü. %55 ($n=44$) oranındaki bu yoğunlaşma, Tablo 1'deki verilerin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Diğer gruplarda çok daha az hemşireye 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 (31) (Tablo 1).

Hemşirelerin deneyimleriyle anksiyete düzeyleri incelendiğinde, durumluk ve sürekli kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Durumluk anksiyete puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlarda diğer yıllara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Sürekli anksiyete puanlarında en düşük ortalama puan 11 yıl ve üzerinde çalışanlarda diğer yıllara göre anlamlı ölçüde bulundu (Tablo 8).

Denton ve Wisenbaker tarafından yapılan bir araştırmaya göre, 'insanların ölümle karşılaşmaları dozunun sıklığında artış olunca ölüm anksiyeteleri ve karşılaştıkları travma azalır' denmektedir (17). Araştırmamızda, deneyimi az olanların anksiyetelerinin daha yüksek bulunması, Denton ve Weisenbaker'in araştırması ile uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin çalışılan bölüme göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. ($p>0.05$) (Tablo 7).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli anksiyete düzeyleri dahiliye servislerinde çalışanlara göre yüksek ise de yapılan istatistiksel değerlendirmede üniteler arası anlamlı fark bulunmaması ($p<0,05$), çalışılan ünitenin hemşirelerin anksiyete düzeylerinde etkili olmadığını göstermektedir (Tablo 7).

Bu sonuç Hache- Faulkne ve MacKey , Keane ve arkadaşları ile Cross ve Kelly'nin araştırmaları ile paralellik göstermektedir, adı geçen araştırmacılar da stres yönünden yoğun bakım ve servis hemşireleri arasında fark olmadığını bildirmektedir (13, 23, 27).

Hemşirelerden ölümü %25'inin (n=20) ok seyrek , %60'ının (n=48) ara sıra düşündükleri çok sık düşünenlerinde %15 (n=12) olduğu saptandı (Tablo 3).

Hemşirelerin anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde; ölümü çok sık düşünenlerde durumluk anksiyete puanları anlamlı ölçüde yüksek bulundu. (p<0,05). Ölümlerini ara sıra düşünen hemşirelerin durumluluk anksiyete puanları da ölümü çok seyrek düşünenlere göre daha fazladır (Tablo 11).

Bu durum hemşirelerin ölüm sempatisi yaptığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin bakım verdikleri hastasının ölmesi durumlarına göre anksiyete puanları karşılaştırıldığında ; servisinde 1-5 hastası ölenlerin hem durumluk hem de sürekli anksiyete puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunurken (p<0,05), 10'dan fazla ölüm olayına şahit olanlarda hem durumluluk hemde sürekli anksiyete puanları anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 12). Hemşirelerin baktığı hasta sayısı yükseldikçe anksiyete puanlarının düşmesi anksiyete ile baş edebildiklerini göstermektedir.

Bu sonuç Denton ve Weisenbaker'in araştırması ile uygunluk göstermektedir (17).

Hemşirelerin ölüm olayını haber verme durumlarına göre anksiyete puanları dağılımları incelendiğinde, durumluk anksiyeteleri ölüm olayını normal kabul edenlerde anlamlı ölçüde düşük bulundu (p<0,05).

Ölüm ile sık karşılaşan hemşirelerin yaptığı önerilere göre %66,25 (n=53) psikolojik destek alınması gerektiğini bildirmektedir.

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 (31).

8.BÖLÜM

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu araştırma Şişli Florence Nightingale Hastanesi yoğun bakım ve dahiliye servislerinde görev yapmış ve en az üç kez ölümlerle karşılaşmış 80 hemşire üzerinde Eylül 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

8.1- Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun %68,75'inin (n=55) bekar ve %48,75'inin (n=39) 26-33 yaş arında olduğu ve hemşirelerin yaşları küçüldükçe sürekli anksiyete durumunun arttığı,
- Hemşirelerin çalışılan bölüme göre anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Ölüm olayını sık düşünen hemşirelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin %42,5'inin (n=34) serviste 10'dan fazla ölümlerle karşılaştığı,
- Hemşirelerin %21,25'inin (n=17) bakımını üstlendiği hastanın ölümü karşısında durumu stabil iyileşebileceği düşünülüyorsa daha fazla etkilendiği,
- Hemşirelerin %53,75'inin (n=43) meslek hayatında ölümlerle ilk karşılaşmada üzüntü hissettiği,
- Ölüm olayıyla sık karşılaşan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin hafifletilmesi için %66,25'i (n=53) psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu iletmiştir.

8.2. Öneriler

- Hemşirelerin hizmet içi eğitime alınarak mesleki yeterliliklerinin artırılması ve hemşirelerin kolayca ulaşabilecekleri Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetlerinin bulunması stres ile baş etmelerini kolaylaştırabilir.
- Terminal aşamadaki hastaların ve ailelerinin duygusal gereksinimlerini tanıma ve karşılamada hastanede görevli hemşirelere yardımcı özellikte danışmanların bulunması yoğun bakım ünitelerindeki görevli hemşirelerin anksiyetelerinin azaltılmasında önemli bir faktör olacaktır.

9.BÖLÜM EKLER

Ek-1: 1.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Ölüm Hakkındaki Düşünceleri

Ek-2: Kendini Değerlendirme Anketi Staı Form Tx-1

Ek-3: Kendini Değerlendirme Anketi Staı Form Tx-2

Ek-4: Şişli Florence Nightingale Hastanesi İzin Belgesi

EK 1

ANKET FORMU

Sayın katılımcı ,

Cevaplayacağınız bu anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacak , araştırma sonunda elde edilen veriler ilgili kurumlar dışında hiçbir yerde açıklanmayacak gizli tutulacak ve sizden hiçbir talepte bulunulmayacaktır.

TEŐEKKŐRLER

1. Medeni haliniz ?
 - a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Dul
2. Yaşınız ?
 - a) 18 – 25
 - b) 26 – 33
 - c) 34 – 41
 - d) 42 – 50
 - e) 51 – 60
3. Öğrenim durumunuz?
 - a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Ön Lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans
 - e) Doktora
4. Hangi bölümde çalışıyorsunuz?
 - a) Dahiliye Yoğun Bakım
 - b) Cerrahi Yoğun Bakım
 - c) Dahiliye servisi
5. Mesleğinizi kaç yıldır sürdürüyorsunuz ?
 - a) 1 yıldan az
 - b) 1 – 5 yıl
 - c) 6– 10 yıl
 - d) 11 yıl ve üzeri
6. Ölünün bakımı konusunda ünitenizde uygulanan bir prosedür varmı ?
 - a) Evet
 - b) Hayır
7. Yakınınızı kaybettiniz mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır

8. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?
- Çok sık
 - Ara sıra
 - Çok seyrek ya da hiç
9. Bakım verdiğiniz hastalardan kaç tanesi öldü?
- Bakım verdiğim hastalardan hiç ölen olmadı
 - 1-5
 - 5'den fazla
10. Serviste kaç ölüm vakasıyla karşılaştınız?
- 3-5
 - 6-10
 - 11'den fazla
11. 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
12. Ünitenede karşılaştığınız ölümler karşısında neler hissetmektesiniz? (Sizin duygularınıza en yakın olan şıkkı işaretleyin).
- Çok üzülürüm hatta bazen ağlarım
 - Kendi ölümümü düşünüp korkmaktayım
 - Ölümü kabullenmem güç oluyor
 - Ölümlerle o kadar çok karşılaştım ki alıştım
 - Hiçbir şey hissetmiyorum
13. Bakımını üstlendiğiniz hastanın ölümü hangi durumlarda sizi daha fazla etkiler? (Sizin duygularınıza en yakın olan şıkkı işaretleyin).
- Hasta servisimizde diğer hastalara göre daha fazla kaldıysa
 - Hastanın yaşı genç ise
 - Hastaya uzun süre baktıysam
 - Hastanın servisimize geldiğinde durumu stabil ve iyileşebileceği düşünülüyorsa
 - Hastanın ailesiyle daha fazla iletişime girdiysem
14. Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaşmanızda neler hissetmişiniz ? (Sizin duygularınıza en yakın olan şıkkı işaretleyin).
- Çaresizlik
 - Başarısızlık
 - Öfke
 - Korku
 - Üzüntü
15. Sizce ölüm olayıyla sık karşılaşan hemşirelere anksiyete düzeyini hafifletmek için neler yapılabilir?
- Eğitim verilebilir
 - Psikolojik olarak desteklenmelidir
 - Rotasyon uygulanabilir

EK 2

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadelere yer verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **ölüm olayıyla** karşılaştığınızda kendinizi 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.

	Hayır	Biraz	Oldukça	Tamamen
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim 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 ahabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerim çok gergin.	(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

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadelere yer 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.

	Nadiren	Bazen	Çok zaman	Her zaman
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 isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları Kaçırırım.	(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, yenemiyeceğim 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 güçlü durumlardan 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 kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki, hiç unutamam.	(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)

31.12.2007

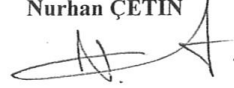
**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'ne**

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Sibel ÜNSAL**'ın " Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüm hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi ricasıyla hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

**Tıbbi Direktör Yrd.
Dr. Fatma SAR**



**Hem. Hiz. Direktörü
Nurhan ÇETİN**



HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
Gelen Evrak
Tarih: 13.01.08
Sayı: 25

10.BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Akbayrak N.: Ölümü yaklaşan hasta ve bakımı, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed. N, Akdemir, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1998, s:24-30
2. Alpar, Atalay, Çakırcalı, Çeviker,Dinç, Khorshid, Sabuncu, Uçar,: Ed. Atalay M. Hemşirelik Esasları El Kitabı. Birlik Ofset. İstanbul, 1998.
3. Aslan A.: Bakım Yurtlarındaki Yaşlıların Hemşirelik Bakım gereksinimleri. Türk Hemşireler Derneği, 1983, s.2:27.
4. Aştı N.: Terapötik dokunma ve hemşirelik bakımındaki rolü, hemşirelik bülteni, , 1987,) s.1-6
5. Barry PD.: The nurse and the dying patient, psychosocial nursing assessment and intervention, Chapter 20, Pennsylvania, Lippincott Company, 1984, p:267-278.
6. Başaran N.: Kanser tanısı konmuş hastalara, tanılarının söylenip söylenmemesine ilişkin doktor, hemşire ve hasta görüşlerinin saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1987.
7. Berksun OE.: Psikososyal ve medikal yönleriyle kayıp, yas ve ölüm, Kriz Dergisi, 1995, 3 s.81-82.
8. Betty H. L.: Nursing Student's Attituede to Ward Death. Nursing Research, 1977.
9. Birol L., Fadiloğlu Ç., Akdemir N., Bedük T., Engin K., Esen A., Yürügen B., Akbayrak N.: İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.Birlik Ofset. İstanbul, 1998.
10. Ceylan M. E., Yazan B: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 3. Cilt , Hemşirelik Forumu, İstanbul, 2000, s.39-44
11. Cimete G.: Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, 2002.
12. Cüceloğlu D.: Ölüm bilinci, Anlamli ve coşkulu bir yaşam için savaşçı 1. Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul 1999, s:217-244.
13. Cross, D.G., Kelly, J.G: ‘ Stres and Coping Strategies in Hospitals- A Comparison of ICU and Ward Nurses’ , The Australian Nurses Journal, Vol. 13, No.2, August, 1983.
14. Çakırcalı E.: Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı. E.Ü. Basımevi. İzmir, 2000.
15. Çavuşoğlu H.: Yaşamı tehdit edici /ölümcül hastalığı olan çocuk, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt1, Ankara, 1997, s.53-108.

16. Çavuşoğlu H.: Ölümcül Hastalığı Olan Hastada Ekip Çalışması ve Aile Bakımının önemi. Türk Hemşireler Dergisi. 1984.
17. Denton, J.A. Wisenbaker, V.B.: Death experience an death anxiety among nurses and nursing students. Nursin research, 1977.
18. Durham E, Weiss L.: How patients die, AJN Vol 92, No. 12, December 1997.
19. Fortinash KM., Holoday- Worret PA.: Psychiatric Nursing Care Plans, Mosby, 1995, s: 20,27-30.
20. Furman J.: Taking a holistic approach to dying timne, Nursing 2000.
21. Gençtan E.: Yaşam ve ölüm, İnsan olmak, 6. basım, Remzi Kitapevi, İstanbul 1989, s.120-126.
22. Gentry, D., Foster, s. Ve Froehling, S. Psychologic Response to Situational Stres in Intensive and Non- Intensive Nursing. Mcconnel, E., ed: Burnout in the Nursing Profession coping Strategies, Causes and Costs. St. Louis. The C.V. Mosby Company, 1982, s:262-265.
23. Hache- Faulkner, N., MacKay, R. ‘ SStress in the work Place: PublicHealth and Hospital Nurses ,’ The Canadian Nurse. Vol. 81, No.4, April 1985.
24. Hay, D., Oken, D. The Psychological Stresses of Intensive Care Unit Nursing. McConell, e., ed: Burnout in the Nursing Profession coping Strategies, Causes and Costs. St. Louis. The C.V. Mosby Company, 1982, s:253-261.
25. Jamieson E. M., Mccall Jm., Whyte L.A.: Clincal Nursing Practices Forth ED, Churchill Livingstone, London, 2002.
26. Kaplan HI.: Klinik Psikiyatri El Kitabı, Çeviren: Ercan Abay, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti.,Edirne, 1999, s: 123-125.
27. Keane, a., Ducette, J., Adler, D. ‘ Stres in UCU and Non – ICU Nurses’ Nursing Research. Vol.34, no.4. July- August, 1985.
28. Kum N.: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı. Birmat Matbaacılık Ltd. Şti, İstanbul, 2003, s:137-142.
29. Kozier B., Erb G., Berman A., Synder S.: Fundamentals of nursing, Prentice Holl, 7.th Edition, New Lersey, 2004.
30. Lynda Juall Corpenita- Maget: R.N., MSN., CRNP. Hemşirelik Tanıları El kitabı. Çeviren: Firdevs Erdemir, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2005.

31. Öktem Ş.: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Görüş ve Uygulamalarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1978.
32. Öz F.: Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara , 2004.
33. Özatalay E.: Kronik Hemodiyaliz Programındaki Hastalarda Anksiyete, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum, 1990.
34. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Ankara,2001, s:343-389.
35. Pektekin Ç.: Hastaneye Kabulde Hastaların Anksiyetelerinin Ölçülüp Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,; Doktora Tezi, İstanbul, 1981.
36. Platin N (Çeviri Editörü):. Hemşireler için kanser el kitabı, Ankara 1996, s.131-142.
37. Roper N., Logan W. W. Tierney A. J.: The Elements of Nursing. A model for nursing based an a model of Living, Forth Ed,ition, Newyork, 1996.
38. Ross Kubler E.: Yaşamın son günleri, Çev. Editörü: G. Terakye, 2. Basım, Aydoğdu Ofset, Ankara 1995.
39. Sabuncu N., Alpar Ecevit Ş. Özdiilli K. Ve Ark.: Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ed. Sabuncu N, Alter Yayıncılık, Ankara, 2008.
40. Sertbaş G.: Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk- Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi , İzmir, 1998.
41. Schwartz S.: Abnormal Psychology, Mayfield Publishing Company, 2000, s: 58, 139.
42. Stehle, J. L.: 'Critical Care Nursing Stres: The Findings Revisited,' Nursing Research. Vol.30, No.3, 1981. p: 182-186.
43. Summer HC.: Recognizing and respondingto spiritual distress, AJN, Jan 98, 1998, p:25-31.
44. Ufema J.: Reflections on death and dying, Nursing 99, 1999, s.56-59.
45. Uyer G.: Çocuk ölümlerinde personelin davranışı ve aileye yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi , 4:8, 1982.
46. Velioğlu P.: Hemşirelikte kavram ve kuramlar, 1. basım, İstanbul, Alaş Ofset matbaası, 1999.

47. Yurt V, Aslan Ö, Keser S, Yeşil Y, Ören G. Onkoloji ve Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Hostilite Düzeyleri, Ege Tıp Dergisi, 1993.
48. Tatar Ü.: Yoğun bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı.: Doktora Tezi, İstanbul, (1988).
49. Turgay M.: Ölüm Korkusu ve Kişilik Yapı Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul, 2003.

11.BÖLÜM

ÖZGEÇMİŞ

10.12.1984 İstanbul Şişli'de doğmuştur .İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamlamış 2002 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girmiş ve 2006 yılında mezun olmuştur . 2006- 2007 yılları arasında Şişli Florence Nıghtingale Hastanesi Cerahi- Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmıştır. Aynı dönemde Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Şu an Göktürk Sağlık Ocağında görev yapmaktadır.