

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

Danışman : Doç. Dr. Sevim BUZLU

TERMİNAL DÖNEMDEKİ KANSER HASTALARINA
BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLER VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
TEZ YERLEŞTİRME MERKEZİ

108292

108292

Yüksek Lisans Tezi

Nevin GONÇE ONAN

İSTANBUL - 2001

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen, kişiliğini ve meslek yaşamını örnek aldığım danışmanım Doç. Dr. Sevim BUZLU' ya;

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı ve Öğretim Elemanlarına;

M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarına;

Çalışmamın yapılmasında gerekli izinleri sağlayarak bana destek olan kurum, kuruluş ve müdürlüklerine;

Bu kurumlarda çalışan ve çalışmama katılan tüm hemşire arkadaşlarıma;

Maddi, manevi yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan yakınlarıma, kardeşime ve özellikle eşim Ozan ONAN' a;

TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER

SAYFA

1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1-2
2. GENEL BİLGİLER.....	3-32
2.1. STRES.....	3-10
2.2. BAŞA ÇIKMA.....	10-16
2.3. ÖLÜM	16-20
2.4. TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTA ve HEMŞİRELİK BAKIMI.....	20-32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33-35
4. BULGULAR.....	36-60
5. TARTIŞMA.....	61-78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79-84
7. ÖZET.....	85-86
8. SUMMARY.....	87-88
9. KAYNAKLAR.....	89-97
10. EKLER.....	98-112
11. ÖZGEÇMİŞ.....	113

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanın en önemli güncel sorunlarından biri ölümcül hastalıklardır. Eski zamanlarda insanların çoğu evlerinde ve ailelerinin yanında ölürken, günümüzde ölümlerin %85 gibi büyük bir kısmı hastanede olmakta; bu da hastanelerde ölümcül hasta bakımının önemini arttırmaktadır (81). İstatistiklere göre kansere bağlı ölümler tüm ölümlerin %17' sini meydana getirmekte ve kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (27). Ancak, Türkiye'de ölüm belgelerinde esas ölüm nedeni olarak, pnömoni vb. gibi terminal nedenlerin belirtilmesi, tedavi edildiği merkezden uzakta ölen hasta yakınlarının kesin tanı hakkında bilgilerinin yetersiz olması gibi nedenlerle kanserden ölüm oranları büyük olasılıkla gerçek rakamların altında görülmektedir (27).

Çağın en riskli hastalıkları olan kanser ve kalp hastalıklarıyla ilgili yoğun tıbbi çabalar, sağlık profesyonellerinin ölümle ve ölümcül hasta ile karşılaşma oranını arttırmaktadır (46).

Günümüzde ölüm yaşamın doğal ve kaçınılmaz noktası olmaktan çıkıp, tedavi edilebilme olasılığı olan bir hastalığın tedavi edilemeyişinin sonucuna dönüşmüştür. Ölüm bu düşünceyle ele alındığında tıp, bu süreç içinde iyileştirmeyi ve sağlık olarak adlandırılan önceki homeostazis durumunu tekrar bulmayı, bu da mümkün değilse hastayı yaşamda tutmayı amaçlayarak devreye girmektedir. Böyle olunca her ölüm tıbbın hanesine bir başarısızlık olarak kaydedilmektedir (29).

Ölümün insanlara olumsuz anlamlar ifade etmesi, belirsizliği, korkutucu oluşu bireylerin ölüme ilişkin duygularını olumsuz etkilemekte, sağlık personeli de toplumun diğer üyeleri gibi ölüme karşı olumsuz duygular taşımaktadır. Bu nedenle ölümcül hastalığı olan hasta, sağlık personelini en fazla ürküten hasta olma özelliği göstermektedir (81).

Stresli bir meslek olan hemşirelikte stresin, ölüm ve diğer duygusal durumlarla karşılaşmaktan kaynaklandığı varsayımıyla bakım evleri, koroner yoğun bakım, hemodiyaliz, yanık, yenidoğan ve kanser üniteleri anksiyete, stres, stresle başa çıkma, iş doyumu, tükenme ve tutum araştırmalarının odağı olmuştur (3,5,6,11,13,14,21,37,42,43,48,49,55,56,59,68,76).

Bu süreç içinde hemşireler birçok güçlüklerle karşılaşmakta ve bu güçlükler hastaya verecekleri nitelikli bakımı etkilemektedir. Hemşirelerin karşılaştıkları bu güçlükler hemşirenin hasta ile yaşayacağı etkileşimden, hastanın içinde bulunduğu süreci algılama durumundan kaynaklanacağı gibi, hasta ve ailesinin fiziksel , psikolojik, sosyal ve duygusal destek gereksinimlerinden, hemşirenin ölüm ve ölme ile ilgili eğitim ve deneyiminden, ölüme karşı tutum ve felsefesinden kaynaklanabilmekte ve verdikleri bakımın sonucunu görememeleri, ölümün günlük ve değişmez varlığını sürekli hissetmeleri hemşirelerde büyük bir strese neden olabilmektedir (2,33,44,52,70,73,74).

Terminal dönemde hastanın bakımı ve ailenin desteklenmesinde anahtar bir rol oynayan hemşirenin yaşadığı güçlükleri tanıması ve bunlarla başa çıkabilmesi hem kendisinin biyopsikososyal yaşamını hem de hastaya verdiği bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Bu araştırma yukarıdaki bilgiler doğrultusunda terminal dönem kanser hastasına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve bu güçlüklerle nasıl başa çıktıklarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Terminal dönemde hastanın bakımı ve ailenin desteklenmesinde anahtar bir rol oynayan hemşirenin yaşadığı güçlükleri tanıması ve bunlarla başa çıkabilmesi hem kendisinin biyopsikososyal yaşamını hem de hastaya verdiği bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Bu bölümde, stres ve iş stresi, başa çıkma ve ölüm kavramları ile terminal dönemdeki hasta ve hemşirelik bakımı incelenecektir.

2.1. STRES

Stres sözcüğü Latince "Estrictra" fiilinden türetilmiştir. 17. yüzyılda felaket, bela, dert, elem, keder anlamında kullanılan strese 18. ve 19. yüzyıllarda ise güç, baskı, zor, gerilim gibi anlamlar yüklenmiştir (5,19, 20, 54, 59, 60, 82).

En çok kabul edilen şekliyle stres; bireylerin iç veya dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum yaptığı ve dengesini sürdürdüğü, kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreçtir. Bireylerin stres düzeylerinde farklılıkların görülmesi; bilişsel değerlendirme, başa çıkma kaynakları, uyarıların süresi, şiddeti ve anlamı, daha önce benzer bir deneyimin yaşanması, kişilik özelliği, durum üzerindeki kontrol algısı, sağlık durumu gibi faktörlere bağlanmaktadır (3, 4, 59).

Psikolojide stres kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sürükleyen, acı veren, bunaltı ve üzüntü verici yaşam olayları olarak tanımlanır (77).

Stresör, birey veya organizmanın uyumunu bozan, stres deneyimlemesine neden olan iç yada dış ortamdaki kaynaklanan uyarılardır. Bunlar fiziksel, ruhsal, toplumsal, bilişsel, çevresel ve iş stresörleri olarak gruplanabilmektedir. Stresörlerin algılanması ve etkileri, strese olduğu gibi bütünsel ve bireyselleşmiş olup, süreç devamlı ve dinamiktir. Stresörlerin etkisi bazı durumsal faktörler, fiziksel çevre (ışık, gürültü, kalabalık gibi), stresörle ilgili

önceki deneyim, genel sağlık durumu(beslenme, egzersiz, alışkanlıklar, uyku, genetik yatkınlık gibi), ego gücü, benlik saygısı, yaş, yaşam dönemi, dünyaya bakış açısı ve var olan başa çıkma kaynaklarına bağlıdır. Stresörlerin belirli ölçülerde organizma için uyarıcı nitelik taşıdığı, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık için gerektiği bilinmektedir. Bazı etkenler ise niceliği ve niteliğinden dolayı, devamlı zararlı etken olarak kabul edilmektedir (5,59).

2.1.1. Stres Tepkisi veya Stresin Organizmaya Etkisi

Organizma tehdit ve zorlanmalar karşısında bir dizi tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Strese tepkide; bireyin algılaması, stresörün yapısı, yoğunluğu, süresi ve var olan başa çıkma yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Stresörler organizmayı zorladığında sırasıyla biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler organizmanın bozulan dengesinin yeni duruma uyum sağlamasıdır. Organizmanın strese uyum gücünün az olması veya uyum sağlayıcı sistemlerin uzun süre kullanılması sonucunda hastalıklar gelişebilmektedir (59).

2.1.2. Stres Kuram ve Modelleri

Uyarı Modeli :

Bu modele göre stres, bireyin dışında ve çevresinde onu etkileyen bir durumun varlığı ile ortaya çıkmaktadır. Bu durumlar aşırı gürültü, aşırı soğuk, evsiz olma, eşin ölümü, belirsizlik olabilmektedir. Stresin sonucunda gerilim belirtilerinin ortaya çıktığı (baş ağrısı, sırt ağrısı, depresyon, öfke, yorgunluk) ve ortaya çıkan tüm bu belirtilerin nedeninin ve bireyler üzerindeki etkilerinin benzer olduğu kabul edilmektedir.

Psikiyatrist Thomas Holmes ile psikolog Richard Rahe, değişik hastalıkların oluşumunda insan yaşamındaki köklü değişikliklerin rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Bir eşin ölümü, iş yeri değişiklikleri ve buna benzer psikososyal konum ve durum değişiklikleri yaşamdaki köklü değişikliklerden bazılarıdır. Bu görüşe göre değişiklik, fizyolojik yada psikolojik uyum gerektirdiği için kişinin enerjisini tüketmektedir. Uyum ise, değişiklik meydana getiren hayat

olayına alışma olarak kabul edilmektedir. Her olayın stres düzeyi, olayın yol açtığı değişikliğe uyum gücü ile orantılı olarak hesaplanmaktadır (4, 54,59).

Yaşam değişiklikleri fazla olan bazı kimselerin direnci daha fazla olabilmektedir. Ayrıca kişi olayı yada durumu, olumlu veya olumsuz, beklenen veya beklenmeyen, kontrol edilebilir veya kontrol edilemez olarak değerlendirebilmesine karşın; model kişi tarafından olayın değerlendirilmesini ve başa çıkma yeteneğini dikkate almamaktadır (59).

Tepki Modeli :

Bu yaklaşıma göre stres, bireyin aşırı çevresel ısıya yada stres oluşturan tehdide fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtıdır. Stres kavramının babası sayılan endokrinolog Hans Selye, biyolojik bağlamda stres tepkisini tanımlayan ilk kişi olarak kabul edilmektedir. Stres konusunda sürekli çalışma ve araştırma yapan Selye, ilk olarak çeşitli uyaranlar ile aynı belirtilerin ortaya çıktığını göstermiştir. Organizmaya zarar veren uyaranları stresör; organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepkiyi de stres olarak tanımlamıştır. Özgül olmayan genel uyum belirtileri (Genel Adaptasyon Sendromu) üzerinde durmuş ve stresin, organizmanın zararlı etkenler karşısında hastalık belirtileri göstermesi olduğunu ileri sürmüştür. Stres reaksiyonunda, sempatik sinir sistemi ve kortikoidlerin önemli rolü olduğunu ve bir stresörün bir tepkiyi nasıl başlatabileceğini açıklamıştır.

Selye, birbirini etkileyen Genel adaptasyon sendromu ve Lokal adaptasyon sendromu olmak üzere iki süreci tanımlamaktadır (4,5,54,59,78).

Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)

Süreç olarak kabul edilen bu sendrom üç aşamada oluşur.

Alarm dönemi; bireyin stres yaratan herhangi bir olay ya da durum ile aniden karşılaştığında ortaya çıkar ve iki aşamalıdır. İlk aşama, şok aşaması olup taşikardi, kas tonüsünde azalma, kan basıncı ve vücut ısısında düşme gibi belirtiler görülmektedir. İkinci aşamada, şoka karşı tepkiler oluşmakta ve bu aşama direnç dönemi ile çakışmaktadır. Bu dönemde, epinefrin ve norepinefrin salgılanmakta, vücudun biyolojik mekanizmaları stres tepkisiyle savaşmak için harekete geçmektedir. Adrenal kortekste genişleme, adrenokortikotropik

hormonun salgılanması, kan basıncı ve solunumun sayısı, kalp vurum sayısı ve kas gerilimi artmakta, göz bebekleri büyümekte, depolanmış şeker ve yağ kana geçmekte, kan pıhtılaşma mekanizmaları işlerlik kazanmaktadır.

Direnç dönemi; stres verici koşullara karşın uyuma elverişli bir durum ortaya çıkarsa, direnç oluşmaktadır. Vücudun direnci normalin üstünde olduğu için organizma dengeye kavuşmakta ve uyum enerjisi bitmektedir. Stresörlerin devamlı olması, bu dönemi uyarmakta ve tam bir uyum veya alarm reaksiyonunun semptomları görülebilmektedir. Stresörlere eğilim artmakta ve zorlanmaya karşı bölgesel tepkiler oluşturularak direnç kazanılmaya çalışılmaktadır.

Tükenme dönemi; organizmanın enerji ve uyumu sınırlı olduğu için kronik stresli durumlarda organizma uyum yapamamakta ve tükenme meydana gelmektedir. Bir önceki dönemde ortaya çıkan hastalıklara bağlı olarak geri dönüşü olmayan organik bozukluklar başlamakta ve çeşitli hastalık tabloları oluşmaktadır. Bu tabloların sonucu şok veya ölüm olabilmektedir. Zararlı etkenlerle savaşmak yerine kaçma yolunu seçen organizmada ise daha ilk dönemde değişiklikler oluşmakta ve bu değişiklikler sonucu uyum bozuklukları ve psikosomatik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir.

Lokal Adaptasyon Sendromu (LAS)

Bu sendrom vücudun belli bir bölgesi ya da dokusu ile ilgilidir. İnflamasyon, dejenerasyon ve hücrelerin ölümü olmak üzere üç aşamada oluşmaktadır. Bir apsenin gelişimi gibi... LAS ve GAS ortaklaşa olarak birbirini etkilemektedir.

Selye, başlangıçta stresi olumsuz ya da patolojik olarak ifade etmesine rağmen daha sonra belirli ölçüler içinde olumlu, yararlı, uyumun sürdürülmesini sağlayan durumları 'eustres' ve hoş olmayan, zarar veren patolojik durumları 'distres' olarak adlandırmıştır. Model, stres sürecinin birçok temel fizyolojik değişiklikten oluştuğunu ortaya koymasına karşın insanı, düşman bir çevreye reaksiyon veren bir varlık olarak göstermektedir (54,59).

Transaksiyonel Model

Bu model, psikolog Richard Lazarus'un düşünce ve deneyimlerinden kaynağını almıştır. Bilişsel değerlendirme stres yaratan durumu belirlemede ve stresle başa çıkmada odak nokta olarak kabul edilmiştir.

Model, stres ve başa çıkmayı belirlemede, olayın düşünülmesini, hatırlanmasını, tanımlanmasını odak nokta ve en yakın nedensel faktörler olarak kabul ettiği için bilişseldir. Özdeş durumların algılanmasında bireysel farklılığı ve tehdit edici algılanmayan bir durumun zamanla tehdit edici olarak algılanabileceğini kabul ettiği için olgusaldır. Birey ile çevresi arasındaki dinamik ilişkiye yoğunlaştığı için transaksiyoneldir (54,59).

Model stresli kişi-çevre ilişkileri ile stresin orta, uzun süreli sonuçlarında, bilişsel değerlendirme sürecinin önemini açıklamaktadır.

Bilişsel değerlendirme: Durumun anlamını tanımlama, mantıksal analiz ve yeniden değerlendirme sürecidir. Kişisel geçmiş, kültürel tutumlar, kişilik özellikleri, dini inançlar, değerler, amaç ve beklentiler, sağlık durumu ve çevresel kaynaklardan etkilenmektedir. Stres tepkileri, başa çıkma şekilleri ve uyum sonuçlarını etkileyen faktörlere dikkat çekmek için birincil, ikincil ve tekrar değerlendirme süreçleri olarak ayrılmaktadır.

Birincil Değerlendirme: Bireylerin yaşamındaki isteklerin değerlendirilmesini sağlayan bilişsel ve entelektüel süreçtir. Kişi bir karşılaşmanın ilgisiz, tehlikesiz, olumlu ya da stresli olup olmadığı yargısına varmaktadır. Kişinin iyilik halini ilgisiz bir karşılaşma etkilememekte, olumlu ve tehlikesiz bir karşılaşma olumlu olarak etkileyebilmektedir. Stres, içsel ve dışsal istekleri içeren, kişinin uyum kaynaklarını aşan ve başa çıkmanın değiştirmeye çalıştığı kişi ile çevre arasındaki dinamik ilişki olarak tanımlanmaktadır. Stresin daima insan işlevini bozduğu, birey ile çevre arasında transaksiyonlar devamlı olduğu için yaşamda az ya da çok varolduğu belirtilmektedir. Stresli değerlendirmeler; tehdit, felaket/kayıp ve mücadele olarak üçe ayrılmaktadır. Felaket ya da kayıp; iş, arkadaşlık ve benlik duygusuna yönelik olabilmektedir. Tehdit; kayıp ve felaket doğurma olasılığı olan bir durumdur. Hatıralar, tahmin edilen olaylar, zararsız ya da tehlikesiz uyaranlar tehdit olarak algılanabilmektedir. Mücadele ise canlılık, heyecan ve ümit verebilmektedir.

Değerlendirmeler tehdit veya kayıp içermediğinde stresli değildir. Kayıp, tehdit, mücadele birlikte veya ayrı algılanabilmekte, birlikte algılandığında karışık duygular ortaya çıkmaktadır. Tehdit; felaket ve kayıp potansiyeli olduğu için olumsuz, mücadele ise; olgunlaşma, doyum ya da kazanç potansiyeli olduğu için olumlu duygulara neden olmaktadır. Bu aşamada tehdidin kime yönelik olduğu da değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme durumsal değişkenlerden, kişilik özelliklerinden, inançlardan ve bilişsel beklentilerden etkilenmektedir.

İkincil Değerlendirme: Birincil değerlendirmede stresli olarak değerlendirilen istekler için başa çıkma kaynaklarının ve tercihlerinin değerlendirilme sürecidir. Bu değerlendirme emosyonel bir tepkiye (öfke, korku, mutluluk) neden olmakta, başa çıkma yanıtları ve durum hakkında daha fazla bilgi verdiği için birincil değerlendirmeyi değiştirebilmektedir. Tehdit ile var olan başa çıkma kaynakları arasındaki farklılık; mücadele, kaçınma, hareketsizlik ya da kayıtsızlık, kızgınlık, rahatlama gibi duygulara neden olabilmektedir. Kişilik özellikleri, durumun nasıl değerlendirileceğini etkileyerek ikincil değerlendirme ve başa çıkma tepkilerini etkileyebilmektedir.

Tekrar Değerlendirme: Yeni bilgiye dayanan dinamik bir süreçtir. Bireyin tehdidin kaynağını azaltmak ya da ortadan kaldırmak için çabalarının etkisini değerlendirmesidir. Birey, çevre ile ilişkilerindeki değişiklikleri değerlendirmektedir. Bir durumun başlangıcında hissedilen kızgınlık veya korku; kişi daha fazla bilgi sahibi olduğunda ve başa çıkma becerileri kullanıldığında azalabilmektedir. Dolayısı ile tekrar değerlendirmeye bağlı olarak tehdidin azaldığı ya da başlangıçta yanlış algılandığı anlaşılmaktadır.

Modelin olası eleştirisi, bilişsel değerlendirme sürecinin ne kadar sürdüğünün açık olmamasıdır. Bu sürenin tehdit, olayın önemi ve başa çıkma kaynaklarına göre değiştiği; sıklıkla bir anda olduğu, tam olarak farkında olunmadığı ifade edilmektedir (59).

2.1.3. İş Stresi

İş hayatında yaşanan stresler ve bunların sonuçları doğrudan veya dolaylı olarak dünyadaki herkesi ilgilendirmektedir. Stres olarak bilinen sorunları doğuran iş koşulları çalışanlar üzerinde baskı ve zorlanma yaratır. Çalışma

hayatıyla ilişkili tipik stresler genellikle kolayca saptanabilirken bazıları birim yada işletmenin doğasında olan bazı özelliklerden kaynaklanabilmektedir. Bunlar; kişilerarası ilişkiler, çok fazla ya da çok az sorumluluk yüklenme, belirsizlikler ve olumlu geri bildirim azlığıdır (5,59).

İş hayatında strese yol açan durumların başlıcaları; rollerdeki belirsizlik, rol çatışması, kişilerarası anlaşmazlıklar, yöneticilerle çatışmalar, çok fazla ya da az sorumluluk, yoğun iş yükü, zaman sınırlamaları, mekan ve yer sorunları, işe özgü stresörler, yeni teknoloji, yetersiz personel, gerçek dışı ve belirlenmemiş amaçlar, özel yaşam ve aile yaşamı, işin niteliksel yönü, iş güvenliği, ücret ve vardiyalı çalışmadır(5).

Çalışma ortamı olarak sağlık bakım sistemlerinin kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, karmaşık ilişkiler, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi durumlar sağlık bakım sistemlerinde çalışanlar için büyük mesleksi stresörleri oluşturur. Bunların dışında kişisel sorunlar, diğer sağlık profesyonelleri, kişilerarası çatışmalar ve iletişim bozuklukları da strese neden olabilir (5,59).

Sağlık bakım sisteminin bir üyesi olan hemşireler bu stresörlerden en çok etkilenen gruptur. Hemşirelik, sıklıkla stres ile karakterize olan bir çok özgün çatışmanın yaşandığı bir meslektir. Hemşirelik son yıllarda hızlı bir değişim içindedir. Bakım rollerindeki değişimler, yönetsel sorumluluklar, süpervizyon ve bunların organizasyonu en belirgin olanlardır. Gray-Toft ve Anderson yaptıkları çalışmada; organizasyonel ortamın, süpervizyon uygulamalarının, ekip ilişkilerinin, hastaya bakım vermede hemşirelerin algıladığı rol çatışması ve belirsizliklerin strese neden olduğunu belirtmişler ve stresin üç büyük kaynağı olarak ağır iş yükünü, hasta ve ailelerinin duygusal isteklerini karşılamada yetersizlik duygularını ve ölümü saptamışlardır. Trygstad (1986), süpervizyon uygulamalarının, diğer sağlık çalışanlarının, kaynak kısıtlılığının, hastaların ve örgütsel uygulamaların hemşirelerde strese neden olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerde stresin, hasta-hemşire ilişkisinin şeklinden, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenlerden kaynaklandığı gibi çevrenin fiziksel özellikleri ile karmaşık hale geldiği de vurgulanmaktadır (5).

Genel olarak bakıldığında hemşireler için stres oluşturan stresörler; düşük ücret, ağır iş yükü, yetersiz personel, rol çatışması ve belirsizlikleri, kişisel sorunlar, çevre, kurum politikaları, bakım ile ilgili nitelikler, program değişiklikleri, güç kaybı, etik sorunlar, yönetimle ilişkiler, iletişim ve yasal konulardır (5).

Bir çok çalışma, hemşirelerde yoğun stres olduğunu ve bunun yetersizlik duyguları, benlik saygısında düşme, depresyon, bedensel yakınmalar, uyku bozuklukları ve tükenmeye yol açtığını bildirmektedir. Hemşirelerdeki bu olumsuz etkilenmenin yalnızca bireysel ve örgütsel sonuçları yoktur, verilen hemşirelik hizmetlerinin kalitesindeki düşmeye bağlı olarak hasta ve ailelerini de etkilemektedir (5,56,59,60,76).

2.2. BAŞA ÇIKMA

İnsanlar genellikle yaşamlarını dengeli bir şekilde sürdürürler. Kişinin yaşamında biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlük bozulmadıkça bu denge devam eder. Fakat kişi, zaman zaman yaşam dengeleri için tehdit oluşturan, stres yaratan bir engellenme ile karşılaşabilir. Bu durumda kişinin olayı algılaması ve başa çıkma yolları önem kazanır (54, 59).

Baş a çıkma, çevreden ve içten gelen istek ve çatışmaları kontrol etmek için yapılan davranışsal ve bilişsel çabalardır. Baş a çıkma için en gerekli şey kişiyi tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayın varlığıdır. Baş a çıkma, stresli yaşam olayını takiben gelişen otomatik, biyolojik temelli davranışlar değil bilinçli, amaçlı olarak yapılan davranışsal ve bilişsel değişikliklerdir. Baş a çıkma süreç yönelimli bir kavramdır ve kişi ile çevre arasındaki etkileşimi sürekli ve yeniden değerlendirme işlevidir. Baş a çıkma süreci, stresörlere uyum yapma veya stresörleri dengeleme sürecidir (5,35).

2.2.1. Baş a Çıkma Modelleri

Kişilik Özelliği Olarak Baş a Çıkma Modeli

Bu modele göre, baş a çıkmada bireyin kişiliğinin etkisi ve her kişinin kendine özgü bir baş a çıkma stili vardır. Durumun objektif özelliklerine

bakılmaksızın kişinin, tehdit olarak algıladığı durumlarda benzer şekilde başa çıktığı belirtilmektedir (4, 38,59).

Duruma Özgü Başa Çıkma Modeli.

Bu model, başa çıkmanın durumun özelliklerine göre değiştiğini; duruma uygun başa çıkma stratejilerinin gelişmesinde öğrenmenin ve bireysel farklılıkların önemli olduğunu vurgular. Başa çıkma işlevseldir ve amacı durumu değiştirmek, baskın olan tehdidi azaltmaktır (59).

Fenomenolojik-Transaksiyonel Başa Çıkma Modeli

Model, tüm başa çıkma görüşlerini içeren ve aynı zamanda algılanan tehdit ile başa çıkmanın tekrar değerlendirilmesine izin veren dinamik bir yaklaşımdır.

Başa çıkma süreci ile başa çıkma işlevi arasındaki ilişki; bilişsel değerlendirme, spesifik başa çıkma tiplerinin yoğunluğu ve esnekliği, stresörün yapısı, beklenen sonuç, benzer durumdaki önceki deneyimler, kişi ve çevreye yönelik yanlış inançlar, fiziksel güç ya da sorun çözme becerileri gibi kişisel yeteneklerden, sosyal destek ve çevresel kaynaklardan etkilenmektedir. Başa çıkma tepkilerinin sonucunda durum tekrar değerlendirilmektedir. Bu, durumun çözümlendiğini ya da başa çıkma sürecinin yeniden başlaması (durumun ve başa çıkma kaynaklarının yeniden değerlendirilmesi) gerektiğini göstermekte ve etkileşimin herhangi bir aşamasında oluşabilmektedir (59)

Başa çıkma iki temel işleve sahiptir. İlki, sıkıntı veren sorunu değiştirmek veya yönetmek (sorun odaklı başa çıkma) ikincisi, soruna karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemek (duygulanım odaklı başa çıkma) tir (5).

Sorun odaklı başa çıkma; durumu değiştirmeye yönelik, bilişsel sorun çözme, karar verme, kişilerarası anlaşmazlıkları çözümleme, öğüt alma, amaç belirleme ve zamanı iyi değerlendirmeyi içeren bilinçli çabalardır (5,32, 59).

Duygulanım odaklı başa çıkma, stresli duyguları aşmak için bilişsel ve davranışsal çabalardır. Emosyonel stresi azaltarak kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Duygulanım odaklı başa çıkmanın tanımlanmış şekilleri, tehdidi azaltma, duygusal destek arama, kendini kontrol etme,

kaçma/kaçınma, mesafe koyma, olumlu tekrar değerlendirme ve kendini sorumlu tutmadır. Duygulanım odaklı başa çıkmada, relaksasyon ve madde kullanma gibi dolaylı ya da palyatif olarak değerlendirilen girişimler de yer almaktadır (32,59).

Sorun odaklı başa çıkmanın iş, kontrol edilebilir veya değiştirilebilir olarak değerlendirilen durumlarda; duygulanım odaklı başa çıkmanın ise sağlık, aile ve değiştirilemez ve kabul edilmesi gerekir olarak değerlendirilen durumlarda daha fazla kullanıldığı belirtilmektedir (5,32,59).

Başlangıçta başa çıkmayı sorun odaklı ve duygulanım odaklı olarak sınıflandıran Lazarus ve arkadaşları, bu sınıflandırmanın insandaki başa çıkma olgusunun zenginliği ve karmaşıklığını göstermede yetersiz kaldığını belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışmaların sonucunda başa çıkmayı planlı sorun çözme, yüzleşerek başa çıkma, olumlu tekrar değerlendirme ve sosyal destek arama olarak sınıflandırmışlardır (32,59).

Başa Çıkmayla İlgili Bilişsel Modeller

Bilişsel modeller bilgi arama ve değerlendirmeye yönelmiştir. Lazarus ve Lauiner başa çıkmayı dolaysız, dolaylı ve palyatif olmak üzere gruplamış, başa çıkmanın durumla ve zamanla değişebileceğini kontrol ile dengenin tekrar kazanılacağını belirtmişlerdir. Dolaysız başa çıkma; bireyin durumla ilgili algıladığı istekleri en aza indirmek için dolaysız eylemde bulunmasıdır. Dolaylı başa çıkma; isteklerle başa çıkılamayacağı ya da çıkılmaması gereken durumlarda kişinin, çevre ile ilgili zihinsel imajını değiştirmesi, o çevreden ayrılması ve daha uygun bir ortam seçmesi ve bu sırada bazı teknikleri (solunum, relaksasyon gibi) kullanmasıdır. Palyatif başa çıkma; algılanan ya da deneyimlenen tehdidi geçici olarak azaltan eylemlerdir. Örneğin madde kullanımı v.b. Bu geçici rahatlama zamanla daha fazla strese neden olabilmektedir (59).

Billings ve Moos başa çıkma yanıtlarını mevcut çalışmaların ışığında üç genel grupta toplamıştır. Değerlendirme odaklı başa çıkma; mantıksal analiz, bilişsel olarak yeniden tanımlama ve bilişsel kaçınma stratejileridir. Sorun odaklı başa çıkma; stresin kaynağını uzaklaştırma veya değiştirmeyi amaçlayan

abalar dır. Bunlar bilgi ve öneri isteme, sorunu çözen eylemleri uygulama, yeni doyum kaynakları yaratma, otonomi ve bağımsızlık için yeni beceriler öğrenmedir. Duygulanım odaklı başa çıkma; duygusal dengeyi sürdürmeye çalışma ve strese bağlı duyguları kontrol etme çabalarıdır. Bunlar, duyguları kontrol etme, durumu kabullenme ve duygusal boşalımla ilgili stratejilerdir (59).

Başa ıkma İle İlgili Kişisel-Sosyal Model

Bu model, başa çıkmanın birbiriyle etkileşen kişisel ve sosyal yönlerin bir işlevi olduğunu öne sürmektedir. Kişisel yönler; benlik saygısının varlığı ve yokluğu, beceriler, yetenekler, motivasyon ve emosyonel durumlardır. Sosyal yönler ise; toplumdaki bireylerin beceri ve yeterliliğini geliştirdiği resmi ve resmi olmayan kurumlar, performansa yönelik teşvik, ödül ya da değerlendirme sistemleridir. Kişisel yeterlilik stresli olarak algılanan durumlarda önemli olmasına karşın sosyal yeterliliğin düşük olmasının kurumların yetersizliğinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Kişisel beceri ve yetenekler ne kadar yeterli ise savunma sürecine gereksinimin o kadar az olacağı belirtilmektedir. Bu model, başa çıkmanın bütüncül anlayışını arttırmakta, güç, çatışma ve liderliğin örgütsel yapıdaki rolünü anlamayı kolaylaştırabilmektedir (59).

2.2.2. Başa ıkmayı Etkileyen Faktörler

Kişi-evre ilişkilerinin değerlendirilmesi ve başa çıkma sürecini etkileyen faktörler kişisel özellikler ve çevresel özellikler olarak iki grupta incelenebilir.

Kişisel zellikler, ruhsal ve fiziksel sağlık durumu, sorun çözme becerileri, ego gelişimi, benlik saygısı, kontrol odağı, değerler, motivasyon şekli ve kişilik özelliğidir. Çevresel zellikler veya durumsal faktörler; sosyal destek kaynaklarının varlığı ve niteliği, kurumsal destekler, maddi kaynaklar, tehlikenin yapısı, tehdit edilen şey ve tehdit derecesi, tehdit edilen şeyin sonucunun ve başa çıkma seçeneklerinin ne olacağı konusunda belirsizlik, stresin sıklığı, süresi ve kronikliğidir (4,59,77).

2.2.3. Başa Çıkmanın Etkinliği

Başa çıkmanın etkinliği konusundaki tartışmalar araştırma sonuçlarına dayanmaktadır. Başa çıkmanın etkinliğini değerlendirmede önemli faktörler; etkinliği değerlendirme zamanı, stresli durumun kontrol edilebilmesi, istekler ile başa çıkma arasında uyumun olmasıdır. Etkili başa çıkmada, doğru değerlendirme, yeterli bir başa çıkma repertuarı, başa çıkma kaynaklarının uygun gelişimi ve stres belirtilerinin olumlu yönde değişmesi gereklidir.

Başa çıkmanın etkinliğini değerlendirme zamanı; başa çıkmanın kısa ve uzun süreli sonuçlarını kapsamaktadır. Başa çıkma yolunun kısa süreli etkinliği; durumla ilgili istekleri yönetme, azaltma ya da doyum bulma, emosyonu düzenleme düzeyidir. Bu; kişinin değerlerine, hedeflerine ve beklentilerine dayanmaktadır. Sterse neden olan sorun çözümlenmese bile, kişi istekleri yönetebildiğini hissederse sonuç olumlu, sorun çözümlense bile değerler ve hedefler ile uyumlu değilse, başarı düşünüldenden azsa ve sosyal şartlarda ek çatışma yaratıyorsa sonuç olumsuz olarak değerlendirilebilmektedir (59).

Stresli durumun kontrol edilebilmesi; kontrol odağı, sonucun ne olacağı konusunda bireylerin inancı olup, kontrolün kendisinde olduğunu daha fazla hisseden kişiler davranışlarının ve yeteneklerinin sonucu etkileyeceğine inanmaktadır. Lazarus ilgili çalışmaları gözden geçirdiğinde başa çıkmanın etkinliğinin durumun kontrol edilebilmesine bağlı olduğunu öne sürmüştür. Folkman ve Lazarus içsel-dışsal kontrolden çok durumun kontrolü ile ilgili değerlendirmenin başa çıkma davranışı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Kişisel kontrol; benlik imajını ve değer sistemini değiştirebilmektedir. Bazen, terminal dönemdeki hastaya bakım veren hemşirelerde olduğu gibi algılanan tehditle başa çıkma çabası çok fazla olsa da kişisel kontrol sağlanamamaktadır (22,40,58,59)

İstekler ile başa çıkma arasında uyumun olması için; kullanılan başa çıkma stratejileri ile çevresel talepler, kısıtlamalar, kişinin yaşamındaki diğer durumlar uyumlu ve bütünleşmiş olmalıdır. Başa çıkma konusundaki yaklaşımların çoğu en iyi başa çıkmanın, doyumlu kişi çevre ilişkisinin yeniden kazanılması olduğunu belirtmektedir. Gerçeğe uygun değerlendirmenin olmaması etkisiz başa çıkmanın kullanılmasına neden olmaktadır (59).

Bu durumun sonucunda kontrol elde etmek isteniyorsa sorun odaklı başa çıkmanın, istenen sonuç kişinin kontrolünde değilse duygulanım odaklı başa çıkmanın kullanılması uygundur. Durumla zayıf bir uyumu olan başa çıkma şekillerinin duygusal tepki üzerinde olumsuz etkileri olabilecek, engellenme ve kızgınlık yaratabilecektir. Bir sonucun değişip değişmeyeceği başlangıçta belirsizdir. Bu nedenle bilgi arama gibi sorun odaklı başa çıkmanın kullanılması yararlıdır. Kaçma/kaçınma ve durumu inkar etme, bilgi aramayı engelleyerek başa çıkma seçenekleriyle ilgili gerçekçi bir değerlendirmeyi engelleyebilmektedir. Durumun değiştirilemeyeceğine ilişkin bilgi elde edildikten sonra kaçma/kaçınma, mesafe koyma ve olumlu tekrar değerlendirmenin kullanımı yararlı olabilmektedir(59).

2.2.4. Başa Çıkma Teknikleri

Etkili başa çıkma, stresle karşılaşmanın tipi, derecesi, algılanması kadar başa çıkma seçimini etkileyen başa çıkma kaynaklarına, durumun ve başa çıkmanın gerçekçi olarak değerlendirilmesine bağlıdır.

Etkili başa çıkma ile stresin psikolojik ve somatik sağlık üzerine olumsuz etkilerini azaltmak mümkündür ve etkili başa çıkma ile ilgili programlar kişiye, stres oluşturan durumları, stres tepkisini arttıran ve sürdüren düşünce ile davranış şekillerini tanımayı, fizyolojik süreç üzerinde kontrol kazanmayı, stresle başa çıkmak için potansiyel olarak yararlı stratejileri uygulama ve değerlendirmeyi, çevresel talepler ile bireysel gereksinimleri değiştirmek için başa çıkma tekniklerini esnek bir şekilde kullanmayı öğretir. Bu teknikler 3 gruba ayrılabilir. Bunlar:

1- Bedenin gevşemesini sağlayan teknikler : Bu teknikler santral sinir sistemi ve sempatik sinir sistemi üzerinde kontrol kazanmayı sağlar. Böylece kaslar gevşemiş, hormonal denge sağlanmış ve beden metabolizması yavaşlamış olur. Bilindiği gibi stres tepkisi sırasında tüm bu durumlar tersine olur. Bu teknikler solunum egzersizi, relaksasyon teknikleri, biofeedback, egzersiz, düzenli uyku ve beslenmedir.

2- Bilişsel teknikler : Sorun kaynağının, tetiği çeken olayların ve tepkilerin ne olduğunun farkına varılmasını, çözüm yolları ile hangi çözüm

yolunun en iyi olduğunun değeriendirilmesini, olaylar ile yorumların kontrolünün kazanılmasını sağlamaktadır. Bu teknikler zihinsel düzenleme tekniği ve stres aşılama eğitimidir.

3- Davranışçı teknikler : Sosyal yeterliliğinin artırılmasını sağlayan bu teknikler; davranış biçiminin değeriştirilmesi, zaman düzenlenmesi, girişkenlik eğitimi ve öfkeyle başa çıkmayı içermektedir. Bu teknikler bir gruba katılarak yürütülebileceği gibi bir denetiminin nezaretinde kendi kendine de çalışabilmektedir (4,5,38,54,59).

2.3. ÖLÜM

Ölüm, tüm organizmaların paylaştığı evrensel bir olaydır. Bireyin psikolojik ve fizyolojik anlamdaki son evresidir. Korkutucu fakat kaçınılmaz bir olaydır(14,80).

İlkel kültürler ölümü bir son olarak görmemiş ve yaşamı, daha sonra bir diğeri varoluş biçimiyle yer değeriştirecek bir sürekliliğinin parçası olarak kabul etmişlerdir (78).

17. yy filozofu Montaigne ölüm ve ölmek hakkında şöyle demektedir: “ Yapmanız gereken dik durabilmek ve ölümü akılcı bir tutumla karşılamaktır. Onu yabancı gibi görmeyelim, onunla birlikte olmayı öğrenelim; diğeri kişiler cesursa ölüm güzel bir olay haline gelebilir”(68,80).

Biyoloji gözlemcisi Lewis Thomas doğadaki birçok ölüm olayını gözlemledikten sonra şöyle demiştir: “ Ölümü kaçınılması gereken bir facia olarak görmemeliyiz. Doğanın bize verdiği yaşama fırsatını iyi kullanmayı, yaşam sürecini anlamlı kılmayı öğrenmeliyiz. Doğan her şey sanki ölen bir şeyin karşılığı gibidir”(80).

Amerikan Tıp Derneği tarafından ölüm, dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin irreversible (geriye dönüşümsüz) durması olarak tanımlanır. Harvard Üniversitesi'nde kurulan bir komitenin verdiği rapora göre ölüm, beynin duraklaması olarak benimsenmiştir(14).

Ruhun varlığına inanmayanlar ölümü, mutlak bir son ve yok oluş olarak, ruhun varlığına inananlar ise ölümü, ruh ve beden ilişkisinin kesilmesi ve dünyadaki gelişimini tamamlamış ya da dünya yaşamının gereğini yerine

getirmiş olan ruhun daha üst bir gelişme ortamına geçmesi ve yeniden dünyaya gelmek üzere dünyadan ayrılması olarak tanımlarlar (78).

Tek tanrılı dinsel öğretilerde yaşamın ölümden sonra da süreceği gibi inançların yanı sıra ölümü bir şeytan, bir canavar halinde düşünerek onu kişileştirme çabaları yer almaktadır. Günlük yaşamımızda da yetişkin insanlar olarak bizler ölüm kavramını daha olumlu hale dönüştürmeye çalışır, ölen yakınlarımız için göç etti, Tanrı ile buluştu, ebedi huzura erdi gibi ifadeler kullanmayı yeğleriz. Tedavi kurumlarında da, sağlık ekibi üyeleri ölen hasta için "X bey öldü" demek yerine, "X numara ex oldu" ya da "Hasta masada kaybedildi" demeyi yeğlemektedirler (44).

Ölümün kişisel anlamları ise, bireyin yaşam deneyimlerinden kaynaklanır. Ölümün olumlu anlamları, teslimiyet, kavuşma, yeniden doğuş, olumsuz anlamları ise; ayrılık, kayıp, travma, ceza ve mazohizmdir (70,80).

Gençliğe büyük değer verilen toplumlarda, yaşlılık ve ölümü kabullenmek güç bir şeydir ve ölüm toplumca tartışılmayan, tabu bir konudur. Bu nedenle ölüm konusunda kişilerin olumlu beklentileri gelişmemiştir (45).

Ölüm kavramı ve olgusu daima yaşamla birlikte ele alınmaktadır. Yaşam konsepsiyonla ölüm arasında geçen bir süreç olduğuna göre her insanın bir gün bu olayla karşı karşıya gelmesi kaçınılmazdır (78).

Kişi ölümün kaçınılmaz olduğunun bilincindedir. Bilmediği şey ölümün ne zaman ve nasıl olacağıdır. Bireyler ölümü düşünürken sanki kendilerine değil, bir başkasına ait bir kavram olarak ele alırlar. Genel olarak, yaşam olayının son bulması olan ölüm, kaçınılmaz bir gerçek olmasına rağmen çoğu kişi kendi yaşamı tehdit altında bulunmadığı sürece bu gerçek ile yüz yüze gelmekten kaçınır. Bunun nedeni kişinin genel olarak gelecek oryantasyonlu olmasıdır ve geleceği sanki ebediyyen yaşayacakmış gibi planlamasıdır(46).

Genel olarak bakıldığında, ölüm kavramı üzerinde dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların, adetlerin ve geleneklerin önemli rol oynadığı bu nedenle ölüm kavramına karşı tutum ve tepkilerin çağlar boyu değişiklikler gösterdiği ve insanoğlunun ölümsüzlüğü bulmaya ve ona ulaşmaya çalışan, ölümü görmezden gelen tek canlı olmasının görülen değişikliklerin değişmeyen tek özelliği olduğu belirtilmektedir (18,46,78).

Elizabeth Kübler Ross, ölümle karşı karşıya olan bir kişinin duygusal reaksiyonlarını inceleyerek ölümün kademe teorisini geliştirmiştir. Bu teori ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilme mekanizmalarını kapsamaktadır. Bunlar;

- a) Reddetme (inkar)
- b) Kızgınlık (öfke)
- c) Pazarlık
- d) Depresyon
- e) Kabullenmedir (8,9,12,26,27,33,34,44,75,79,80).

a) Reddetme(İnkâr):

İnkâr kişiye kaygıdan, çaresizlik ve panik duygularından korur. Hasta öleceğine inanmaz, bir yanlışlık olduğunu düşünür. Hastaların bu davranışı insanların bilmek istemediği bilgiyi kabul etmeme eğiliminden kaynaklanacağı gibi, bazen de hastanın, ailesinin bu durumun üstesinden gelemeyeceğini bilmesinden kaynaklanabilir. Psikiyatrik yardım ve bakıma bu dönemde başlanmalıdır (27,75,80).

b) Kızgınlık (Öfke):

Kişi, daha yapması gereken çok şey varken ölmesini haksızlık olarak görür, sağlıklı kişilere ve tanrıya öfke duyar. "Niçin ben?" sorusunu sorar. Hasta, kızgınlık duygularını açığa vurma gereksinimi duyar. Bu durumda hedef tanrı, sağlık personeli ya da aile üyeleri olabilir (27,75,80).

c) Pazarlık:

Hasta ölümü kabullenir, ancak daha uzun süre yaşamak için pazarlığa girer. Pazarlık, kaçınılmaz bir ölümü geciktirme çabasıdır(27,75,80).

d) Depresyon:

Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta depresyona girer. Birey içine kapanmıştır. Kimseyle görüşmek istemez. Adeta kendi ölümünün yasını tutar (27,75,80).

f) Kabullenme:

Kişi durumu kabullenmiştir. Bu dönemde yarım kalan işlerini yapar, dine daha fazla bağlanır ve "hazırım" şeklinde konuşmaya başlar (27,75,80).

Kübler-Ross'a göre kanser hastalarının geçirdikleri bu evreler daha hafif şiddette hasta aileleri ve sağlık ekibi üyeleri tarafındanda yaşanmaktadır (33, 34).

2.3.1. Sağlık Ekibi Üyelerinin Ölüme Karşı Tepkileri

Kliniklerde bazen hemşirelerin ölümü beklenen hastanın odasına girmedikleri, bazen de, " bu hastanın durumu hep aynı yapılacak bir şey yok" gibi cümlelerle hastadan söz ettikleri görülmektedir (9,47).

Toplumun herhangi bir üyesi gibi, sağlık personeli de ölüm olayı karşısındaki tepkileri görerek öğrenmişlerdir. Sağlık ekibinin ölümcül hastaya verdikleri bakım, onların ölüme olan tepkilerinden de etkilenmektedir. Bu tepkiler personelin ölüme ilişkin kendi deneyim, duygu ve felsefesine göre değişir. Hemşireler, terminal dönemdeki hastalarına bakarken o kişinin kaybını, kendi yaşamında karşılaşılabileceği ölümünü düşünerek bu süreci deneyimleyebilir (9,28,30, 45,52).

Hemşirelerin kayba karşı yanıtlarını etkileyen bazı değişkenler vardır. Bunlar;

- Yaşı ve deneyimi,
- Genetik ve gelişimsel hikayesi,
- Önceki kayıp hikayesi,
- Stres yönetimi,
- Mesleki eğitimi,
- Değer ve inançları,
- Meslek yaşamındaki özel gelişimsel süreçler,
- Yaşam değişimlerinin sayısı ve miktarı,
- Diğer koşullardır (3,17).

Ölüm olgusu sağlık personelinin hastayı yaşatma amacına ters düştüğünden, ekip üyelerinde bu durum karşısında kızgınlık, öfke, çaresizlik, meslekten soğuma, kendini engellenmiş hissetme, başarısızlık, korku, suçluluk, tükenme gibi duygular yaşanmaktadır (31,47,69,84).

Ölümcül hastaya bakım veren personel ölüm ile yüz yüze gelme duygusu içinde hastaları ile özdeşleşir ve onlarla birlikte savaş verir. Buna bağlı olarak

hastaya uygulanan tüm girişimlere, tedavilere ve çabalara rağmen, tedaviye olumlu sonuç alınamadığı için hastaya ve hastalığa karşı öfke duyabilir ya da hastayı yarı yolda bırakma, onu ölümden koruyamama gibi düşüncelerden dolayı suçluluk hissedebilirler (17,26,47,51,52).

Ölüm konusunda yaşanan korkunun, hastanın ölümünün bekleniyor olması, hastanın durumunu kabullenmiş olması, hastanın huzur içinde öldüğüne ve hasta için her şeyin yapıldığına inanılması halinde de azaldığı görülmektedir (70).

2.4. TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTA ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanser tedavisi her zaman hastanın iyileşip, taburcu olması ile sonuçlanmaz. Hastaya bütün yapılara rağmen, hastalık kontrol altına alınmadığında hasta ve ailesinin pek çok sorunları ortaya çıkar ve hemşire sıklıkla terminal dönem hastasına bakımla da sorumlu olur (48).

Terminal kelime olarak “uç”, “son”, “bir sürenin bitimi” anlamına gelmektedir. Terminal dönemdeki hasta dendiğinde yaşamın sonuna gelmiş, ölmek üzere olan hasta anlaşılır (9,27).

Son dönemlerini yaşayan hastalar hala birer bireydirler ve genelde “ölüyor” olarak değil, kalan her bir günü en iyi şekilde yaşaması gereken hasta insanlar olarak değerlendirilmelidir. Hemşireler hastanın ölümüyle değil, ölümü gelene kadar en rahat bir şekilde yaşamasıyla ilgilenmelidirler (67,69,70).

2.4.1. Hastayı Tanılama ve Bakımı Planlama

Ölümcül hastayla çalışırken hemşire, tanılama yapabilmesi için hastanın ölüm hakkındaki düşüncelerini, ölüme karşı kültürel yanıtlarını, ölümle ilgili manevi inançlarını ve yaşam deneyimlerini, gelişimsel seviyesini, aile içindeki rolünü, destek sistemlerini, geçmişte ve bugün kullandığı baş etme yöntemlerini, fiziksel bakım gereksinimlerini, prognozunu bilip bilmediğini ve günlük bakımını ne derece bağımsız yapabildiğini değerlendirmelidir (9,10,69). Ayrıca hastanın inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından hangisini yaşadığını bilmelidir (26,33,34,48). Hemşire bu verileri değerlendirerek hastalardaki olası tanıları belirlemelidir. Bu tanılar ;

- Değişen sağlık durumu/sosyoekonomik durum/ rol fonksiyonu/çevre, kriz, ölüm tehditi ve benlik kavramının tehdit edilmesine bağlı anksiyete,
- Hastalık yoluyla yaşamın tehdit edilmesini içeren sosyal değişikliklere bağlı rol performansında bozulma,
- Fiziksel durumun yetmezliğine bağlı güçsüzlük,
- Yaşam tehdidine bağlı inkar,
- Hastane çevresi, kişilerarası etkileşim ve hastalıkla ilgili rejime bağlı güçsüzlük,
- Kişilik, nesne ve beden bölümlerine yönelik potansiyel kayıplara bağlı yas,
- Yetersiz iletişim becerileri, benlik kavramında bozulma, destek yokluğu ve düşünce süreçlerindeki değişime bağlı sosyal etkileşimde bozulma,
- Fiziksel görünümdeki ve mental durumdaki değişikliklere bağlı sosyal izolasyon,
- Gerçek yada algılanan kayıplara bağlı disfonksiyonel yas olabilmektedir (10,17). Hemşire bu tanılara uygun amaçlar geliştirip hasta bakımını planlayıp uygulamalıdır.

Hastanın Fiziksel Gereksinimlerini Karşılama:

Terminal dönemdeki hasta, kendini rahat ve huzurlu bir ortamda bulmak ister. Hastada *dispne* varsa; egzersizleri azaltmak, uygun pozisyon vermek, odayı havalandırmak, öksürük varsa; uygun hidrasyon sağlamak, odayı havalandırmak, gerekirse aspire etmek, *bulantı-kusma* varsa; kusma şiddetli ise oral yiyecek vermemek, istirahat etmesini sağlamak, sıvı ve yumuşak gıdalar vermek, küçük miktarlarda hafif yiyecekler vermek, kemoterapi uygulamasından bir iki saat önce ve sonra yiyecek vermemek, sistematik ağız bakımı vermek, aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapmak, beslenme ile ilgili hastaya eğitim vermek, hekim istemine göre antiemetik vermek, *konstipasyon* varsa; bol sıvı vermek, mümkünse aktivitede bulunmasını sağlamak, posalı gıda vermek, günde bir kez tualete götürmek ve sürgü vermek, *diare* varsa; hidrasyonu sağlamak, aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapmak, *ağız kuruluğu* varsa ağız bakımı yapmak, takma dişi varsa çıkarmak, ağız yara vs. bakımından gözlemek, hasta yutabiliyorsa

yudum-yudum su vermek, *inkontinans* varsa; akşam yemeğinden sonra sıvı alımını azaltmak, hastanın kolaylıkla erişebileceği yere çağırma zili, ördek ve sürgü yerleştirmek, dekibütüs ülserinin oluşmaması için deri bakımını yapmak, çarşaflarını sık değiştirmek ve emici pedler kullanmak, perine bakımı yapmak, hastaya kateter takılmışsa kateter bakımını yapmak, odayı hoş kokulu ve temiz tutmak önemli hemşirelik girişimlerindendir (9,27,75).

Bazı hastalar ölüm anına dek tamamen bilinçli, bazıları konfüzyonda veya kısmen bilinçli olabilir. Bazısı da dış uyaranlara tepkisiz ve koma durumunda olabilir. Hastanın mental durumu sürekli olarak değerlendirilmeli, bakımı durumuna uygun olarak yapılmalı ve dolaşım sistemi ile ilgili yaşam belirtilerinin gidişi sürekli olarak izlenmelidir (9).

Hastanın Duygusal ve İletişim Gereksinimlerini Karşılama:

Ölümü beklenen hasta ; bilinmezlik, yalnızlık, acı duyma, yakınlarını, bedenini, denetimini ve kimlik duygusunu yitirme gibi bazı korkular yaşayabilmektedir. Hastanın ağrıdan ve acıdan kaçma, kendini güvende hissetme, kişiliğini ve değerini koruma, ailesine ve diğer hastalar grubuna ait olma, beğenilme ve sevgiye gereksinim duyma, kendini ifade etme ve umut etme gereksinimi vardır. Hasta sağlığına yeniden kavuşma umudunu yitirince, çektiği acıların sona ermesini isteyebilir veya en sevdiği yiyeceği bir kez daha tatmak ya da belirli bir kimseyi yeniden görebilecek kadar yaşamak isteyebilir. Hemşire hastanın ne istediğini öğrenmeli ve bu istek gerçeğe uygunsa kendisini desteklemelidir. Hastanın isteğini gerçekleştirebilmek için ailesinin yardımına başvurulmalıdır (9,69).

Hemşire hastanın korkularını ifade etmesi, saygınlığını, bireyselliğini ve aile bütünlüğünü koruma, ailenin duygusal, fiziksel olarak güç toplamasına yönelik plan yapmalarına yardım etme, aileyi yas sürecine hazırlama ve semptomlarını kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludur. Bu sorumluluklarını yerine getirirken planlı zaman ayırarak iletişim kurmalı, ne zaman, ne kadar, ne sorup söyleyeceğine hastadan aldığı verileri değerlendirerek karar vermelidir (69).

Hastanın son zamanlarında işlemlerle mümkün olduğu kadar az hırpalanması ve yalnız bırakılmaması, korkularından konuşmak istediğinde konunun değiştirilmemesi ve konuşmasına izin verilmesi, sorularının yanıtlanması ve içinde bulunulan zamanın anlamlı geçirilmeye çalışılması önemlidir (47).

Ölümcül hasta karşısında suskun kalmak, hastanın durumunu daha çok fark etmesini sağlar. Hastanın her istediğinin yapılmaya çalışılması da durumunda olağanüstü bir şeyler olduğunu düşündürür. Hasta ölüm korkusundan konuşursa kederinin daha fazla artacağı ve insan ilişkilerinden kopacağı düşünülür. Oysa bu konuda konuşmamak, onu baskı altında tutan korku ve endişelerini azaltmaz. Korku duygularının ve prognozun tartışılması, hastalığın konuşulmayacak kadar korku verici olduğu duygusunun azalmasına yol açar (47). Bu nedenle hastanın duygularını uygun şekilde paylaşmasının sağlanması, kalan günler için kısa hedefli planlar yapmaya yardım edilmesi, geçmişin gözden geçirilip bugün yapılabileceklerin değerlendirilmesi, gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğinin konuşulabilmesi yaşam kalitesini yükseltebilmek amacıyla gerçekleştirilebilecek hemşirelik girişimlerinden bazılarıdır (33,47).

Hastaların soruları karşısında yanıt vermeden önce hastanın ne hissederek ve nasıl bir yanıt bekleyerek soruyu sorduğunun değerlendirilmesi önemlidir. Sorunun geçirilmesi, atlatılması değil; sorunun amacının anlaşılması gereklidir. Bazen hasta sorduğu sorunun yanıtını biliyor ve onaylatmak istiyordur. Bazen soruyu iletişimi başlatmak için soruyor ve yanıtını önemsemiyordur. Hemşirenin sorulan soruyu yanıtlamaktan çok dinleyici olması, abartılı olmadan hastanın ümit gereksinimini karşılaması gereklidir (33,47).

Hastalara durumlarının ağır olduğunu söylemek, inanılanın aksine durumunu ağırlaştırmamaktadır. Hasta inkar döneminde ise ve bu bilinç dışı savunmasına sığınma gereksinimi yaşıyorsa durumu hakkında ne söylerseniz söyleyin mesajlarınıza kulağı kapalı olacak ya da mesajlarınızı kendi isteğine göre yorumlayacaktır. Eğer durumunu soran hasta inkar dönemini aşmış ise, durumu ile ilgili dürüst, açık, gerçekleri konuşan ve güvenilebileceği biri ile

iletişim kurmaya çalışıyordu. Ölüm tehdidi altındaki hastalar sağlık ekibine, onları tedavi edemedikleri için; aile ve arkadaşlarına, sağlıklı oldukları için fkelenebilirler ya da ölüm ve kontrol kaybının yarattığı sıkıntıdan kurtulmak için öfkelerini kullanabilirler. Hayal kırıklığı hissini açığa vurmasını destekleme , gerçekçi şikayetlerin sebebini gösterme, hastaya bakımı üzerinde mümkün olan en fazla kontrol hakkını tanıma, yıkıcı davranışları kısıtlama, hastaya bu negatif reaksiyonu kontrolde yardımcı olabilir. Bu nedenle iletişim açısından hastanın hangi evrede olduğunun bilinmesi gereklidir (1,33,34,47).

Hastanın gerçeği bilmek istemesi ya da istememesi, soru sorması ya da sormaması göz önünde tutulması gereken önemli bir konudur. Güvenli hasta-hemşire ilişkisi, hastanın motivasyonuna, benlik saygısına ve hastanın sorduğu sorulara aldığı yanıtların drstliğne bağlıdır. Böyle bir durumda hemşire-hekim ilişkisinin açık olması ve işbirliği içinde olunması gerekmektedir (83). Hastaya öleceğini söyleme sorumluluğu temelde hekime aittir. Hemşire hekimin bu konuda hastaya ne söylediğini bilmelidir. Hemşire hastanın bu duruma gösterdiği tepkileri gözlediği için gözlemlerini hekimle tartışmalı ve hastayı nasıl ele alacaklarına birlikte karar vermelidirler. Aksi halde hemşire hastanın sorularını yanıtlamakta zorlanır ve hasta da gereksindiği bakımı alamamış olur (47).

lmle yüz yüze olan bir bireyle çalışırken olumlu kişilerarası ilişki kurabilmede dinlemeyi bilmek, hastanın korku ve sezgilerine ilişkin doğru bilgiyi toplayabilmek, fizik-emosyonel dayanıklılık sağlamak önemlidir (25). İletişimde temel ilkeler;

- Hastanın daha önce kullanabildiği baş etme yöntemlerini işler hale getirme,
- Duygu ifadelerini üçüncü şahıs ifadeleri ile kolaylaştırma,
- Hastanın duruma özel duygularını tanımasına ve tanımlamasına olanak verme,
- Aile yeleri ile beraberliği sağlama, destek sistemleri harekete geçirmesine ve yeni destekler bulmasına yardım etme,
- Kararlara hastayı katarak birey olarak gücünü ve değerini korumasına yardım etme,

- Dürüst ve açık şekilde soruları yanıtlama,
- Hastayı yaşamını gözden geçirmeye cesaretlendirme,
- Ölüm sonrasını planlamaya yardım etme,
- Sürdürebileceği yaratıcı etkinlikleri destekleme,
- Kısa, hoş günlük etkinlikleri artırma,
- Yanlış şeyler söyleyebileceğinden korkmaksızın içten, paylaşım açık iletişim kurma,
- Konunun yok sayılmasına ya da konuşulması için ortam yaratılmasına hastanın hazır oluşluğunu değerlendirerek karar verme,
- Hastanın hastalığının gidişini düşünmesine izin verme, hasta eğer inkarı kullanıyorsa bu savunmasını yıkmaya çalışmama ve eğer ölümü konuşmak isterse konuyu değiştirmeme,
- Ümit gereksinimini göz ardı etmeme, ümit yitimini önleme olarak sıralanabilir (1,9,47,69).

Hastanın Ailesine Yaklaşım:

Aile destek unsuru olarak bakım ve tedavi içinde yer almalıdır (1). Durumu ağır olan hastaların ailelerine yaklaşımda; ailenin kederinin tanınması, cihazların tanıtılıp açıklanması, bilinen kelime ve kavramların kullanılması, ailenin odaklaştığı noktanın daraltılması, yapay krizlerin önlenmesi, karar almalarına ve destek bulmalarına yardımcı olunması, aile üyelerinin evdeki rol değişikliklerinin tanınması ve tanımlarının sağlanması, destekleyici moral verilmesi önemli girişimlerdenidir (69).

Ölüme karşı hastanın gösterdiği inkar, kızgınlık, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme şeklindeki evreler, yasa hazırlanan ailede de görülebilir ve aile yardımı gereksinim duyabilir. Bu yardım gereksinimi dikkate alınmalıdır (1,33,34).

Ayrıca hasta ailesinin yas sürecine hazırlanması gereklidir ve bu konuda ailenin duygularını ifade etmesine yardım edilmelidir (9,10,74).

2.4.2. Bakımın Değerlendirilmesi

Terminal dönem hasta ve ailesine verilen bakım devam eden bir süreçtir. Hemşire bakımda şunları değerlendirmelidir:

- Hasta/aile önceki anksiyete düzeyinde olumlu bir azalma ve başa çıkma da olumlu bir artma olduğunu ifade etti mi?
- Hasta/aile yeni sorumluluklarla aileyi bunaltmadan ve hastanın benlik saygısını koruyarak gerekli rol düzenlemesini yapabildi mi?
- Hasta/aile duygularını ve elemlerini yeterli olarak ifade edebildi mi?
- Hastanın durumunun değişmesiyle ümit yitirildi mi?
- Hasta/aile hastanın kötüleşen durumuna uyumda gerekli inkar seviyesini devam ettirebildi mi?
- Hasta/aile hastalık ve terminal dönem boyunca sosyal etkileşimini devam ettirebildi mi?
- "Hasta fiziksel bakımına ne oranda katıldı?

Bu değerlendirmenin sonucunda hasta bakımı tekrar planlanabilir (10,17, 57).

2.4.3. Hasta Bakımında Hemşirenin Yaşadıkları

Kanser, özellikle terminal dönem kanser hastası, sağlık ekibi için stres kaynağıdır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler, hastanın durumundan ve hastanın bu süreci algılamasından, hasta ve hasta ailesi ile yaşadığı etkileşimden, hasta ailesinin mümkün olmayan isteklerinden, hasta ve ailesinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal destek gereksinimlerinden, tedavi ortamından kaynaklanan fizik güçlüklerden, ekonomik yetersizliklerden, kendi rol ve beklentilerinden dolayı kaygı ve zorlanma yaşayabilirler (2,33,44,52,70, 74).

Öğrenci hemşirelerin ölüme tepkileri ve ölümü beklenen hastaya yaklaşmadaki güçlükleri genellikle tüm sağlık personelinin yaşadıkları duygular ve güçlüklerle benzeştiği, ölümü gözlemlemiş olmanın kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (6,70).

Cooper ve Mitchell (11) ölümcül ve kritik hastalarla çalışan hemşirelerin streslerini tanımlamak için koroner bakım, kanser ve diğer hastane

 nitelerinden ve bunlarla birlikte hospis hem  irelerinden 170 hem  ire üzerinde  alı mı lardır. Kritik hastalarla ilgilenen hastane hem  irelerinin i  memnuniyetsizli inin, terminal dönemdeki hastalarla çalışan hospis hem  irelerinden daha anlamlı olduğunu bulmuşlar ve diğer taraftan da hospis hem  irelerinin daha anksiyöz ve psikosomatik şikayet belirtileri gösterdiklerini bulmuşlardır.

Ulrich ve Fitzgerald (76)  l m ve ölme konusunda hem  irelerin hekimlerden daha fazla stresli olduklarını bulmuşlardır.

Terminal dönemdeki hastayla çalışan hem  irelerde stres yaratan faktörlerden bazıları şunlardır:

-  l mle ilgili bilgisi
-  l mle ilişkisi
- Kendi  l ml l   nden korkması
- Yakınlık derecesi
-  l mc l hastaya ba lılı ı
- Kişisel motivasyonu ve enerji seviyesi (3).

Bunların yanı sıra, hem  irelerin stres altında olan hasta bireylere bakım vermesi, hem  irenin tedavi ve bakımın yetersiz kaldığı durumlarla ( rne in; kanserli hastalar) karşı karşıya kalması, hastaya acı veren bir takım işlemler yapması hem  ireye duygusal y k getirir ve suçluluk, korku, gerginlik, hayal kırıklığı, güvensizlik ve anksiyete duygularına neden olur. Durumu ağır olan hastalara bakım vermek hem  iredeki anksiyetenin ve stresin nedenlerindendir (19,82).

Stehle'nin çalışmasında, Holschaw, hem  irelikte ruhsal yönden riskli alanları hastaları sa lı ına kavu turamama, hastaları kaybetme korkusu, terminal dönemdeki hastalar ve psikiyatrik sorunlar olarak belirtmiştir (19,48).

Hem  irenin hastanın ağrısını dindirememenin  aresizli ini yaşaması, kemoterapinin hastada neden olabileceği kanama, enfeksiyon, anemi, bulantı, kusma gibi sorunları  nleme ve bu sorunlara karşı duyarlı olma çabasında bulunması, kemoterapinin ve radyoterapinin kendine olası zararlarından istendik şekilde korunamamanın endişesini duyması gibi nedenlerle hem  ire güçlükler yaşamakta ve stresli olmaktadır (48).

Hemşireler bazen, ölen hastanın yanında kalma isteği ile, yaşamları kurtarılabilir hastalara bakım vermenin önceliği arasında kaldıklarını hissederler. Daha ender dile getirilen korku da, ölen hastalara yakın olmanın getirdiği dayanılması güç duygusal yükür. Bu yük o kadar çeşitli duygular ve dayanıklılık gerektirir ki, günün sonunda hemşireler, kendi ailelerine hiç güçleri kalmayacak kadar yorgun düşerler. Bu nedenle stres ve tükenme yaşayabilirler (19,48,86).

Sağlık ekibinin hemen tüm üyeleri hastaya ne söyleyeceği, nasıl davranacağı, hasta ve ailesinin duygularını nasıl ele alacağı konusunda çoğu zaman sıkıntıya düşerken, hastaya daha yakın ve onunla daha fazla bir arada olan hemşire bu güçlüğü çok yoğun bir şekilde yaşamaktadır (53,81).

Sağlık personeli; özellikle hekim ve hemşireler iyileştirmeye ve yaşatmaya yönelik eğitildiklerinden ölecek ve ölmekte olan kişiye ve yakınlarına yardım konusunda yalnız, zaman zaman da çaresiz kalmaktadırlar. Bununla beraber ülkemizde, hemşirelerin çoğunun onkoloji alanına yönelik hizmet içi eğitim almadan , kanserli hastaya bakım verdikleri bir gerçektir. Bilgi eksikliği de bir stres faktörüdür. Ayrıca ekip çalışmasının olmaması ve uygulamalar için gerekli olan araç gerecin de eksik olması gibi hemşirelere sık sık sorun yaratan durumların da birer stres faktörü oldukları bilinmektedir (48).

Hemşireler aynı zamanda ölümcül hastaya bakım verirken yaptıklarının boşa gitmesi gibi nedenlerden dolayı da stresli olmaktadır. Olağanüstü bir yüklenmenin ardından hayal kırıklığına uğramak hemşirelerde oldukça sık yaşanmaktadır (80). Bu durum hemşirenin, diğer hastalara vereceği bakımı olumsuz etkileyebilir, hemşire bir daha bu tür hastalara bakmak istemez ya da terminal dönemdeki hastaya daha fazla bir şeyler yapabilmek amacı ile diğer hastaların bakımını ihmal edebilir. Bu nedenle hemşirenin diğer hastalarla iletişimi bozulur ve bu konuda güçsüz kalır (48).

Ölmek üzere olan hastayla çalışırken hemşire kendini baskı altında duyumsayabilir ve engellenme yaşayabilir (47). Hemşirelerde engellenme yaratan faktörlerden bazıları şunlardır:

* Yetersiz destek ve kaybın sosyal reddi: Hemşirelerin aileleri ve arkadaşları dışarıdan birinin ölümünün nasıl bu kadar yasa neden olabildiğini

anlayamazlar. Böylece hemşire elemini yalnız yaşar ya da sanki önemli bir şey yokmuş gibi davranır.

* Profesyonel olma: Hemşireler güçlü olduklarını hissetmektedirler.

* Hemşirenin hasta hakkında karışık duygulara sahip olması: Bu durum hastanın ölümünde suçluluk ve hastaya karşı ambivalan duygularla sonuçlanır. Eğer hasta hastalığı boyunca ya da özellikle bakım için zorlu bir kişi ise ölüm meydana geldiğinde hemşire aynı seviyede bir ferahlama duygusu hissedebilir. Bu, hemşirenin herkesin eşit olarak yaşamasını varsayma düşüncesiyle uymayabilir.

* Hemşirelerin sıklıkla kendini kontrol etme gereksinimi: Hemşireler bu gereksinimlerinden dolayı ne hissettiklerini gösteremeyebilirler ya da duyguları o oranda baskılanabilir.

* Çoğul kayıplar: Bazı bölümlerde; çok kısa zaman sürecindeki ölümler, hemşirelerin elem sürecinin olmaması ya da az yaşanmasına neden olabilmektedir (17).

Ölümcül hastayla çalışan hemşirelerin genel olarak duygularda karışıklık deneyimledikleri belirtilmektedir. Bunlar olumlu ve olumsuz deneyimleri içerebilir. Olumlu deneyimler, hemşirenin hasta için en iyisini yaptığına inanması ve onların huzurlu ölmeleri gibi deneyimler olabilir. Olumsuz deneyimler öfke, anksiyete, suçluluk ve depresyon duygularıyla beraber olabilmektedir. Bu duyguların geniş bir oranı ölümcül hastaya bakım veren hemşireler tarafından deneyimlenebilmektedir (3).

Hemşireler, ölümcül hasta hemşireliğini ve ölümle ilişkilerini her zaman stresli bulmamaktadırlar. Bunun nedeni ölümcül hastanın kendisi, kültürel değerler ve toplumun ölüme verdiği değerden kaynaklanabilmektedir. Ölümcül hasta bakımının ödüllendirici yanı; hemşirenin mesleki yaşamını bilgi ve becerilerini kullanması, hasta ve ailesi ile önemli ilişkiler kurması yönünden zenginleştirmesidir (85). Özet ve arkadaşları (49) kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin iş doyumlarını araştırmışlar ve hemşirelerin iş doyumlarının hekim ve sosyal hizmet uzmanlarının iş doyumlarından daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Terminal dönemdeki hasta ve ailesine bakım veren hemşire, onlara iyi bir yaklaşımda bulunabilmek için, önce kendi duygularını iyi tanımalıdır. Duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını temellendiren sosyal ve kültürel faktörleri tanıdıkça sorunlara da çözüm gücü kazanacaktır (46,48,75).

Hemşirelerin de yaşam deneyimlerinden oluşan duyguları, davranışları ve kişisel değerleri vardır. Her gün çok çeşitli ve birbirine hiç benzemeyen kişilerle ilişki kurmak zorundadırlar. Bu çalışma ve ölüm hemşireler için düşünsel deneyimler değil, zaman zaman çok yoğun olarak tüm derinliği ile katılıp yaşadıkları günlük olaylardır (83).

Hemşireler böyle sürekli yinelenen bir eziyetten korunmak için kendini yalıtma, bir kabuk oluşturma ve kendini ilgilendirmediğini düşünmek gibi yolları en çok kullanmaktadırlar. Bunlar son derece insancıl ve masum kendini koruma ve acıdan kaçınma önlemleridir (46).

Çalışma ortamındaki gerilimin azaltılması, uygun genişlikte bir çalışma alanı, araç, gereç ve gerektiği her yer ve durumda hasta bakımında gizliliği sağlayacak olanakların sağlanmasıyla olur (83).

Her şeyin eksiksiz yapılmasını gerektiren kanser konusunda çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ve kısa süreli kurslar ile yeterlilikleri arttırılmalıdır. Aynı zamanda, hobi, sosyal etkinlik ve boş zamanlarını değerlendirme ile rahatlamaları konusunda desteklenmelidir. Hemşireler kendi aralarında birbirlerini desteklemeli ve güçlendirmelidirler. Ayrıca kanser bakımının ara sıra da olsa dayanılması güç bir iş olduğunun ifade edilmesi kişide rahatlık sağlar (83). Bunların yanında danışılacak bir yakının olması, destekleyici akran grubu, meditasyon, dua etme, okuma, sağlıklı insan ilişkileri, örnek olma ve örnek alma, günlük tutma, hemşirelerin kendi sınırlılıklarını bilmesi (hayır diyebilme, ev telefonlarını vermeme) gibi yöntemler terminal dönem hasta bakımından kaynaklanan güçlüklerle başa çıkmada yardımcı olabilecek yöntemlerdir (23).

Terminal dönemdeki hastaya bakım veren hemşireler kendine bakımlarında da bazı aşamalarda sorumluluk almalıdırlar. Bu sorumluluklar;

- Düzenli ara vermek ya da hasta bakım alanlarından zaman zaman uzaklaşmak ve çok fazla stres yaşanan hemşirelik alanlarında rotasyon yapmak,

- Güçlükleri belirleyebilmek ve bunlarla başa çıkabilmek için hastaları tanımlamak,

- Baskı azaltıcı rutinleri günlük yaşam içine katmak (İşten ayrılmadan önce günlük görüşmeleri yapma ve eve giderken tümünü orda bırakma),

- Olumlu yaşam aktiviteleriyle uğraşmak (Örneğin sağlıklı çocuklarla vakit geçirme, sosyal etkinliklere katılma gibi),

- Yeniden değerlendirmeye ve gelişmeye olanak sağlaması için kayıplar hakkında konuşmak,

- Sorumluluklar çerçevesinde "kurtaran" ya da "kurtarıcı" olma karmaşasından kaçınmak,

- Destek gereksinimini tanımak ve bunlar için yardım istemekten çekinmemek,

- "Yapabilirim"den ziyade "isterim" demek,

- Sınır koyma ve hayır diyebilme becerilerini geliştirmek,

- Üzüntü verici olaylarla karşılaştığında, suçluluk hissetmeksizin eğlenebilmek,

- Düzenli bir konsültasyon aramaktır (17).

Terminal dönem kanser hastalarına bakım verirken yaşadıkları stresle başa çıkmada hemşirelerin kendi sorumlulukları yanında disiplinler arası işbirliği de önemli bir faktördür. Son zamanlarda gelişmiş olan konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bu disiplinlerden biridir. Onkoloji birimleri ile bağlantılı çalışan liyezon psikiyatrisi uzmanları, hem hasta ve ailesinin ruhsal ve psikososyal güçlük ve gereksinimlerini saptar ve çözmeye dönük hizmet verir; hem de sorunların tedavi ekibince farkına varılmasına yardımcı olurlar. Aynı zamanda hasta-sağlık ekibi ilişki ve tepkilerinin daha olumlu hale getirilmesine yardımcı olurlar. Bir anlamda kanser hastaları ile çalışan sağlık ekibinin streslerinin azaltılmasına yardımcı olurlar (50,51,52).

Konsültasyon- liyezon psikiyatrisi (KLP), liyezon bağlamında psikiyatrik yardım ve işbirliği gereksinimi duyan insanlara psikopatolojinin çok daha erken

tanınmasına ve ortamın daha terapötik kılınmasına dönük hizmet eder. Hastaya hizmetin yanında aileye ve sağlık ekibine yardım eder (50,51,52).

KLP' nin gelişmesinde kanser psikiyatrisinin özel yeri vardır. Hasta kadar ailelerin yaşadığı ızdırap ve krizler, hasta –aile-sağlık ekibi üçgenindeki iletişim güçlükleri ve başetme stilleri sıklıkla psikiyatrik yardım gerektirir (50,51,52).

Kanser olgusu ve kanser hastalarının tedavi ve bakım sorunları, tüm sağlık ekibinde çeşitli etkilenmelere neden olur. Bir uçta " yapılacak az şey olmasından dolayı" hastadan sakınma vardır. Bu durumda sağlık ekibi hastaya daha çok kızgınlık duyar ya da depresif içe çekilmeye yönelir. Diğer uçta hasta ile özdeşleşme ve sembiyotik ilişkiden sonra kayıp tepkisi geliştirmek söz konusudur. Sağlık ekibinin kaygı ve çaresizlik duygusu, hasta ve ailenin bağımlılık duygusu ile çatışır. Engellenme duygusu karşılıklı gelişebilir. Hasta-aile, hasta –tedavi ve bakım ekibi, aile- tedavi ve bakım ekibi arasında bağımlılık ve alturistik duygular yanında kızgınlık ve engellenme duygusu gelişebilir (50,51,52).

Ruhsal tedavi ve psikososyal bakım sunmaya dönük liyezon psikiyatrisi uygulaması genel tedavinin ayrılmaz parçasıdır. Psikiyatrik liyezon, hastaya, aileye, sağlık ekibine ve servislerine yardım eder ve katkı sağlar. Ayrıca onkoloji ekibinin yaşadığı başa çıkma güçlüklerinde yardımcıdır (50,51,52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma; terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin yaşadığı güçlükleri ve başa çıkma yollarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul il sınırları içinde bulunan 3 üniversite hastanesinde kurum yetkilileri ile yazılı ve sözlü görüşmeler yapılarak gerekli izinler alındıktan sonra Nisan-Mayıs 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ili içinde bulunan 3 üniversite hastanesinin genel cerrahi, onkoloji ve hematoloji servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (N=190).

Araştırmanın örneklemini İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve M.Ü. Hastanesinin genel cerrahi, onkoloji ve hematoloji servislerinde çalışan, direkt olarak hasta bakımına katılan, araştırmayı kabul eden ve o tarihlerde izinde olmayan hemşireler oluşturmuştur. 13 hemşire Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi ve Başa Çıkma Yolları Ölçeğini tam olarak doldurmadığından ve 72 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden araştırma 105 hemşireyle gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerini toplamaya başlamadan önce literatür bilgisi ışığı altında Bilgi Formu ve Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi hazırlanmıştır(7,16,17,21,24,30,33,36,37,47,48,52,53,55,57,59,61,64,65,71,72,73,76,81,84). Hazırlama aşamasından sonra araçlar uzman görüşüne sunulmuştur (EK.2). Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra soru ve maddelerin

anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla örneklem grubu dışında tutulan hastanelerde terminal dönem kanser hastasına bakım veren 30 hemşire grubuna uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda iyi anlaşılmayan ifadeler düzenlenmiş, Bilgi Formu ve Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketindeki soru ve madde sayılarına eklemeler ve çıkarmalar yapılmıştır.

Yapılan düzenlemeler sonucu İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bioistatistik bölümüyle görüşülmüş, bu görüşmenin ışığında Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketinin güvenilirlik çalışmasının örneklem grubunda yapılmasına karar verilmiş ve araştırma örnekleme alınan hemşirelere anketler uygulanmaya başlanmıştır.

Anketler; iş yükünün az olduğu zamanlarda gerekli ön açıklamalar yapılarak hemşirelere dağıtılmıştır. Anketler, hemşirelerin vardiyalı çalışmasından dolayı ve hemşirelere ulaşma açısından yüz yüze görüşülerek değil verip-alma yoluyla toplanmıştır. Anket doldurma süresinin 25-40 dakika arasında olduğu gözlemlerden ve örneklem grubunun ifadelerinden anlaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, ön açıklaması olan ve 3 temel bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Bunlar; Bilgi Formu ve Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi, Başa Çıkma Yolları Ölçeğidir (EK.3).

Bilgi Formu

Araştırmada hemşirelerin bireysel özelliklerini ve bu araştırma konusuna etki edebileceği düşünülen konuları belirlemek amacıyla hazırlanmış bir form olup formda 22 adet değişken bulunmaktadır.

Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi

Terminal dönemdeki kanser hastasına bakım veren hemşirelerin direkt hasta bakımından kaynaklanan güçlüklerin sıklığı ve kişide yarattığı güçlük düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış 54 maddeden oluşan 5'li likert tipi (1'den 5'e değişen puanlamaya sahip) bir araçtır. Araçta hemşirelerin güçlük

düzeyleri, sıklık ve güçlük derecelerinin çarpımıyla elde edilmektedir. Ayrıca araç güçlük kaynaklarına göre iletişim, bakım-tedavi-prognoz, etik, emosyonel ve organizasyonel güçlükler olmak üzere 5 alt boyutu değerlendirmektedir. Anketin güvenirlik katsayıları; sıklık, güçlük derecesi ve güçlük düzeyi (yoğunluğu) sırasıyla $\alpha .91$, $\alpha .93$ ve $\alpha .92$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının güvenirlik katsayıları $\alpha .46$ ile $\alpha .83$ arasında değişmiştir (EK.1).

Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ways Of Coping Revised)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen, duruma yönelik ve 66 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ülkemizde hemşireler için geçerlik ve güvenirliği A. Dinç SEVER (1995) tarafından yapılmış ve güvenirlik katsayısı $\alpha .93$ ve doktora tez çalışmasında ise $\alpha .86$ olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda 1. Sorun Odaklı Başa Çıkma, 2. Kendini Kontrol etme, 3. Kaçma/Kaçınma, 4. Mesafe Koyma, 5. Olumlu Yaklaşım, 6. Duygusal Destek Arama ve 7. Bilgisel Destek Arama olarak 7 alt boyut bulunmuştur.

Bizim çalışmamız için güvenirlik kat sayısı $\alpha .86$ olarak bulunmuş ve alt boyutların güvenirlik kat sayıları $\alpha .40$ ile $\alpha .80$ arasında değişmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan 105 hemşireye ilişkin veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin kişisel tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı ve yüzdeler kullanılarak değerlendirilmiş, bu özelliklerin terminal dönem bakım güçlüklerine etkisi Anova (Varyans analizi) ve t-test ile değerlendirilmiştir. Ölçme araçlarının arasındaki ilişkiyi ölçmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca güvenirlik için madde-toplam korelasyon ve Kuder-Richardson 20 (Alpha) analizleri kullanılmıştır (63, 66).

4. BULGULAR

Bu araştırma, terminal dönem kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri ve başa çıkma yollarını belirlemek amacıyla "tanımlayıcı" olarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular 2 bölümde ele alınmıştır.

1. BÖLÜM : Hemşirelerin Bireysel, Mesleki Özellikleri ve Terminal Dönem Hasta Bakımıyla İlgili Bulgular

2 BÖLÜM : Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları İle İlgili Bulgular

4.1. Hemşirelerin Bireysel, Mesleki Özellikleri ve Terminal Dönem Hasta Bakımıyla İlgili Bulgular

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş Grupları	18 - 25 yaş	29	27,6
	26 - 35 yaş	<u>54</u>	<u>51,4</u>
	36 - 45 yaş	15	14,3
	46 - 55 yaş	7	6,7
	Toplam	105	100
Medeni Durum	Bekar	47	44,8
	Evli	<u>58</u>	<u>55,2</u>
	Toplam	105	100
Eğitim Durumu	SML	18	17,1
	Ön lisans	<u>50</u>	<u>47,6</u>
	Lisans	28	26,7
	Lisans Üstü	9	8,6
	Toplam	105	100

Hemşirelerin %51.4'ü (54 kişi) 26 – 35 yaş grubundadır. Evli hemşireler %55.2 (58 kişi) ile çoğunluğu oluşturmuştur. Ön lisans mezunu hemşireler %47.6 (50 kişi) olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Mesleki ve Çalıştıkları Bölümle İlgili Özellikleri

Özellikler		N	%
Meslekte Çalışma Süresi	0 - 1 yıl	5	4,8
	2 - 5 yıl	33	31,4
	6 - 10 yıl	20	19,0
	11 - 20 yıl	<u>37</u>	<u>35,2</u>
	21 - 30 yıl	10	9,5
	Toplam	105	100
Çalışılan Hastane	Marmara Hastanesi	10	9,5
	Cerrahpaşa Tıp Fak.	<u>60</u>	<u>57,1</u>
	İstanbul Tıp Fak.	35	33,3
	Toplam	105	100

Tablo 4.1.2.' nin devamı

Özellikler		N	%
Çalışılan Bölüm	Genel Cerrahi	<u>51</u>	<u>48,6</u>
	Onkoloji	41	39,0
	Hematoloji	13	12,4
	Toplam	105	100
Bölümde Çalışma Süresi	0 - 1 yıl	13	12,4
	2 - 5 yıl	<u>37</u>	<u>35,2</u>
	6 - 10 yıl	33	31,4
	11 - 20 yıl	22	21,0
	Toplam	105	100
Bölümde Çalışmaya Başlama Şekli	Kendi İsteği	<u>66</u>	<u>62,9</u>
	Tayin – Atama	31	29,5
	Diğer	7	6,7
	Toplam	104*	100
Çalışılan Bölümdeki Hemşire Sayısı	1 - 5 hemşire	11	1,5
	6 - 10 hemşire	<u>51</u>	<u>48,6</u>
	11 - 15 hemşire	22	21,0
	16 ve ↑ hemşire	21	20,0
	Toplam	105	100
Çalışılan Bölümdeki Hasta Sayısı	1 - 10 hasta	7	6,7
	11- 20 hasta	29	27,6
	21 - 30 hasta	<u>42</u>	<u>40,0</u>
	31 ve ↑ hasta	23	21,9
	Toplam	101**	100
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	28	26,7
	Sürekli Gece	10	9,5
	Gündüz + Nöbet	14	13,3
	Vardiya Değişimi	<u>53</u>	<u>50,5</u>
	Toplam	105	100
Eğitim Alma Durumu (#)	Ölüm – Ölüme Yaklaşım	28	36,2
	Kriz Girişimi	17	16,2
	Stres Yönetimi	30	28,6
	Alana Yönelik Bilgi ve Beceri	<u>72</u>	<u>68,6</u>
Son 1 Yıl İçerisinde Yitirilen Hasta Sayısı	0 - 5 Hasta	16	15,2
	6 - 10 Hasta	17	16,2
	11 - 20 Hasta	<u>23</u>	<u>21,9</u>
	21 - 30 Hasta	9	8,6
	Sayısını Hatırlamayan	20	19,0
	Cevapsız	20	19,0
	Toplam	105	100

*= 1 eksik **= 4 eksik (#)=Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin %35.2'si (37 kişi) 11 – 20 yıldır meslekte, %35.2'si (37 kişi) 2 – 5 yıldır bulunduğu bölümde çalışmakta ve bölüme %62.9'u (66 kişi) kendi isteği ile görevlendirildiğini belirtmektedir (Tablo 4.1.2).

Hemşirelerin %57.1'i (60 kişi) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, %48.6'sı (51 kişi) Genel Cerrahi bölümünde ve %50.5'i (53 kişi) vardiyalı olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %48.6'sı (51 kişi) 6 – 10 hemşire olarak çalışmakta ve %40'ı (42 kişi) 21- 30 hastadan sorumlu olduğunu belirtmektedir. Son bir yıl içerisinde hemşirelerin %21.9'u (23 kişi) kanser nedeniyle 11 – 20 hasta yitirdiklerini belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Hemşirelerin %36.2'si (28 kişi) ölüm ve ölüme yaklaşım, %16.2'si (17 kişi) kriz girişimi, %28.6'sı (30 kişi) stres yönetimi, %68.6'sı (72 kişi) alanları ile ilgili bilgi ve beceri eğitimi almıştır (Tablo 4.1.2). Bu eğitimleri hemşirelerin %46.6'sı hizmet içi eğitimde, %16.1' okulda, %12.3 hem okul hem hizmet içi eğitimde aldıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümle İlgili Görüşleri

Bölümle İlgili Görüşler		n	%
Bölümün Uygunluğu	Uygun	45	42,9
	Kısmen Uygun	53	50,5
	Uygun Değil	7	6,7
	Toplam	105	100
Bölümden Memnuniyet Durumu	Memnun	30	28,6
	Kısmen Memnun	59	56,2
	Memnun Değil	16	15,2
	Toplam	105	100

Tablo 4.1.3' te hemşirelerin %50.5'inin (53 kişi) çalıştıkları bölümü kendilerine kısmen uygun bulduğu ve %15.2'sinin (16 kişi) bölümünden memnun olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.1.4. Hemşirelerin Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımı ile İlgili Görüş ve Düşünceleri

Terminal Bakımla İlgili Görüş ve Düşünceler		n	%
Terminal Bakımda Yeterlilik Durumu	Yeterli Hissetme	<u>50</u>	<u>47,6</u>
	Kısmen Yeterli Hissetme	48	45,7
	Yetersiz Hissetme	7	6,7
	Toplam	105	100
Terminal Bakımda Sıkıntı Hissetme Derecesi	Sıkıntı Hissetmeme	14	13,3
	Hafif Derecede Hissetme	<u>38</u>	<u>36,2</u>
	Orta Derecede Hissetme	30	28,6
	Çok Fazla Hissetme	23	21,9
	Toplam	105	100
Başa Çıkma Yeterlilik Durumu	Yeterli Hissetme	36	34,3
	Kısmen Yeterli Hissetme	<u>63</u>	<u>60,0</u>
	Yetersiz Hissetme	6	5,7
	Toplam	105	100
Sıkıntıların Paylaşıldığı Kişiler (#)	Eş	17	16,2
	Aile	27	25,7
	İş arkadaşları	<u>99</u>	<u>94,3</u>
	Yönetici	36	34,3
	Hiç kimse	3	2,9
	Diğer	9	8,6
Psikiyatri Danışmanlığını Düşünme Durumu	Düşünüp Yardım Alma	6	5,7
	Düşünüp Yardım Almama	<u>42</u>	<u>40,0</u>
	Düşünmeme	57	54,3
	Toplam	105	100
Kendi Ölümünü Düşünme Durumu	Düşünmeme	12	11,4
	Nadiren Düşünme	64	61,0
	Çok Sık Düşünme	<u>29</u>	<u>27,6</u>
	Toplam	105	100

(#): Birden fazla cevap verilmiştir.

Terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelerin %47.6'sı (50 kişi) kendilerini yeterli hissettiğini ve %36.2'si (38 kişi) hafif derecede sıkıntı hissettiğini belirtmiştir. Bu sıkıntılarla başa çıkma da hemşirelerin %60'ı (63 kişi) kendisini kısmen yeterli hissetmekte ve %94.3'ü (99 kişi) sıkıntılarını iş arkadaşları ile paylaşmaktadır. Hemşirelerin %40'ı (42 kişi) terminal dönem kanserli hasta bakımında hissettiği sıkıntılarla ilgili psikiyatri danışmanlığı almayı düşünmüş fakat yardım almamıştır. Hemşirelerin %27.6'sı (29 kişi)

bakım verdikleri terminal dönem kanserli hastalardan dolayı kendi ölümünü çok sık olarak düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4.1.4).

Ölümü tanımlamaları istendiğinde hemşirelerin %59'u (62 kişi) ölümü, yaşamın sona ermesi ve hayati fonksiyonların sonu olarak, %13.3'ü (14 kişi) sevdiklerinden ayrılış, %10.5'i (11 kişi) kurtuluş ve yeni bir başlangıç olarak tanımlamıştır

4.2. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları İle İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlüklerin Sıklığı, Derecesi ve Yoğunluğu Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Sıklık		Derece		Yoğunluk	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
İletişim Güçlükleri (IG)	13	2.91±	.50	2.82±	.61	8.85±	2.69
Bakım-Tedavi-Prognoz Güçlükleri(BTPG)	20	3.22±	.49	3.10±	.58	10.71±	2.80
Etik Güçlükler(EG)	6	2.78±	.47	2.75±	.71	8.40±	2.86
Emosyonel Güçlükler(EMG)	11	2.39±	.59	2.42±	.68	6.80±	2.99
Organizasyonel Güçlükler(OG)	4	3.79±	.80	3.70±	.80	14.86±	5.43
Toplam Güçlük Düzeyi (TGD)	54	2.98±	.43	2.91±	.55	9.57±	2.53

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin yaşanma sıklığı incelendiğinde alt boyutların puan ortalamaları 2.39 ile 3.79; bireyde yarattığı güçlük derecesi alt boyut puan ortalamaları 2.42 ile 3.70; güçlük yoğunluğu alt boyut puan ortalamaları ise 6.80 ile 14.86 arasında değişmektedir. Alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında güçlüklerin sıklık, derece ve yoğunluk düzeylerinde birinci sırada

organizasyonel güçlüklerin, ikinci sırada bakım-tedavi-prognoz güçlüklerinin, üçüncü sırada iletişim, dördüncü sırada etik ve beşinci sırada emosyonel güçlüklerin yaşandığı görülmektedir (Tablo 4.2.1). Bu çalışmada hemşirelerin yaşadığı güçlüklerin yoğunluk düzeyi kullanılmış ve bu düzey güçlük yaşama düzeyi olarak adlandırılmıştır. Güçlük yaşama düzeyi, güçlük alt boyutlarını ve toplam güçlük düzeyini kapsamaktadır.

Tablo 4.2.2. Güçlük Yaşama Düzeyi (GYD) Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

Alt Boyutlar	İG	BTPG	EG	EMG	OG	TGD
İletişim Güçlükler (İG)						
Bakım-Tedavi-Prognoz Güçlükleri (BTPG)	.73***					
Etik Güçlükler (EG)	.57***	.66***				
Emosyonel Güçlükler (EMG)	.63***	.59***	.59***			
Organizasyonel Güçlükler (OG)	.54***	.74***	.41***	.37***		
Toplam Güçlük Düzeyi (TGD)	.86***	.94***	.76***	.76***	.74***	

*** p<0,001

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları güçlük alt boyutları arasında ($r = .37$ ile $r = .94$ arası) anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur. İletişim güçlükleri, bakım-tedavi-prognoz güçlükleri, etik güçlükler, emosyonel güçlükler ve organizasyonel güçlükler alt boyutlarının birbirleri arasında ($r = .37$ ile $r = .74$ arası) ileri derecede anlamlı pozitif ilişki ve toplam güçlük düzeyi ile tüm bu alt boyutlar arasında ($r = .74$ ile $r = .94$ arası) kuvvetli bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında İlk On Sırada Belirttikleri Güçlüklerin Madde Puan Ortalamaları

Sıra No	Güçlükler	$\bar{X}$	SS
1	Serviste az personelin çalıştırılması (OG)	17,01	6,62
2	Hastanın çok fazla ağrı çekmesi (BTPG)	16,06	5,21
3	Fazla sayıda hastadan sorumlu olma (OG)	15,86	7,45
4	Bakım için gerekli araç ve malzemenin yeterli olmaması (OG)	14,51	6,55
5	Kemoterapi gören hastanın çok fazla yan etkiye maruz kalması (BTPG)	13,70	7,05
6	Hastanın sürekli isteklerde bulunması (İG)	13,16	5,96
7	Sürekli tedavi ve bakıma rağmen iyileşme umudunun az olması (BTPG)	12,95	5,64
8	Sosyal güvencesi olmayıp, ekonomik sorunu olan hastaya bakım verme (BTPG)	12,57	5,72
9	Tedavide kullanılan ilaçların sağlığını üzerine olumsuz etkilerinin olması (BTPG)	12,30	7,58
10	Hasta bakımının akraba ziyaretleri ile aksaması (BTPG)	12,27	7,59

Hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında ilk on sırada belirttiği güçlüklerle bakılmış; " Serviste az personelin çalıştırılması" ($\bar{X}=17,01\pm 6,62$), "Hastanın çok fazla ağrı çekmesi" ($\bar{X}=16,06\pm 5,21$), "Fazla sayıda hastadan sorumlu olma" ($\bar{X}=15,86\pm 7,45$), "Bakım için gerekli araç ve malzemenin yeterli olmaması" ($\bar{X}=14,51\pm 6,55$) ve "Kemoterapi gören hastanın çok fazla yan etkiye maruz kalması" ($\bar{X}=13,70\pm 7,05$) güçlüklerinin ilk beş sırada yer aldığı görülmüştür (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında En Az Yaşadıklarını Belirttikleri Güçlüklerin Madde Puan Ortalamaları

Sıra No	Güçlükler	X	SS
1	Tedaviye olumlu sonuç alınamamasından dolayı hastaya karşı öfke duyma (EMG)	1,97	2,32
2	Kişisel duygularımın hasta bakımını etkilemesi (EMG)	5,15	4,41
3	Hastanın sevilen yakın birini hatırlatması (EMG)	5,70	4,15
4	Aile üyelerinin hasta bakımında bana güvenmemeleri (BTPG)	5,84	5,34
5	Hastanın ötenazi istemesi (EG)	5,87	6,17

Tablo 4.2.4' te görüldüğü gibi "Tedaviye olumlu sonuç alınamamasından dolayı hastaya karşı öfke duyma" ($\bar{X}=1,97 \pm 2,32$), "Kişisel duygularımın hasta bakımını etkilemesi" ($\bar{X}=5,15 \pm 4,41$), "Hastanın sevilen yakın birini hatırlatması" ($\bar{X}=5,70 \pm 4,15$), "Aile üyelerinin hasta bakımında bana güvenmemeleri" ($\bar{X}=5,84 \pm 5,34$) ve "Hastanın ötenazi istemesi" ($\bar{X}=5,87 \pm 6,17$) ' nin terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelere en az güçlüğü yaratan durumlar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.5. Terminal Dönem Kanserli Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Kullandıkları Başa Çıkma Yolları (BÇY) Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Kaçma/ Kaçınma (KaKa)	Sorun Odaklı Başa Çıkma (SOB)	Kendini Kontrol Etme (KKE)	Duygusal Destek Arama(DDA)	Mesafe Koyma (MK)	Bilgisel Destek Arama (BDA)	Olumlu Yaklaşım (OY)
X	2,02	2,53	2,46	2,51	2,21	2,09	2,09
SS	.34	.43	.40	.54	.39	.64	.37

Hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında sırasıyla sorun odaklı başa çıkma ($\bar{X}= 2,53\pm .43$), duygusal destek arama ($\bar{X}= 2,51\pm .54$) kendini kontrol etme ($\bar{X}= 2,46\pm .40$), mesafe koyma ($\bar{X}= 2,21\pm .39$), bilgisel destek arama ($\bar{X}=2,09\pm .64$), olumlu yaklaşım ($\bar{X}= 2,09\pm .37$) ve kaçma/kaçınma ($\bar{X}=2,02\pm .34$)' yı kullandıkları görülmektedir (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. GYD Alt Boyutları İle BÇY Arasındaki Korelasyonlar

Alt Boyutlar	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
İG	.30**	-.03	.20*	.26**	-.00	.13	.06
BTPG	.28**	.24*	.27**	.18	.14	-.02	.12
EG	.22*	.03	.27**	-.00	.10	-.02	.08
EMG	.26**	.15	.28**	.27**	.07	.18	.23*
OG	.12	.18	.22*	.17	.03	-.10	.03
TGD	.30**	.15	.30**	.22*	.09	.04	.13

* p<.05 ** p<.01

Hemşirelerin terminal dönem kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları iletişim güçlükleri ile kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek arama arasında ($r= .30$, $r= .20$, $r= .26$); bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ile kaçma/kaçınma, sorun odaklı başa çıkma ve kendini kontrol etme arasında ($r= .28$, $r= .24$, $r= .27$); etik güçlükler ile kaçma/kaçınma ve kendini kontrol etme arasında ($r= .22$, $r= .27$); emosyonel güçlükler ile kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme, duygusal destek arama ve olumlu yaklaşım arasında ($r= .26$, $r= .28$, $r= .27$, $r= .23$) ve organizasyonel güçlükler ile sadece kendini kontrol etme arasında ($r= .22$) anlamlı pozitif ilişkinin olduğu görülmüştür. Toplam güçlük düzeyi ile hemşirelerin kullandıkları başa çıkma yollarından kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek arama arasında ($r= .30$, $r= .30$, $r= .22$) anlamlı pozitif ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Eğitim Durumu		GYD	BÇY						
		TGD	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
SML	$\bar{X}$	9,68	2,02	2,35	2,37	2,46	2,24	2,13	2,16
(n=18)	SS	2,72	0,40	0,35	0,29	0,56	0,37	0,55	0,37
Ön Lisans	$\bar{X}$	9,47	2,04	2,49	2,45	2,41	2,22	1,98	2,03
(n=50)	SS	2,49	0,33	0,37	0,43	0,49	0,35	0,60	0,36
Lisans	$\bar{X}$	9,75	1,94	2,56	2,47	2,58	2,17	2,21	2,10
(n=28)	SS	2,69	0,34	0,52	0,40	0,59	0,47	0,77	0,41
Lisans Üstü	$\bar{X}$	9,40	2,08	3,01	2,68	2,89	2,24	2,26	2,32
(n=9)	SS	2,27	0,21	0,24	0,33	0,44	0,39	0,52	0,29
"F"		0,09	0,64	5,48	1,20	2,33	0,16	1,08	1,88
"p"		>.05	>.05	<.01	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05

Hemşirelerin eğitim durumuna göre, toplam güçlük düzeyi ve alt boyutları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, anlamlı olmamakla beraber lisans üstü eğitim alan hemşirelerin toplam güçlük düzeyi puan ortalaması diğer eğitim gruplarındaki hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma ($F= 5,48$; $p <.01$) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlılık saptanmıştır. Lisans üstü eğitim almış olan hemşirelerin sorun odaklı başa çıkmayı diğer eğitim düzeylerindeki hemşirelere göre daha fazla kullandığı ve sorun odaklı başa çıkmayı kullanmanın eğitim düzeyiyle birlikte arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden yaş ve medeni durumlarına göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 4.2.8. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süresine Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Meslekte		GYD				
Çalışma Süresi		İG	BTPG	EG	EMG	OG
0-5 Yıl	$\bar{X}$	9,46	11,53	9,37	7,82	16,04
(n=38)	SS	2,90	3,01	3,22	3,37	5,84
6-10 Yıl	$\bar{X}$	8,97	10,07	8,11	6,77	13,98
(n=20)	SS	2,59	2,30	2,87	3,23	5,89
11-20 Yıl	$\bar{X}$	8,35	10,25	7,45	5,94	14,81
(n=37)	SS	2,55	2,86	2,28	2,35	5,14
21-30 Yıl	$\bar{X}$	8,21	10,58	8,82	6,20	12,38
(n=10)	SS	2,39	2,19	2,47	2,15	2,57
"F"		1,28	1,80	3,13	2,75	1,49
"p"		>.05	>.05	>.05	<.05	>.05

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin günlük yaşama düzeyi incelendiğinde sadece emosyonel güçlükler alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F= 2.75$; $p<.05$). Çalışma süresi 5 yıl ve altında olan hemşirelerin emosyonel güçlükleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Başa çıkma yolları puan ortalamalarında meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo4.2.8).

Tablo 4.2.9. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüme Göre Terminal Dönem Kanseri Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Çalışılan Bölüm		GYD				
		İG	BTPG	EG	EMG	OG
Genel Cerrahi	X	8,59	10,25	7,61	5,99	14,86
(n=51)	SS	2,74	3,02	2,62	2,57	5,61
Onkoloji	X	8,63	10,78	9,38	7,40	14,13
(n=41)	SS	2,64	2,51	3,06	3,28	4,51
Hematoloji	X	10,59	12,32	8,44	8,12	17,21
(n=13)	SS	2,07	2,24	2,32	2,87	6,97
"F"		3,23	2,97	4,61	4,21	1,61
"p"		<.05	>.05	<.05	<.05	>.05

Çalıştıkları bölüme göre hemşirelerin günlük yaşama düzeyi incelendiğinde iletişim ($F=3,23$; $p<.05$), etik ($F=4,61$; $p<.05$) ve emosyonel güçlüklerin ($F=4,21$; $p<.05$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bakım-tedavi-prognoz ve organizasyonel güçlükler alt boyutları ile başa çıkma yollarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. İletişim ve emosyonel güçlükleri hematolojide, etik güçlükleri ise onkolojide çalışan hemşirelerin daha fazla yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.2.9).

Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye, çalıştıkları bölümdeki çalışma süresine ve bölümde çalışmaya başlama şekline göre günlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır.

Hemşirelerin çalıştığı bölümdeki hemşire sayısına farklı yanıtları vermeleri ve hasta merkezli bakım olmadığından sorumlu oldukları hasta sayılarında farklılıkların olması nedeniyle hemşire sayısı ve hasta sayısına göre

hemşirelerin güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.2.10. Hemşirelerin Mesai Şekline Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Mesai Şekli		GYD	BÇY						
		TGD	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
Sürekli Gündüz X (n=28) SS		9,68	2,03	2,71	2,60	2,65	2,22	2,43	2,17
		2,48	0,26	0,40	0,33	0,52	0,34	0,59	0,36
Sürekli Gece X (n=10) SS		8,55	1,87	2,45	2,25	2,33	2,26	2,10	1,99
		1,19	0,41	0,38	0,23	0,52	0,57	0,74	0,32
Gündüz+Nöbet X (n=14) SS		9,96	2,11	2,43	2,45	2,33	2,37	1,93	2,04
		2,10	0,30	0,36	0,35	0,55	0,24	0,19	0,33
Vardiyalı X (n=53) SS		9,61	2,02	2,48	2,24	2,51	2,15	1,96	2,08
		2,83	0,37	0,46	0,45	0,54	0,40	0,66	0,40
"F"		0,65	0,96	2,36	2,23	1,56	1,20	4,03	0,79
"p"		>.05	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05	<.001	>.05

Hemşirelerin mesai şekline göre terminal dönem kanserli hasta bakımında toplam güçlük düzeyi ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, anlamlı olmamakla birlikte gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin en fazla güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Başa çıkma yollarından bilgisel destek arama puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlılık saptanmıştır ($F=4.03$; $p<.001$). Buna göre gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin bilgisel destek aramayı bir başa çıkma yolu olarak en az kullandığı görülmektedir (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.11. Hemşirelerin Çalıştığı Bölümün Kendine Uygunluğuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Bölümün Uygunluğu	GYD						BÇY					
	İG	BTPG	EG	EMG	OG	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
Uygun (n=45)	$\bar{X}$ 8,54 SS 2,90	9,98 3,04	7,78 3,00	6,08 2,98	14,77 5,87	1,95 0,35	2,56 0,47	2,52 0,47	2,53 0,60	2,09 0,39	2,17 0,69	2,05 0,40
Kısmen (n=53)	$\bar{X}$ 8,92 SS 2,56	11,04 2,55	8,64 2,61	7,12 2,71	14,42 5,15	2,06 0,32	2,51 0,42	2,42 0,33	2,50 0,50	2,31 0,35	2,09 0,56	2,13 0,36
Uygun Değil (n=7)	$\bar{X}$ 10,35 SS 1,89	12,91 1,05	10,59 2,86	9,06 3,89	18,86 2,80	2,10 0,38	2,49 0,24	2,44 0,37	2,48 0,42	2,29 0,45	1,57 0,74	2,07 0,30
"F"	1,42	4,34	3,43	3,83	2,12	1,60	0,19	0,71	0,04	4,30	2,76	0,52
"p"	>.05	<.05	<.05	<.05	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05	<.05	>.05	>.05

Hemşirelerin çalıştığı bölümün kendine uygunluğuna göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelendiğinde; bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ($F= 4,34$; $p<.05$), etik güçlükler ($F= 3,43$; $p<.05$) ve emosyonel güçlüklerin ($F= 3,83$; $p<.05$) alt boyut puan ortalamalarında, başa çıkma yollarından mesafe koyma ($F= 4,30$; $p<.05$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Çalıştıkları bölümü kendilerine uygun bulan hemşirelerin bakım-tedavi-prognoz, etik ve emosyonel güçlükleri en az yaşadıkları ve mesafe koymayı da en az kullandıkları görülmüştür (Tablo 4.2.11).

Tablo 4.2.12. Hemşirelerin Çalıştığı Bölümden Memnuniyet Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Bölümden		GYD				
Memnuniyet Durumu		İG	BTPG	EG	EMG	OG
Memnun	$\bar{X}$	8,19	9,56	7,67	6,23	13,07
(n=30)	SS	2,98	3,23	3,38	3,06	5,73
Kısmen Memnun	$\bar{X}$	8,86	10,81	8,59	6,59	15,00
(n=59)	SS	2,45	2,53	2,50	2,56	5,23
Memnun Değil	$\bar{X}$	9,72	12,48	9,09	8,66	17,72
(n=16)	SS	2,85	1,86	2,98	3,73	4,45
"F"		1,82	6,34	1,58	4,00	4,11
"p"		>.05	<.01	>.05	<.05	<.05

Hemşirelerin çalıştığı bölümden memnuniyet durumuna göre; bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ($F= 6,34$; $p<.01$), emosyonel güçlükler ($F= 4,00$; $p<.05$) ve organizasyonel güçlükler ($F= 4,11$; $p<.05$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, iletişim ve etik güçlükler ile başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalıştığı bölümden memnun olmayan hemşirelerin, memnun ve kısmen memnun olan hemşirelere göre bakım-tedavi-prognoz, emosyonel ve organizasyonel güçlükleri daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2.13. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hastaya Bakım Verirken Hissettiği Yeterlilik Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Terminal Bakımda		GYD	BÇY						
Yeterlilik Durumu		TGD	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
Yeterli Hissetme X (n=50)	SS	9,18	2,01	2,64	2,49	2,53	2,18	2,03	2,13
		2,59	0,33	0,44	0,44	0,55	0,36	0,67	0,36
Kısmen Yeterli H. X (n=48)	SS	9,91	1,98	2,46	2,45	2,49	2,22	2,19	2,07
		2,52	0,31	0,40	0,34	0,55	0,42	0,58	0,37
Yetersiz Hissetme X (n=7)	SS	10,82	2,29	2,24	2,38	2,48	2,34	1,81	1,98
		2,03	0,50	0,39	0,48	0,33	0,40	0,69	0,50
"F"		1,17	2,57	4,22	0,36	0,10	0,52	1,53	0,63
"p"		>.05	>.05	<.05	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken hissettiği yeterlilik durumuna göre güçlük yaşama düzeyi istatistiksel açıdan değerlendirilmiş, puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamakla birlikte terminal dönem kanserli hasta bakımında kendini yeterli hisseden hemşirelerin en az güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Sorun odaklı başa çıkma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($F= 4,22$; $p<.05$) ve kendisini yeterli hisseden hemşirelerin kendisini yetersiz ve kısmen yeterli hisseden hemşirelere göre sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.13).

Tablo 4.2.14. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hastaya Bakım Verirken Hissettiği Sıkıntı Derecesine Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Sıkıntı Hissetme Derecesi	GYD				
	İG	BTPG	EG	EMG	OG
Hissetmeme $\bar{X}$ (n=14) SS	6,93 3,07	9,22 3,28	7,58 2,84	5,13 2,79	13,02 6,16
Hafif Derecede H. $\bar{X}$ (n=38) SS	8,30 2,35	9,98 2,35	7,85 2,89	6,32 2,74	13,49 5,35
Orta Derecede H. $\bar{X}$ (n=30) SS	9,31 2,38	11,12 2,66	8,50 2,78	6,39 2,16	16,37 5,22
Çok Fazla Hissetme $\bar{X}$ (n=23) SS	10,35 2,50	12,28 2,63	9,69 2,66	9,17 3,25	16,30 4,69
"F"	6,45	5,43	2,51	8,21	2,80
"p"	<.001	<.01	>.05	<.001	<.05

Hemşirelerin terminal dönem kanserli hastaya bakım verirken hissettiği sıkıntı derecesine göre güçlük yaşama düzeyi istatistiksel olarak incelenmiş, etik güçlükler dışındaki tüm alt boyutların puan ortalamalarında anlamlılık saptanmıştır. Çok fazla sıkıntı hisseden hemşirelerin iletişim ($F= 6,45$; $p<.001$), bakım-tedavi-prognoz ($F= 5,43$; $p<.01$) ve emosyonel güçlükleri ($F= 8,21$; $p<.001$); orta derecede sıkıntı hisseden hemşirelerin ise organizasyonel güçlükleri ($F= 2,80$; $p<.05$) daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin sıkıntı hissetme derecelerine göre başa çıkma yollarında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.2.14).

Tablo 4.2.15. Hemşirelerin Psikiyatri Danışmanlığı Alma Düşüncesine Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Psikiyatri		GYD				
Danışmanlığını Düşünme		İG	BTPG	EG	EMG	OG
Düşünüp Yardım Alma	$\bar{X}$	9,77	10,82	9,17	8,02	13,58
(n=6)	SS	3,23	3,30	3,04	4,21	4,45
Düşünüp Yardım Almama	$\bar{X}$	9,19	11,70	8,96	7,54	16,45
(n=42)	SS	2,50	2,24	2,75	2,87	5,12
Düşünmeme	$\bar{X}$	8,51	9,97	7,91	6,13	13,83
(n=57)	SS	2,76	2,93	2,89	2,82	5,53
"F"		1,14	5,02	1,88	3,35	3,12
"p"		>.05	<.01	>.05	<.05	<.05

Terminal dönem kanserli hasta bakımında yaşadığı sıkıntılar nedeniyle hemşirelerin psikiyatri danışmanlığı alma düşüncesine göre güçlük yaşama düzeyi incelendiğinde; bakım-tedavi-prognoz ($F= 5,02$; $p<.01$), emosyonel ($F= 3,35$; $p<.05$) ve organizasyonel güçlükler ($F= 3,12$; $p<.05$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, iletişim ve etik güçlükler ile başa çıkma yollarında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Psikiyatri danışmanlığını düşünüp yardım almayan hemşirelerin bakım-tedavi-prognoz ve organizasyonel güçlükleri, düşünüp yardım alan hemşirelerin emosyonel güçlükleri daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.15).

Tablo 4.2.16. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hastaya Bakım Verirken Hissettiği Sıkıntılarla Başa Çıkmada Yeterlilik Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Başa Çıkmada Yeterlilik Durumu		GYD				
		İG	BTPG	EG	EMG	OG
Yeterli Hissetme	$\bar{X}$	7,67	9,27	7,17	5,53	12,56
(n=36)	SS	2,69	2,77	2,52	2,62	5,24
Kısmen Yeterli Hissetme	$\bar{X}$	9,35	11,42	9,13	7,46	16,07
(n=63)	SS	2,40	2,47	2,88	2,90	5,33
Yetersiz Hissetme	$\bar{X}$	10,77	11,90	8,15	7,50	16,04
(n=6)	SS	3,26	3,22	2,41	3,99	3,14
"F"		6,79	8,33	5,86	5,38	5,33
"p"		<.01	<.001	<.01	<.01	<.01

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken hissettiği sıkıntılarla başa çıkmada yeterlilik durumuna göre güçlük yaşama düzeyi incelendiğinde; alt boyut puan ortalamalarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Başa çıkmada kendilerini yetersiz hisseden hemşirelerin iletişim ($F= 6,79$; $p<.01$), bakım-tedavi-prognoz ($F= 8,33$; $p<.001$) ve emosyonel güçlükleri ($F= 5,38$; $p<.01$), kendilerini kısmen yeterli hisseden hemşirelerin etik güçlükleri ($F= 5,86$; $p<.01$) ve organizasyonel güçlükleri ($F= 5,33$; $p<.01$) daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken hissettiği sıkıntılarla başa çıkma yeterliliği ile başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.2.16).

Tablo 4.2.17. Hemşirelerin Bakım Verdiği Terminal Dönem Hastalardan Dolayı Kendi Ölümünü Düşünme Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Kendi Ölümünü Düşünme Durumu	GYD					BÇY						
	İG	BTPG	EG	EMG	OG	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
Düşünme $\bar{X}$	8,76	10,08	7,84	5,92	43,98	1,95	2,53	2,42	2,44	2,25	2,17	2,01
(n=12) SS	3,81	3,92	3,25	2,80	7,07	0,19	0,58	0,50	0,50	0,57	0,92	0,38
Nadiren Düşünme $\bar{X}$	8,35	10,49	8,27	6,53	14,60	1,97	2,50	2,44	2,48	2,20	2,09	2,09
(n=64) SS	2,37	2,72	3,00	3,02	5,05	0,37	0,45	0,39	0,58	0,37	0,65	0,40
Çok Sık Düşünme $\bar{X}$	10,01	11,45	8,94	7,78	15,82	2,16	2,59	2,53	2,60	2,22	2,07	2,13
(n=29) SS	2,56	2,36	2,37	2,84	5,56	0,26	0,31	0,37	0,46	0,36	0,47	0,32
"F"	4,00	1,53	0,80	2,40	0,68	3,54	0,37	0,56	0,57	0,08	0,10	0,39
"p"	<.05	>.05	>.05	>.05	>.05	<.05	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05	>.05

Hemşirelerin bakım verdiği terminal dönemdeki hastalardan dolayı kendi ölümünü düşünme durumuna göre günlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelendiğinde; sadece iletişim güçlükleri ($F=4,00$; $p<.05$) ve başa çıkma yollarından da sadece kaçma/kaçınma ($F=3,54$; $p<.05$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kendi ölümünü çok sık düşünen hemşirelerin iletişim güçlüklerini daha fazla yaşadıkları ve kaçma/kaçınmayı daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.17).

Tablo 4.2.18. Hemşirelerin Son Bir Yıl İçerisinde Yitirdikleri Hasta Sayısına Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Son 1 Yıl İçinde Yitirilen Hasta Sayısı	GYD					BÇY						
	İG	BTPG	EG	EMG	OG	KaKa	SOB	KKE	DDA	MK	BDA	OY
1-5 Hasta (n=16)	8,72	9,35	8,03	4,34	11,97	1,97	2,55	2,66	2,67	1,99	2,33	2,17
	SS	4,09	4,52	3,65	6,98	0,35	0,37	0,52	0,52	0,42	0,52	0,25
6-10 Hasta (n=17)	7,81	9,75	7,97	6,69	14,71	1,89	2,37	2,29	2,14	2,16	1,88	1,96
	SS	2,51	2,61	2,33	5,18	0,45	0,46	0,42	0,51	0,48	0,81	0,43
11-20 Hasta (n=23)	10,19	12,50	8,92	7,83	19,21	2,01	2,68	2,57	2,65	2,26	2,16	2,13
	SS	2,72	2,69	2,43	4,18	0,32	0,49	0,37	0,58	0,28	0,60	0,43
21-30 Hasta (n=9)	9,63	12,10	9,88	9,07	15,03	2,10	2,50	2,41	2,48	2,18	2,11	2,08
	SS	1,51	2,42	3,10	3,84	0,26	0,38	0,19	0,38	0,21	0,37	0,27
Sayı Hatırlamayan (n=20)	8,73	10,58	8,73	7,64	13,14	2,10	2,62	2,49	2,53	2,17	2,15	2,16
	SS	2,87	2,19	3,04	4,08	0,25	0,37	0,32	0,55	0,32	0,52	0,40
Cevapsız (n=20)	8,08	10,05	7,48	5,93	13,98	2,05	2,40	2,34	2,52	2,42	1,93	2,05
	SS	1,67	2,18	2,07	4,81	0,35	0,44	0,36	0,48	0,44	0,77	0,36
"F"	2,26	4,31	1,24	4,72	5,27	0,94	1,66	2,34	2,39	2,56	1,16	0,79
"p"	>.05	<.001	>.05	<.001	<.001	>.05	>.05	<.05	<.05	<.05	>.05	>.05

Hemşirelerin son bir yıl içerisinde yitirdikleri hasta sayısına göre terminal dönem kanserli hasta bakımında güçlük yaşama düzeyi alt boyutları ve başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Son bir yıl içinde 11-20 hasta yitiren hemşirelerin bakım-tedavi prognoz ($F=4,31$; $p<.001$) ve organizasyonel güçlükleri ($F= 5,27$; $p<.001$), 21-30 hasta yitiren hemşirelerin emosyonel güçlükleri ($F= 4,72$; $p<.001$) daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. 5 ve daha az hasta yitiren hemşirelerin kendini kontrol etme, duygusal destek aramayı en fazla, mesafe koymayı en az kullandıkları saptanmıştır ($F= 2,34$; $p<.05$, $F= 2,39$; $p<.05$ ve $F= 2,59$; $p<.05$) (Tablo 4.2.18).

Tablo 4.2.19. Hemşirelerin Ölüm ve Ölüme Yaklaşım İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Ölüm ve Ölüme Yaklaşım ile ilgili Eğitim Alma Durumu		ALAN (n=38)		ALMAYAN (n=67)		“t”	“p”
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
GYD	İG	9,33	2,78	8,58	2,61	1,37	>.05
	BTPG	10,87	2,55	10,62	2,95	0,45	>.05
	EG	9,15	3,07	7,98	2,67	2,05	<.05
	EMG	7,37	2,72	6,48	3,11	1,46	>.05
	OG	14,72	5,25	14,95	5,56	0,20	>.05
BÇY	KaKa	2,08	0,32	1,98	0,35	1,55	>.05
	SOB	2,64	0,46	2,47	0,40	2,05	<.05
	KKE	2,56	0,41	2,41	0,38	1,93	>.05
	DDA	2,60	0,40	2,46	0,60	1,27	>.05
	MK	2,17	0,33	2,23	0,42	0,78	>.05
	BDA	2,22	0,65	2,02	0,62	1,54	>.05
	OY	2,14	0,38	2,07	0,37	0,93	>.05

Hemşirelerin aldıkları eğitim konularına göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelendiğinde, ölüm ve ölüme yaklaşım ile ilgili eğitim alan hemşirelerle eğitim almayan hemşireler arasında etik güçlükler alt boyutu ve başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t= 2,058$; $p< .05$ ve $t= 2,04$; $p< .05$) (Tablo 4.2.19).

Tablo 4.2.20. Hemşirelerin Kriz Girişimi İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Kriz Girişimi ile İlgili Eğitim		ALAN (n=17)		ALMAYAN (n=88)		"t"	"p"
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
GYD	TGD	9,62	2,25	9,56	2,60	0,07	>.05
BÇY	KaKa	2,13	0,35	1,99	0,34	1,53	>.05
	SOB	2,73	0,54	2,49	0,40	2,14	<.05
	KKE	2,61	0,45	2,44	0,38	1,66	>.05
	DDA	2,63	0,37	2,48	0,56	1,00	>.05
	MK	2,18	0,38	2,22	0,39	0,39	>.05
	BDA	2,18	0,67	2,08	0,63	0,59	>.05
	OY	2,19	0,39	2,07	0,37	1,18	>.05

Kriz girişimi ile ilgili eğitim alma durumuna göre hemşirelerin güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelendiğinde toplam güçlük düzeyi ve alt boyutlar puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamış, başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t= 2,14$; $p< .05$) (Tablo 4.2.20).

Tablo 4.2.21. Hemşirelerin Stres Yönetimi İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında GYD ve BÇY Puan Ortalamaları

Stres Yönetimi ile İlgili Eğitim		ALAN (n=30)		ALMAYAN (n=75)		“t”	“p”
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
GYD	TGD	9,96	2,26	9,42	2,63	0,99	>.05
BÇY	KaKa	2,07	0,35	1,99	0,34	1,02	>.05
	SOB	2,66	0,50	2,48	0,40	1,99	<.05
	KKE	2,51	0,44	2,45	0,38	0,68	>.05
	DDA	2,57	0,53	2,48	0,54	0,70	>.05
	MK	2,12	0,34	2,25	0,40	1,50	>.05
	BDA	2,21	0,64	2,04	0,64	1,21	>.05
	OY	2,10	0,40	2,09	0,36	0,19	>.05

Stres yönetimi ile ilgili eğitim alma durumuna göre hemşirelerin güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelendiğinde toplam güçlük düzeyi ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamış, başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = 1,99$; $p < .05$) (Tablo 4.2.21).

Hemşirelerin alanlarıyla ilgili bilgi ve beceri eğitimi almaları ile güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Hemşirelerin ölümü tanımlamalarına göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları incelenmiş, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri ve başa çıkma yollarını belirlemek amacıyla “tanımlayıcı” olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde, elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır:

- Hemşirelerin bireysel, mesleki özellikleri ve terminal dönem hasta bakımıyla ilgili bulguların tartışılması
- Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Hemşirelerin Bireysel, Mesleki Ve Terminal Dönem Hasta Bakımıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan toplam 105 hemşirenin %51.4'ü (54 kişi) 26 – 35 yaş grubunda ve %55.2 si (58 kişi) evli olup çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 4.1.1). Bu sonuç Özcanarslan (48)'in, Kömürcü (31)'nün, Erenel ve Vural (13)'in yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun 19-26 yaş grubunda ve bekar olmalarıyla uygunluk göstermemekte, Yurt (81)'un yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun 25-29 yaş grubunda ve evli olmalarıyla uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin %47.6'sı (50 kişi) ön lisans mezunudur (Tablo 4.1.1). Bu sonuç bize hemşirelerde eğitim düzeyinin yükseldiğini düşündürmektedir. Sever (59) ve Barlas (5) çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Hemşirelerin %35.2'si (37 kişi) 11 – 20 yıldır meslekte, %35.2'si (37 kişi) 2 – 5 yıldır bulunduğu bölümde çalışmaktadır (Tablo 4.1.2). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, Özcanarslan (48)'in çalışmasında 0-7 yıl, Kömürcü (31)'nün çalışmasında 1-3 yıl ve Sever (59)'in çalışmasında 6-10 yıl olması bizim bulgularımızla uygunluk göstermemektedir. Bu sonuç bize onkoloji, hematoloji ve genel cerrahi gibi bölümlerde yaş bakımından daha deneyimli hemşirelerin çalıştığını düşündürmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olması da bu sonucu destekler niteliktedir.

Hemşirelerin %57.1'i (60 kişi) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, %48.6'sı (51 kişi) genel cerrahi bölümünde ve %50.5'i (53 kişi) vardiyalı olarak çalışmaktadır. Bulundukları bölüme olguların %62.9'u (66 kişi) kendi isteği ile başladığını, %48.6'sı (51 kişi) 6 – 10 hemşire olarak çalışmakta olduğunu ve %40'ı (42 kişi) 21- 30 hastadan sorumlu olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.2). Bu bulgular örneklem grubuna alınan hastanelerde genel cerrahi servislerinin onkoloji ve hematoloji servislerinden daha fazla olmasından dolayı böyle bir

sonucun elde edildiğini ve servislerde hasta hemşire oranının istenen düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Sever (59) de çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiştir.

Günümüzde ölümlerin %85 gibi büyük bir kısmı hastanede olmakta ve istatistiklere göre kansere bağlı ölümler tüm ölümlerin %17' sini meydana getirmektedir (27). Tablo 4.1.2.' de hemşirelerin %21.9'unun (23 kişi) son bir yıl içerisinde kanser nedeniyle 11 – 20 hasta yitirdiğini belirtmesi bu bilgilerle uygunluk göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %36.2'si (28 kişi) ölüm ve ölme, %16.2'si (17 kişi) kriz girişimi, %28.6'sı (30 kişi) stres yönetimi, %68.6'sı (72 kişi) alanları ile ilgili bilgi ve beceri eğitimi almıştır (Tablo 4.1.2). Bu eğitimleri hemşirelerin % 46.6'sı hizmet içi eğitimde, %16.1'i okulda, %12.3'ü hem okul hem hizmet içi eğitimde aldıklarını ve özellikle alanla ilgili bilgi ve beceriyi hizmet içi eğitimde aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin bu eğitimleri almaları az olsa da sevindiricidir.

Hemşirelerin %50.5'i (53 kişi) çalıştığı bölümü kendisine kısmen uygun bulduğunu ve %15.2'si (16 kişi) bölümünden memnun olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.1.3). Bu sonuç hemşirelerin çalıştığı bölümden memnuniyetlerinde bölümü kendine uygun bulmalarının bir etken olabileceğini düşündürmektedir. Erenel ve Vural (13), Özcanarslan (48), Sever (59) çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelerin %47.6'sı (50 kişi) kendisini yeterli hissettiğini ve %36.2'si (38 kişi) hafif derecede sıkıntı hissettiğini belirtmiştir. Bu sıkıntılarla başa çıkma da hemşirelerin %60'ı (63 kişi) kendisini kısmen yeterli hissedip, %94.3'ü (99 kişi) sıkıntılarını iş arkadaşları ile paylaşmıştır (Tablo 4.1.4).

Hemşirelerin %40'ı (42 kişi) terminal dönem kanserli hasta bakımında hissettiği sıkıntılarla ilgili psikiyatri danışmanlığı almayı düşündüğünü fakat yardım almak için bir girişimde bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 4.1.4). Bu sonuç bize hemşirelerin sıkıntılarının ve bu konuda profesyonel desteğe gereksinimleri olduğunun farkında olduklarını düşündürmektedir. Terminal dönem kanserli hasta bakımında yaşadığı sıkıntılarla başa çıkmada hemşirelerin %60'ının kendini kısmen yeterli hissetmesi bu düşüncemizi desteklemektedir.

Hemşirelerin %27.6'sı (29 kişi) bakım verdikleri terminal dönem kanserli hastalardan dolayı kendi ölümünü çok sık olarak düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4.1.4). Ölümü tanımlamaları istendiğinde hemşirelerin %59'u (62 kişi) ölümü, yaşamın sona ermesi ve hayati fonksiyonların sonu olarak, %13.3'ü (14 kişi) sevdiklerinden ayrılış, %10.5'i (11 kişi) kurtuluş ve yeni bir başlangıç olarak tanımlamıştır. Kömürcü (31) ve Yurt (81) çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

5.2. Hemşirelerin Terminal Dönemdeki Kanserli Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin yaşanma sıklığı incelendiğinde alt boyutların puan ortalamaları 2.39 ile 3.79; bireyde yarattığı güçlük derecesi alt boyut puan ortalamaları 2.42 ile 3.70; güçlük yoğunluğu alt boyut puan ortalamaları ise 6.80 ile 14.86 arasında değişmektedir. Alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında güçlüklerin sıklık, derece ve yoğunluk düzeylerinde birinci sırada organizasyonel güçlüklerin, ikinci sırada bakım-tedavi-prognoz güçlüklerinin, üçüncü sırada iletişim, dördüncü sırada etik ve beşinci sırada emosyonel güçlüklerin yaşandığı görülmüştür (Tablo 4.2.1).

Sever (59) 1997 yılında yaptığı "Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması " konulu çalışmasında genel iş stresinde stresörlerin sıklığı, stres derecesi ve stres yoğunluğuna göre alt boyutların puan sıralamasının değiştiğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda güçlüklerin sıklık, derece ve yoğunluğuna göre alt boyut puan sıralamasının değişmemesi terminal dönem ve ölümü ele alma gibi spesifik bir alanda çalışmanın stresin sıklık, derece ve yoğunluğunu benzer şekilde etkilediğini düşündürmektedir.

Gray-Toft ve Anderson yaptıkları çalışmada; organizasyonel ortam, süpervizyon uygulamaları, ekip ilişkileri, hastaya bakım vermede hemşirelerin algıladığı rol çatışması ve belirsizliklerin strese neden olduğunu bulmuşlardır. Gray-Toft ve Anderson ayrıca stresin üç büyük kaynağı olarak; ağır iş yükünü, hasta ve ailelerinin duygusal isteklerini karşılamada yetersizlik duygularını, ölümü ve ölmeyi saptamışlardır (5).

Sever, (59) 1997 yılında hemşirelerin streslerini araştırdığı çalışmasında ilk üç sırada yönetim, iş yükü ve ekip çalışmasının olduğunu ve (60) 1988 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin %50' den fazlasının yönetim ve ekip çalışmasıyla ilgili sorunları olduğunu belirtmiştir.

Görgülü (19) hemşirelerin hasta bakımından, kişilerarası ilişkilerden, yönetim ve fiziksel iş çevresinden dolayı stres yaşadıklarını belirtmiştir.

Gray-Toft ve Anderson (21) hospiste (terminal dönem hasta bakılan yer) terminal hastaya bakım vermede karşılaşılan stresörleri araştırdıkları bir çalışmada; stresin genellikle yönetimden, fiziksel özelliklerden, hastane personelinin duygusal olarak uzaklaşma ve çatışmadan, ziyaret saatlerinin sınırlı olmamasından ve sadece terminal hastalarla ilgilenmekten kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Erenel ve Vural (13) jinekolojik kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin en fazla iş ortamından kaynaklanan güçlükleri olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalar bulgularımızı desteklemiş ve bize bu alanda çalışan hemşirelerin en fazla organizasyonel alanda daha sonra bakım-tedavi-prognoz ve iletişim alanında güçlük yaşadıklarını göstermiştir.

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları güçlük durumlarından iletişim güçlükleri, bakım-tedavi-prognoz güçlükleri, etik güçlükler, emosyonel güçlükler ve organizasyonel güçlükler alt boyutlarının birbirleri arasında ($r = .37$ ile $r = .74$ arası) ve toplam güçlük düzeyi ile tüm bu alt boyutlar arasında ($r = .74$ ile $r = .94$ arası) ileri derecede anlamlı pozitif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Bu sonuç bize terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin birbirlerini etkilediğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında ilk on sırada belirttiği güçlükler bakılmış; "Serviste az personelin çalıştırılması" ($\bar{X} = 17,01 \pm 6,62$), "Hastanın çok fazla ağrı çekmesi" ($\bar{X} = 16,06 \pm 5,21$), "Fazla sayıda hastadan sorumlu olma" ($\bar{X} = 15,86 \pm 7,45$), "Bakım için gerekli araç ve malzemenin yeterli olmaması" ($\bar{X} = 14,51 \pm 6,55$) ve "Kemoterapi gören hastanın çok fazla yan etkiye maruz kalması" ($\bar{X} = 13,70 \pm 7,05$) güçlüklerinin ilk beş sırada yer aldığı görülmüştür (Tablo 4.2.3). Hemşirelerin en az güçlük yaşadıkları beş durumun "Tedaviye olumlu sonuç alınamamasından dolayı hastaya karşı öfke duyma" ($\bar{X} = 1,97 \pm 2,32$), "Kişisel duygularının hasta bakımını etkilemesi" ($\bar{X} = 5,15 \pm 4,41$), "Hastanın sevilen yakın birini hatırlatması" ($\bar{X} = 5,70 \pm 4,15$), "Aile üyelerinin hasta bakımında bana güvenmemeleri" ($\bar{X} = 5,84 \pm 5,34$) ve "Hastanın ötenazi istemesi" ($\bar{X} = 5,87 \pm 6,17$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Güçlük yaşama düzeyi madde puan ortalamaları; hemşirelerin, güçlük alt boyutları bazında en fazla organizasyonel ve bakım tedavi prognoz güçlüklerini, en az emosyonel güçlükleri yaşamaları ile uygunluk göstermektedir.

Lewars (36) ölümcül hastaya bakım veren hemşireler üzerinde yaptığı araştırmasında; hemşirelerin, ölümcül hasta bakımında ve iletişimde zorluklar deneyimlediklerini vurgulamış ve ölümcül hasta bakımında hemşirelerin stresli buldukları alanları; ölümcül hastayla konuşma, ölümün bilinmezlik düşüncesi, hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla konuşma, hastanın ağrısı olarak sıralamıştır. Bailey, ölüm ve ölmeye uğraşan hemşirelerin büyük derecede stres, anksiyete,

suçluluk ve duygularda engellenme deneyimlediklerini göstermiştir (3). Gray-Toft ve Anderson (21) hemşirelerin terminal hasta bakımında iletişim ve duygusal yönden güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Özcanarslan (48) kanser hastalarıyla çalışan hemşirelerin hasta ve ailesiyle iletişimde, onlara bilgi vermede ve terminal dönemdeki hastaların ağrılarını dindirememenin çaresizliğinden dolayı güçlük yaşadığını ve hastanın durumunun kendilerinde strese neden olduğunu; Görgülü (19) hasta bakımında hemşireleri, hastanın durumunun kötüleşmesi, hastanın acı çekmesi, hastanın ölümü, hastayı kaybetme korkusu ve hastaları sağlığına kavuşturamamanın en fazla rahatsız ettiğini belirlemiştir. Yurt (81) hemşirelerin ölümcül hastaya bakım verirken en çok korktukları durumun hastanın kendi çalışma saatleri içinde ölmesi olduğunu ve hasta ölüm hakkında konuşmak istediğinde hemşirelerin çoğunun (%60,5) endişe ve huzursuzluk yaşadığını belirtmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızı kısmen desteklemektedir.

Başa çıkma çabaları belirli bir stres durumunda kullanılan bilişsel ve davranışsal stratejilerdir ve stresli olayın çeşidine göre değişmektedir. Başa çıkma, kişinin kaynaklarını aşan veya tüketen dışsal ve/veya içsel isteklerini yönetmek için bilişsel davranış gücünün sürekli bir değişimi olarak tanımlanır. Bunlar; sıkıntı veren sorunu değiştirmek ve yönetmek (sorun-odaklı başa çıkma) ve soruna karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemektir (duygu-odaklı başa çıkma). Soruna yönelik davranışlar durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı bilinçli çabaları içerirken duygulara yönelik yaklaşımlar uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (5,32,59).

Soruna yönelik başa çıkmanın değişebilir olduğu düşünülen durumlarda daha çok kullanıldığı, duygularına yönelik başa çıkmanın ise değişemez ve yönlendirilemez durumlarda kullanıldığı belirtilmiştir (32,59).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında sırasıyla sorun odaklı başa çıkma ($\bar{X}= 2,53 \pm .43$), duygusal destek arama ($\bar{X}= 2,51 \pm .54$), kendini kontrol etme ($\bar{X}= 2,46 \pm .40$), mesafe koyma

($\bar{X}=2,21\pm .39$), bilgisayar destek arama ($\bar{X}=2,09\pm .64$), olumlu yaklaşım ($\bar{X}=2,09\pm .37$) ve kaçma/kaçınma ($\bar{X}=2,02\pm .34$)'yı kullandıkları görülmektedir (Tablo 4.2.5). Bu sonuç bize terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin başa çıkma yollarını değişen derecelerde kullandığını düşündürmektedir.

Sever (59) hemşirelerin sırasıyla sorun odaklı başa çıkma, duygusal destek arama, bilgisayar destek arama, kendini kontrol etme, mesafe koyma, kaçma/kaçınma ve olumlu yaklaşımı; Barlas (5) hemodiyaliz hemşirelerinin olumlu yeniden yorumlama, planlama, enstrümantal sosyal destek arama, duygulara odaklanma, duyguları ortaya koyma ve aktif başa çıkmayı kullandıklarını bulmuşlardır. Robinson ve arkadaşlarının (56) "Yoğun Bakım Ünitelerinde İş ile İlgili Stresörlerle Başa Çıkma" konulu çalışmalarında da hemşirelerin stresle başa çıkmada sorun çözme, izin alma, çalışma arkadaşları ile sorunları tartışma, TV seyretme, kahve içme gibi çeşitli yöntemler kullandığını saptamışlardır. Lewis, yoğun bakım hemşirelerinin başa çıkmak için kullandıkları yöntemlerin sınırlı sayıda olduğunu, uygun başa çıkma yollarının (meşlektaşlarla sorunu tartışma, televizyon izleme, sorun çözme) rutin bir şekilde kullanıldığını, uygun olmayan başa çıkma yollarından en sık kullanılanların kahve içmek ve aile üyeleriyle konuşmak olduğunu bulmuştur (59). Chiriboga ve arkadaşları, hospiste çalışan hemşirelerin, rasyonel davranışlar, fantaziler, duygusal kaçınma, meditasyon, meslekleşme, ileride olacak durumları ele alan davranışlar, çatışmalı davranışlar ve endişeli davranışları kullandıklarını belirtmiştir (59). Munley (42) hospis (terminal dönem hasta bakım yeri) hemşirelerinin başa çıkmada yaşamın yeniden düzenlenmesi yönünde odaklanma, sözel ya da duygusal boşalma, değişik fiziksel teknikler, manevi kaynaklara güvenme ve uzaklık stratejilerini kullandığını belirtmiştir. McCaron (39) kanser servislerinde çalışan hemşirelerin stresleriyle başa çıkmasında tüm çalışanları içine alan personel-destek mekanizmasının, işin uygulama ve emosyonel yönlerinde tanımlanan bireysel gereksinimlere uygun akran süpervizyonunun, grup çalışmalarının, danışmanlık, rehberlik almanın ve düzenli liyezonun önemli olduğunu saptamıştır.

Hughes, hemşirelerin terminal hasta bakımında yaşadığı güçlüklerle başa çıkmada meslektaşlarla konuşma ve paylaşma, danışılabilir bir yakının olması, hemşirelerin kendi sınırlılıklarını bilmeleri, meditasyon/dua, sağlıklı insan ilişkileri, destekleyici akran grubunun olması, fiziksel teknikler ve hobilerle uğraşmak gibi başa çıkma yollarının kullanılmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır (23). Literatürde kanser hastalarına bakım vermenin tükenme yaratacağı ve bunu önlemede çeşitli başa çıkma yollarını kullanmanın gerekliliği belirtilmiştir (84). Yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi bulgularımızı desteklemektedir.

Hemşirelerin terminal dönem kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları iletişim güçlükleri ile kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek arama arasında ($r = .30$, $r = .20$, $r = .26$); bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ile kaçma/kaçınma, sorun odaklı başa çıkma ve kendini kontrol etme arasında ($r = .28$, $r = .24$, $r = .27$); etik güçlükler ile kaçma/kaçınma ve kendini kontrol etme arasında ($r = .22$, $r = .27$); emosyonel güçlükler ile kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme, duygusal destek arama ve olumlu yaklaşım arasında ($r = .26$, $r = .28$, $r = .27$, $r = .23$) ve organizasyonel güçlükler ile sadece kendini kontrol etme arasında ($r = .22$) anlamlı pozitif ilişkinin olduğu görülmüştür. Toplam güçlük düzeyi ile hemşirelerin kullandıkları başa çıkma yollarından kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek arama arasında ($r = .30$, $r = .30$, $r = .22$) anlamlı pozitif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgular terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmada sorun odaklı ve duygulanım odaklı başa çıkmayı değişen derecelerde kullandığını göstermektedir.

Bu sonuçlara göre hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında iletişim, etik, emosyonel ve organizasyonel güçlükleri kontrolünün dışında ve kabul edilmesi gereken durumlar olarak algıladıkları bu nedenle başa çıkmada duygulanım odaklı başa çıkmayı, bakım-tedavi-prognoz güçlükleri bir yönüyle kontrolünde ve değiştirebileceği, diğer yönüyle kontrolünün dışında ve kabul

edilmesi gereken durumlar olarak algıladıkları ve bu nedenle hem sorun odaklı hem de duygulanım odaklı başa çıkmayı kullandıkları söylenebilir.

Toplam güçlük yoğunluk düzeyinin orta seviyeden daha düşük olması da göz önüne alınınca bu sonuçlar bize duygulanım odaklı başa çıkmanın terminal hasta bakımında daha etkili olduğunu ve terminal hasta bakım güçlüklerinin hemşirelerce değiştirilemez ve kontrolünün dışında olarak algılandığını düşündürmektedir.

Mills ve Davies (41) ölümcül hasta bakımında hemşirenin hastadan uzaklaştığını ve etkileşimini azalttığını bulmuşlardır. Dewe, hemşirelerin kritik hasta ya da ölen hasta gibi çok az şey yapabildiği durumlarla karşılaştığı için duygulanım odaklı başa çıkmayı kullandığını belirtmiştir (59). Bu sonuçlar bulgularımız ve düşüncemizle paralellik göstermektedir.

Sever (59)'in hemşirelerin genel iş stresi ve başa çıkma yollarını araştırdığı çalışmasında duygulanım odaklı başa çıkmanın stres düzeyini arttırdığını bulması bize farklı stresörlerle farklı başa çıkma yollarının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre, toplam güçlük düzeyi ve alt boyutları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, anlamlı olmamakla beraber lisans üstü eğitim alan hemşirelerin toplam güçlük düzeyi puan ortalaması diğer eğitim gruplarındaki hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma ($F= 5,48$; $p < .01$) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlılık saptanmıştır. Lisans üstü eğitim almış olan hemşirelerin sorun odaklı başa çıkmayı diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre daha fazla kullandığı ve eğitim düzeyi arttıkça sorun odaklı başa çıkma kullanımının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.7). Bu sonuç bize eğitim düzeyinin sorun odaklı başa çıkmayı olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Sever (60)'in 1988 ve (59) 1997 yıllarında yaptığı çalışmalarda hemşirelerin eğitim durumunun iş stresini ve iş stresi ile başa çıkma yollarını, etkilemediğini saptaması bulgularımızla uygunluk göstermemekte; Erenel ve Vural (13)'in lisans ve yüksek lisans mezunlarının jinekolojik kanserli hasta

bakımında en az güçlüğü yaşadığını, Barlas (5)'in hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre başa çıkma yollarının farklılıklar gösterdiğini saptaması bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bu sonuç bize kronik hasta ve terminal dönem hasta bakımında yaşanan güçlüklerle başa çıkmada eğitim düzeyinin etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde yaşın ölümcül hasta bakımında anksiyete ve stres yaşamada önemli bir değişken olduğu yer almaktadır (3). Genç hemşirelerin ve asistanların terminal dönemdeki hastaya karşı daha fazla kızgınlık ve öfke duydukları belirtilmektedir (12). Strese uyum deneyimlerinin birikmesi ve psikososyal olgunluğun artması nedeniyle başa çıkma yeteneğinin yaşla birlikte arttığı öne sürülmektedir (5,59,76).

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden yaş ve medeni durumuna göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamış fakat anlamlı olmamakla birlikte yaş arttıkça toplam güçlük düzeyinde bir azalmanın olduğu bulunmuş ve literatürle uygunluk göstermiştir.

Sever (59)'in, Ullrich ve Fitzgerald (76)'ın yaşın stres yaşamayı ve başa çıkma yollarını etkilediğini, Barlas (5)'in yaş arttıkça etkin olmayan bir başa çıkma yöntemi olan dine yönelmenin arttığını bulmaları ve Sever (59)'in medeni durumun stres ve başa çıkmayı etkilemediğini, Barlas (5)'in evli ve bekar hemşirelerde etkin olmayan başa çıkma yöntemleri kullanmalarında anlamlı bir fark olduğunu belirtmeleri bulgularımızla kısmen uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre sadece emosyonel güçlükler alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F= 2.75$; $p<.05$). Çalışma süreleri 5 yıl ve altında olan hemşirelerin daha fazla emosyonel güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Başa çıkma yolları puan ortalamalarında meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo4.2.8).

Bu sonuç bize mesleğe başlanılan ilk 5 yıl içerisinde terminal dönem hasta bakımında hemşirelerin emosyonel yönden daha fazla güçlük yaşadıklarını düşündürmekte ve literatürle benzerlik göstermektedir (12).

Denton ve Wisenbaker deneyimli hemşirelerin ölümcül hasta ve ölüme ilişkin daha olumlu davranış gösterdiklerini, daha az anksiyete ve stres yaşadıklarını belirtmiştir (3). Munley (42) hospisteki hemşirelerin çalışma deneyiminin 1 yıldan daha az olmasının terminal hasta bakımından dolayı yaşanan stresi arttırdığını ve başa çıkma mekanizmalarına olan gereksinimi etkilediğini, Sever (59) meslekte çalışma süresiyle iş stresi ve başa çıkma yolları arasında, Barlas (5) hemşirelerin meslekte ve hemodiyalizde çalışma süreleriyle başa çıkma yolları arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Kocaman ve Tarım hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça iş stresörleri ile baş edebildiklerini ve işten ayrılma eğilimlerinin azaldığını belirlemişlerdir (13). Bu çalışmalar bulgularımızla kısmen uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştığı bölüme göre iletişim ($F=3,23$; $p<.05$), etik ($F=4,61$; $p<.05$) ve emosyonel güçlükler ($F=4,21$; $p<.05$) alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bakım-tedavi-prognoz ve organizasyonel güçlükler alt boyutları ile başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. İletişim ve emosyonel güçlükleri hematolojide, etik güçlükleri ise onkolojide çalışan hemşirelerin daha fazla yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.2.9). Onkoloji servislerinde hastaların daha kronik olması ve çok fazla ağrı çekmesi hemşirelerin bu servislerde etik güçlüklerle daha fazla karşılaştığını düşündürmektedir.

Erenel ve Vural (13) onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin duygusal güçlük yaşadığını saptamışlardır. Ergin ve Akyapraklı (15) onkoloji alanında çalışan sağlık personeli ile diğer sağlık personelinin kansere karşı geliştirdikleri tutumları incelemişler ve onkoloji alanında çalışanların diğer kliniklerde çalışanlara oranla daha yüksek kaygı puanlarının olduğunu saptamışlardır. Fadiloğlu ve arkadaşları hekimlerin ve hemşirelerin kanserli hastalar ile

çalışmaktan kaygı duyduklarını (13), Ullrich ve Fitzgerald (76) kanser servislerinde hemşirelerin hekimlerden daha fazla stres yaşadıklarını belirlemişlerdir. Özcanarslan (48) hematoloji-onkolojide çalışan hemşirelerin daha fazla mesleki doyum sağladıklarını bulmuştur. Bu sonuçlar araştırmamızı kısmen desteklemektedir.

Hemşirelerin çalıştığı hastaneye, bulundukları bölümde çalışma süresine ve bölüme başlama şekline göre günlük yaşama ve başa çıkma yolları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır.

Erenel ve Vural (13)'in onkolojide çalışma süreleri 0-4 yıl olan ve SSK hastanelerinde çalışan hemşirelerin daha fazla günlük yaşadığını, Sever (59)'in çalışılan kuruma ve bölümde çalışmaya başlama şekline göre iş stresi ve başa çıkma yolları arasında anlamlı fark olduğunu belirtmeleri bulgularımızla paralellik göstermemekte ve örneklem grubumuzun sadece üniversite hastanelerinden oluşmasından dolayı böyle bir sonucun elde edildiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin mesai şekline göre terminal dönem kanserli hasta bakımında toplam günlük düzeyi ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, anlamlı olmamakla birlikte gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin en fazla güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Başa çıkma yollarından bilgisel destek arama puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlılık saptanmıştır ($F=4.03$; $p<.001$). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin bilgisel destek aramayı en az kullandığı ve en fazla güçlüğü yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.2.10). Bu sonuç bize nöbetli çalışmanın günlük yaşama düzeyini ve başa çıkma yollarını olumsuz olarak etkilediğini düşündürmektedir.

Sever (59)'in gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin iş stresinin daha fazla olduğunu belirtmesi, Barlas (5)'in çalışma şeklinin başa çıkmayı etkilediğini belirlemesi bulgularımızı desteklemektedir.

Hemşirelerin çalıştığı bölümü kendisine uygun bulup bulmamasına göre; bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ($F= 4,34$; $p<.05$), etik güçlükler ($F= 3,43$; $p<.05$) ve emosyonel güçlükler ($F= 3,83$; $p<.05$) alt boyutları puan ortalamalarında ve başa çıkma yollarından mesafe koyma ($F= 4,30$; $p<.05$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde çalıştığı bölümü kendine uygun bulan hemşirelerin, çalıştığı bölümü kendine kısmen uygun bulan ve uygun bulmayan hemşirelere göre, terminal dönem kanser hastası bakımında bakım-tedavi-prognoz, etik ve emosyonel güçlükleri daha az yaşadıkları ve başa çıkma yolu olarak mesafe koymayı daha az kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.11). Bu sonuç çalıştıkları bölümü kendisine uygun bulan hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerle başa çıkmada mesafe koymayı daha az kullandıklarını düşündürmekte ve Sever (59)'in mesleki uygunluğun iş stresinde ve başa çıkmada önemli bir faktör olduğunu belirtmesi bulgularımızla uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnuniyet durumuna göre bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ($F= 6,34$; $p<.01$), emosyonel güçlükler ($F= 4,00$; $p<.05$) ve organizasyonel güçlükler ($F= 4,11$; $p<.05$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, iletişim ve etik güçlükler ile başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bulgular değerlendirildiğinde çalıştıkları bölümden memnun olmayan hemşirelerin, memnun ve kısmen memnun olan hemşirelere göre bakım-tedavi-prognoz, emosyonel ve organizasyonel güçlükleri daha fazla yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.2.12). Bu sonuç bize terminal dönemdeki kanserli hastaya bakımda hemşirelerin çalıştığı bölümden memnun olmasının güçlük yaşama düzeyini azalttığını fakat başa çıkma yollarını etkilemediğini düşündürmektedir.

Barlas (5)'in iş memnuniyetinin başa çıkmayı etkilemediğini, Sever (59)'in çalışmada memnuniyetin iş doyumunu ve duygusal tükenmeyi etkilediğini bulmaları çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken hissettiği yeterlilik durumuna göre güçlük yaşama düzeyi puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamış, başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkma puan ortalamalarında ($F= 4,22$; $p<.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde anlamlı olmamakla birlikte kendini yeterli hisseden hemşirelerin en az güçlüğü yaşadığı ve sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.13). Bu sonuç, terminal dönem kanserli hasta bakımında kendini yeterli hisseden hemşirelerin sorun odaklı başa çıkmayı kullanarak güçlükleri değiştirilebilir ve kendi kontrollerinde olarak algıladıklarını, bu nedenle güçlük puanlarının düşük olduğunu ve bakımda hissedilen yeterliliğin etkin başa çıkma yollarını kullanmayı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Hemşirelerin terminal dönem kanserli hastaya bakım verirken sıkıntı hissetme derecesine göre etik güçlükler dışındaki tüm alt boyutların puan ortalamalarında anlamlılık saptanmıştır. Orta derecede ve çok fazla sıkıntı hisseden hemşirelerin iletişim ($F= 6,45$; $p<.001$), bakım - tedavi - prognoz ($F= 5,43$; $p<.01$), emosyonel ($F= 8,21$; $p<.001$) ve organizasyonel güçlükleri ($F= 2,80$; $p<.05$) daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin sıkıntı hissetme derecesine göre başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.2.14). Bu sonuçlar bize terminal dönem kanserli hasta bakımında hissedilen sıkıntının güçlük yaşama düzeylerini etkilediğini, başa çıkma yollarını etkilemediğini aynı zamanda hemşirelerin güçlük yaşadığının farkında olduklarını düşündürmektedir.

Terminal dönem kanserli hasta bakımında yaşadığı sıkıntılar nedeniyle hemşirelerin psikiyatri danışmanlığı alma düşüncesine göre bakım-tedavi-prognoz ($F= 5,02$; $p<.01$), emosyonel ($F= 3,35$; $p<.05$) ve organizasyonel güçlükler ($F= 3,12$; $p<.05$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, iletişim ve etik güçlükler ile başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Psikiyatri danışmanlığını

düşünüp yardım almayan hemşirelerin bakım-tedavi-prognoz ve organizasyonel güçlükleri, düşünüp yardım alan hemşirelerin ise emosyonel güçlükleri daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.15). Terminal dönemdeki kanserli hastalara bakım verirken hemşirelerin alt boyut bazında emosyonel güçlükleri en az yaşamaları (Tablo 4.2.1) ve psikiyatrik danışmanlık alan hemşirelerin emosyonel güçlükleri daha fazla yaşamaları göz önüne alınınca bu durum bize hemşirelerin yaşadıkları emosyonel güçlüklerin farkında olmadıklarını ve psikiyatrik danışmanlık isteklerinin farklı konularda olduğunu düşündürmekte, Başaran'ın yaptığı bir araştırmada, kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin çoğunun çaresizlik, başarısızlık hissettiklerini ve yardıma gereksinimleri olduğunu saptaması da (48) bulgumuzu ve düşüncemizi desteklemektedir.

Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken hissettiği sıkıntılarla başa çıkma yeterliliğine göre güçlük yaşama düzeyi alt boyut puan ortalamalarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış [İletişim güçlükleri ($F= 6,79$; $p<.01$), bakım-tedavi-prognoz güçlükleri ($F= 8,33$; $p<.001$) emosyonel güçlükler ($F= 5,38$; $p<.01$), etik güçlükler ($F= 5,86$; $p<.01$) ve organizasyonel güçlükler ($F= 5,33$; $p<..01$)]; başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Başa çıkmada kendini yeterli hisseden hemşirelerin daha az güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.16). Bu sonuç hemşirelerin başa çıkmada kendilerini yeterli olarak algılamalarının güçlük yaşama düzeylerini azalttığını göstermektedir.

Hemşirelerin bakım verdiği terminal dönemdeki kanser hastalarından dolayı kendi ölümünü düşünme durumuna göre sadece iletişim güçlükleri ($F= 4,00$; $p<.05$) ve kaçma/kaçınma ($F= 3,54$; $p<.05$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kendi ölümünü çok sık düşünen hemşirelerin iletişim güçlüklerini daha fazla yaşadığı ve kaçma/kaçınmayı daha fazla kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.17). Bu sonuç kendi ölümünü çok sık

düşünen hemşirelerin kaçma kaçınmayı kullanarak iletişim güçlüklerini azaltmadığını ve başa çıkmada yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Sever (59)'in kaçma/kaçınmanın etkisiz bir başa çıkma yolu olduğunu saptaması bulgumuzu ve düşüncemizi destekler niteliktedir.

Hemşirelerin son bir yıl içerisinde yitirdikleri hasta sayısına göre terminal dönem kanserli hasta bakımında güçlük yaşama düzeyi alt boyutları ve başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Son bir yıl içinde 11-20 hasta yitiren hemşirelerin bakım-tedavi prognoz ($F=4,31$; $p<.001$) ve organizasyonel güçlükleri ($F= 5,27$; $p<.001$), 21-30 hasta yitiren hemşirelerin emosyonel güçlükleri ($F= 4,72$; $p<.001$) daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. 5 ve daha az hasta yitiren hemşirelerin kendini kontrol etme, duygusal destek aramayı en fazla, mesafe koymayı en az kullandıkları saptanmıştır ($F= 2,34$; $p<.05$, $F= 2,39$; $p<.05$ ve $F= 2,59$; $p<.05$) (Tablo 4.2.18). Bu sonuç bize son bir yıl içinde 5 hastadan daha az hasta yitirmenin güçlükleri azalttığını ve bunda duygulanın odaklı başa çıkma yollarından kendini kontrol etme ve duygusal destek aramanın etkili olabileceğini ve çok fazla hasta yitiren hemşirelerin duygusal boşalmaya gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Literatürde ölümcül hastayla sık karşılaşma ve ölüm deneyiminin bireylerde ölüme karşı daha olumsuz duygular ve korku geliştireceği belirtilmekte olup bulgumuzu ve düşüncemizi desteklemektedir (81).

Eğitim konularından ölüm ve ölüme yaklaşımla ilgili eğitim alan hemşirelerin etik güçlükleri daha fazla yaşadığı ($t= 2,05$; $p<.05$), kriz girişimi ve stres yönetimi ile ilgili eğitim alan hemşirelerin anlamlı olmamakla beraber terminal dönem kanserli hasta bakımında daha fazla güçlük yaşadığı ve bu üç konuda eğitim alan hemşirelerin başa çıkma yollarından sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandıkları belirlenmiştir ($t= 2,05$; $p<.05$) (Tablo 4.2.19), ($t= 2,14$; $p<.05$) (Tablo 4.2.20) ve ($t= 1,99$; $p<.05$) (Tablo 4.2.21). Bu sonuç ölüm ve ölmeye ilgili eğitim alanının etik güçlükleri, kriz girişimi ve stres yönetimi ile ilgili eğitim alanının terminal dönem kanserli hasta bakımında

toplam güçlük düzeyini ve sorun odaklı başa çıkmayı arttırdığını ve sorun odaklı başa çıkmanın terminal dönem kanserli hasta bakımında güçlüklerle ve özellikle etik güçlüklerle başa çıkmada etkin olamadığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları alanla ilgili bilgi ve beceri eğitimi alıp almamalarının güçlük yaşama düzeyini ve başa çıkma yollarını etkilemediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim alma durumları birlikte değerlendirildiğinde; bulgular bize eğitimin içeriği, düzenliliği ve sürekliliğinin bilinmemesinden dolayı böyle bir sonucun elde edildiğini düşündürmektedir.

Erenel ve Vural (13)'ın hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitimin iş ortamından kaynaklanan ve duygusal güçlükler ile başa çıkmada etkili olmadığını, hastaların fizik bakım gereksinimlerini karşılamada ise etkili olduğunu saptamaları, ve Kömürcü (31)'nün yaptığı çalışmada hemşirelerin %65'inin ölümcül hasta konusunda yalnızca eğitimin yeterli olmayacağını, kişinin kendi değerlerinin de önemli olduğunu belirttiğini bulması bulgularımızla kısmen uygunluk gösterirken, Barlas (5)'in eğitim almanın sorunlarla başa çıkmayı olumlu yönde etkilediğini saptaması ve Lewis'in kritik bakım, stres yönetimi, ölüm ve ölme, başa çıkma konusunda eğitime katılmış hemşirelerin uygun başa çıkma yollarını daha fazla kullandığını bulması (59) bulgularımızla uygunluk göstermemektedir.

Hemşirelerin ölümü tanımlamalarına göre güçlük yaşama düzeyi ve başa çıkma yolları puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bu sonuç bize ölümü olumlu veya olumsuz olarak tanımlamanın güçlük yaşamayı ve başa çıkmayı etkilemediğini düşündürmekte ve Yurt (81)'un yaptığı çalışmada ölümü doğal bir olay olarak gören hemşirelerin çökkünlük duygusunu daha az yaşadığını saptaması düşüncemizi ve bulgumuzu desteklememektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükleri ve başa çıkma yollarını belirlemek amacıyla İstanbul ili sınırları içinde bulunan üç üniversite hastanesinin genel cerrahi, onkoloji ve hematoloji kliniklerinde gerçekleştirilen bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmamıza katılan toplam 105 hemşirenin %51.4'ü (54 kişi) 26 – 35 yaş grubunda, %55.2' si (58 kişi) evli ve %47.6'sı (50 kişi) ön lisans mezunudur. Yine hemşirelerin %35.2'si (37 kişi) 11 – 20 yıldır meslekte, %35.2'si (37 kişi) 2 – 5 yıldır bulunduğu bölümde, %57.1'i (60 kişi) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, %48.6'sı (51 kişi) Genel Cerrahi bölümünde ve %50.5'i (53 kişi) vardiyalı olarak çalıştığını belirtmiştir. Bulundukları bölüme hemşirelerin %62.9'u (66 kişi) kendi isteği ile başladığını, %48.6'sı (51 kişi) 6 – 10 hemşire olarak çalışmakta olduğunu ve %40'ı (42 kişi) 21- 30 hastadan sorumlu olduğunu belirtmiştir.

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin %50.5'i (53 kişi) çalıştıkları bölümü kendilerine kısmen uygun bulduklarını ve %15.2'si (16 kişi) bölümlerinden memnun olmadıklarını, %21.9'u (23 kişi) son bir yıl içerisinde kanser nedeniyle 11 – 20 hasta yitirdiklerini, %36.2'si (28 kişi) ölüm ve ölüme yaklaşım, %16.2'si (17 kişi) kriz girişimi, %28.6'sı (30 kişi) stres yönetimi, %68.6'sı (72 kişi) alanları ile ilgili bilgi ve beceri eğitimi aldıklarını ve bu eğitimleri hemşirelerin % 46.6'sı hizmet içi eğitimde, %16.1' okulda, %12.3 hem okul hem hizmet içi eğitimde aldıklarını belirtmiştir.

- Terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelerin %47.6'sı (50 kişi) kendisini yeterli hissettiği ve %36.2'si (38 kişi) hafif derecede sıkıntı hissettiğini belirtmiştir. Bu sıkıntılarla başa çıkma da hemşirelerin %60'ı (63 kişi) kendisini kısmen yeterli hissettiğini ve %94.3'ü (99 kişi) sıkıntılarını iş arkadaşları ile paylaştığını ifade etmiştir.

- Hemşirelerin %40'ı (42 kişi) terminal dönem kanserli hasta bakımında hissettiği sıkıntılarla ilgili psikiyatri danışmanlığı almayı düşündüğünü fakat yardım almak için bir girişimde bulunmadığını, %27.6'sı (29 kişi) bakım verdikleri terminal dönem kanserli hastalardan dolayı kendi ölümünü çok sık olarak düşündüğünü belirtmiş ve %59'u (62 kişi) ölümü, yaşamın sona ermesi ve hayati fonksiyonların sonu olarak tanımlamıştır.

Hemşirelerin Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları İle İlgili Sonuçlar

- Hemşirelerin terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlük alt boyutlarının puan ortalamaları 2.39 ile 3.79; bireyde yarattığı güçlük derecesi alt boyut puan ortalamaları 2.42 ile 3.70; güçlük yoğunluğu alt boyut puan ortalamaları ise 6.80 ile 14.86 arasında değişmekte olduğu; güçlüklerin sıklık, derece ve yoğunluk düzeylerinde birinci sırada organizasyonel güçlüklerin, ikinci sırada bakım-tedavi-prognoz güçlüklerinin, üçüncü sırada iletişim, dördüncü sırada etik ve beşinci sırada emosyonel güçlüklerin yaşandığı;

- Hemşirelerin terminal dönemdeki kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları güçlük durumlarından iletişim güçlükleri, bakım-tedavi-prognoz güçlükleri, etik güçlükler, emosyonel güçlükler ve organizasyonel güçlükler alt boyutlarının birbirleri arasında ($r = .37$ ile $r = .74$ arası) ve toplam güçlük düzeyi ile tüm bu alt boyutlar arasında ($r = .74$ ile $r = .94$ arası) ileri derecede anlamlı pozitif ilişkinin olduğu;

- Hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında en fazla sorun odaklı başa çıkma ($\bar{X}= 2,53\pm .43$) ve duygusal destek arama ($\bar{X}= 2,51\pm .54$)' yı kullandığı;

- Hemşirelerin terminal dönem kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları iletişim güçlüklerinde kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek aramayı; bakım-tedavi-prognoz güçlüklerinde kaçma/kaçınma, sorun odaklı başa çıkma ve kendini kontrol etmeyi; etik güçlüklerde kaçma/kaçınma ve kendini kontrol etmeyi; emosyonel güçlüklerde kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme, duygusal destek arama ve olumlu yaklaşımı; organizasyonel güçlüklerde sadece kendini kontrol etmeyi kullandığı;

- Lisans üstü eğitim alan hemşirelerin daha az güçlük yaşadığı ve sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandığı;

- Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarının güçlük yaşama ve başa çıkma yollarını etkilemediği;

- Çalışma süreleri 5 yıl ve altında olan hemşirelerin daha fazla emosyonel güçlük yaşadığı;

- İletişim ve emosyonel güçlükleri hematolojide, etik güçlükleri ise onkolojide çalışan hemşirelerin daha fazla yaşadığı;

- Hemşirelerin çalıştığı hastanenin, bulunduğu bölümde çalışma süresinin ve bölüme başlama şeklinin güçlük yaşama düzeylerini ve başa çıkma yollarını etkilemediği;

- Gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin bilgisel destek aramayı en az kullandığı ve en fazla güçlüğü yaşadığı;

- Çalıştıkları bölümü kendine uygun bulan hemşirelerin, terminal dönem kanser hastası bakımında bakım-tedavi-prognoz, etik ve emosyonel güçlükleri daha az yaşadığı ve başa çıkma yolu olarak mesafe koymayı daha az kullandığı;

- Çalıştıkları bölümden memnun olmayan hemşirelerin, bakım-tedavi-prognoz, emosyonel ve organizasyonel güçlükleri daha fazla yaşadığı;

- Terminal dönem kanser hastası bakımında kendini yeterli hisseden hemşirelerin en az güçlüğü yaşadığı ve sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandığı;

- Terminal dönem kanserli hastaya bakım verirken sıkıntı hissetmeyen hemşirelerin iletişim, bakım-tedavi-prognoz, emosyonel ve organizasyonel güçlükleri daha az yaşadığı ve sıkıntılarla başa çıkma da kendini yeterli hisseden hemşirelerin daha az güçlük yaşadığı;

- Terminal dönem kanserli hasta bakımında yaşadığı sıkıntılar nedeniyle psikiyatri danışmanlığını düşünüp yardım almayan hemşirelerin bakım-tedavi-prognoz ve organizasyonel güçlükleri, düşünüp yardım alan hemşirelerin emosyonel güçlükleri daha fazla yaşadıkları;

- Bakım verdiği terminal dönemdeki kanserli hastalardan dolayı kendi ölümlerini çok sık düşünen hemşirelerin iletişim güçlüklerini daha fazla yaşadığı ve kaçma/kaçınmayı daha fazla kullandığı;

- Ölüm ve ölüme yaklaşım ilgili eğitim alan hemşirelerin etik güçlükleri daha fazla yaşadığı, ölüm ve ölüme yaklaşım, stres yönetimi ve kriz girişimi ile ilgili eğitim alan hemşirelerin sorun odaklı başa çıkmayı daha fazla kullandığı;

- Hemşirelerin ölümü tanımlamalarının güçlük yaşama düzeyleri ve başa çıkma yollarını etkilemediği bulunmuştur.

ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

□ Hastanelerdeki organizasyon yapısının çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak düzenlenmesi; nitelikli hemşirelik bakımı için hasta-hemşire oranının gereken ve istendik şekilde ayarlanması;

□ Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi birimiyle işbirliğinin yapılması, hasta ve çalışanlara yönelik rehberlik ve danışmanlık alınması;

□ Hemşirelerin günlük yaşadıkları durumları ifade edebilecekleri etkileşim grup toplantılarının ve kendi kendine yardım toplantılarının yapılması;

□ Hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerle yönelik stres ve kriz yönetimi, etkili başa çıkma, iletişim becerileri, sorun çözme, danışmanlık teknikleri ve terminal hasta bakımı gibi konularda uygulanabilir, sürekli ve düzenli eğitim programlarının yürütülmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi;

□ Terminal dönemdeki hastaya bakım veren ünitelerde en az lisans düzeyinde eğitim almış ve 5 yıllık mesleki deneyimi olan hemşirelerin çalıştırılması;

□ Nöbet ve vardiyalı çalışan hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri en aza indirmek için hemşirelik kayıtlarının doğru, eksiksiz ve düzenli olarak tutulması;

□ Çalıştığı bölümden memnun olmayan hemşirelerin memnun olmama nedenlerinin araştırılması ve hemşirelerin bilgi, beceri ve yeteneklerine uygun bölümlerde çalıştırılmasının sağlanması;

□ Terminal dönem kanser hastalarıyla sık karşılaşılacak servislerde çalışanların rotasyona alınması;

□ Araştırmanın genellenebilmesi için farklı hastanelerde de çalışmaların yapılması;

□ Araştırma sonuçlarının, araştırmanın yapıldığı kurumlara bildirilmesi ve ilgili önerilerin sunulması.



7. ÖZET

Bu araştırma, terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükleri ve başa çıkma yollarını belirlemek amacıyla "tanımlayıcı" bir çalışma olarak Nisan-Mayıs 2000 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini İstanbul ili içinde bulunan üç üniversite hastanesinin genel cerrahi, onkoloji ve hematoloji servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (N=190). Evrenin tümü örneklem grubuna alınmıştır.

Araştırma; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve M.Ü. Hastanesi'nin genel cerrahi, onkoloji ve hematoloji servislerinde çalışan, direkt olarak hasta bakımına katılan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinde olmayan ve araştırmayı kabul eden 105 hemşireyle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelere "Bilgi Formu", araştırmacı tarafından hazırlanıp geçerlik ve güvenirliği yapılan "Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi" ve hemşireler için geçerlik ve güvenirliği Sever tarafından yapılmış "Başa Çıkma Yolları Ölçeği" uygulanarak veriler toplanmış ve bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi (Anova), "t" testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında;

Araştırmaya katılan hemşirelerin terminal dönem kanserli hasta bakımında sırasıyla organizasyonel ($\bar{X}=14.86\pm5.45$), bakım-tedavi-prognoz ($\bar{X}=10.71\pm2.80$), iletişim ($\bar{X}=8.85\pm2.69$), etik ($\bar{X}=8.40\pm2.86$) ve emosyonel ($\bar{X}=6.80\pm2.99$) güçlükleri yaşadıkları ve başa çıkma yollarından sorun odaklı

başı çıkma ($\bar{X}=2.53\pm.43$) ve duygusal destek aramayı ($\bar{X}=2.51\pm.54$) en fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin terminal dönem kanser hastasına bakım verirken yaşadıkları iletişim güçlüklerinde kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme ve duygusal destek aramayı; bakım-tedavi-prognoz güçlüklerinde kaçma/kaçınma, sorun odaklı başı çıkma ve kendini kontrol etmeyi; emosyonel güçlüklerde kaçma/kaçınma, kendini kontrol etme, duygusal destek arama ve olumlu yaklaşımı; organizasyonel güçlüklerde sadece kendini kontrol etmeyi kullandıkları belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda bulgular tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.



8. SUMMARY

DIFFICULTIES THAT THE NURSES MEET WHILE TAKING CARE OF TERMINAL PATIENTS OF CANCER AND THE WAYS OF COPING

This research has been a descriptive study designed to determine the difficulties that the nurses meet while taking care of terminal patients of cancer and ways of coping . It was carried out from April to May 2000.

The nurses working in general surgeon, oncology and hematology clinics of three university hospitals in İstanbul have formed universe of this research (N=190). The whole of the universe has been taken as the sample group.

The research has been determined by the 105 nurses working in general surgeon, oncology and hematology clinics of İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Practice and Research Hospital, İstanbul University İstanbul Medical Faculty Practice and Research Hospital and Marmara University Hospital, participating care of the patients directly, was not on leave during the research was being done and accepting to participate to the research.

Data have been collected from nurses participating to research using "Information Form", " Questionnaire on the Difficulties in Terminal Care of Cancer Patients" was prepared and checked in considering the reliability & validity by researcher, "Ways of Coping Questionnaire" was checked in considering the reliability & validity by Sever on nurses and processed through SPSS programme in the computer. In the evaluation of the data Pearson correlation analysis, "t" test and variance analysis (Anova) have been used.

When the results were examined;

Those have been found that the nurses participating in the research have experienced orderly organizational ($\bar{X}= 14.86\pm5.45$), care-treatment-prognose ($\bar{X}= 10.71\pm 2.80$), communication ($\bar{X}= 8.85\pm2.69$), etic ($\bar{X}= 8.40\pm2.86$) and emotional ($\bar{X}= 6.80\pm2.99$) difficulties and have used mostly problem-focused coping ($\bar{X}= 2.53\pm.43$) and seeking emotional support ($\bar{X}= 2.51\pm.54$) from ways of coping.

Those have been found that while the nurses were caring of terminal patients of cancer they used only self-controlling in organizational difficulties; escape/avoidance, self-controlling, seeking emotional support and positive reappraisal in emotional difficulties; escape/avoidance, problem-focused coping and self-controlling in care-treatment-prognose difficulties; escape/avoidance, self-controlling, seeking emotional support in communication difficulties.

This findings were discussed and recommendations were offered according to the results.

9. KAYNAKLAR

1. Alataş G. Demir Ç. Ölümü beklemek. Günlük Uygulamada Psikiyatri. 1998; 2: 6-8.
2. Alçalar N. Kanserde psikososyal bakım: Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yay.4., İstanbul, 1997; 98-101.
3. Bailey R. Clarke M. Stress and coping in nursing: Chapman and Hall Ltd. London, 1989.
4. Baltaş A. Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları.14.Basım. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1995.
5. Barlas G. İstanbul ili hemodiyaliz birimlerinde çalışan hemşirelerde görülen depresyon belirtileri ve başa çıkma yöntemleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1998.
6. Beck CT. Nursing students' experiences caring for dying patients. J Nurs Educ. 1997;36:9(abst):408-415.
7. Benoliel JQ. Loss and terminal illness. The Nursing Clinics of North America. 1985; 20: 2: 439-448.
8. Berksun OE. Psikososyal ve medikal yönleriyle kayıp, yas, ölüm. Kriz Dergisi.1995; 3: 1-2: 81-82.
9. Birol L. Akdemir N. Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği.Sanem Matbaası, Ankara, 1991; 14-19.

10. Carson VB. The grief experience: Life's losses and endings. In: Interpersonal Relationship. Arnold E. Boogs KU. (eds).Third ed. WB Saunders Company, USA, 1999;169-194.
11. Cooper LC., Mitchell S. Nursing the critically ill and dying. Human Relations. 1990; 43: 4: 297-311.
12. Destounis N. Ölümcül hastalığa yakalanan hastaların psikolojisi. Liyezon Psikiyatri Sempozyumu Kitabı (I-II). (Çev:İmre H.), İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1993:69-80.
13. Erenel AŞ. Vural G. Jinekolojik kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin saptanması. Hemar-G Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 1999;1:70-79.
14. Ergin K. Ölümü yaklaşan hasta ve bakımı. Türk Hemşireler Dergisi. 1985; 35: 1: 15-18.
15. Ergin N. Akyapraklı A. Onkoloji alanında çalışan sağlık personeli ile diğer tıp alanlarında çalışan sağlık personelinin 'kansere karşı geliştirdikleri tutumların incelenmesi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı. Cilt II. İzmir, 1990; 229-234.
16. Ergin YD. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; 7: 125-118.
17. Featherstone MS. Loss, dying and death. In: Medical Surgical Nursing. Third edition. Mosby Company, USA, 1993; 297-311.
18. Gençtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Evrim Matbaacılık, İstanbul, 1993;123-128.

19. Görgülü R.S. Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara, 1988.
20. Görgülü S. Hemşirelik ve iş stresörleri. Türk Hemşireler Dergisi. 1990;1:39:23.
21. Gray-Toft AP. Anderson JG. Sources of stress in nursing terminal patients in a hospice. Omega. 1987; 17:1:27-39.
22. Harris RB. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaption framework. Adv. Nurs. Sci. 1989; 11 : 2 : 12 -28
23. Hughes MK. Palliative Care and end of Life Issues. Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul, 25. Şubat 2000.
24. İnanc N. Kanserli hasta ve yeni bir deneyim. Türk Hemşireler Dergisi. 1982; 32: 4: 15-18.
25. İnanc N. Kanserli hastada danışma. Türk Hemşireler Dergisi. 1983; 33: 2: 53-59.
26. Işıl Ö. Kanserli hastalarda görülen psikolojik tepkiler. Hemşirelik Forumu. 1998; 1: 5: 224-225.
27. Kaptı KH. Ölümü yaklaşan hastanın bakımı: Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yay. 4., İstanbul, 1997; 105-109.
28. Kara ÖM. Terminal hastalık ve çocuk konsültasyon-liyezon psikiyatrisindeki yeri. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildirileri. Novartis A.Ş. İstanbul, 1996; 112-116.

29. Kayaalp L. Ölüm karşısında hasta ve sağlık personeli. Sendrom Dergisi. Eylül. 1993; 19-23.
30. Keene MA. Hawks HJ. Medical Surgical Nursing. II. ed. WB. Saunders Company, USA, 1995; 49-55.
31. Kömürcü N. Hemşirelerin ölecek hastayı ve onun ailesini anlamalarına ilişkin tutumları. Sağlık Dergisi. İstanbul, 1996.
32. Kutlu SY. Durumsal kriz yaşayan ailelerin sorunla başa çıkma yolları ve hemşirelik bakımının etkinliğinin araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul, 1995.
33. Kübler- Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. (Çev: Terakye G.). Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1992.
34. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Çev: Büyükkal B.). Mü-Ka Matbaacılık, İstanbul, 1997.
35. Lees S. Ellis N. The desing of a stress menagement programme for nursing personel. Journal Adv. Nurs. 1990; 15: 8: 946-961.
36. Lewars M. Caring for dying patients. Nursing Mirror. 1983; 5: 42-44.
37. Mandel HR. Nurses' feelings about working with the dying. American Journal of Nursing. June. 1981; 81: 6: 1194-1197.
38. McCain LN. Smith J. Stress and coping in the context of psychoneuroimmunology: A holistic framework for nursing practice and research. Archives of Psychiatric Nursing. 1994; VII: 4: 221-227.

39. McCaron A. Stress in cancer care and coping strategies. Nursing Times. 1995;91:41:11-12
40. McHaffie HE. The assesment of coping. Clinical Nursing Reseharch. 1992; 1: 1: 67-79.
41. Mills M. Davies HTO. Macrae WA. Care of dying patient in hospital. British Medical Journal. 1994; 309: 583-586.
42. Munley S A. Sources of hospice staff stress and how to cope with it. The Nursing Clinics of North America. 1985; 20: 2: 343-355.
43. Numerof RE. Abrams NM. Sources of stress among nurses: An emprical investigation. Journal of Human Stress. Summer, 1984; 88-99.
44. Okyavuz Ü. Ölüm ve ölümcül hastalık. Kriz Dergisi. 1995; 3: 1-2: 185-189.
45. Özaltın G. Ölüm halindeki hasta. Yayınlanmamış Ders Notları.
46. Özaltın G. Ölümcül hastaya yaklaşım. 3P Dergisi. 1996; 4(ek sayı): 3: 40-42.
47. Özcan A. Hemşire- Hasta ilişkisi ve iletişim. Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic. Ltd. Şti. İzmir, 1996; 159-167.
48. Özcanarslan F. Poliklinik ve servislerde kanser tanısı alan hastalara bakım veren hemşirelerde stres yaratan faktörlerin saptanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara, 1990.
49. Özet A. Işıkhani V. Kömürcü Ş. Kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin iş doyumları. Türk Onkoloji Dergisi. 1998; 13 :1.

50. Özkan M. Psikiyatri. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi Kongresi Bildirileri. Novartis A.Ş. 1996; 21-28.
51. Özkan S. Liyezon modeli içinde kanser hastalarına bütüncül hizmet. III. Ulusal Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Özetleri. Pfizer İlaçları A.Ş. 1995; 58-66.
52. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser :Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. İstanbul, 1993; 153-172.
53. Özkürkçügil ÇA. Tanatoloji: Ölmekte olan hastaya yaklaşım. 3P Dergisi. 1998; 6: 2: 133-138.
54. Pektekin Ç. Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Kum N. (ed.) Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul, 1996; 9-37.
55. Ritman M. Paige P. Rivera J. Sutphin L. Godown I. Phenomological study of nurses caring for dying patients. Cancer Nursing. 1997;20:2(abst):115-119.
56. Robinson JA. Lewis DJ. Coping with ICU Work-Related Stressors: A Study. Critical Care Nurse. 1990;10:5:80-88.
57. Roper N. Logan WW. Tierney JA. The Elements of Nursing. Pearson Professional Ltd. Fourth Edition. Livingstone. 1996; 395-420.
58. Schmale AH. Discussion of "Stress and coping as factors in health and illness" by Lazarus. In: Psychosocial Aspect of Cancer. Raven Pressi, New York, 1982:191-197.

59. Sever DA. Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul, 1997.
60. Sever DA. Tedavi hizmetlerinde çalışan hemşirelerin işlevlerini yerine getirirken karşılaştıkları sorunlar ve yaşadıkları stresin araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi. İstanbul, 1988.
61. Sorensen KC. Livesley B. Dying as a diagnosis: difficulties of communication and menagement in elderly patient. The Lancet. 1983; 8351: 2: 670-672.
62. Stora JB. Stres. İletişim Yayınları. (Çev: Kalın A.).1992;52-54.
63. Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınevi, 7. Baskı, Ankara, 1997.
64. Şahin NH. Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlaması Türk Psikoloji Dergisi. 1995;10:34:56-73.
65. Şahin NH. Durak BA. Bir özel hastahannede sağlık personelinde iş doyumu ve stres. Türk Psikoloji Dergisi. 1997;39:12:57-75.
66. Şenocak M. Biyoistatistik. Dilek Ofset, İstanbul, 1997.
67. Taşpınar AH. Tortum OB. Ertem M. Cerrahi Onkoloji. Türkiye Kanserle Savaş Vakfı, 1995; 55-58.
68. Tatar Ü. Yürügen B. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelik Bülteni. 1990; IV: 16: 49-61.

69. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995; 99-109.
70. Terakye G. Kum N. Ölümü beklenen hastalara ve ailelerine yaklaşımın öğrenci hemşirelere öğretilmesi. I. Ulusal Hemşirelik Sempozyumu Kitabı. Hilal matbaacılık, İstanbul, 1988; 99-105.
71. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. II. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
72. Turcer SM. Hasta Bakım Standartları. (Çevi: Yıldırım Ş.). Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayını.
73. Twycioss RG. Terminal bakım: Organizasyon ve teknik yönleri: Kansere Ağrısı. (Çev: Altan A. Kutlu F.). Logos Yayıncılık A.Ş. İstanbul, 1987; 145-155.
74. Tyner R. Elements of empathic care for dying patients and their families. The Nursing Clinics of North America. 1985; 20: 2: 393-401.
75. Uçar H. Ölüm kavramı ve ölümcül hastada hemşirelik bakımı. Hemşirelik Esasları. Birlik Ofset Ltd. Şti. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul. 1997; 195-201.
76. Ullrich A. Fitzgerald P. Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. Soc. Sci. Med. 1990; 31: 9: 1013-1022.
77. Ünal M. Stres ve psikosomatik tıp. Türk Psikiyatri Dergisi. 1990; 1; 3.
78. Velioğlu P. Pektekin Ç. Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1991; 80-82.

79. Yiğit R. Hasta ve ailesine ölümle başetmelerinde yardım etme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2:2:9-15.
80. Yıldız B. Terminal dönemde hasta ve hemşirelik yaklaşımı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları. İstanbul. 1996.
81. Yurt V. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin duygu ve görüşlerinin incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. AKM. İzmir. 1990
82. Yurt V. Stres. Türk Hemşireler Dergisi. 1986;36;4;9-11.
83. Yürekli A. Kanseri hastanın psikolojik durumu. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1990; 6: 1: 57-67.
84. _____ Coping With Cancer A Resource ForThe Healt Professional. NIH. Publication USA. 1980; 87-92.
85. _____ Hemşireler İçin Kanseri El Kitabı. Amerikan Kanseri Birliği. Kanseri Hemşireliği Derneği. IV. Sanat Okulu Matbaası, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı. 1996.
86. _____ Kanseri Hemşireliğinde Temel Kavramlar. I.Baskı. Türk Kanseri Araştırma ve Savaş Kurumu, 1987.

10. EKLER

EK.1. TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTA BAKIM GÜÇLÜKLERİ ANKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

EK.2. TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTA BAKIM GÜÇLÜKLERİ ANKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINDA GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

EK.3. VERİLERİN TOPLANDIĞI ARAÇLAR

- BİLGİ FORMU
- TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTA BAKIM GÜÇLÜKLERİ ANKETİ
- BAŞA ÇIKMA YOLLARI ÖLÇEĞİ

EK.1. TERMINAL DONEM KANSERLI HASTA BAKIM GUÇLUKLERI ANKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Stres, bireysel algılamaların fiziksel ya da emosyonel kaynakları tükettiğinde ortaya çıkan durumdur (59). Psikolojide stres, kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sürükleyen, acı veren, bunaltı ve üzüntü verici yaşam olayları olarak tanımlanır (77).

Bir olayın stres düzeyinin en doğru ölçümü o olayın oluşum sıklığı ve olayla ilgili stres derecesinin bir fonksiyonu olarak görülmelidir (59).

Terminal dönem kanserli hasta bakımında hemşirelerin güçlüklerini ölçmek için hazırlanan anket, literatür taraması yapıldıktan ve uzman kişilerle görüşüldükten sonra iki yönlü olarak düzenlenmiştir.

Anketin birinci yönü hemşirelerin terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin sıklığını, ikinci yön ise bu güçlüklerin hemşireler üzerinde yarattığı güçlük derecesini saptayabilmek için oluşturulmuş ve iki tür bilgi elde edilmesi planlanmıştır.

Ankette yer alan maddelerin iki aşamada yanıtlanmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Birinci aşamada hemşirelerden o maddede yer alan durumla ne sıklıkla karşılaştıklarını beşli likert tipi ölçek üzerinde "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "sık sık", "her zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Böylece güçlüklerin yaşanma sıklığı belirlenebilmektedir. İkinci aşamada ise hemşirelerden karşılaştıkları bu durumun kendilerinde ne derece güçlük yarattığını beşli likert tipi bir ölçek üzerinde "güçlük yaratmaz", "hafif derecede", "orta derecede", "çok güçlük yaratır", "aşırı derecede" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Anketin bu yönünden elde edilecek puanlarla da hemşirelerin ne derece güçlük yaşadıkları saptanabilmektedir. Bu iki yönü ölçebilmek için maddelerin puanlaması 1-2-3-4-5 olarak yapılmıştır.

Güçlüklerin hemşireleri ne ölçüde etkilediği, sıklık ve güçlük derecesine verilen cevaplar sonucu hesaplanmıştır. Her iteme ilişkin güçlük puanı, sıklık ve

derecenin çarpımıyla 1 ile 25 arasında değişebilecek bir puan olarak hesaplanmıştır.

Madde oluşturma aşamasında, hemşirelerde stres, terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin stresli buldukları olaylarla ilgili literatür taraması yapılmış ve 58 maddeden oluşan bir araç oluşturulmuştur. Maddeler ve yanıtlama biçimi belirlendikten sonra araç uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri sonucunda madde sayısı 56'ya indirilmiş ve ifadelerde önerilen düzeltmeler yapılmıştır. Daha sonra soru ve maddelerin anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla örneklem grubu dışında tutulan ve terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım veren 30 kişilik bir hemşire gurubuyla ön uygulama gerçekleştirilmiş ve anlaşılmayan ifadeler tekrar düzeltilerek madde sayısı 54' indirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda anketin kapsam yönünden geçerli olduğu belirlenmiştir.

Bu aşamada uzman görüşlerinin ve literatürün doğrultusunda ankette "iletişim güçlükleri", "bakım-tedavi-prognoz güçlükleri", "etik güçlükler", "emosyonel güçlükler" ve "organizasyonel güçlükler" olarak beş alt boyut belirlenmiştir (Tablo 1). Puanlar, alt boyutta yer alan maddelerden alınan puanların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir.

Yapılan bu çalışmalar sonucu İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bioistatistik bölümüyle görüşülmüştür. Bu görüşmenin ışığı altında Terminal Dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketinin güvenilirlik çalışmasının örneklem grubunda uygulanmasına karar verilmiş ve anketler örneklem grubuna uygulanmıştır(N=105).

Aracın güvenilirliği, iç tutarlılık ve değişmezlik ölçümleri olan Kuder-Richardson 20 (Alpha) katsayısı ve madde-toplam korelasyonu ile hesaplanmıştır. Her maddenin varyansı ve toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi saptayan madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları maddeden maddeye farklılık göstermiştir (Tablo 3). Nunnally' e göre (1967) en düşük kabul edilen $r=0.15$ 'tir (59). Tablo 3' de 54 madde için madde- toplam puan korelasyonu r değerlerinin 15 ve üzeri olduğu görülmektedir. Kuder-Richardson20 analizinde güvenilirlik kat sayıları yada alfa değerleri toplam 54 madde için güçlüklerin yaşanma sıklığı, derecesi ve yoğunluğu sırasıyla $\alpha .91$, $\alpha .93$, $\alpha .92$ olarak

bulunmuş ve alt boyutların α değerleri .46 ile .83 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (Tablo 2). Oluşturulan alt boyutların α değerleri kabul edilir nitelikte olduğu için faktör analizi yapılmamıştır. Bu çalışmalar sonucunda terminal dönemdeki kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin güçlüklerini belirlemek amacıyla geliştirilen aracın geçerli geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Tablo1. Terminal dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketi Alt Boyutları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Madde Numaraları
İletişim Güçlükleri	13	1,2,3,25,26,27,28,41,44,45,48,49,53
Bakım-Tedavi-Prognoz Güçlükleri	20	4,5,6,7,8,20,21,29,30,31,32,34,35,36,42,43,46,47,50,54
Etik Güçlükler	6	11,12,18,19,37,51
Emosyonel Güçlükler	11	9,10,13,14,15,16,22,23,38,39,52
Organizasyonel güçlükler	4	17,24,33,40

Tablo 2. Güçlüklerin Sıklığı, Derecesi ve Yoğunluğu Puan Ortalamaları ile Güvenirlilik Katsayıları (N:105)

Alt Boyutlar	Sıklık			Derece			Yoğunluk		
	$\bar{X}$	SS	α	$\bar{X}$	SS	α	$\bar{X}$	SS	α
İletişim Güçlükleri (IG)	2.91±	.50	.74	2,82±	.61	.77	8.85±	2.69	.77
Bakım-Tedavi-Prognoz Güçlükleri(BTPG)	3.22±	.49	.81	3.10±	.58	.83	10.71±	2.80	.83
Etik Güçlükler(EG)	2.78±	.47	.46	2.75±	.71	.68	8.40±	2.86	.61
Emosyonel Güçlükler(EMG)	2.39±	.59	.73	2.42±	.68	.75	6.80±	2.99	.75
Organizasyonel Güçlükler(OG)	3.79±	.80	.71	3.70±	.80	.74	14.86±	5.43	.77
Toplam Güçlük Düzeyi (TGD)	2.98±	.43	.91	2.91±	.55	.93	9.57±	2.53	.92

Tablo 3. Terminal dönem Kanserli Hasta Bakım Güçlükleri Anketindeki Güçlüklerin Yaşanma Sıklığı, Derecesi ve Yoğunluğuna Göre Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları (N=105)

<u>Madde</u> (54)	<u>Sıklık</u> r	<u>Derece</u> r	<u>Yoğunluk</u> r	<u>Madde</u> (54)	<u>Sıklık</u> r	<u>Derece</u> r	<u>Yoğunluk</u> r
1	.27	.33	.27	28	.45	.49	.51
2	.35	.33	.39	29	.54	.47	.48
3	.28	.39	.39	30	.48	.43	.35
4	.29	.39	.36	31	.43	.48	.40
5	.32	.31	.35	32	.46	.50	.50
6	.36	.29	.30	33	.43	.52	.50
7	.42	.46	.47	34	.46	.47	.47
8	.34	.35	.31	35	.51	.55	.51
9	.25	.40	.26	36	.37	.49	.48
10	.41	.57	.53	37	.33	.26	.26
11	.14	.48	.35	38	.60	.58	.62
12	.26	.50	.37	39	.45	.44	.40
13	.40	.40	.43	40	.48	.61	.62
14	.15	.15	.17	41	.46	.56	.52
15	.33	.38	.40	42	.43	.52	.44
16	.27	.42	.32	43	.44	.50	.52
17	.41	.47	.52	44	.53	.48	.54
18	.32	.36	.31	45	.42	.34	.33
19	.17	.38	.30	46	.45	.51	.49
20	.26	.52	.46	47	.21	.31	.26
21	.33	.32	.29	48	.46	.53	.45
22	.42	.53	.50	49	.41	.44	.35
23	.49	.48	.48	50	.32	.53	.48
24	.34	.52	.50	51	.45	.57	.54
25	.33	.47	.36	52	.29	.40	.31
26	.40	.50	.48	53	.39	.40	.39
27	.30	.30	.32	54	.42	.51	.53
					α .91	α .93	α .92

**EK.2. TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTA BAKIM GÜÇLÜKLERİ
ANKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINDA
GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

Prof Dr. Zehra DURNA	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Nesrin AŞTI	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Nuray ENÇ	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Nermin OLGUN	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Rukiye PINAR	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Ahmet DİRİCAN	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç.Dr. Özlem IŞIL	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Aynur D. SEVER	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Sakine MEMİŞ	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Sezgi Ç. MENTEŞ	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Günay CAN	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Uzm. Hemşire Nazmiye KAÇMAZ	İ.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı Psikiyatri Hemşiresi

EK.3. VERİLERİN TOPLANDIĞI ARAÇLAR

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma, terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadığınız güçlükleri ve bu güçlüklerle başa çıkmak için kullandığınız yöntemleri tanımlamak amacıyla planlanmıştır.

Anketlerde isim belirtmeniz gerekmemektedir.

Ayıracağınız zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş.Gör. Nevin GONÇE

BİLGİ FORMU

Bu formda bireysel özellikleriniz ve araştırma konusu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Yanıtlar, seçenekleri işaretleme ve boşlukları doldurma şeklindedir.

1 . Yaşınız ?

2 . Medeni durumunuz ?

- ☐ a . Bekar
- ☐ b . Evli
- ☐ c . Aynı yaşıyor
- ☐ d . Boşanmış
- ☐ e . Dul (Eşi ölmüş)

3 . Eğitim durumunuz ?

- ☐ a . Sağlık Meslek Lisesi
- ☐ b . Ön Lisans Mezunu
- ☐ c . Lisans Mezunu
- ☐ d . Lisans Üstü

4 . Meslekte çalışma Süreniz ? ay / yıl

5 . Çalıştığınız Hastane :

6 . Çalıştığınız bölümün adı ?

- ☐ a . Genel Cerrahi
- ☐ b . Onkoloji
- ☐ c . Hematoloji

7 . Çalıştığınız bölümde çalışma süreniz ? ay / yıl

- 8 . Bu bölümde çalışmaya başlama şekliniz ?
☐ a . Kendi isteğimle
☐ b . Tayin / Atama
☐ c . Diğer (Açıklayınız .)
- 9 . Çalıştığınız bölümdeki hemşire sayısı ?.....
- 10 . Mesai saatinde bakımından sorumlu olduğunuz hasta sayısı ?
- 11 . Mesai şekliniz ?
☐ a . Sürekli gündüz
☐ b . Sürekli gece
☐ c . Gündüz ve bazen nöbet
☐ d . Vardiya değişimi
- 12 . Sizce çalıştığınız bölüm size ne derece uygun ?
☐ a . Uygun
☐ b . Kısmen uygun
☐ c . Uygun değil
- 13 . Çalıştığınız bölümden memnun musunuz ?
☐ a . Memnunum
☐ b . Kısmen memnunum
☐ c . Memnun değilim
☐ d . Diğer (Açıklayınız)
- 14 . Eğitim ve meslek yaşamınızda aşağıdakilerden hangisiyle ilgili bir eğitim aldınız ?
Ne zaman? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)
☐ a . Ölüm ve ölme Ne zaman ?
☐ b . Kriz girişimi Ne zaman ?
☐ c . Stres yönetimi Ne zaman ?
☐ d . Alanınızla ilgili bilgi ve beceri eğitimi Ne zaman ?
- 15 . Terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken ne derece yeterli olduğunuzu hissediyorsunuz?
☐ a . Yeterli hissediyorum
☐ b . Kısmen yeterli hissediyorum
☐ c . Yetersiz hissediyorum
- 16 . Terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken sıkıntı hissediyor musunuz ?
☐ a . Sıkıntı hissetmiyorum
☐ b . Hafif derecede sıkıntı hissediyorum
☐ c . Orta derecede sıkıntı hissediyorum
☐ d . Çok fazla sıkıntı hissediyorum
- 17 . Terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadığınız sıkıntıları kiminle paylaşıyorsunuz ? (birden fazla yanıt verebilirsiniz)
☐ a . Eşimle ☐ d . İdarecimle
☐ b . Ailemle ☐ e . Hiç kimseyle
☐ c . İş Arkadaşlarımla ☐ f . Diğer

18 . Terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadığınız sıkıntılarla ilgili psikiyatri danışmanlığı almayı düşündünüz mü?

- ☐ a . Düşündüm ve yardım aldım
- ☐ b . Düşündüm ama yardım almadım
- ☐ c . Düşünmedim

19 . Terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadığınız sıkıntılar ile başa çıkmada kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?

- ☐ a . Yeterli hissediyorum
- ☐ b . Kısmen yeterli hissediyorum
- ☐ c . Yetersiz hissediyorum

20 . Bakım verdiğiniz terminal dönemdeki kanserli hastalardan dolayı kendi ölümünüzü düşündüğünüz oldu mu?/ Oluyor mu?

- ☐ a . Hiç düşünmedim
- ☐ b . Nadiren
- ☐ c . Çok sık

21 . Sizce ölüm nedir ?

22 . Son bir yıl içinde kanser nedeniyle kaç hastanızı yitirdiniz?.....



TERMİNAL DÖNEM KANSERLİ HASTA BAKIM GÜÇLÜKLERİ ANKETİ

Bu anket, terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken karşılaştığınız güçlükleri belirlemek üzere hazırlanmıştır.

Anketteki hasta kelimesi terminal dönemdeki kanserli hastayı tanımlamaktadır.

Her bir ifadeyi okuduktan sonra, öncelikle o ifade ile ne sıklıkla karşılaştığınızı ifadenin sol tarafındaki sıklık bölümünden size en uygun olan bölüme işaretleyiniz. Daha sonra bu durumun sizde ne kadar güçlük yarattığını ifadenin sağ tarafındaki güçlük derecesinden size en uygun olan bölüme işaretleyiniz. Her soruyu cevapladığınızdan emin olunuz.

Örnek madde :

Ajite olan hastaya bakım vermayla *sık sık* karşılaşırım ve bu bende *orta derecede* güçlük yaratır.

1 - Hiçbir Zaman 2 - Nadiren 3 - Bazen 4 - Sık sık 5 - Her zaman		1 - Güçlük Yaratmaz 2 - Hafif Derecede 3 - Orta Derecede 4 - Çok Güçlük Yaratır 5 - Aşın Derecede
☐	1 . Sözel iletişim zorluğu olan hastaya bakım verme	☐
☐	2 . Ajite olan hastaya bakım verme	☐
☐	3 . Üzüntülü ve ağlayan hastaya bakım verme	☐
☐	4 . Hastanın yapılan her aktiviteyi kontrol etmek istemesi	☐
☐	5 . Tedavi ve bakım işlemlerinin karmaşık olması.....	☐
☐	6 . Tedavide kullanılan ilaçların sağlığını üzerine olumsuz etkilerinin olması.....	☐
☐	7 . Sosyal güvencesi olmayıp, ekonomik sorunu olan hastaya bakım verme.....	☐
☐	8 . Hastaya verdiğim bakımın diğer ekip üyesi tarafından önemsenmemesi	☐
☐	9 . Hastanın sevilen yakın birini hatırlatması.....	☐
☐	10 . Hastanın çalışma saatlerim içinde ölmesi.....	☐
☐	11 . Hastanın terminal dönemde olduğunu bilmesi	☐
☐	12 . Hastanın terminal dönemde olduğunu bilmemesi	☐
☐	13 . Hastayı ölümden koruyamama gibi düşüncelerden dolayı suçluluk yaşama.....	☐
☐	14 . Tedaviye olumlu sonuç alınmamasından dolayı hastaya karşı öfke duyma.....	☐
☐	15 . Hasta bakımının ailevi ve sosyal ilişkilerimi olumsuz etkilemesi	☐
☐	16 . Duygusal güçlük yaratacak kadar hastanın bana bağımlı olması.....	☐
☐	17 . Bakım için gerekli araç ve malzemenin yeterli olmaması	☐
☐	18 . Aile üyelerinin hastanın durumunu bilmesi	☐

1 - Hiçbir Zaman
2 - Nadiren
3 - Bazen
4 - Sık sık
5 - Her zaman

1 - Güçlük Yaratmaz
2 - Hafif Derecede
3 - Orta Derecede
4 - Çok Güçlük Yaratır
5 - Aşırı Derecede

☐	☐	☐	☐	☐	19 . Aile üyelerinin hastanın durumunu bilmemesi	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	20 . Hastanın çok fazla ağrı çekmesi	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	21 . Nöbet ve vardiyalarda hasta ile ilgili diğer ekip üyelerine zor ulaşma.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	22 . Hastanın yaşamını kurtaramamaktan dolayı başarısızlık duygusu hissetme.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	23 . Hasta bakımından sonra tükenmişlik hissetme.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	24 . Serviste az personelin çalıştırılması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	25 . Hastayla ölümü konuşma.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	26 . Hastaya durumu hakkında bilgi verme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	27 . Diğer ekip üyeleri ile iletişim kopukluğu ve çatışmalar.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	28 . Hemşireler ve hemşire yöneticileriyle ilgili iletişim kopukluğu ve çatışmalar.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	29 . Genç bir hastaya bakım verme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	30 . Hastanın fiziksel bakım gereksinimlerini karşılama.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	31 . Tedavinin başarısız olmasından dolayı hastanın sitemkar davranması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	32 . Sürekli tedavi ve bakıma rağmen iyileşme umudunun az olması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	33 . Hasta için özel bir odanın olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	34 . Hastanın tedavi ve bakımı kabul etmemesi	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	35 . Terminal dönemde olmayan diğer hastalara fazla zaman ayıramama.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	36 . Hasta bakımının akraba ziyaretleri ile aksaması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	37 . Hastanın ötenazi istemesi	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	38 . Tüm çabalara rağmen olumlu sonuç alınamadığından çaresizlik ve yetersizlik yaşama.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	39 . Aile üyeleri tarafından kendimi reddedilmiş olarak hissetme.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	40 . Fazla sayıda hastadan sorumlu olma	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	41 . Hastanın sürekli isteklerde bulunması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	42 . Aile üyelerine zaman ayıramama	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	43 . Hastanın çok fazla zayıflaması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	44 . Hasta ailelerine hastanın durumu hakkında bilgi verme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	45 . Hastanın kendi durumuyla ilgili sorunlarını dinleme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	46 . Kötü kokulu yaralara bakım verme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	47 . Aile üyelerinin hastanın bakımında bana güvenmemeleri	☐	☐	☐	☐	☐

1 – Hiçbir Zaman
2 – Nadiren
3 – Bazen
4 – Sık sık
5 – Her zaman

1 – Güçlük Yaratmaz
2 – Hafif Derecede
3 – Orta Derecede
4 – Çok Güçlük Yaratır
5 – Aşırı Derecede

☐	☐	☐	☐	☐	48 . Diğer ekip üyeleri ile bilgi, deneyim ve duygu paylaşımının olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	49 . Hemşireler arası bilgi, deneyim ve duygu paylaşımının olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	50 . Aile üyelerinin hasta bakımı ile ilgili sürekli isteklerde bulunması	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	51 . Yaşamın gereksiz yere uzatıldığını düşünme	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	52 . Kişisel duygularımın verdiğim hasta bakımını etkilemesi	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	53 . Aile üyelerinin duygusal gereksinmelerini karşılama.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	54 . Kemoterapi gören hastanın çok fazla yan etkiye maruz kalması (Bulantı, kusma vs).....	☐	☐	☐	☐	☐

BAŞA ÇIKMA YOLLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin sorunlarla başa çıkmasını ifade eden cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi okuyarak terminal dönemdeki kanserli hastaya bakım verirken yaşadığınız güçlüklerle başa çıkmak için bunları ne ölçüde kullandığınızı gösteren seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her soruyu cevapladığınızdan emin olunuz.

	Kullanmadım	Biraz Kullandım	Oldukça Kullandım	Çok Kullandım
1 . Olayın üzerinde durmayarak yapmam gereken diğer bir işe yöneldim.....	☐	☐	☐	☐
2 . Sorunu daha iyi anlayabilmek için tahlil ettim	☐	☐	☐	☐
3 . Kafamdaki düşüncelerden uzaklaşmak için başka bir işle uğraşmaya başladım	☐	☐	☐	☐
4 . Zamanın bir çok şeyi değiştireceğini, bu nedenle yapılacak tek şeyin beklemek olduğunu düşündüm.....	☐	☐	☐	☐
5 . Olayların muhasebesini yaparak olumlu sonuçlar çıkarmaya çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
6 . İşe yaramayacağını bildiğim halde bir şeyler yaptım,en azından bir şeyler yapmış oldum.....	☐	☐	☐	☐
7 . Olaydan sorumlu kişiyi ikna etmeye çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
8 . Durum hakkında daha fazla bilgi edinmek için birisiyle konuştum.....	☐	☐	☐	☐
9 . Kendimi eleştirdim ya da kendi kendime öğüt verdim.....	☐	☐	☐	☐
10 . Geriye dönüş yapabilmek için açık kapı bıraktım.....	☐	☐	☐	☐
11 . Bir mucize olmasını ümit ettim.....	☐	☐	☐	☐
12 . Şansım bazen kötü gittiği için kaderime razı oldum.....	☐	☐	☐	☐
13 . Hiçbir şey olmamış gibi hayatıma devam ettim.....	☐	☐	☐	☐
14 . Duygularımı kendime sakladım, hiç kimseyle paylaşmadım.....	☐	☐	☐	☐
15 . Her şeyin iyi yönünü görmeye çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
16 . Her zamankinden daha az uyudum.....	☐	☐	☐	☐
17 . Soruna neden olan kişiye/kişilere kızgınlığımı ifade ettim.....	☐	☐	☐	☐
18 . İnsanlardan gelen şefkat ve anlayışı kabul ettim.....	☐	☐	☐	☐
19 . Kendimi daha iyi hissetmeme yardım edecek şeyleri kendime söyledim.....	☐	☐	☐	☐
20 . Yaratıcı bir şeyler yapmak istedim.....	☐	☐	☐	☐
21 . Sorunu bütünüyle unutmaya çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
22 . Uzman bir kişiden yardım aldım.....	☐	☐	☐	☐
23 . Kendimi iyi yönde değiştirdim ya da geliştirdim.....	☐	☐	☐	☐

	Kullanmadım	Biraz Kullandım	Oldukça Kullandım	Çok Kullandım
24 . Harekete geçmeden önce ne olacağını görmek için bekledim.....	☐	☐	☐	☐
25 . Durumu düzeltmek için özür diledim ya da bir şeyler yaptım.....	☐	☐	☐	☐
26 . Yapacağım şeyleri planladım ve uyguladım.....	☐	☐	☐	☐
27 . En çok istediğim diğer bir şeyi yaptım.....	☐	☐	☐	☐
28 . Bir yolunu bulup duygularımı açığa vurdum.....	☐	☐	☐	☐
29 . Kendime sorun yarattığımı fark ettim.....	☐	☐	☐	☐
30 . Bu durumu yaşamak bana güç kazandırdı.....	☐	☐	☐	☐
31 . Soruna gerçek çözüm getirecek kişi ile konuştum.....	☐	☐	☐	☐
32 . Sorundan bir süre uzaklaşmak için dinlenmeyi yada tatil yapmayı denedim.....	☐	☐	☐	☐
33 . Yiyerek, içki içerek, sigara içerek, uyuşturucu madde ya da sakinleştirici ilaç v.b. kullanarak kendimi daha iyi durumda hissetmeye çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
34 . Büyük bir riski göze aldım ya da çok riskli bir şeyler yapmaya çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
35 . Ön yargılarımın etkisinde kalarak çok aceleci davranmamaya çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
36 . Yeni inançlar buldum.....	☐	☐	☐	☐
37 . Soğuk kanlılığımı kaybetmeden onurumu korudum.....	☐	☐	☐	☐
38 . Yaşamda neyin önemli olduğu konusunda fikrim değişti.....	☐	☐	☐	☐
39 . Durumu düzeltmek için bazı şeyleri değiştirdim.....	☐	☐	☐	☐
40 . İnsanlarla birlikte olmaktan kaçındım.....	☐	☐	☐	☐
41 . Sorun üzerinde fazla düşünmemeye çalışarak beni etkilemesine izin vermedim.....	☐	☐	☐	☐
42 . Saygı duyduğum bir arkadaş ya da akrabadan tavsiye istedim.....	☐	☐	☐	☐
43 . Her şeyin ne kadar kötü olduğunu başkalarından sakladım.....	☐	☐	☐	☐
44 . Durumu hafife aldım, çok fazla ciddiye almadım.....	☐	☐	☐	☐
45 . Hissettiklerimi başkalarıyla tartıştım.....	☐	☐	☐	☐
46 . İstedğim şey için boyun eğmeden mücadele ettim.....	☐	☐	☐	☐
47 . Öfkemi diğer insanlardan çıkardım.....	☐	☐	☐	☐
48 . Geçmiş deneyimlerimi göz önüne aldım.....	☐	☐	☐	☐
49 . Ne yapılmasını gerektiğini biliyordum, bu yüzden işlerin yürütmesi için çabamı iki katına çıkardım.....	☐	☐	☐	☐
50 . Böyle bir şeyin olduğuna inanmak istemedim.....	☐	☐	☐	☐
51 . Bir dahaki sefer her şeyin farklı olacağına dair kendi kendime söz verdim.....	☐	☐	☐	☐
52 . Soruna farklı çözüm yolları buldum.....	☐	☐	☐	☐
53 . Hiçbir şey yapamadığı için durumu kabullendim.....	☐	☐	☐	☐
54 . Duygularımın olaylardan çok fazla etkilenmemesine çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
55 . Olanları veya hissettiklerimi değiştirebilmeyi istedim.....	☐	☐	☐	☐

	Kullanmadım	Biraz Kullandım	Oldukça Kullandım	Çok Kullandım
56 . Kendimle ilgili bazı şeyleri değiştirdim.....	☐	☐	☐	☐
57 . İçinde bulunduğum zamandan veya yerden daha iyisini hayal ettim.....	☐	☐	☐	☐
58 . Durumun ortadan kalkmasını veya herhangi bir şekilde sona ermesini arzu ettim.....	☐	☐	☐	☐
59 . Durumun nasıl gelişeceği ile ilgili fantezilerim ve dileklerim oldu.....	☐	☐	☐	☐
60 . Dua ettim.....	☐	☐	☐	☐
61 . Kendimi en kötüsüne hazırladım.....	☐	☐	☐	☐
62 . Ne söyleyeceğimi ya da ne yapacağımı düşündüm.....	☐	☐	☐	☐
63 . Takdir ettiğim bir kişinin böyle bir durumu nasıl ele alabileceğini düşündüm ve onu örnek aldım.....	☐	☐	☐	☐
64 . Olayları bir başkasının bakış açısından görmeye çalıştım.....	☐	☐	☐	☐
65 . Durumun çok daha kötü olmuş olabileceğini kendime hatırlattım.....	☐	☐	☐	☐
66 . Koşu yada egzersiz yaptım.....	☐	☐	☐	☐

11. ÖZGEÇMİŞ

22. 10. 1974 yılında İstanbul'da doğan Nevin GONÇE ONAN, ilk öğrenimini Kırklareli'de, orta öğrenimini Sinop'ta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır. 1991-1995 yılları arasında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda hemşirelik eğitimi tamamlamıştır. 1995-1996 eğitim-öğretim yılında Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi'nden Pedagojik Formasyon sertifikası almıştır. 1997-1998 Eğitim-Öğretim Yılı bahar döneminde İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Özel Alman Hastanesi bebek odası ve yenidoğan yoğun bakımda 4 ay, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisinde 3,5 yıl yatak başı hemşiresi olarak çalışmıştır. 29.Nisan.1999 tarihinde M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başlamış ve halen bu görevine devam etmektedir.

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği üyesi olan Nevin GONÇE ONAN evli olup, ingilizce bilmektedir.