

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AROMATERAPİNİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRES VE ANKSİYETELERİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Nadiye BARIŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

ADANA-2015

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AROMATERAPİNİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRES VE ANKSİYETELERİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Nadiye BARIŞ

HEMŞİRELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Tez No:

ADANA-2015

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her safhasında sabır, özveri ve bilgi birikiminin yanında samimiyetini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'a, araştırmamın istatistiksel alanında rehberliğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN'a ve Yrd. Doç. Dr. İlker ÜNAL'a, araştırma süresince yanımda olan Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'ndeki tüm çalışma arkadaşlarıma, katkılarından dolayı değerli Prof. Dr. Anış ARİBOĞAN ve Prof. Dr. Şule AKIN hocalarıma,

Araştırmamın yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığım süreçte gerçekleşmesi ve belli bir zaman aralığında çalışmakta olan yoğun bakım hemşireleri üzerine olması nedeniyle yaşamış olduğum zorlukların üstesinden gelmemde manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme, yakın arkadaşlarım Erdi EREN, Ali Can KUNT ve Gülsüm DEMİR'e değerli katkılarından dolayı sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Nadiye BARIŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. STRES.....	5
2.1.1. Stresin Tanımı.....	5
2.1.2. Stresin Etkileri	6
2.2. ANKSİYETE	8
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	8
2.2.2. Anksiyetenin Organizma Üzerine Etkileri.....	9
2.2.2.1. Fizyolojik Tepkiler	9
2.2.2.2. Psikolojik Tepkiler.....	10
2.2.2.3. Zihinsel Tepkiler.....	10
2.3. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE STRES VE ANKSİYETE	10
2.4. AROMATERAPİ.....	14
2.4.1. Aromaterapinin Tanımı.....	14
2.4.2. Aromaterapinin Tarihi	15
2.4.3. Aromaterapi Uygulama Yöntemleri	17
2.4.4. İnhalasyon ve Koku Fizyolojisi	18
2.4.5. Aromaterapinin Bazı Kullanım Alanları.....	20
2.4.6. Aromaterapi Uygulamalarında Dikkat Edilmesi Gereken Genel Kurallar	21
2.4.7. Aromaterapinin Stres ve Anksiyetede Kullanımına İlişkin Araştırmalar.....	23
2.4.8. Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi.....	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	27
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	28
3.3.2. Araştırma Sonlandırma Ölçütleri.....	28
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-I)	29
3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK-II)	29
3.4.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) (EK-III)	30
3.4.4. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) (EK-IV)	30
3.4.5. VAS/ Memnuniyet (Görsel Analog Skala) (EK-V).....	31
3.4.6. Uygulama Kayıt Formu (EK-VI).....	31
3.5. ÖN UYGULAMA	31
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	32
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	36
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri.....	37
4.2. Hemşirelerin Araştırma Gruplarına Göre Genel Karşılaştırılması	40
4.3. Hemşirelerin Aşamalara ve Gruplara Göre ASÖ ve Kaygı Skorları	43
4.4. Hemşirelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Kan Basıncı ve Nabız Değerleri	50
4.5. Araştırmaya İlişkin Katılımcıların Görüşleri	52
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	60
EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 2.1. Lavantada bulunan bazı etkin maddelerin özellikleri	15
Şekil 2.1. Koku fizyolojisi	19
Şekil 2.2. Limbik sistemin yapısı	20
Şekil 3.1. Deney grubu yağ Şişesi	33
Şekil 3.2. Kontrol grubu yağ Şişesi	33
Şekil 3.3. Araştırmada kullanılan esansiyel yağ	34
Şekil 3.4. Dijital tansiyon aletiyle kan basıncı ve nabız ölçümü	34
Şekil 3.5. Uygulama sırasında katılımcının pozisyonu	34
Şekil 3.6. Uygulama akış Şeması	35
Şekil 4.1. Hemşirelerin her iki aşamadaki gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları	48
Şekil 4.2. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları	50

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Hemşirelerin demografik özellikleri	38
Çizelge 4.2. Hemşirelerin bazı mesleki özellikleri	39
Çizelge 4.3. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili görüşleri	40
Çizelge 4.4. Hemşirelerin gruplara göre demografik bilgileri	41
Çizelge 4.5. Hemşirelerin gruplara göre bazı mesleki özellikleri.....	42
Çizelge 4.6. Hemşirelerin gruplara göre meslekleri ile ilgili görüşleri.....	43
Çizelge 4.7. İlk aşamada deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlama dereceleri	44
Çizelge 4.8. İkinci aşamada deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlama dereceleri	45
Çizelge 4.9. Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarında elde ettikleri ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlama dereceleri.....	46
Çizelge 4.10. Hemşirelerin ilk aşamada gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları	47
Çizelge 4.11. Hemşirelerin ikinci aşamada gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları	48
Çizelge 4.12. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları.....	49
Çizelge 4.13. Hemşirelerin gruplara göre uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri	51
Çizelge 4.14. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
STAI-I	: Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI-II	: Sürekli Kaygı Ölçeği
VAS/Memnuniyet	: Görsel Analog Skala (Visual Analog Skala)
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
CYB	: Cerrahi Yoğun Bakım
KRYB	: Koroner Yoğun Bakım
NRYB	: Nöroloji Yoğun Bakım
KVCYB	: Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım
DYB	: Dahiliye Yoğun Bakım
BCYB	: Beyin Cerrahi Yoğun Bakım
ÇYB	: Çocuk Yoğun Bakım
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KB	: Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
P	: İstatistiksel Anlamlılık Seviyesi
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
Vb.	: Ve Benzeri
Cm	: Santimetre
Mm	: Milimetre
SSapma	: Standart Sapma
Min	: Minimum

Maks	: Maksimum
EEG	: Elektroensefalografi
CgA	:Kromogranin
IgA	:İmmunoglobulin A
GAS	:Genel Adaptasyon Sendromu

ÖZET

Aromaterapinin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Stres ve Anksiyeteleri Üzerine Etkisi

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Stresin sürekli ve yoğun yaşanması anksiyeteye neden olur. Hemşirelik, stresin yoğun yaşandığı mesleklerden biridir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımının kalitesinin yükselmesi, hemşirelerin stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılması ile yakından ilişkilidir. Bu araştırmada, aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kendinden kontrollü ve yarı deneysel klinik bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışmakta olan 45 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Görsel Analog Skala kullanılmıştır. Hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası arteriyel kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda hemşirelere uygulanan lavantanın stres ve anksiyete düzeyi ile yaşam bulguları üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak kontrol ve deney grubunda yer alan hemşirelerin uygulama öncesine göre uygulama sonrasında durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p<0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$). Çalışma saatleri içerisinde fiziksel çevre düzenlemesi yapılmış bir odada geçirilen 10-15 dakikalık sürenin hemşirelerin anksiyetesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Aromaterapi, Hemşire, Stres/Anksiyete, Yoğun bakım

ABSTRACT

The Effects of Aromatherapy on the Stress and Anxiety Levels of Nurses Working in Intensive Care Units

Stress is a condition that occurs when the physical and psychological borders of the organism are threatened. If stress is experienced continuously and intensively for a long time, it causes anxiety. Nursing is one of the professions which experiences intensive stress. In particular, increasing the quality of nursing care in intensive care units is directly related with decreasing nurses' stress and anxiety levels. This study aims to investigate the effects of aromatherapy on the stress and anxiety levels of nurses working in intensive care units. The study is self-controlled and quasi experimental clinical study in nature. Sample of the study is 45 nurses working in the intensive care units of Baskent University Adana Medical and Research Center-Yuregir Hospital and Cukurova University Balcalı Hospital. The data were collected through the Personal Information Questionnaire developed by the researcher, Perceived Stress Scale, State-Trait Anxiety Inventory and Visual Analog Scale. Arterial blood pressure and pulse of nurses were measured before and after the application. Statistical analysis was performed using SPSS 20.0 for Windows. The lavender applied to nurses was found to have no effects on stress and anxiety levels or vital signs ($p>0.05$). However there was a significant decrease in the nurses' state anxiety scores before and after the application in the experimental and control groups (experimental group $p<0.001$, control group $p<0.001$). Results show that spending 10 to 15 minutes in a physically improved environment during working hours has positive effects on nurses' anxiety.

Key Words: Aromatherapy, Nurse, Stress/Anxiety, Intensive care unit

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durum olup, canlının kendini korumasına yönelik vücudun gösterdiği bir tepki mekanizmasıdır (1). Bu tepkiler, fiziksel ve psikolojik olabileceği gibi her iki yapıda da görülebilir. Stres sürekli olmadıkça organizma için faydalıdır. Stresin sürekli ve uzun süre yaşanması anksiyeteye neden olur (2).

Anksiyete bilinmeyen ve anlaşılamayan bir tehlikeyi bekleme ve bunun ortaya çıkardığı huzursuzluk ve gerginlik hissidir (3). Bilinmeyen tehlike karşısında uyanıklık oluşur (4). Hafif-orta düzey bir anksiyetenin performansı artırıcı etkiye sahip olduğu 20. yüzyılın başından bu yana bilinmektedir. Adaptif olarak nitelenebilecek bu tür bir anksiyete, belli durumlar karşısında insanın daha becerikli ve işlevsel hale gelmesini sağlar (5).

Anksiyetenin sürekli yaşanması sonucunda fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar ortaya çıkar (6).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı ortamlar olarak değerlendirilmektedir (7).

Hastanelerin özellikle yoğun bakım üniteleri yoğun bakıma ihtiyaç duyan, terminal dönemde, yoğun stres altında olan hasta ve hasta yakınlarına hizmet verilmesi nedeniyle çalışanlar açısından oldukça stresli ortamlardır (8). Bunun yanı sıra belirsizlik ve bilinmezliğin sıklıkla yaşandığı yoğun bakım ünitelerinde, her an acil bir durumun oluşma olasılığı ve yaptığı işlemlerde yanlışlık yapma korkusu bu ünitelerde çalışan hemşireleri etkileyen stresörler arasında sayılabilir (9). Akbal-Ergün ve ark.'larının (2001) yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeylerini inceleyen araştırmalarında hemşirelerin %25.5'inin yüksek düzeyde ve %48.9'unun ileri düzeyde stresli olduğu belirlenmiştir (8).

Aromaterapi, aromatik bitkilerden elde edilen esans yağlarının, koku yollarındaki reseptörler üzerinden organizmayı etkilemesi esasına dayanan tedavi şekline denilmektedir (10). Bu etkilerin, başlıca koku yolu olan tractus olfactorius üzerinden limbik sistem ve hipotalamusa kadar uzanan bağlantılar vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir (11). Esansiyel lavanta, aromaterapide en çok tercih edilen yağ olup geniş bir kullanım alanına sahiptir (12). Birçok araştırma lavantanın sakinleştirici, uyumaya yardımcı, ağrıyı ve kas spazmını azaltıcı fonksiyonları ile antiseptik fonksiyonunu ortaya koymaktadır (13). Lavanta yağı günümüzde aromaterapi ve masajda sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca lavanta yağının stres ve depresyon belirtilerini azaltma, duygudurumu düzeltme, anksiyeteyi hafifletme gibi birçok yararından söz edilmektedir (14, 15).

Yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin mesleki stresleri üzerine yapılan bir araştırmada lavanta ve misk ada çayı esansiyel yağlarının topikal uygulaması sonucu yoğun bakım hemşirelerinin algılanan stres düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (16).

Literatürde konu ile ilgili uluslararası düzeyde araştırmalara rastlansa da ülkemizde, aromaterapinin yoğun bakım hemşirelerinin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisine yönelik benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Araştırma, aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ:

H₀: Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere 10-15 dakika süreyle lavanta inhalasyonunun uygulanması stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasında etkili değildir.

H₁: Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere 10-15 dakika süreyle lavanta inhalasyonunun uygulanması stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasında etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres, aslında günlük hayatın bir parçasıdır (17). Çoğu insan, bazen farkına varmasa bile yoğun bir stres altındadır. Kişilerde gerilim yaratan olaylar, eski çağlardan beri süregelenmiştir (18). İnsanların mağarada yaşam dönemlerinde yırtıcı hayvanlarla ya da kendi aralarındaki savaş sırasında yaşadıkları gerilim yaratıcı olaylar, günümüzde teknolojik, ekonomik, politik ve sosyal konularda yaşanan hızlı değişimlerle devam etmektedir (19).

Günlük rutin yaşamımızda değişikliğe neden olan herhangi bir durum, stres verici olabilir (19). İyi ya da kötü ne olursa olsun yaşamımızdaki zihinsel değişiklikler, stresli durumlardır. Somut değişiklikler kadar, zihinsel değişiklikler de strese yol açarlar. Günlük hayatımızdaki şahit olduğumuz iddialar, yorumlar, anlaşmazlıklar ve çatışmalar da stres yaşamamıza neden olurlar (18).

Stres hayatın bir gerçeğidir (20). Günümüz koşulları, insanları genel olarak gergin kılmakta, baskı altında tutmaktadır. Her birimizin yaşamını etkileyen bir deneyim olan stres, genellikle olumsuz, kötü bir durum olarak düşünülür (21). Ancak stresin aynı zamanda olumlu bir yanı da vardır (1). Herkes için değişken ama belirli bir dozda stres etkili bir işleyiş için gereklidir (20). Uygun düzeyde olduğu sürece gelişmeye yardımcı olan stres, aşırı olduğu durumlarda ise bireyin tüm biyolojik ve psikolojik kaynaklarını tüketen bir durum olarak değerlendirilmektedir (8, 22, 23, 24).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (7). Sağlık çalışanı hizmetini sunarken, çok farklı düzeyde sağlık sorunu yaşayan hasta ve hasta yakını ile karşılaşmaktadır. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun

stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (25).

Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve stresle başetme durumunun incelendiği bir araştırmada hemşirelerin orta düzeyde işe bağlı gerginlik yaşadıkları, işe bağlı gerginlik yaşama durumu ile stresle başetme durumunun yakından ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca işe bağlı gerginlik arttıkça stresle başetmenin azaldığı saptanmıştır (26).

2.1. STRES

2.1.1. Stresin Tanımı

Sözcük anlamı olarak baskı, yerme, gerilim, şiddet, yük, zarar, endişe, duygusal çöküntü, benlik tehdidi, güvenliğin tehdidi olarak kullanılmaktadır (20). Türk Dil Kurumu ise stresi ruhsal gerilim olarak tanımlamaktadır (27). Latince ‘estrica’, İngilizce ‘stres’, Fransızca ‘estrece’ sözcükleri ile ifade edilmiştir (6).

Stres, 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır (6). 18. ve 19. yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (18).

Selye (1956), stres konusuyla ilgilenen öncü bilim adamlarındandır ve stresi, “vücuda yüklenilen herhangi bir özel olamayan isteme karşı vücudun tepkisi” olarak, Claude Bernard ise stresi; “organizmanın dengesini bozan uyarılar” olarak tanımlamaktadır (22). Cüceloğlu’ na göre stres, “bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir” (18).

Selye, Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) adını verdiği stres karşısında bedenın 3 belirgin aşamada tepki gösterdiği bir süreç tanımlamıştır. Bunlar alarm, direnç ve tükenme aşamalarıdır. Alarm aşamasında stres yaratıcı faktör fark edilir ve biyokimyasal tepkiler harekete geçirilerek beden kendini korumaya hazırlanır. Strese uyum yapıldıkça direnç ortaya çıkar. Stres yaratıcı faktör ortadan kalkmaz ve etkisini sürdürmeye devam ederse beden tükenme aşamasına girer ve her türlü hastalığa açık hale gelir (28). Alarm dönemi özellikleri yeniden ve geriye dönüşsüz yıkımlarla tekrar başlar (6).

Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Bireyin i  ve dış dengesini bozar. Stresi meydana getiren faktörlere “stresör” denir (1). İçsel ya da dışsal kaynaklardan gelen uyaranlardır. Olumlu ya da olumsuz olabilirler (29). Mekanik kaynaklar, mikroorganizmalar, vücut salgıları, fiziksel, psikolojik ve sosyal kayıplar ve değişiklikler stresör rolü oynayabilir. Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlı, kendisini korumaya yönelik olarak savunma mekanizmalarını harekete geçirir. Bu savunma mekanizması yardımıyla birey, bir tehlike anında başa  ıkamayacağına inandığı durumdan ya uzaklaşmaya çalışır ya da bu durum ile savaşır ve böylelikle yeni şartlara uyum sağlar (1). “Stresle başa çıkmak”, stresin etkisini hep olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenme anlamına gelir (6). Stresörle yetersiz baş etme durumunda düşünce sürecinde bozulma, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ilişkilerde bozulma görülebilir (7, 9, 22, 24).

2.1.2.Stresin Etkileri:

Stres durumunda insanlarda hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkar (1). Bedensel değişiklikler, bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar, kişilik ve  evre gibi bireysel koşullara bağlı olarak birçok değişiklikler gösterir. Bu değişiklikler ayrı ayrı ya da bedensel ve psikolojik yapıların her ikisinde birden de ortaya çıkabilir (7).

Stres Etkisindeki İnsan: Kişi stresle baş edemediği zaman bazı davranışsal belirtiler gösterir. Bunlar:

- Önemli veya önemsiz daha önceden verilebilen kararları vermekte güçlük,
- Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terk edilmişlik duyguları,
- Alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklik,
- En iyi olanı değil, garanti olanı seçme,
- Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık dalgaları,
- Sigara ve içki içme eğiliminin artması
- Kişisel hata ve başarısızlıkları sürekli düşünme,
- Aşırı hayal kurma, sık sık düşüncelere dalıp gitme,
- Duygusal ve cinsel hayatta olumsuz davranışlar,
- Birlikte olunan kişiye aşırı güven veya güvensizlik,
- Alışılışıktan daha titiz veya işin gerektirdiğinden daha fazla çalışma,
- Konuşma ve yazıda belirsizlik ve kopukluk,
- Nispeten önemsiz konularda aşırı endişelenme veya tam tersine gerçek problemler karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık,
- Sağlığa aşırı ilgi,
- Uyku bozukluğu (zor uyuma veya gece boyu sık sık uyanma),
- Ölüm ve intihar düşüncesinin sık sık tekrarlanmasıdır (1,7).

Stres insanı yakın duygusal ilişkilerden uzaklaştırmakta, verimliliğini düşürmekte ve en önemlisi hayattan aldığı zevki azaltmaktadır. Strese karşı verilen tepkiler, uzun bir zaman dilimi içinde, kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar. Stresin yoğunluğu ve sıklığı, zaman faktörünü kısaltabilir (1). Başarısızlık ve uyumsuzluk gibi olumsuz sonuçlara neden olan stresin kronikleşmesi durumunda; psiko-fizyolojik bozukluklar ve tükenme meydana gelir (8, 23, 25, 30).

2.2. ANKSIYETE

Stres yaratan faktörlere uzun süre maruz kalma durumunda bireyi fizyolojik ve psikososyal anlamda olumsuz etkileyen bir diğer duygulanım durumunun anksiyete olduğu ifade edilmektedir (31).

2.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı ve endişe duygusu ve yaşantısıdır (32). Anksiyete veya endişe, canlılarca deneyimlenen kaygı, korku, gerilim, sıkıntı halidir. Canlıların dış ortama uyum çabasında koruyucu bir tepkidir (33). Anksiyete, nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz veya kaynağı tartışmalı olan bir tehdide cevaptır (34). Denetim dışına çıkıp kişinin işlevselliğini aksattığında anksiyete bozuklukları olarak incelenir. Psikiyatride bir grup hastalığın genel adıdır (33). Optimal düzeydeki anksiyete bireyin gelişmesini, olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar. Şiddeti belirli bir düzeyin üzerine çıkarsa bireyin duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozup paniğe yol açabilir (32).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin amacı başlangıçta, ilkel insanı çevresinden gelebilecek tehlikelere karşı korumaya yönelikken çağımızda ise kendilik değerine yönelik tehditler, grup ve toplum dışına itilme, rekabet gücünden yoksun bırakma gibi tehditlerle ortaya çıkmaktadır. Yani ilkel insanda biyolojik özellik ön planda iken, çağımız insanında psikolojik ve sosyal özellik ön plana çıkmaktadır (35).

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehdide tepki olarak hissedilen bir gerilim, tetikte olunması için gelen bir uyarıdır (36). Yaklaşan tehlikeler için uyarmakta ve kişinin tehdit ögesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır (37). Diğer yandan anksiyete, stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı psikolojik bir tepki olarak da tanımlanmaktadır (31). Tüm insanlar yaşamları boyunca farklı derecelerde

anksiyete yaşayabilir. Birçok insan için anksiyete, normal sınırlarda; bazılarında durumsal ve kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli olarak yaşanır (36). Yaşanan anksiyetenin süresi uzun ve şiddeti yoğun olduğu zaman, organizmada fizyolojik, psikolojik ve zihinsel düzeyde değişiklikler meydana gelmektedir (31).

Bireyin kaygı düzeyi durumluk ya da sürekli olabilir (20, 27). Durumluk kaygı kişiyi zorlayan şartlar altında ortaya çıkarken durumun bitişi ile birlikte ortadan kalkmaktadır. Sürekli kaygı ise kişiye ait bir vasıf olarak var olur ve çeşitli durumlarda daha fazla hissedilmekle beraber hayatın bütününe kaplamaktadır (1). Hovardaoğlu'nun (38) bildirdiğine göre stres ve kaygı literatürü incelendiğinde durumsal kaygının, stres verici olaylarla karşılaştığında başa çıkma mekanizmalarını tetikleyici rol oynadığını; buna karşılık sürekli kaygının, başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalmasıyla ilişkili olduğu ileri sürülebilir. Ayrıca kaygı ile depresyon arasındaki bağlantıyı inceleyen bazı araştırmaların bulguları, durumsal kaygının geçici bir koşul olduğunu ve ortamın özel koşullarından etkilendiğini; sürekli kaygının ise bir yatkınlık olarak kişilik özellikleriyle, stres algısı ve depresyonla daha yakından bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir (39, 40).

2.2.2. Anksiyetenin Organizma Üzerine Etkileri

Anksiyetenin organizma üzerine etkileri üçe ayrılır. Bunlar;

2.2.2.1. Fizyolojik Tepkiler: Stres ve anksiyete durumunda organizmada nöroendokrin mekanizmalar harekete geçmektedir. Bu mekanizmaların etkisi ile sempatik sinir sistemi uyarılmakta, periferik damarlarda vazokonstriksiyon, kalp atım hızı ve kasılma gücünde artma ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda ise organizmada sodyum ve su tutulumuna bağlı olarak kan hacmi ve buna bağlı olarak da kan basıncı artmaktadır (41). Ayrıca bronşlarda genişleme, solunum sayısının artması, pupillalarda dilatasyon gözlenir. Bunun yanında deride soğukluk, terleme, ağızda kuruluk, gastrointestinal sistem hareketlerinde azalma, iştah kaybı, bulantı-kusma, halsizlik, baş dönmesi, titreme, motor aktivitede

artma, sık idrara çıkma, diyare, ses titremesi ya da ses tonu değişikliği gözlenir (42).

2.2.2.2. Psikolojik Tepkiler: Huzursuzluk, konsantre olma yeteneğinde azalma, sinirlilik, güvensizlik, kontrolünü kaybetme, korku, çaresizlik, ağlama, başkalarını suçlama eğilimi, kendini ve başkalarını eleştirme eğilimi, çekingenlik, girişim azlığı, öfke, hayalcilik-felaketi sezinleme olarak sıralanabilir (42).

2.2.2.3. Zihinsel Tepkiler: Konsantrasyonda azalma, çevreye karşı ilginin az olması, unutkanlık, dikkatte azalma, fazla düşünme, gelecek ya da şimdiki zamandan daha çok geçmişe yönelme olarak sıralanabilir (42).

2.3. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE STRES VE ANKSİYETE

Literatürde stres ve anksiyete ile ilgili araştırmaların çoğunlukla hemşireler ile yapıldığı görülmektedir (16, 43). Hemşireler hem çoğunluğu kadın olan bir meslek grubu olmaları hem de işleri dışında farklı rol ve sorumluluklar yüklenmeleri nedeniyle stres ve anksiyete ile ilgili araştırmaların odak grubunu oluşturmaktadırlar. Kılıç'ın bildirdiğine göre yapılan araştırmalar hemşirelerin çalışmaları sırasında yaşadıkları bu yoğun stres nedeniyle diğer sağlık gruplarına göre daha fazla mesleki tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir (44).

Diğer yandan hemşireler, hasta ve ailesi ile 24 saat boyunca en fazla beraber olan konumları nedeniyle sağlık ekibi içerisinde kilit rol oynamaktadırlar. Tüm bunlar hemşirelik mesleğinin stresli bir meslek olarak nitelendirilmesine neden olmaktadır (45).

Yapılan bir araştırmaya göre yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %49'unun aşırı derecede stresli olduğu ve %21'inin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır (8).

ICN (Uluslararası Hemşireler Konseyi)'e göre hemşirelerde en önemli stres kaynakları:

- 1) Ölmek üzere olan birine bakım verme ve ölüm,
- 2) Gözetmen hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerini de içine alan meslektaşlarıyla olan çatışma,
- 3) Hastalar ve ailelerinin duygusal gereksinimleriyle başa çıkmada yetersiz hazırlık,
- 4) Personel desteğindeki eksiklik,
- 5) İş yükü,
- 6) Tedavi planlarıyla ilgili belirsizliktir (46).

ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) ise hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (47).

Her birey, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimlere karşı algılanan stres düzeyindeki farklılıklar nedeniyle farklı tepkiler verir (28). Bu farklılıklar bireylerin sahip olduğu; bilişsel değerlendirme, başa çıkma kaynakları, daha önce benzer bir deneyimin yaşanması, kişilik özelliği, beklentileri, stresörün; süresi, şiddeti, etkilediği alan, olaylara ve değişimlere bakış açısı ile ilgilidir (21, 22, 48). Algılanan stresin bireysel farklılıklar göstermesi aynı ortamda çalışan hemşirelerin bazılarının daha rahat bazılarının ise oldukça gerilim yaşamalarına neden olabilir. Oysa etkin bir bakım sunabilmeleri için sakin olmaları, kendilerini tanıyabilmeleri, stresleri ile başa çıkabilmeleri ve hastalarına terapötik bir yaklaşımda bulunabilmeleri gerekir (49).

Yoğun bakımda çalışan hemşireler diğer ünitelere göre ölüm sürecinde ve acı çeken bireylerle daha sık karşılaşır. Bu nedenle hemşirelerin duygusal yönden zorlandığı görülür (50). Ayrıca hemşirelerin yaşadıkları bireysel ve

mesleki bazı yetersizlikler, hastanın canını acıtan birtakım girişimleri yapma gerekliliği suçluluk, korku, gerginlik, hayal kırıklığı, güçsüzlük ve anksiyete gibi çeşitli duyguları deneyimlemelerine neden olur. Bütün bu nedenlerden dolayı hemşirelik mesleği üyelerinin psikolojisi bozulabilir (30). İşle ilgili benzer olumsuzluklar uzun süreli ise kişi işine yabancılaşır ve duygusal olarak tükenir (8).

Yoğun bakım ünitelerinin diğer çalışma alanlarına göre daha stresli ortamlar oldukları yapılan araştırmalarla da ortaya konmuştur (9). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile çeşitli stres deneyimleri yaşamaktadırlar (30). Acil hasta kabulü yapmak, acil tedavi ve bakım girişimleri için her an hazır bulunmak, üstlendikleri klinik sorumlulukların meslektaşlarına göre fazlalığı, bakım verdikleri hastaların prognozlarının kötülüğü ve kötüleşmesi, çalışma ortamındaki uyaranlar, karmaşık teknoloji, makine gürültüleri, koşuşturmalar, sürekli güçlü ışık vb. çalışanların stresini arttıran faktörler olarak bildirilmektedir (8, 51). Kararlara katılmak hemşirelerin stresini azaltırken, iş birliğinde problem, yetersiz kadro ve bozuk araç gereç gibi faktörler streslerini arttırmaktadır. Hemşireler yoğun bakımda olmaya bağlı yaşadıkları ruhsal ve bedensel tepkileri sırasıyla; kendini yorgun ve bitkin hissetme, eskiye oranla daha fazla stres yaşama, mizacının sık değişmesi, kolay öfkelenme ve baş ağrısı olarak bildirmiştir (8).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaşadıkları stres kaynakları ile ilgili yapılan araştırmalarda farklı stres kaynaklarından söz edilmektedir. Konu ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre, stres yaratan nedenler; ünite yönetimi, kişiler arası ilişkiler, hasta bakımı, bilgi ve yetenek, fiziki ortam, yaşam şartları ve yönetsel ödülleri olarak belirtilirken; başka bir araştırmada işten kaynaklanan strese, yönetim şeklinin çok önemli olduğu ve çalışma sürelerinde standardizasyon yapılması gerektiği, görevlendirmelerde çalışanların isteğinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (30, 52).

İletişim sorunları, az konuşma, ilişkilerde duygusal tonun azalması, kendi beden diline özen göstermeme, ani/oransız öfke patlamaları, uzun konuşmalardan sıkılma ve etkin dinlemede zorluk yaşama, rekabete karşı

koymayı becerememe, panik, kendine güvensizlik, iş yerindeki sorunlara aşırı duygusal tepki verme en sık görülen stres belirtileridir (51, 53). Bunun yanı sıra karışık durumlarda başarısızlık, kararsızlık yaşama, dayanışma eksikliği, katılımcılığın azalması, iş kazalarının artması, işe devamsızlığın artması, iş performansının düşüklüğü, kalite kontrolünde hataların artması ve hatalara karşı vurdumduymaz davranma iş yerinde stres belirtileri arasındadır (53).

Anksiyetenin neden olduğu bu semptomlar, çalışma alanında kişilerin daha sağlıklı ve verimsiz olmasına neden olmaktadır (35). Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını aynı zamanda iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır (25, 54). İş yerinde yaşanan stresin ve anksiyetenin derecesi, yapılan işin özelliğine göre değişmektedir (35). İş yerindeki uzun süreli ve sık olarak tekrarlayan stresli deneyimlerin bireylerde migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına, anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, iş veriminde azalma, işe devamsızlık, tükenme sendromu, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür (25, 54). Tüm sağlık çalışanları gibi hemşirelerde de depresyon ve anksiyete gelişme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (20).

Verilen hizmetin kalitesi, hizmet veren kişilerin kendilerini iyi hissetmeleri ile doğrudan ilgilidir. Bu nedenle insan sağlığı ile uğraşan kişilerde fiziksel ve mental sağlığın üst düzeyde tutulması önemlidir (30). Çünkü yapılacak küçük bir hata kötü sonuçlar doğurur (35).

Çalışma alanında ortaya çıkan stresörlerin pek çoğu önlenabilir niteliktedir. Bu stresörler, çoğunlukla işveren veya ekip üyelerinden kaynaklanır. Bu nedenle çalışan ekipte anksiyete yaratacak durumların belirlenip, uygun çözüm yollarının aranması önemlidir (35). Özellikle bu birimlerde çalışan hemşirelerin stres ile baş etme konusunda zaman zaman desteklenmeleri hem performanslarını hem de motivasyonlarını olumlu yönde etkileyecektir (20).

2.4. AROMATERAPİ

2.4.1. Aromaterapinin Tanımı

Fitoterapi tıbbi amaçlarla bitkinin bir bölümünün ya da tamamının kullanılmasıdır. Aromaterapi ve aromatoloji (aromaterapiye benzer ama masaj içermez) sadece distilasyon (damıtma) ve sıkma yöntemleriyle elde edilen esansiyel yağları kullanan fitoterapi dalıdır (55). Aromaterapi, bitkisel öz yağlarla yapılan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (56). Başka bir tanıma göre aromaterapi uçucu yağlar ve uçucu yağ taşıyan bitkiler (aromatik bitkiler) ile masaj, kompres, inhalasyon ve banyolar yoluyla uygulanan destekleyici bir tedavi şeklidir. Günümüzde özellikle destekleyici terapi yöntemleri arasında aromaterapinin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (57).

Özdemir'in (58) bildirdiğine göre Buckle (59) aromaterapiyi “Tamamen bitkilerden elde edilen yağların kullanımı”, “Terapötik uçucu yağların inhalasyon yoluyla koklanarak ya da diğer yollarla iyileştirmesi” ve “Bitkilerden elde edilen uçucu yağların masaj, friksiyon, inhalasyon, kompres ve banyo yoluyla uygulanarak doğal tedavi sağlaması” şeklinde tanımlamıştır.

Terapötik yarar için esansiyel uçucu yağların kullanımı yeni değildir. Aromaterapi için kullanılan melisa, okaliptus, lavanta gibi birçok yağ özü vardır. Bu yağlar, ağrı stres ve anksiyeteyi azaltmada, stresle başa çıkma mekanizmalarını geliştirmede, psikolojik olarak iyilik hali duygusunu arttırmada etkilidir (15, 60, 61, 62). Aromaterapide yaygın olarak kullanılan lavanta esansiyel yağının, esansiyel yağlar içinde en az toksik ve alerjik etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (56). Lavanta, ballıbabagiller familyasından değerli bir uçucu yağ bitkisidir. Akdeniz Bölgesi'nde geniş bir yayılım göstermekte; Bulgaristan, İngiltere, Almanya, ABD ve Kuzey Afrika ile kısmen de olsa Türkiye'de tarımı yapılmaktadır. Lavantanın, bugüne kadar belirlenmiş yaklaşık 25 türü bulunmaktadır. Birçok araştırma onun sakinleştirici, uyumaya yardımcı, ağrıyı ve kas spazmını azaltıcı fonksiyonlarını ve antiseptik fonksiyonunu ortaya koymaktadır (13).

Lavantada bulunan linalool maddesi sinir impulslarını yavaşlatma özelliğine sahiptir. Bu mekanizma, kaslardaki gerginliğin alınmasını, ağrının algılanmasındaki yavaşlamayı ve sakinleşmeyi, rahatlamayı ve sakin bir uykunun gelmesini açıklayabilmektedir. P-cymene, alpha-pinene, cinnamaldehyde ve carvone lavantanın içerdiği en az on dört sedatif özelliklikli maddeden birkaç tanesidir (14). Tablo 2.1’de lavantada bulunan bazı etkin maddeler görülmektedir (14).

Tablo 2.1. Lavantada bulunan bazı etkin maddelerin özellikleri (14)

ÖZELLİK	ADET ETKİN MADDE
Sakinleştirici, rahatlatıcı	14
Antiinflatuar	14
Genetik mutasyona karşı	13
Antiseptik	11
Karaciğeri koruyucu	9
Virüslere karşı etkili	8
Karaciğer toksinlerine karşı	8
Antioksidan	7
Karaciğeri sakinleştirici	7
Kanser varlığında	7
Kansere karşı koruyucu	6
Tümöre karşı	6

2.4.2. Aromaterapinin Tarihi

Özdemir’in (58) bildirdiğine göre aromatik bitkilerin kullanımı binlerce yıl geriye dayanmakla beraber herhangi bir coğrafi bölgeye ait değildir.

Tarihte uçucu yağların kullanımı bir sosyal statüye aittir. Başta krallar, din adamları ve soylular ayrıcalıklı olarak uçucu yağları koku amacıyla kullanmışlardır (63).

Mısırlılar mumyalama işinde iç organların yerine sedir ve mirha reçineleri koyarak aromaları kullanmışlardır (59).

Çinliler tütsü olarak aromatik bitkileri kullanmışlardır (64). Aynı zamanda Çin uygarlığında aromaterapinin, tanrıya olan şükranın bir ifadesi olarak kullanıldığı görülmektedir (57).

Aromatik yağların rahatlama ve güzellik maksadıyla kullanımının ilk olarak Yunan medeniyetlerinde ortaya çıktığı bilinmektedir (57, 63).

Roma İmparatorluğu devrinde aromaterapi banyo sonrası masaj teknikleriyle kullanım alanı bulmuştur. Eski Romalılar aromaterapi yağlarını eski Arap ve Hint medeniyetlerinden getirtmişlerdir (57, 63).

İlk kez İbn-i Sina aromatik yağları, bitkilerden buharla damıtma yöntemiyle elde etmiş ve bunun için “imbik” adı verilen damıtma aracını kullanmıştır (59). İbn-i Sina aynı zamanda gülsuyu ve gülyağını tedavi amaçlı kullanmıştır (63).

Modern ilaçların gelişimi ile esansiyel yağlar ve bitkisel tıp gerileme sürecine girmiş olup alternatif/tamamlayıcı tıp ile ilgili tüm tıp okulları kapatılmıştır. Ayrıca aromatiklerin kullanımını içeren bitkisel tıp konusu tıp fakültesi müfredatından çıkartılmıştır (59).

Aromaterapinin modern rönesansı Fransız kimyager Rene-Maurice Gattefosse'nın araştırması ile başlamıştır. Gattefosse laboratuvarında 1910'da deney yaparken gerçekleşen patlamada yanan elini lavanta yağına daldırmış ve sonra hızla iyileştiğini gözlemlemiştir. Ardından hayatını esansiyel yağları araştırmaya adanmıştır. Ayrıca o “aromaterapi” kavramını ilk kez kullanan kişi olmuştur. Aromaterapinin hemşirelik ile tanışmasının Florence Nightingale ile başladığını söylemek mümkündür. Nightingale, Kırım Savaşı sırasında hastaların alınlarına lavanta uygulamıştır (59).

2.4.3. Aromaterapi Uygulama Yöntemleri

Esansiyel yağların içindeki bileşenlerin emilmesi için dört temel yol vardır. Bunlar:

1. **Topikal:** Dokunma, kompres ya da banyo yoluyla derinin kullanılması,
2. **Dahili:** Gargara, vajinal ya da anal fitil yoluyla mukozanın kullanılması,
3. **Ağız yolu:** Jelatin kapsüller ile ya da bal, alkol veya seyreltici içinde sulandırma yoluyla uygulama,
4. **İnhalasyon:** Doğrudan ya da dolaylı olarak buharlı ya da buharsız olarak soluma yoluyla uygulamadır (65, 66).

İnhalasyon yöntemleri arasında;

Direkt inhalasyon: Bireysel olarak kişiye yönelik esansiyel yağın buğu şeklinde inhalasyonudur. 2-5 damla esansiyel yağ; kağıt mendile ya da pamuğa damlatılarak, yastığın altına ya da gömlek/elbisenin cebine yerleştirilerek veya koklaması için bireye verilerek uygulanır (65).

İndirekt inhalasyon: Belirli bir oda ya da alana esansiyel yağ moleküllerinin dağıtılarak birçok bireyin etkilenmesi ile gerçekleşen uygulamadır. Bir pamuk ya da aromaterapi dağıtıcısıyla uygulanır (65).

Çeşitli esansiyel yağ inhalasyon yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar:

- Esansiyel yağın kağıt mendile ya da pamuğa damlatılarak inhalasyonu,
- Sıcak su içine esansiyel yağ koyularak buğu uygulama,
- Esansiyel yağın avuç içine dökülerek inhalasyonu,
- Esansiyel yağın oksijen çadırına benzer bir başlık aracılığıyla inhalasyonu,

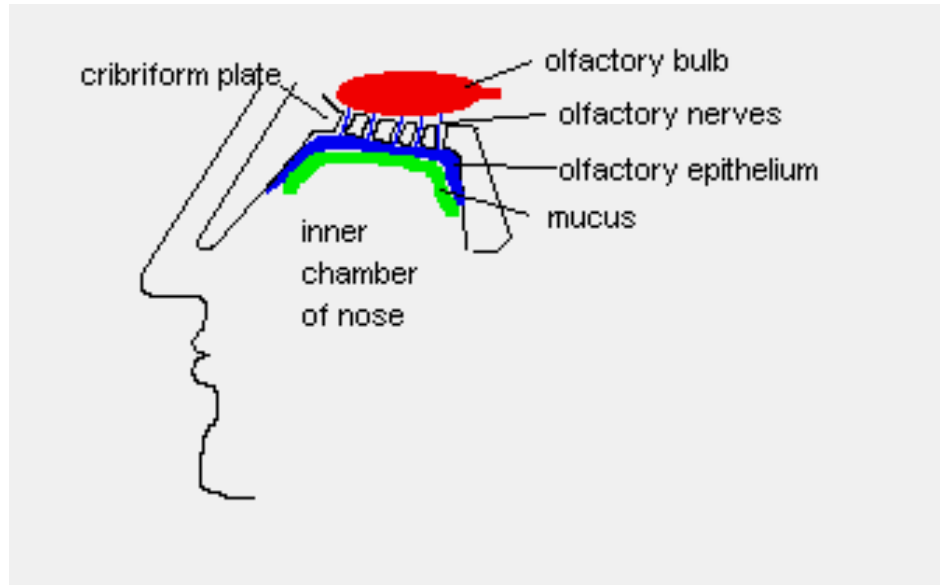
- Aroma lambası üzerindeki sıcak suya esansiyel yağın damlatılarak inhalasyonu,
- Banyo suyuna esansiyel yağın damlatılarak inhalasyonu (aynı zamanda deri yoluyla uygulamaya da girmektedir),
- Esansiyel yağın sprey şişesinde seyrelterek inhalasyonu,
- Esansiyel yağın nebulizer/buhar makinesi/elektrikli fan aracılığıyla inhalasyonudur (59, 67).

2.4.3.1. İnhalasyon ve Koku Fizyolojisi

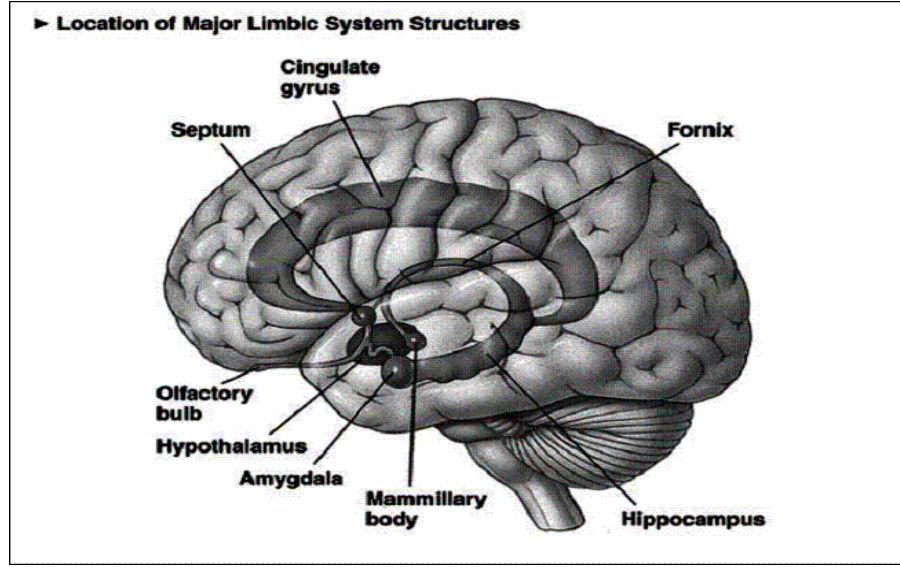
Fizyoloji ve Tıp alanında Nobel ödülünü alan Buck ve Axel (2004), araştırmalarında her bir koku hücresinde bir tip reseptör kodlayan, tek bir genin aktif olduğunu göstermişlerdir (68). Göz için 3 temel renk, tat için 5 temel tat varken koku için yüzlerce temel kokunun bulunması onu farklı kılan bir diğer özelliktir (69).

İnhalasyon yolu ile esansiyel yağların insan vücuduna giriş yolları hızlı ve kolaydır. Bu yolla esans yağlar organizmayı koku yollarındaki reseptörler üzerinden etkiler. Farklı kokular reseptörlerin farklı alanlarına bağlanır ve bu şekilde insanların 10.000' den fazla kokuyu ayırt etmesini sağlar (59). Bu etkilerin, başlıca koku yolu olan tractus olfactorius üzerinden limbik sistem ve hipotalamusa kadar uzanan bağlantılar vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir (70). Diğer tüm duyular talamusa uğrarken doğrudan beyin korteksine giden tek duyu, koku duyusudur. Belki de koku ve limbik sistem arasındaki bu doğrudan bağlantı nedeniyle bazen bir koku, bizde güçlü duygulara neden olan bir hatıramızı canlandırabilir (69). Bu sayede insanlar üzerinde ruhsal, fiziksel ve davranışsal etkiler görülmektedir (64). Esansiyel yağların inhalasyonu zihin açıklığını arttırabilir ve anksiyeteyi azaltabilir (60, 71, 72). Aynı zamanda otonom sinir sisteminin fiziksel parametreleri üzerine olumlu etkiye sahiptir, gevşemeyi arttırır (61).

Limbik sistemde yer alan amigdala ve hipokampus aromayı işleyen en önemli iki bölümdür (Şekil 2.2). Amigdalanın korku, saldırganlık gibi davranışları etkilediği bilinmektedir. Diazepamın amigdaladaki gama amino bütirik asit (GABA) içeren inhibitör nöronları artırarak dışarıdan gelen duygusal uyarıların etkisini azalttığı bilinir. Lavantanın da amigdalada diazepam benzeri bir etkisi olduğu düşünülmektedir (59, 64). Hipokampus ise, koku hafızasının tetiklendiği yerdir. Limbik sistemin bu bölümü hafızanın oluşumu ve hafızaya erişimle ilgilidir (59). Daha önce hoşlanmadığı bir gıda almış olan bir kişi, ikinci bir defa aynı tip gıdanın kokusunu almakla dahi midesinin bulandığını ifade eder. Geçmişte hoşla gitmediği kanıtlanmış olan diğer koku tipleri de bir rahatsızlık duygusu uyandırabilirken, uygun nitelikte parfüm kokusu cinsel heyecanlarla baştan çıkarıcı olabilir (41).



Şekil 2.1. Koku fizyolojisi (73)



Şekil 2.2. Limbik sistemin yapısı (73)

Limbik sistem çoğu duygusal girdiyi alır ve istemli istemsiz motor merkezlere iletir. Özdemir'in (58) bildirdiğine göre Gatti ve Cajola (1923) kokuların santral sinir sistemi ya da refleks sistemi etkileyerek solunum, nabız ve kan basıncı üzerinde etkili olduğundan bahsetmiştir (59).

2.4.4. Aromaterapinin Bazı Kullanım Alanları

- Stres ve anksiyete (16, 43, 58, 60, 74, 75, 76)
- Depresyon (77, 78)
- Uyku bozuklukları (79)
- Bulantı ve kusma (80, 81)
- Demansta sedasyon (82)
- Ağrı ve inflamasyon (77, 78, 83)
- Öğrenme güçlüğü (84)
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite (85)
- Hipertansiyon (86, 87, 88, 89)
- Dismenore (90, 91, 92)
- Enfeksiyon(93)

2.4.5. Aromaterapi Uygulamalarında Dikkat Edilmesi Gereken Genel Kurallar

- Gerçek aromatik yağları ayırt edebilme becerisi zaman içinde gelişir (63). Satın alırken maliyetini bilerek değerine paralel uygun fiyatlarla almak gerekir (59). Bundan dolayı gerçek esansiyel yağların özelliklerini iyi bilmeniz gerekmektedir (94).

- Esansiyel yağlar uçucu oldukları için damladıkları yerde pek iz bırakmaz (63). Düz bir kağıt üzerine bir veya birkaç damla esans yağı, bir başka kağıt üzerine bitkisel yağ (taşıyıcı yağ) damlatılıp 5 ile 10 saat beklenildiği takdirde gerçek bir esans yağının buharlaşıp uçacağı için damlatılan yerde pek leke ve iz bırakmadığı, bitkisel yağ damlatılan yerde yağlı bir iz kaldığı gözlenmektedir (94).

- Şişedeki yağın çok ağır ya da çok sıvı olmaması serbest akıcılıkta olması gerekir (94). Gerçek esansiyel yağ ise başlangıçta yağlı hissi verebilir, ama esansiyel yağ uçucu ve çabucak emildiği için parmaklar arasında daha çok su hissi verecektir. Eğer esansiyel yağ bitkisel yağ hissi veriyorsa muhtemelen seyreltilmiştir (63).

- Yağları satın alırken az miktarda almakta yarar vardır. Çünkü şişe içindeki yağ azaldıkça yağın hava ile teması sonucu yağın bozulması hızlanabilir (59).

- Aromatik yağlar ışıktan, sıcaktan uzak serin bir yerde muhafaza edilmelidir (94). Ayrıca yağ şişesi koyu cam şişe olmalıdır (59).

- Astım ve benzeri rahatsızlıkları olanlar tarafından aromaterapi solunum yoluyla uygulanmamalıdır (63).

- Hijyen ve doğru ölçüm için damlalık kullanmak daha uygundur (59).

- Esans yağların bir arada kullanılması sonucu sinerjik etkilerinden yararlanılabilir (95).

- Esansiyel yağların oral yoldan kullanımı kesinlikle önerilmemektedir (94). Diğer yandan dikkatli olunduğu takdirde oral yoldan kullanılabileceğini de belirten otoriteler vardır (59). Esans yağların oral yoldan kullanımı konusunda

diğer kullanım yollarına nazaran daha dikkatli olunmalı; çünkü organizmaya zarar verebilir (94).

- Aromaterapi yağları asla ağız, burun ve göze temas ettirilmemelidir (63).

- Yağların üzerindeki etiketlerde yağın adı, içeriği, miktarı ve karışımındaki yağların yüzdesi, kullanımındaki uyarılar, saklanma koşulları gibi bilgiler yer almaktadır (95). Ayrıca esans yağların üzerindeki etiketler okunaklı olmalıdır (59). Seyreltilmemiş esans yağlar genellikle damlalıklı kapaklarla ya da çocukların açamayacağı kapaklarla satılmaktadır (95).

- Yağların özellikleri bilinmeli ve uygun önlem alınmalıdır. Deriye yapılacak olan uygulamalarda uygun oranda seyreltilmesi ve gelişebilecek deri reaksiyonuna karşı tetikte olunmalıdır (59). Aromatik yağların çoğu ciltte güneşe karşı hassasiyet doğurarak güneş yanıklarına ve lekelerle neden olabilir. Bu nedenle yağların kullanımından sonra en az 12 saat güneşe çıkılmamalıdır (63).

- Esansiyel yağların bileşenlerinin niteliği, endikasyonları, kontrendikasyonları uygulama şekli ve yan etkileri bilinmelidir (59).

- Reçeteli ilaçların kullanım sürecinde aromatik yağlar kullanılmamalıdır. Çünkü bu yağlar kullanılan ilacın etkilerini yok edici veya artırıcı etki gösterebilir (63).

- Uçucu yağlar güvenlik açısından çocuklardan ve evcil hayvanlardan uzak tutulmalıdır (59).

- Aromaterapi yağlarının kalp ritmini artırabileceği, tansiyonu yükseltip/azaltabileceği, kadınlarda adet kanamasını artırabileceği, düşüklere sebebiyet verebileceği gibi olumsuz etkileri olabileceği unutulmamalıdır. Özellikle hamilelik sürecinde ve çocuklara karşı çok dikkatli kullanılmalıdır (63).

- Uçucu aromaterapi yağları yanıcıdır (96). Uygulama esnasında ısı kaynağı kullanılıyorsa yangın, sıcak su yanığı gibi tehlikelere karşı dikkat edilmelidir (59).

- Sara/epilepsi rahatsızlığı bulunan kişilerde aromaterapi yağları kullanılmamalıdır (63).

- Esansiyel yağların önerilen dozda kullanılması önemlidir. “Az olan” güvenlidir. Uygulamanın etkinliğini artırmak için yağın miktarını artırmak doğru değildir (59).

2.4.6. Aromaterapinin Stres ve Anksiyetede Kullanımına İlişkin Araştırmalar

Literatürde aromaterapinin stres ve anksiyetede kullanımına ilişkin birçok araştırmaya rastlanmaktadır (16, 43, 58, 60, 74, 75, 76).

Diego ve ark. tarafından 3 dakika boyunca lavanta ve gül esans yağları kullanılarak uygulanan aromaterapi ile katılımcıların Elektroensefalografi (EEG) aktivitesi, uyanıklık ve duygu durumları değerlendirilmiştir. Lavanta aroması uygulanan grupta uygulama sonrası anksiyete düzeyinde azalma, daha iyi duygudurum ve rahatlamanın arttığını gösteren EEG dalgaları gözlenmiştir. Öte yandan gül aroması uygulanan grupta uygulama sonrası uyanıklığın arttığını gösteren EEG dalgaları gözlenmiş olmasına karşın lavanta grubunun daha iyi konsantre olabildiği ortaya konulmuştur. Bunun nedeni olarak lavanta grubunun daha rahatlamış hissetmesi gösterilmiştir (97).

Hwang'ın yaptığı araştırmada esansiyel hipertansiyonlu hastalara 5:3:2 oranındaki lavanta, ylang-ylang ve bergamot karışımı ile inhalasyon uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastalarda inhalasyona bağlı olarak sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı, nabız, subjektif stres, durumluk anksiyete, serum kortizol seviyeleri değişiminin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (87).

Toda ve ark.'nın lavanta aromasının tükürükteki endokrinolojik stres markırlarına etkisi üzerine yapmış oldukları bir araştırmada, aroma grubunda kromogranin (CgA) düzeyinde belirgin bir azalma görülürken kontrol grubunda benzer bir değişim görülmemiştir. Kortizol düzeyiyle ilgili olarak herhangi bir değişim bildirilmemiştir (74).

Aynı şekilde Seo tarafından aromaterapinin adölesanlarda strese ve stres yanıtlarına etkisi araştırılmış ve aroma grubundaki öğrencilerde stres düzeylerinde belirgin bir azalma görülmüştür. Ayrıca bu grupta tükürükteki immunoglobulin A (IgA) düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir (75).

Cooke ve ark., acil servis hemşirelerinin maruz kaldığı mesleki stres ve anksiyetenin üstesinden gelmek için aromaterapi masajının ve müziğin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmasını değerlendirmiştir. Aromaterapi masajı ve müziğin, acil ünitesi hemşirelerinin anksiyetelerini belirgin olarak azalttığı ortaya konulmuştur (43).

Muzzarelli ve ark., kolonoskopi ve özofagogastroduodenoskopi yapılacak olan hastalara işlem öncesi aromaterapi uygulayarak onların anksiyetelerini azaltmayı amaçlamış ancak hastaların durumluk anksiyete seviyelerinde bir fark olmamıştır. Ancak hastaların çoğu lavanta kokusundan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (76).

Özdemir tarafından yapılan bir araştırmada esansiyel hipertansiyonlu kadınlara inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin yüksek kan basıncı, nabız ve kaygı düzeyi üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (58).

Arslan tarafından yapılan bir araştırmada dokunma, müzik terapi ve aromaterapinin yoğun bakım hastalarının fizyolojik durumlarına etkisi araştırılmış ve gruplar arasında aromaterapi sonrası ortalama nabız daha düşük bulunmuştur (98).

Pemberton ve Turpin, yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin mesleki streslerinde Lavanta ve Misk ada çayı esansiyel yağlarının topikal uygulamasının etkisini değerlendirmiştir. Sonuçlar üç kez 12 saatlik vardiyada çalışan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin, algılanan stres düzeylerinde azalma olduğunu göstermiştir (16).

2.4.6. Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi

Florence Nightingale ile modern hemşireliğin adımı atılmış olup bu zamana kadar olan süreçte birçok değişim meydana gelmiştir. Bu değişimler, hemşireliği bilim ve sanata dönüştüren değişimlerdir. Florence Nightingale, lavanta yağını hasta askerlerin alınlarına masajla uygularken diğerleri buna anlam verememiştir. Önceleri uygulamalar sezgi gücüne dayanırken günümüzde

sezgiler yerini bilimsel kanıtlara bırakmıştır (99). Gelişen teknolojiyle birlikte hemşirelerin rollerinde değişim olmasına karşın temel amaç, her zaman bireyin beden ve ruhen iyileştirilmesi olmuştur. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, tarihten bu yana bakıma güç katan uygulamalar olarak her zaman yer almıştır (59).

Hemşirelik uygulamalarının ve tamamlayıcı tedavilerin temel felsefesi aynıdır (100). Her ikisinin benzer yönleri, bireye holistik açıdan yaklaşımları, tedavi sırasında destekleyici rolde olmaları, sağlığın yükseltilmesine ve hastanın aktif rolde olmasına odaklanmalarıdır (101).

Toplumu oluşturan bireylerin tamamlayıcı terapilere yönelik ilgisindeki artış sonucu, hizmet amacı toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı terapilerde rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir. Dolayısı ile tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülebilir. Bu nedenlerle tamamlayıcı terapiler ve kullanımına ilişkin bilgiler, hemşirelik müfredatına konmalı, ayrıca hizmet içi eğitim programları kapsamında, tamamlayıcı terapiler konusunda hemşirelerin bilgi birikimleri güncellenmelidir (102).

Aromaterapi, hemşirelerin doğrudan uygulamaya dahil edebildikleri tamamlayıcı terapiler arasında yer almaktadır (101). Aromaterapinin temeli olan esansiyel yağlar, hemşirelik bakımında uzun bir tarihi geçmişi olan güvenli geleneksel uygulamalarla ve gelişmekte olan kanıta dayalı uygulamalarla desteklenen ve kimyasal olarak aktif maddelerdir. Hemşireler, esansiyel yağların kullanımını da kapsayan hemşirelik uygulamalarından sorumludur (99).

27/10/2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre uygulamalar Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde ve ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabip ve sadece diş hekimliği alanında olmak üzere diş tabibi tarafından yapılabilir. Uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları merkez ve ünitelerde sertifikalı tabiplere uygulamada

yardımcı olabilirler. Tabip ve diş tabibi olmayan uygulama alanında ise tabip ve diş tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar (103).

Tamamlayıcı tedavi kavramı, dünya çapında birçok hastanede iyice benimsenmesine rağmen, ülkemizde hemşirelik uygulamalarında aromaterapinin kullanımı hakkında birçok mesleki ve uygulamalı konunun açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Hemşirelikte tedavi uygulamalarında aromaterapinin tanınması ve gelişmesi memnuniyet verici iken profesyonel hemşirelik disiplini içerisinde aromaterapi uygulamasının kavramlaştırılması önemlidir (99).

Klinik aromaterapi, hemşirelik bilimine ve sanatına izin vererek hemşireliği güçlendirmektedir. Ayrıca aromaterapi, güzel kokuları yeniden hemşireliğin gündemine taşıyarak bu süreçte hemşirelerin yaptıkları işten tatmin olmalarını sağlamaktadır (59). Bunun yanında aromaterapinin hemşireler üzerinde olumlu etkileri olduğu, onların algıladıkları stres ve anksiyete düzeylerini azalttığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (16, 43).

Aromaterapinin hemşirelik uygulamalarında kullanımı ile ilgili yapılan bir literatür incelemesinde; farklı araştırma desenleri olan 165 araştırma gözden geçirilmiştir. Sonuç olarak araştırmaların çoğunun kanıt düzeylerinin düşük olduğu ve hemşirelikte aromaterapi araştırmalarının daha nitelikli hale getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla kendinden kontrollü ve yarı deneysel bir klinik araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışmakta olan hemşirelere yapılmıştır.

Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde Cerrahi Yoğun Bakım (CYB), Koroner Yoğun Bakım (KRYB), Nöroloji Yoğun Bakım (NRYB), Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım (KVCYB) ve Dahiliye Yoğun Bakım (DYB) üniteleri mevcut olup bu yoğun bakımlar A binası 1., 2. ve 3. katlarda bulunmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği uygulama odası 1. ve 2. katta yoğun bakımlara yakın bir alandadır. Balcalı Hastanesi'nde ise Beyin Cerrahi Yoğun Bakım (BCYB) ve Çocuk Yoğun Bakım (ÇYB) üniteleri uygulamaya dahil edilmiş olup bu üniteler 2. katta yoğun bakımlar için tasarlanmış alanda yer almaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği uygulama odası da aynı katta yoğun bakımlara yakın bir alandadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışmakta olan tüm hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem sayısı güç analizi yapılarak saptanmış olup bu sayı 45'dir. Araştırmaya Başkent Üniversitesi Hastanesi'nden 39 hemşire, belirlenen hemşire sayısına adı geçen hastanede ulaşamadığından

araştırmanın B planında yer alan Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nden 6 hemşire katılmıştır.

Araştırmada örneklemin seçilmesi planlanan Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde tayinler ve istifalar nedeniyle belirlenen hemşire sayısına ulaşılamamasından dolayı araştırmaya Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nin de dahil edilmesi gerekli görülmüştür.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
2. Herhangi bir solunum sistemi hastalığının (astım, KOAH vb.) olmaması,
3. Kardiyovasküler bir hastalığının olmaması,
4. Herhangi bir kokuya karşı alerjisi olmaması,
5. Gebelik durumunun olmaması,
6. Koku almaya engel bir durumunun olmaması,
7. Kullanılacak esansiyel yağın kokusundan rahatsız olmaması,
8. Kalp hızı ve tansiyonu etkileyecek herhangi bir ilaç kullanmaması,
9. Psikiyatrik bir hastalığın olmamasıdır.

3.3.2. Araştırma Sonlandırma Ölçütleri

1. İnhalasyona bağlı alerjik reaksiyon ve solunum sıkıntısı, öksürük, bulantı vb. rahatsızlık gelişmesi,
2. Araştırmadan ayrılmak istemesidir.

Araştırma süresince araştırmanın sınırlılıklarına uyan toplam 49 hemşireye ulaşılmış olup bunlardan 2 hemşire istifa ettiği, 1 hemşire tayini çıktığı ve 1 hemşire de araştırmaya devam etmek istemediği için değerlendirme toplam 45 hemşire üzerinden yapılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) ve hemşirelerin aromaterapiden memnuniyet durumlarını belirleyen VAS (Görsel Analog Skala) kullanılmıştır. Hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası arteriyel kan basıncı ve nabız ölçümleri dijital tansiyon aleti ile yapılmıştır. Ölçümler Uygulama Kayıt Formu'na kaydedilmiştir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK- I)

Bu form 13 sorudan oluşmakta olup hemşirelerin demografik ve çalışma durumlarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK- II)

Cohen ve ark. tarafından (105) geliştirilen ölçeğin 14-10 ve 4 maddelik üç ayrı versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin 10 maddelik versiyonu kullanılmış olup Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik araştırması Erci tarafından (106) 2006'da yapılmıştır. Son bir aydır, kişinin yaşantısını ne derecede ön görülemez, kontrol edilemez veya aşırı yüklenmiş olarak algıladığını ölçme amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipinde (1- hiçbir zaman, 2- hemen hemen hiç, 3- bazen, 4- sıklıkla 5- çok sık) olup, dört maddesi ters (4.,5.,7.,8. maddeler), altı maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,6.,9.,10. maddeler). Ölçekten toplam 0-40 arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin de yüksek olması anlamındadır (107).

3.4.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI- I) (EK- III)

Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Uygulama öncesi ve sonrası katılımcıdan doldurması istenmiştir.

3.4.4. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI- II) (EK- IV)

Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Uygulama öncesi katılımcıdan doldurması istenmiştir.

Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI- I ve II), Spielberger ve ark. (108) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu, Öner ve Le Compte (109) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 40 sorudan oluşmakta olup ilk 20 soru duruma bağlı kaygı düzeylerini, 21- 40. maddeler bireylerin sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri:

(a) Hiç, (b) Biraz, (c) Çok ve (d) Tamamıyla şeklinde,

Sürekli kaygı ölçeğindeki seçenekler ise;

(a) Hemen hemen hiçbir zaman, (b) Bazen, (c) Çok zaman ve (d) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz ve (2) tersine dönmüş ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları (toplam kaygı puanını arttıran durumları); tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları (toplam kaygı puanını azaltan durumları) dile getirir.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane doğrudan ifade bulunur. Bunlar 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise doğrudan ifadelerin sayısı on üçtür ve bunlar 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 ve 40. maddeleri oluşturur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunur. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

Değerlendirme yapılırken her madde için olumlu ya da olumsuz duyguları ifade özelliğine göre 1(ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında puan verilmekte olup toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması yüksek kaygı düzeyini, düşük olması ise düşük kaygı düzeyini gösterir.

3.4.5. VAS/ Memnuniyet (Görsel Analog Skala) (EK- V)

Katılımcılardan uygulama sonrası işlemin, kendilerini rahatlatma derecesini belirlemek amacıyla 1-10 arasında puan vermeleri istenmiştir. 1- hiç 10- çok olarak tanımlanmakta olup verilen puanların tablodaki tam puanlar arasından seçilmesi istenmiştir.

3.4.6. Uygulama Kayıt Formu (EK- VI)

Hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası arteriyel kan basıncı ve nabız ölçümlerini kaydetmek için kullanılan bir formdur.

3.5. ÖN UYGULAMA

Ön uygulama Başkent Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri' nde çalışmakta olan 5 yoğun bakım hemşiresine yapılmıştır. Anketlerde herhangi bir düzenleme gereksinimi olmadığından ön uygulamaya alınan hemşireler araştırma grubuna dahil edilmiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından örnekleme alınan hemşirelerden yüz yüze ya da telefonla randevu alınarak uygulamanın yapılacağı gün belirlenmiştir. Hemşireler gündüz vardiyasında çalıştıkları günlerde uygulamaya alınmışlardır. Bunun sebebi gece-gündüz farkının stres ve anksiyete ile yaşam bulgularında yapabileceği etkilerin en aza indirilmesidir.

Araştırma, iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Hemşireler, uygulama öncesi ve ilk aşamada hangi grupta olduklarını belirlemek amacıyla deney (1) ve kontrol (2) grubunu temsilen rakamların bulunduğu torbadan kura çekmişlerdir. Bu şekilde grupların randomizasyon ile belirlenmesi sağlanmıştır. İlk aşamada deney grubunda olan hemşire, ikinci aşamada kontrol grubunda yer almıştır. Aynı şekilde ilk aşamada kontrol grubunda olan hemşire, ikinci aşamada deney grubunda yer almıştır.

Kendinden kontrollü olarak gerçekleştirilen araştırmada, ilk aşamada hemşirelerin 28'i deney grubunda, ikinci aşamada kontrol grubunda yer alırken; 17 hemşire ilk aşamada kontrol grubunda, ikinci aşamada deney grubunda yer almıştır. Aralık 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma ilk aşama (1 ay), ara dönem (1 ay) ve ikinci aşama (1 ay) olarak tamamlanmıştır.

Deney Grubu:

Deney grubundaki bireylere Nurs Lokman Hekim marka lavanta yağı (*Lavandula angustifolia*) kullanılmıştır (Şekil 3.3). Yağ damlalıklı, 20 ml'lik koyu renkli cam şişeye konulmuştur. Şişenin üzerine 1 numaralı etiket yapıştırılmıştır (Şekil 3.1).

Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki bireylere ayçiçek yağı kullanılmıştır. Yağ damlalıklı, 20 ml'lik koyu renkli cam şişeye konulmuştur. Şişenin üzerine 2 numaralı etiket yapıştırılmıştır (Şekil 3.2).



Şekil 3.1. Deney grubu yağ şişesi



Şekil 3.2. Kontrol grubu yağ şişesi

Yoğun bakım ünitesine yakın, sessiz bir çevrede bulunan aydınlık, havadar ve ısısı ortalama 23-25°C olan bir odada, rahat bir koltuğa oturtulan katılımcının Kişisel Bilgi Formu, Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'ni doldurması istenmiştir. Araştırmacı tarafından arteriyel kan basıncı ve nabız ölçümü gerçekleştirildikten sonra katılımcının boynuna bir önlük (diş hekimlerinin hastada kullandığı önlüğe benzer) takılmıştır. Ardından katılımcının önlüğüne (5 damla olacak şekilde) deney grubunda lavanta yağı (1 nolu şişe); kontrol grubunda ise ay çiçek yağı (2 nolu şişe) damlatılmıştır. Katılımcının pozisyonu burun ile göğüs hizası 30 cm olacak şekilde ayarlanmıştır. 10-15 dakika süreyle yağ inhalasyonu gerçekleştirilirken katılımcı rahat edeceği bir dinlenme pozisyonunda kalmıştır. Bu işlem bir defaya mahsustur. Uygulamanın ardından katılımcının Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS doldurması istenmiştir. Ardından araştırmacı tarafından arteriyel kan basıncı ve nabız ölçümü yapılarak veriler Uygulama Kayıt Formu'na kaydedilmiştir.



Şekil 3.4. Dijital tansiyon aletiyle kan basıncı ve nabız ölçümü



Şekil 3.3. Araştırmada kullanılan esansiyel yağ

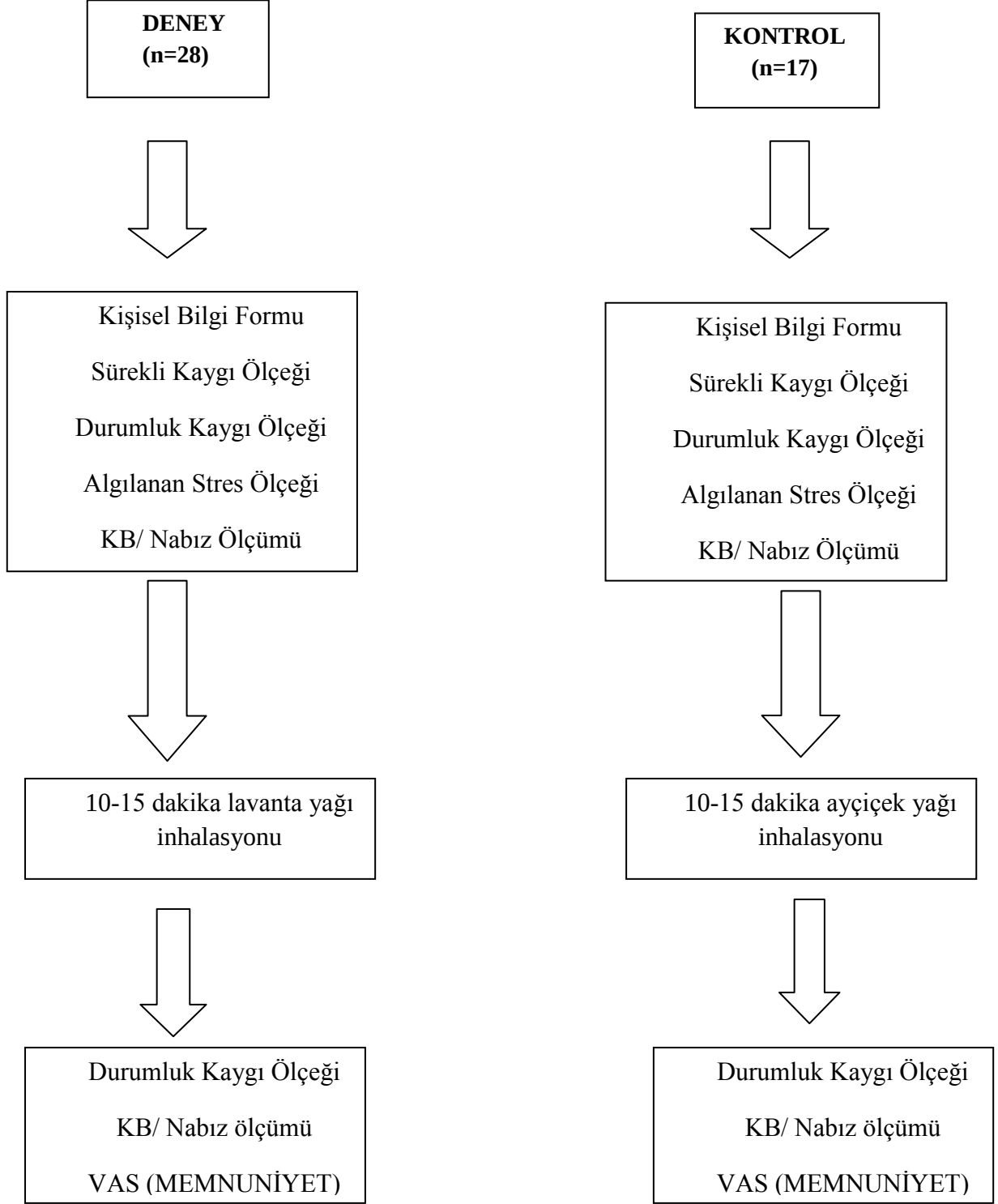


Şekil 3.5. Uygulama boyunca katılımcının pozisyonu

Deney ve kontrol grubu uygulama akış şeması aşağıda yer almaktadır (Şekil 3.6).

ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI

(Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grupları çaprazlanarak aynı işlem tekrarlanmıştır.)



Şekil 3.6. Akış şeması

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanılmıştır. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogrov Smirnov testi ile test edilmiştir. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda T testi kullanılmıştır. Uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçülen durumluk kaygı puanları Bağımlı gruplarda T testi ile karşılaştırılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır (110).

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Ç.Ü. Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek-6) , Fakülte Dekanlığından (Ek-7) ve Hastane Başhekimliğinden (Ek-8) gerekli izinler ve onaylar alınmıştır.

Katılımcılara aromaterapinin yoğun bakım ünitelerindeki hemşireler üzerine uygulanarak onların stres ve anksiyete düzeyleri üzerine olumlu etkisinin ortaya konulmasının beklendiği açıklanmıştır. Uygulamada kullanılan yağ hakkında bilgi verilmemiştir. Bunun nedeni katılımcıların birbirini etkilemesini önlemek ve uygulamaya tarafsız yaklaşımı sağlamaktır. Yağ hakkında gereken bilginin, araştırma tamamlandıktan sonra verileceği belirtilmiştir. Herhangi bir rahatsızlık durumunda araştırmaya son verilebileceği açıklanmıştır.

Katılımcılara gündüz vardiyasında çalıştıkları günlerde 10⁰⁰- 12⁰⁰ saatleri arasında uygulama yapılacağı, uygulamanın iki aşamadan oluştuğu, öncesinde ilk aşamanın yapılacağı diğer aşamanın ilk aşama bitimini takiben 1 ay sonra yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca uygulama süresinin 10-15 dk süreceği, öncesinde ve sonrasında arteriyel kan basıncı, nabız ölçümü yapılacağı ve katılımcı tarafından anket formlarının doldurulması gerektiği açıklanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri

Aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu tezde iki farklı hastaneden 45 hemşire alınmıştır. Hemşirelerin demografik bilgileri Çizelge 4.1’de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre hemşirelerin 30’unun (%71) kadın, yaş ortalamasının 25.8 ± 5.2 yaş ve öğrenim durumlarına göre 9’unun (%20) SML/AÖF, 19’unun (%42) ön lisans ve 17’sinin (%38) lisans mezunu olduğu görülmüştür. Bu çizelgeye göre hemşirelerin 33’ünün (%73) bekar, 12’sinin (%27) evli olduğu görülmüştür. 9 (%20) hemşire çocuğu olduğunu belirtirken, hemşireler genellikle çekirdek aile yaşantısı içinde olduklarını belirtmiştir.

Çizelge 4.1. Hemşirelerin demografik özellikleri

Ölçümler	Özet Ölçüt*
Cinsiyet	
Kadın	30 (%67)
Erkek	15 (%33)
Yaş	25.78±5.17 25 (18-40)
Öğrenim durumu	
SML/AÖF	9 (%20)
Ön Lisans	19 (%42)
Lisans	17 (%38)
Medeni durum	
Bekar	33 (%73)
Evli	12 (%27)
Çocuk varlığı	
Yok	36 (%80)
Var	9 (%20)
Yaşadığı kişi	
Eşimle	3 (%7)
Eşim ve çocuklarımla	7 (%16)
Eşim, çocuklarım ve aile büyüklerimle	2 (%4)
Anne ve babamla	7 (%16)
Annemle	14 (%31)
Çocuklarımla	3 (%7)
Yalnız	6 (%13)
Arkadaşlarımla	3 (%7)

* Özet ölçüt yaş için ortalama±SSapma, medyan (min-maks), diğer ölçümler için ise sayı (%) olarak verilmiştir.

Çizelge 4.2. Hemşirelerin bazı mesleki özellikleri

Ölçümler	Özet Ölçüt*
Hastane	
Başkent Hastanesi	39 (%87)
Balcalı Hastanesi	6 (%13)
Mesleki deneyim (ay)	65.71±56.11 60 (4-216)
Yoğun bakım adı	
CYB	11 (%24)
KRYB	8 (%18)
NRYB	6 (%13)
KVCYB	5 (%11)
DYB	9 (%21)
ÇYB	5 (%11)
BCYB	1 (%2)
Yoğun bakımda çalıştığı süre (ay)	54±50.51 36 (1-180)
Haftalık çalışma süresi	
40sa	6 (%13)
48-60sa	6 (%13)
48sa	17 (%38)
56sa	1 (%2)
60sa	14 (%32)
88sa	1 (%2)

* Özet ölçüt mesleki deneyim ve yoğun bakımda çalıştığı süre için ortalama±SSapma, medyan (min-maks), diğer ölçümler için ise sayı (%) olarak verilmiştir.

Hemşirelerin bazı mesleki özellikleri Çizelge 4.2’de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre 39 (%87) hemşire Başkent Hastanesinde çalışırken, meslekte ortalama 65.7±56.1 aydır (yaklaşık 5.5 yıl) çalışmaktadır. Çalıştıkları yoğun bakımlar incelendiğinde, 11 (%24) hemşire cerrahi yoğun bakımda, 8 (%18) hemşire koroner yoğun bakımında, 9 (%21) hemşire dahili yoğun bakımda çalıştıklarını belirtirken, diğer hemşireler ise nöroloji, kardiyovasküler cerrahi, çocuk ve beyin cerrahisi yoğun bakım ünitelerinde çalıştıkları saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışma süreleri ortalama 54±50.5 ay iken, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%85) haftalık çalışma süreleri 48 ile 60 saat arası olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili görüşleri

Ölçümler	Sayı (%)
Mesleği isteme	
Evet	33 (%73)
Hayır	12 (%27)
Mesleği sevmeye	
Evet	41 (%91)
Hayır	4 (%9)
Çalıştığı bölümden memnuniyeti	
Evet	43 (%96)
Hayır	2 (%4)
Bölüm kendi tercihi mi	
Evet	39 (%87)
Hayır	6 (%13)

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili görüşleri Çizelge 4.3'te sunulmuştur. Bu çizelgeye göre hemşirelerin 33'ü (%73) mesleklerini isteyerek seçtiklerini, 41'i (%91) mesleklerini sevdiklerini, 43'ü (%96) çalıştıkları bölümden memnun olduklarını ve 39'u (%87) çalıştıkları bölümlerini kendileri tercih ettiklerini belirtmiştir.

4.2. Hemşirelerin araştırma gruplarına göre genel karşılaştırılması

İki aşamalı olarak yapılan araştırmada ilk aşamada hemşirelerin 28'i (%62) deney grubunda, ikinci aşamada kontrol grubunda yer alırken, 17 hemşire ilk aşamada kontrol grubunda, ikinci aşamada deney grubunda yer almıştır. Hemşirelerin gruplara göre demografik bilgileri Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Yapılan istatistiksel karşılaştırmalara göre grupların demografik özellikleri benzer bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hemşirelerin gruplara göre demografik özellikleri

Ölçümler	Grup		P
	Deney	Kontrol	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Cinsiyet			
Kadın	20 (%71)	10 (%59)	0.517 ^a
Erkek	8 (%29)	7 (%41)	
Yaş	25.36±4.82 25 (18-36)	26.47±5.78 27 (19-40)	0.490 ^b
Öğrenim durumu			
SML/AÖF	8 (%29)	1 (%6)	0.170 ^a
Ön Lisans	10 (%36)	9 (%53)	
Lisans	10 (%36)	7 (%41)	
Medeni durum			
Bekar	22 (%79)	11 (%65)	0.325 ^a
Evli	6 (%21)	6 (%35)	
Çocuk varlığı			
Yok	23 (%82)	13 (%76)	0.711 ^a
Var	5 (%18)	4 (%24)	
Yaşadığı kişi			
Eşimle	1 (%4)	2 (%12)	0.357 ^a
Eşim ve çocuklarımla	4 (%14)	3 (%18)	
Eşim, çocuklarım ve aile büyüklerimle	1 (%4)	1 (%6)	
Anne ve babamla	4 (%14)	3 (%18)	
Annemle	7 (%25)	7 (%41)	
Çocuklarımla	3 (%11)	0 (%0)	
Yalnız	6 (%21)	0 (%0)	
Arkadaşlarımla	2 (%7)	1 (%6)	

* Özet ölçüt yaş için ortalama±SSapma, medyan (min-maks), diğer ölçümler için ise sayı (%) olarak verilmiştir.

^a Ki kare testi, ^b Bağımsız gruplarda T testi

Hemşirelerin gruplara göre mesleki bazı özellikleri Çizelge 4.5'te verilmiştir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalara göre hemşirelerin çalıştıkları hastane dağılımları, meslekteki çalışma süreleri, çalıştıkları yoğun bakım ünitesi dağılımları, bu yoğun bakımda çalıştıkları süreleri ve haftalık çalışma saatleri gruplar arasında benzer bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Hemşirelerin gruplara göre bazı mesleki özellikleri

Ölçümler	Grup		P
	Deney	Kontrol	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Hastane			
Başkent Hastanesi	26 (%93)	13 (%76)	0.179 ^a
Balcalı Hastanesi	2 (%7)	4 (%24)	
Mesleki deneyim (ay)	66±53.49 54 (6-216)	65.24±61.87 60 (4-216)	0.965 ^b
Yoğun bakım adı			
CYB	8 (%29)	3 (%18)	0.397 ^a
KRYB	5 (%18)	3 (%18)	
NRYB	3 (%11)	3 (%18)	
KVCYB	3 (%11)	2 (%12)	
DYB	7 (%25)	2 (%12)	
ÇYB	1 (%4)	4 (%24)	
BCYB	1 (%4)	0 (%0)	
Yoğun bakımda çalıştığı süre (ay)	56.79±49.84 33 (4-180)	49.41±52.8 36 (1-180)	0.640 ^b
Haftalık çalışma süresi			
40sa	2 (%7)	4 (%24)	0.296 ^a
48-60sa	4 (%14)	2 (%12)	
48sa	10 (%36)	7 (%41)	
56sa	1 (%4)	0 (%0)	
60sa	11 (%39)	3 (%18)	
88sa	0 (%0)	1 (%6)	

* Özet ölçüt mesleki deneyim ve yoğun bakımda çalıştığı süre için ortalama±SSapma, medyan (min-maks), diğer ölçümler için ise sayı (%) olarak verilmiştir.

^a Ki kare testi, ^b Bağımsız gruplarda T testi

Hemşirelerin gruplara göre meslekleri ile ilgili görüşleri Çizelge 4.6’da verilmiştir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalara göre mesleklerin isteyerek tercih eden hemşire oranı, mesleklerin seven hemşire oranı, çalıştıkları bölümden memnun olan hemşire oranı ve çalıştıkları bölümü tercih eden hemşire oranı gruplar arasında benzer bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Hemşirelerin gruplara göre meslekleri ile ilgili görüşleri

Ölçümler	Grup		P
	Deney	Kontrol	
	Özet Ölçüt	Özet Ölçüt	
Mesleği isteme			
Evet	23 (%82)	10 (%59)	0.163 ^a
Hayır	5 (%18)	7 (%41)	
Mesleği sevme			
Evet	26 (%93)	15 (%88)	0.626 ^a
Hayır	2 (%7)	2 (%12)	
Çalıştığı bölümden memnuniyeti			
Evet	27 (%96)	16 (%94)	0.999 ^a
Hayır	1 (%4)	1 (%6)	
Bölüm kendi tercihi mi			
Evet	23 (%82)	16 (%94)	0.385 ^a
Hayır	5 (%18)	1 (%6)	

^a Ki kare testi

4.3. Hemşirelerin aşamalara ve gruplara göre ASÖ ve kaygı skorları

Araştırmanın ilk aşamasında deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skoru, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı

skoru ve işlemin hemşireyi rahatlatma derecesi Çizelge 4.7’de sunulmuştur. İlk aşamada elde edilen skorlar yönünden deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.7. İlk aşamada deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlatma dereceleri

Ölçümler	Grup		P
	Deney (n=28)	Kontrol (n=17)	
	Ortalama±SSapma Medyan (Min-Maks)	Ortalama±SSapma Medyan (Min-Maks)	
ASÖ skoru	27.5±5.7 28 (14-40)	28.1±5.6 27 (16-39)	0.750 ^b
Uygulama öncesi Durumluk kaygı skoru	37.5±9.2 38 (23-56)	41.6±12.6 41 (28-72)	0.210 ^b
Uygulama sonrası Durumluk kaygı skoru	31.6±7.3 30.5 (20-49)	32.7±6.8 31 (23-48)	0.608 ^b
Sürekli kaygı skoru	42.2±9 42 (22-57)	42.1±9.6 40 (25-60)	0.966 ^b
İşlemin sizi rahatlatma derecesi (VAS skoru)	7.6±2.1 8 (2-10)	6.8±2.2 7 (3-10)	0.270 ^b

^b Bağımsız gruplarda T testi

Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skoru, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı skoru ve işlemin hemşireyi rahatlatma derecesi Çizelge 4.8’de sunulmuştur. İkinci aşamada da elde edilen skorlar yönünden deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.8. İkinci aşamada deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlama dereceleri

Ölçümler	Grup		p*
	Deney (n=17)	Kontrol (n=28)	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
ASÖ skoru	27±5.7 29 (15-34)	28.1±6.4 28 (12-40)	0.562 ^b
Uygulama öncesi	39.5±10.9 39 (20-62)	38.9±9.3 37.5 (20-56)	0.841 ^b
Durumluk kaygı skoru			
Uygulama sonrası	32.4±8.4 32 (20-49)	33.6±6.2 33 (20-47)	0.575 ^b
Durumluk kaygı skoru			
Sürekli kaygı skoru	41.9±9.8 43 (24-58)	41.8±8.7 42.5 (20-57)	0.963 ^b
İşlemin sizi rahatlatma derecesi (VAS skoru)	6.8±2.1 7 (2-10)	7.2±2 7 (3-10)	0.537 ^b

^b Bağımsız gruplarda T testi

İki aşamalı yapılan araştırmada önce deney grubunda olan hemşireler sonra kontrol grubuna, önce kontrol grubunda olan hemşirelerse deney grubuna alındıklarında elde ettikleri ASÖ skoru, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı skoru ve işlemin hemşireyi rahatlatma derecesi Çizelge 4.9’da sunulmuştur. Tüm süreç sonunda elde edilen skorlar yönünden deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.9. Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarında elde ettikleri ASÖ skorları, kaygı skorları ve rahatlama dereceleri

Ölçümler	Grup		p*
	Deney (n=45)	Kontrol (n=45)	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
ASÖ skoru	27.3±5,7 28 (14-40)	28.1±6 28 (12-40)	0.530 ^b
Uygulama öncesi Durumluk kaygı skoru	38.2±9.8 38 (20-62)	39.9±10.6 38 (20-72)	0.441 ^b
Uygulama sonrası Durumluk kaygı skoru	31.9±7.7 31 (20-49)	33.3±6.3 33 (20-48)	0.348 ^b
Sürekli kaygı skoru	42.1±9.2 42 (22-58)	41.9±8.9 41 (20-60)	0.917 ^b
İşlemin sizi rahatlatma derecesi (VAS skoru)	7.3±2.1 7 (2-10)	7.1±2.1 7 (3-10)	0.618 ^b

^b Bağımsız gruplarda T testi

Uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının ilk aşamada gruplar içinde, zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.10'da sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, ilk aşamada her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için p=0.001, kontrol grubu için p=0.005).

Çizelge 4.10. Hemşirelerin ilk aşamada gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları

Ölçümler	Grup		P
	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Durumluk kaygı skoru – deney grubu (n=28)	37.5±9.2 38 (23-56)	31.6±7.3 30.5 (20-49)	0.001^c
Durumluk kaygı skoru – kontrol grubu (n=17)	41.6±12.6 41 (28-72)	32.7±6.8 31 (23-48)	0.005^c

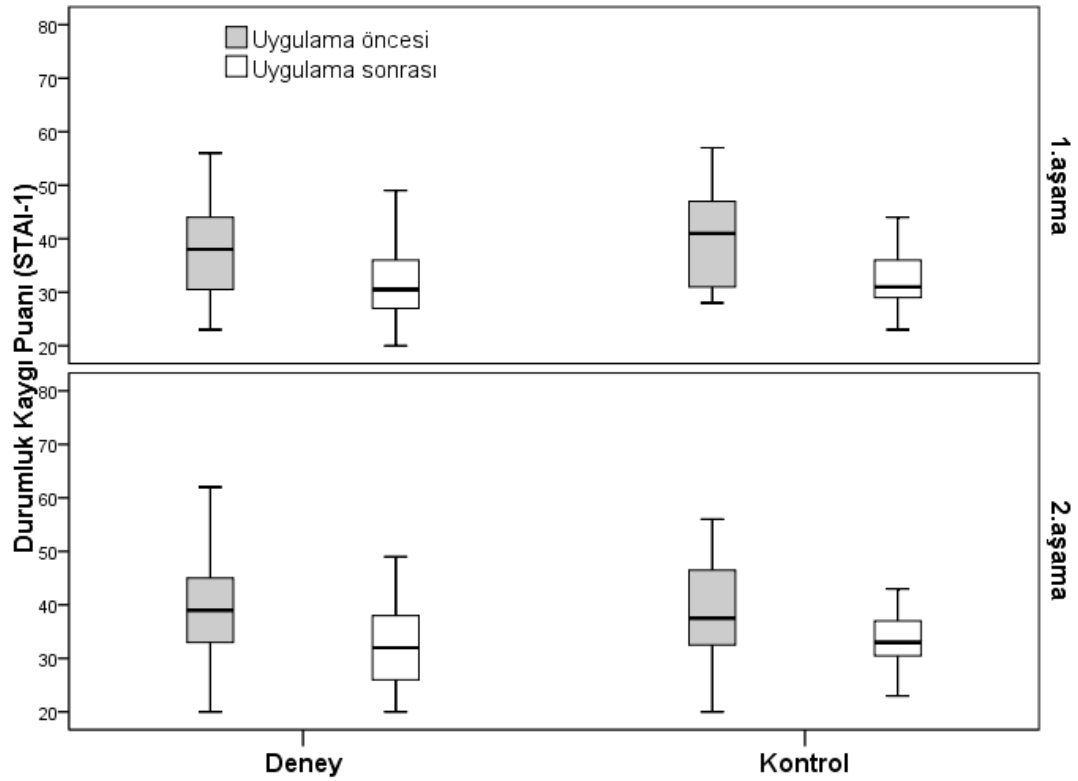
^c Bağımlı gruplarda T testi

Uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının ikinci aşamada gruplar içinde, zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.11’de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, ilk aşamaya benzer şekilde ikinci aşamada her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür. (deney grubu için $p=0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$)

Çizelge 4.11. Hemşirelerin ikinci aşamada gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları

Ölçümler	Grup		P
	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Durumluk kaygı skoru – deney grubu (n=17)	39.5±10.9 39 (20-62)	32.4±8.4 32 (20-49)	0.001^c
Durumluk kaygı skoru – kontrol grubu (n=28)	38.9±9.3 37.5 (20-56)	33.6±6.2 33 (20-47)	<0.001^c

^c Bağımlı gruplarda T testi



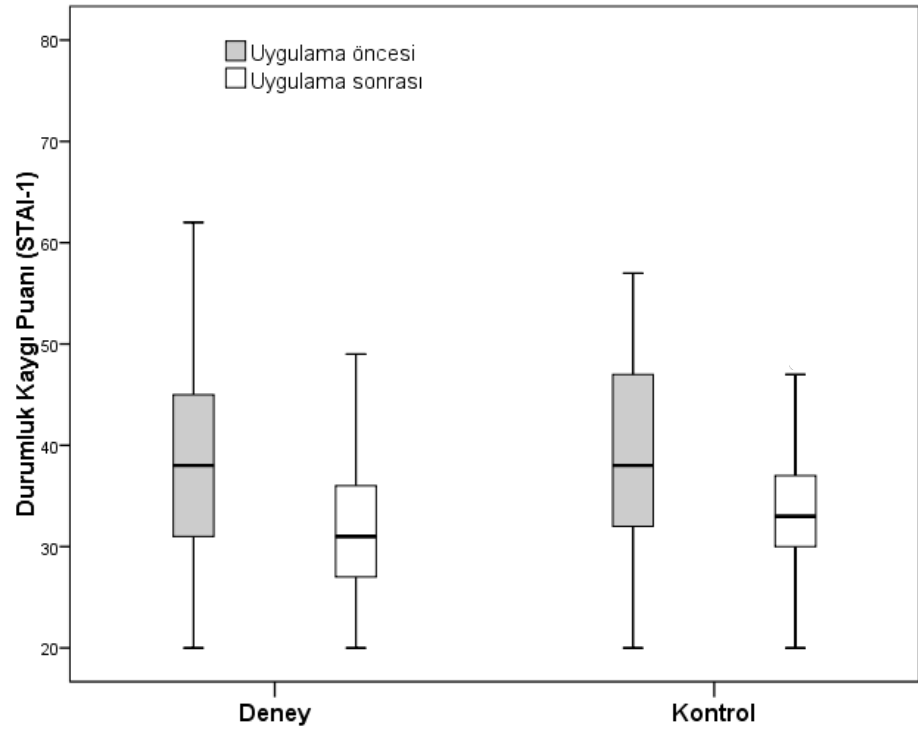
Şekil 4.1. Hemşirelerin her iki aşamadaki gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları

Çizelge 4.12. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları

Ölçümler	Grup		P
	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Durumluk kaygı skoru – deney grubu (n=45)	38.2±9.8 38 (20-62)	31.9±7.7 31 (20-49)	<0.001 ^c
Durumluk kaygı skoru – kontrol grubu (n=45)	39.9±10.6 38 (20-72)	33.3±6.3 33 (20-48)	<0.001 ^c

^c Bağımlı gruplarda T testi

Tüm süreç sonunda uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının gruplar içinde, zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.12’de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p<0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$).



Şekil 4.2. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları

4.4. Hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri

Hemşirelerin gruplara göre uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri Çizelge 4.13'te verilmiştir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalara göre grupların kan basıncı ve nabız değerleri hem uygulama öncesinde hem de sonrasında benzer bulunmuştur.

Çizelge 4.13. Hemşirelerin gruplara göre uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri

Ölçümler	Grup		P
	Deney	Kontrol	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Sistolik Kan Basıncı – uygulama öncesi	103.5±16.2	104±13.4	0.893 ^b
	102 (72-168)	100 (84-140)	
Sistolik Kan Basıncı – uygulama sonrası	99.1±16.6	99.9±12.9	0.789 ^b
	97 (68-155)	99 (73-124)	
Diyastolik Kan Basıncı - uygulama öncesi	66.1±13.7	66.8±10.4	0.165 ^b
	6 (46-123)	64 (48-96)	
Diyastolik Kan Basıncı - uygulama sonrası	62.8±10.8	62.5±8.7	0.805 ^b
	62 (40-91)	62 (43-81)	
Nabız - uygulama öncesi	81.9±11.3	85.3±11.9	0.906 ^b
	82 (61-110)	84 (65-120)	
Nabız - uygulama sonrası	80.1±10.2	84.1±11.6	0.085 ^b
	81 (57-99)	85 (61-105)	

^b Bağımsız gruplarda T testi

Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerindeki değişim incelendiğinde ise her iki grupta da sistolik ve diyastolik kan basınçlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düştüğü, ancak nabız değerlerinin değişmediği görülmüştür (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14. Hemşirelerin gruplar içinde uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerleri

Ölçümler	Grup		P
	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	
	Ortalama±SSapma	Ortalama±SSapma	
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Sistolik Kan Basıncı – deney grubu	103.5±16.2	99.1±16.6	0.010^c
	102 (72-168)	97 (68-155)	
Sistolik Kan Basıncı – kontrol grubu	104±13.4	99.9±12.9	0.011^c
	100 (84-140)	99 (73-124)	
Diyastolik Kan Basıncı – deney grubu	66.1±13.7	62.8±10.8	0.028^c
	6 (46-123)	62 (40-91)	
Diyastolik Kan Basıncı – kontrol grubu	66.8±10.4	62.5±8.7	0.003^c
	64 (48-96)	62 (43-81)	
Nabız – deney grubu	81.9±11.3	80.1±10.2	0.132 ^c
	82 (61-110)	81 (57-99)	
Nabız – kontrol grubu	85.3±11.9	84.1±11.6	0.435 ^c
	84 (65-120)	85 (61-105)	

^c Bağımlı gruplarda T testi

4.5. Araştırmaya ilişkin katılımcıların görüşleri

Deney grubundaki katılımcılar arasından 2 katılımcı esansiyel yağın kokusunu biraz ağır bulmakla beraber işlem sonrası rahatladıklarını ifade etti. Deney grubundaki 1 kişi fark edilir şekilde rahatladığını, 1 kişi etkili olacağını tahmin etmediği halde çok rahatladığını ve 1 kişi de biraz rahatladığını ifade etti. Ayrıca 2 kişi baş ağrısı, 1 kişi mide bulantısı ve 1 kişi de göz yanması olduğunu belirtti.

Kontrol grubundaki 1 kişi iş dışı bir uğraşın kendisine iyi geldiğini, 1 kişi dinlenmenin ve 1 kişi sessiz sakin ortamın etkili olduğunu belirtti.

Deney ve kontrol gruplarından 1'er kişi uygulama sonrası bir fark olmadığını iletirken gruplardan 1'er kişi de rahat iken daha da rahatladığını ifade etti.

5. TARTIŞMA

Aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 30'unun (%71) kadın, yaş ortalamasının 25.8 ± 5.2 yaş olduğu görülmüştür (Çizelge 4.1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 39'u (%87) Başkent Hastanesi'nde çalışırken, meslekte ortalama 65.7 ± 56.1 aydır (yaklaşık 5.5 yıl) çalışmaktadır. Çalıştıkları yoğun bakımlar incelendiğinde, 11 (%24) hemşire cerrahi yoğun bakımda, 8 (%18) hemşire koroner yoğun bakımda, 9 (%21) hemşire dahiliye yoğun bakımda çalıştıklarını belirtirken, diğer hemşireler ise nöroloji, kardiyovasküler cerrahi, çocuk ve beyin cerrahisi yoğun bakım ünitelerinde çalıştıkları saptanmıştır. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süreleri ortalama 54 ± 50.5 ay iken, büyük çoğunluğunun (%85) haftalık çalışma süresi 48 ile 60 saat arası olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında deney ve kontrol grubuna atanan hemşirelerin ASÖ skoru, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı skoru ve işlemin hemşireyi rahatlatma derecesi yönünden deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır. (Çizelge 4.7 ve 4.8)

İki aşamalı yapılan araştırmada önce deney grubunda olan hemşireler sonra kontrol grubuna, önce kontrol grubunda olan hemşirelerse deney grubuna alındıklarında elde ettikleri ASÖ skoru, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorları, sürekli kaygı skoru ve işlemin hemşireyi rahatlatma derecesi Çizelge 4.9'da sunulmuştur. Tüm süreç sonunda elde edilen skorlar yönünden deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır. Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarında uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı skorlarında rakamsal olarak düşme olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının ilk aşamada gruplar içinde zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.10'da sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, ilk aşamada her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p=0.001$, kontrol grubu için $p=0.005$).

Uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının ikinci aşamada gruplar içinde zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.11'de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, ilk aşamaya benzer şekilde ikinci aşamada her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p=0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$).

Tüm süreç sonunda uygulama öncesi ve sonrası ölçülen durumluk kaygı skorlarının gruplar içinde zaman içinde değişimini gösteren sonuçlar Çizelge 4.12'de sunulmuştur. Bu çizelgeye göre, her iki grupta da uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p<0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$).

Özdemir'in (58) yaptığı araştırmada esansiyel hipertansiyonlu kadınlara 2 hafta boyunca günde bir kez, 5 dakika olmak üzere, 5:3:2 oranında lavanta, bergamot ve ylang- ylang yağlarından oluşan karışımla aromaterapi inhalasyonu uygulanmıştır. Aromaterapinin durumluk kaygı skorunun düşürülmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Hwang'ın (87) yaptığı araştırmada esansiyel hipertansiyonlu hastalara 5:3:2 oranındaki lavanta, ylang-ylang ve bergamot karışımı ile inhalasyon uygulanmıştır. Deney grubundaki hastalarda durumluk kaygı skoru, kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede düşmüştür ($p<0.05$).

Lehrner'in (60) diş tedavisi gören hastalar üzerine uyguladığı lavanta ve portakal yağı inhalasyonu araştırmasında aromaterapi grubunda durumluk kaygı skorunda anlamlı azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarına göre uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinde farklılık gözlenmezken, gruplar içindeki değişimi incelendiğinde ise her iki grupta da sistolik ve diyastolik kan basınçlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düştüğü, ancak nabız değerlerinin değişmediği görülmüştür (Çizelge 4.13 ve Çizelge 4.14).

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara paralel olarak Özdemir (58) tarafından esansiyel hipertansiyonlu kadınlara uygulanan aromaterapi inhalasyonu sonucu da deney ve kontrol grubundaki hastalarda inhalasyona bağlı sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmanın sonucunda her iki grubun nabız değerlerinde anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır ($p<0.05$).

Hwang'ın (87) yaptığı çalışmada esansiyel hipertansiyonlu hastalarda aromaterapi inhalasyonuna bağlı olarak sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve nabız değerlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hur ve ark. (88) Koreli klimakterik kadınlar üzerine yaptıkları çalışmada aromaterapinin lipid profili ve kan basıncı üzerine etkisini incelemişlerdir. Aromaterapi grubundaki kadınların sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyinin deney grubuna göre daha fazla düştüğü saptanmıştır.

Louis ve ark.'nın (77) kanser hastalarında uyguladığı lavanta inhalasyonunun hastaların kan basıncı, nabız, ağrı, kaygı ve depresyon düzeylerinde az da olsa olumlu etki sağladığı tespit edilmiştir.

Kuroda ve ark. 'nın (111) 24 sağlıklı birey üzerinde uyguladığı yasemin ve lavanta yağlarının inhalasyonu sonucu lavanta grubunda kalp hızının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır.

Arslan'ın (98) yoğun bakım hastalarına uyguladığı aromaterapi sonucu hastaların nabız hızlarında anlamlı düzeyde değişim olmuştur.

Cha ve ark. (89) esansiyel hipertansiyonlu hastalara limon, lavanta ve ylang- ylang (2:2:1) karışımı ile günde 2 kez, 2 dakika olmak üzere 3 hafta boyunca inhalasyon uygulanmıştır. Aromaterapi grubunda sistolik kan basıncı düzeyinin, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düştüğü ($p < 0.05$) ancak diyastolik kan basıncı düzeyindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

İşlemin hemşireyi rahatlatma derecesi (VAS skoru) ilk aşamada deney grubunda 7.6 ± 2.1 iken kontrol grubunda 6.8 ± 2.2 olarak belirlenmiş olup ikinci aşamada deney grubunda 6.8 ± 2.1 ve kontrol grubunda 7.2 ± 2 olarak kaydedilmiştir. Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarında elde ettikleri VAS skorları ise 7.3 ± 2.1 ve 7.1 ± 2.1 'dir. Katılımcıların aşamalara ve gruplara göre VAS skorlarında fark bulunmamıştır; ancak katılımcılar işlemten memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Deney grubundaki katılımcılar arasından 2 katılımcı esansiyel yağın kokusunu biraz ağır bulmakla beraber işlem sonrası rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca 1 kişi fark edilir şekilde rahatladığını, 1 kişi etkili olacağını tahmin etmediği halde çok rahatladığını ve 1 kişi de biraz rahatladığını ifade etmiştir. Bunun yanında 2 kişi baş ağrısı, 1 kişi mide bulantısı ve 1 kişi de göz yanması olduğunu belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılardan 1 kişi iş dışı bir uğraşın kendisine iyi geldiğini, 1 kişi dinlenmenin ve 1 kişi sessiz sakin ortamın etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Deney ve kontrol gruplarından 1'er kişi uygulama sonrası bir fark olmadığını iletirlerken gruplardan 1'er kişi de rahat iken daha da rahatladıklarını ifade etmişlerdir.

Muzzarelli ve ark. kolonoskopi ve özofagogastroduodenoskopi yapılacak olan hastalara işlem öncesi aromaterapi uygulayarak onların anksiyetelerini azaltmayı amaçlamış ancak hastaların durumluk anksiyete seviyelerinde bir fark olmamıştır. Ancak hastaların çoğu lavanta kokusundan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (76).

Pemberton ve Turpin, yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin mesleki streslerinde lavanta ve misk ada çayı esansiyel yağlarının topikal uygulamasının

etkisini değerlendirmiştir. Sonuçlar üç kez 12 saatlik vardiyada çalışan yoğun bakım nitesi hemşirelerinin, algılanan stres düzeylerinde azalma olduğunu göstermiştir (16).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tüm süreç sonunda hem deney hem kontrol grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında hemşirelerin durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüş görülmüştür (deney grubu için $p<0.001$, kontrol grubu için $p<0.001$) (Çizelge 4.12)

Vardiya aralarında dinlenme amacıyla sessiz bir çevrede bulunan aydınlık, havadar bir odada geçirilen 10-15 dakikalık sürenin dahi hemşireler üzerinde olumlu etki yarattığı, durumluk kaygı skorlarında azalma olduğu ortaya konmuştur. Hemşirelerin deney ve kontrol gruplarında elde ettikleri VAS skorları ise 7.3 ± 2.1 ve 7.1 ± 2.1 'dir.

Bu araştırma sonucunda 'Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere 10-15 dakika süreyle lavanta inhalasyonunun uygulanması stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasında etkili değildir' tezi doğrulanmıştır.

Öneriler:

- Hemşirelerin dinlenmeleri için yoğun bakımlarda fiziksel çevre düzenlemesi yapılmış bir oda,
- Aromaterapi uygulamasının birden fazla tekrarlanması (haftada 2 kez),
- Araştırmanın farklı esansiyel yağ kombinasyonları ile tekrarlanması,
- Araştırmaya diğer sağlık personellerinin de dahil edilmesi olarak sıralanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Baltaş A, Baltaş Z.** Stres ve İnsan. *Stres ve Başaçaıkma Yolları*, 20. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2000**; 23-32.
2. **Zülal A.** Stres. *Bilim ve Teknik*, Ankara: TÜBİTAK, **2002**; 421: 38- 45.
3. **Sabuncu N, Köse S, Özhan F, Batmaz M, Özdiilli K.** İlk defa intramüsküler enjeksiyon uygulaması yapan öğrencilerin kaygı düzeyleri ve sosyo- demografik özellikleri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11: 3.
4. **Akdemir N, Birol L.** Stres- Adaptasyon ve Anksiyete. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2005**; 141- 153.
5. **Berksun OE.** Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Erişim: (http://www.umitkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi_anksiyete.pdf) **2013**. Erişim tarihi: 20.05.2013
6. **Sabuncu N, Ecevit Alpar Ş, Özdiilli K, Batmaz M, Bahçecik N, Özhan F, Dursun S.** Hemşirelikte Temel Kavramlar- Stres. Sabuncu N. Ed. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*, Ankara: Alter Yayıncılık, **2008**; 20-22.
7. **Clegg A.** Occupational stress in nursing: A review of the literature. *J Nurs Manag*, **2001**; 9(2): 101-106.
8. **Akbal- Ergün Y, Özer Y, Baltaş Z.** Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, **2001**; 5 (2):70-79.
9. **Taparlı ZT.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, ÇÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2004**.
10. **Umezu T.** Behavioral effects of plant-derived essential oils in the Geller type conflict test in mice. *Jpn J Pharmacol*, **2000**; 83: 150- 153.
11. **Köksoy S.** Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. Yüksek Lisans Tezi, MEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2008**.
12. **Huang MY, Liao MH, Wang YK, Huang YS, Wen HC.** Effect of Lavender Essential Oil on LPS-Stimulated Inflammation. *Am J Chin Med*, **2012**; 40: 845- 859.
13. **Aslanca H, Tınmaz AB, Sarıbaş R.** Bazı Lavanta Çeşit ve Tiplerinde Adaptasyon Çalışmaları Tıbbi ve Aromatik Bitkiler Sempozyumu. Erişim: (www.tibasempozyum.com/downloads/bildiri.kitabi.pdf) **2012**. Erişim tarihi: 25.06.2013
14. **Saraçoğlu İA.** Lavanta. *Tıbbi Bitkiler ve Bitkisel Sağlık Rehberi (Yeni Kırler)*, İstanbul, **2013**; 414- 427.
15. **Cavanagh HMA, Wilkinson JM.** Lavender essential oil: a review. *Australian Infection Control*, **2005**; 10: 35-37.
16. **Pemberton E, Turpin PG.** The Effect of Essential Oils on Work-Related Stress in Intensive Care Unit Nurses. *Holist Nurs Pract*, **2008**; 22(2):97- 102.

17. **Ekinci H, Ekici S.** İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma. *ÇÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, **2003**; 27(1): 109-120.
18. **Güçlü N.** Stres Yönetimi. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2001**; 21(1): 91-109.
19. **Polat N.** Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2008**.
20. **Ören B.** Yoğun Bakımlarda Hasta ve Çalışan Stresi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2011**;15(1): 29-35.
21. **Dinçsever A.** Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, *IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, İstanbul, **1998**; 171.
22. **Ay AF.** İnsan ve Stres. *Temel Hemşirelik; Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, 2. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2008**; 37.
23. **Biröl L.** Hemşirelik İle İlgili Kavramlar. *Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, 7. Baskı, İzmir, **2005**; 32-34.
24. **Balaban J.** Temel Eğitimde Öğretmenlerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Teknikleri. *PAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2000**; 7.
25. **Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş.** Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 2:13-23.
26. **Tel H, Tel Aydın H, Karabey G, Vergi İ. Akay D.** Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Stresle Başetme Durumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2012**; 2: 47-52.
27. **TÜRK DİL KURUMU (TDK)** Stres. Erişim: (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategori1=terimararat&kelime1=stres%20iplikleri&s3oz5k0t1=BIY) **2013**. Erişim tarihi: 15.10.2013
28. **Şahin NH.** Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları: 2, **1994**; 19-20.
29. **Velioğlu P.** *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul: Alaş Ofset, **1999**; 526.
30. **Sabuncu N, Gülseven B, Karabacak Ü.** Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, **1999**; 3(1): 10-14.
31. **Demir A.** Hemşirelerin Vardiya ile Çalışmalarının Anksiyete ve Arteriyel Kan Basıncına Etkisinin İrdelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(2): 40-54.
32. **Doğan S.** Anksiyete- Somatoform ve Disosiyatif Bozukluklar. Kum N. Ed. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Kum N. Ed. 2. Baskı, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **2000**; 132.
33. **VİKİPEDI- Özgür Ansiklopedi.** Anksiyete Erişim: (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete>) Erişim tarihi: 10.06.2014
34. **Tural Ü.** Anksiyete bozuklukları. Erişim: (http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/u_tural/anksiyete.pdf) Erişim Tarihi: 23.09.2014

35. **Bölükbaş N, Karabulut N, Özer H.** Ameliyathane Ortamının Çalışan Ekip Üzerinde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, **1998**; 11 (1): 27-31.
36. **Öz F.** Anksiyete ve korku. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı, Ankara: Mattek Matbaacılık Basın Yayın, **2010**; 130- 148.
37. **Kocabaşoğlu N.** Stres ve Anksiyete. Erişim: (<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>) Erişim Tarihi: 31/12/2013
38. **Hovardaoğlu S.** Stres Belirtileri ile Durumsal ve Sürekli Kaygının Yordanması. *Kriz dergisi*, **2002**; 5(2): 127-134.
39. **King PR, Endler NS.** The Interaction Model of Anxiety: Critical Appraisal of Current Research Methods. *Personality and Individual Differences*, **1990**; 11: 233-237.
40. **Dalgleisch T, Watts FN.** Biases of Attention and Memory in Disorders of Anxiety and Depression. *Clinical Psychology Review*, **1990**; 10: 589-604.
41. **Guyton AC, Hall JE.** Dolaşımın Sinirsel Düzenlenmesi ve Arteriyel Basıncın Hızlı Kontrolü. *Tıbbi Fizyoloji*. Çev: Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, Aydın Z, Alican İ. Eds. 1. Baskı: Nobel Tıp Kitapevleri; **2001**: 184- 194.
42. **Canlı Z.** Koroner Bakım Ünitesinde Yatan Myokard Enfaktüslü Hastaların Anksiyete Düzeyinin ve Hastaları Etkileyen Fiziksel Çevre Stresörlerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1995**.
43. **Cooke M, Holzhauser K, Jones M, Davis C, Finucane J.** The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *J Clin Nurs*, **2007**; 16 (9):1695-703.
44. **Kılıç M.** Tükenmişlik ve Sağlık Çalışanları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Projesi, İstanbul, **2013**.
45. **Akyar İ.** Vardiyalı, Uzun Süre, Fazla Çalışma ve Etkileri. **2009**. Erişim: (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/hemsirelik-yayinlari/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi-yazilari/91-sagligguncel.aspx>) Erişim tarihi: 18.06.2014
46. **The International Council of Nurses (ICN)** ICN on Occupational Stress and the Threat to Worker Health. **2009**. Erişim: (http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19h_FS-Occupational_Stress.pdf) Erişim Tarihi: 24.12.2011
47. **Günüşen NP, Üstün B.** Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *Deuhyo Ed*, **2010**; 3: 40-51.
48. **Bostancı S.** Hematoloji Hemşiresinin Psikososyal Durumu. XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi, **2004**; 94-96.
49. **Batmaz M, Pektekin Ç, Dinçsever A.** Cerrahi ve Dahiliye Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Stresin Kaynağının Stres Yaratan Yakın Zaman Hayat Olaylarının ve Sürekli Kaygı Durumlarının Araştırılması. *Uluslararası Cerrahi Kongresi Bildirileri*, **1990**; 275–283
50. **Görgülü RS.** Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, **1988**.

51. **Turgay M.** Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde stres. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, **2001**; 5(2): 80-82.
52. **Oskins S L.** Identifications of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. *Heart Lun*, **1979**; 8: 953-960.
53. **Oktay M.** Çalışma yaşamında iş yerinde stres. Balcı İ. Ed. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* No:47, İstanbul, Aksu Dağıtım: **2005**; 111-116.
54. **Paşa M.** Stresin bireysel performans üzerindeki etkileri ve bir uygulama. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Ensttüsü, Doktora Tezi, Bursa, **2007**.
55. **Steflitsch W, Steflitsch M.** Clinical aromatherapy. *Journal of Men' s Health*, **2008**; 5(1): 74-85.
56. **Dunn C, Sleep J, Collett D.** Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive- care unit. *J Adv Nurs*, **1995**; 21(1):34-40.
57. **Şar S, Kahya E, Ataç A.** Aromaterapinin Tarihçesi ve Bu Alanda Kullanılan Tıbbi Bitkilerden Örnekler. *Lokman Hekim Journal*, **2011**. Erişim: (<http://lokmanhekim.mersin.edu.tr>) Erişim tarihi: 18.05.2013
58. **Özdemir H.** Esansiyel Hipertansiyonlu Kadınlara İnhalasyon Yoluyla Uygulanan Aromaterapinin Arteriyel Kan Basıncı, Nabız ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2012**.
59. **Buckle J.** Clinical Aromatherapy (2nd Edition), Churchill Livingstone, New York, **2003**: 10-33, 74-98, 103-112, 228-256.
60. **Lehrner J, Eckersberger C, Walla P, Potsch G. & Deecke L.** Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improves mood in female patients. *Physiology & Behavior*, **2000**; 71: 83-86.
61. **Heuberger E, Hongratanaworakit T, Bohm C, Weber R, Buchbauer G.** Effects of chiral fragrances on human autonomic nervous system parameters and self-evaluation. *Chemical Senses*, **2001**; 26(3): 281-292.
62. **Cooke B, Ernst E.** Aromatherapy: a systematic review. *British Journal of General Practice*, **2000**; 50: 493-496.
63. **Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri. Aromaterapi Masajı T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011** Erişim: (http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Aroma%20Terapi%20Masaj%C4%B1.pdf) Erişim tarihi: 18.08.2014
64. **Herz RS.** Aromatherapy Facts and Fictions: Ascientific Analysis of Olfactory Effects on Mood, Physiology and Behavior. *International Journal of Neuroscience*, **2009**; 119(2): 263-290.
65. **Hails K.** Aromatherapy. Wentworth- Douglass Hospital' s Integrative Therapies Committee Quarterly Educational Update. The Bridge Evidence- Based Integration of Medicine and Healing **2010**: 3(1).

66. **Özata N.** Fitoterapi ve Aromaterapi, 1. Baskı, İstanbul: Doğan Kitap, **2009**; 13-17, 117-119, 126-127, 140-141, 164-165.
67. **Watt GVD, Janca A.** Aromatherapy in nursing and mental health care. *Contemporary Nurse*, **2008**; 30: 69- 75.
68. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2004. Erişim: (http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2004/) Erişim tarihi: 15.05.2014
69. **Erdoğan ET.** Koku. Ed. Yeğen BÇ *Yüksekokullar için Fizyoloji*. İstanbul: Yüce Yayım, **2014**; 114-115.
70. **Broughan C.** Odours, emotions, and cognition- How odours may affect cognitive performance. *Int J Aromatherapy*, **2002**; 12: 92-98.
71. **Morris N, Birtwistle S, Toms M.** Anxiety reduction. *The International Journal of Aromatherapy*, **1995**; 7(2): 33-37.
72. **Ilmberger J, Heuberger E, Mahrhofer C, Dessovic H, Kowarick D, Buchbauer G.** The influence of essential oils on human attention. I: alertness. *Chemical Senses*, **2001**; 26 (3): 239-245.
73. The Sense of Smell: A Powerful Sense. Gloria Rodriguez-Gil Spring **2004**, Volume 11, Number 2 Erişim: (<http://www.tsbvi.edu/seehear/summer05/smell.htm>) Erişim Tarihi: 13.10.2014
74. **Toda M, Morimoto K.** Effect of lavender aroma on salivary endocrinological stress markers. *Arch Oral Biol*, **2008**; 53(10): 964-968.
75. **Seo JY.** The effects of aromatherapy on stress and stress responses in adolescents. *J Korean Acad Nurs*, **2009**; 39(3): 357-365.
76. **Muzzarelli L, Force M, Sebold M.** Aromatherapy and Reducing Preprocedural Anxiety. *Gastroenterol Nurs*, **2006**; 26 (6): 466-471.
77. **Louis M, Kowalski SD.** Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety and depression and to promote an increased sense of well- being. *Am J Hosp Palliat Care*, **2002**; 19: 381- 386.
78. **Tang SK, Tse MMY.** Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *BioMed Research International*, **2014**; 430195.
79. **Hajibagheri A, Babaii A, Adib-Hajbaghery M.** Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, **2014**; 20(3):159-63.
80. **Sites DS, Johnson NT, Miller JA, Torbush PH, Hardin JS, Knowles SS, Nance J, Fox TH, Tart RC.** Controlled breathing with or without peppermint aromatherapy for postoperative nausea and/or vomiting symptom relief: a randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs*, **2014**; 29(1):12-9.
81. **Yavari Kia P, Safajou F, Shahnazi M, Nazemiyeh H.** The effect of lemon inhalation aromatherapy on nausea and vomiting of pregnancy: a double-blinded, randomized, controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*, **2014**; 16(3):e14360.

82. **Snow L, Hovanec L, Brandt J.** Acontrolled Trial of Aromatherapy for agitation in nursing home patients with demantia. *The journal of alternative and complementary medicine*. **2004**; 10(3): 431- 437.
83. **Kim OT, Wajda M, Cuff G, Serota D, Schleme M, Axelrod DM, Guth AA, Bekker AY.** Evalutian of Aromatherapy in Treating Postoperative Pain: Pilot Study. *Pain Practice*, **2006**; 6(4): 273-277.
84. **Lindsay WR, Pitcaithly D, Geelen N, Buntin L, Broxholme S, Ashby M.** A comparison of the effects of four therapy procedures on concentration and responsiveness in people with profound learning disabilities. *J Intellect Disabil Res*. **1997**; 41(3): 201-207.
85. **Sinha D, Efron D.** Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health*., **2005**;41(1-2):23-26.
86. **Itai T, Amayasu H, Kuribayashi M, Kawamura N, Okada M, Momose A, Tateyama T, Narumi K, Uematsu W, Kaneko S.** Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **2000**; 54: 393- 397.
87. **Hwang JH.** The effects of the inhalation method using essential oils on blood pressure and stres responses of clients with essential hypertension. *J Korean Acad Nurs*, **2006**; 36: 1123-1134.
88. **Hur MH, Oh H, Lee MS, Kim C, Choi A.** Effects of aromatherapy massage on blood pressure and lipid profile in Korean climacteric women. *Int J Neurosci*, **2007**; 117: 1281-1287.
89. **Cha JH, Lee SH, Yoo YS.** Effects of aromatherapy on changes in the autonomic nervous system, aortic pulse wave velocity and aortic augmentation index in patients with essential hypertension. *J Korean Acad Nurs*, **2010**; 40(5): 705- 713.
90. **Apay SE, Arslan S, Akpınar RB, Celebioğlu A.** Effect of Aromatherapy Massage on Dysmenorrhea in Turkish Students. *Pain Management Nursing*, **2010**; 2(2): 1-5.
91. **Marzouk TMF, El-Nemer AMR, Baraka HN.** The Effect of Aromatherapy Abdominal Massage on Alleviating Menstrual Pain in Nursing Students: A Prospective Randomized Cross-Over Study Evidence-Based. *Complementary and Alternative Medicine*, **2013**; 74242.
92. **Kim Y, Lee MS, Yang YS, Hur M.** Self-aromatherapy massage of the abdomen for the reduction of menstrual pain and anxiety during menstruation in nurses: a placebocontrolled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*, **2011**; 3(3): e165–e168.
93. **Buckle J.** Clinical aromatherapy and AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*, **2002**; 13(3):81-99.
94. **Ayçeman N.** Aromaterapi. 2014. Erişim: (http://www.madoted.org/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=61) Erişim tarihi: 18.08.2014
95. **Dunning T.** Applying a quality use of medicines framework to using essential oils in nursing practice. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2005**; 11: 172-181.
96. **Uçucu Aromaterapi Yağları.** 2014. Erişim: (<http://www.alternatifterapi.com/icerik/ucucu-aromaterapi-yaglari>) Erişim tarihi: 8.08.2014

97. **Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez- Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Mcadam V, Galamaga R, Galamaga M.** Aromaterapy positively affects mood, EEG patterns of alertness and math computations. *Intern J Neuroscience*, **1998**; 96: 217- 224.
98. **Arslan S.** Dokunma, Müzik Terapi ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2007**.
99. **Özdemir H, Öztunç G.** Hemşirelik Uygulamalarında Aromaterapi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* **2013**;5(2):98-104.
100. **Breen KJ.** Ethical issues in the use of complementary medicines. *Climacteric*, **2003**; 6(4): 268.
101. **Khorshid L, Yapucu Ü.** Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(2): 124- 130.
102. **Turan N, Öztürk A, Kaya N.** Hemsirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, **2010**; 3(1):93-98.
103. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Erişim: (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>) Erişim tarihi: 1.12.2014
104. **Maddocks- Jennings W, Wilkinson JM.** Aromatherapy practice in nursing: literature review. *J Adv Nurs*, **2004**; 48(1), 93- 103.
105. **Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.** A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, **1983**; 24: 385-396.
106. **Erci B.** Reliability and validity of the Turkish version of perceived stress scale. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 9(1): 58- 63.
107. **Bilge A, Ekti Genç R, Ögce F, Tuna Oran N.** Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)' nin Türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2009**; 25 (2) : 61-72.
108. **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD.** STAI Manual. Palto Alto, Consulting Psychologist Pres, California, **1970**.
109. **Öner N, Le Compte A.** Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri, 2. Basım, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, **1998**.
110. **Seçer İ.** SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi & Analiz Raporlaştırma, Anı Yayıncılık, 1.Baskı, **2013**.
111. **Kuroda K, Inoue N, Ito Y, Kubota K, Sugimoto A, Kakuda T, Fushiki T.** Sedative effects of the jasmine tea odor and ®- (-)- linalool, one of its major odor components, on autonomic nerve activity and mood status. *Eur J Appl Physiol*, **2005**; 95 (2-3): 107-114.

Aromaterapinin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Stres ve Anksiyeteleri Üzerine Etkisi

Sevgili meslektaşlarım,

Bu araştırma, aromaterapinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres ve anksiyeteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla kontrollü ve yarı deneysel bir klinik araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Nadiye BARIŞ
Yüksek Lisans Öğrencisi

S.1.Yaşınız.....(yazınız)

S.2.Öğrenim durumunuz;

a) SML/AÖF b) Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans

S.3.Mesleki deneyim yılınız.....(yazınız)

S.4.Medeni durumunuz;

a) Bekar b)Evli c) Dul/ Boşanmış

S.5.Çocuğunuz var mı?

a) Yok b)Var. Kaç tane?.....(yazınız)

S.6.Şuanda kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Eşimle
b) Eşim ve çocuğum/ çocuklarımla
c) Eşim, çocuklarım ve aile büyüklerimle
d) Anne-babamla
e) Anne-babamla, kardeşimle/ kardeşlerimle
f) Çocuğum/ çocuklarımla
g) Yalnız
h) Arkadaşlarımla
i) Diğer.....(yazınız)

S.7.Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

a) Evet b) Hayır

S.8.Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?

a) Evet b) Hayır

S.9.Çalıştığınız yoğun bakımın adı.....(yazınız)

S.10.Yoğun bakımda ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....(yazınız)

S.11.Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

S.12.Bu bölümde kendi isteğiniz ile mi çalışıyorsunuz?

a) Evet b) Hayır

S.13.Haftalık ortalama çalışma süreniz kaç saattir?.....(yazınız)

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

	Ölçek Maddeleri	Hiçbir zaman (1)	Hemen hemen hiç (2)	Bazen (3)	Sıklıkla (4)	Çok sık (5)
1.	Son bir ay içinde beklenmeyen bir şeyler olması nedeniyle ne sıklıkta altüst (hayal kırıklığına uğramak, sarsılmak, şoke olmak) oldunuz?	1	2	3	4	5
2.	Son bir ay içinde kendi yaşamınızdaki en önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hangi sıklıkta hissettiniz?	1	2	3	4	5
3.	Son bir ay içinde kendinizi hangi sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?	1	2	3	4	5
4.	Son bir ay içinde kişisel problemlerinizi çözebilecek gücünüze ne sıklıkta güvendiniz?	1	2	3	4	5
5.	Son bir ay içinde sizinle ilgili bir şeylerin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	1	2	3	4	5
6.	Son bir ay içinde yapmanız gereken tüm şeylerle ilgili olarak üstesinden gelemeyeceğinize ne sıklıkta inandınız?	1	2	3	4	5
7.	Son bir ay içinde kendi yaşamınızla ilgili olarak öfkenizi hangi sıklıkta kontrol ettiniz?	1	2	3	4	5
8.	Son bir ay içinde birçok sorunun üstesinden geldiğinizi (pek çok şeye yetebildiğinizi) ne sıklıkta düşündünüz?	1	2	3	4	5
9.	Son bir ay içinde kontrolünüzün dışında olan bir şeylerden dolayı hangi sıklıkta sinirlendiniz?	1	2	3	4	5
10.	Son bir ay içinde üstesinden gelemeyeceğiniz şeylere takılıp kalmanın zorluğunu ne sıklıkta hissettiniz?	1	2	3	4	5

EK-3**STAI – I**

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(a)	(b)	(c)	(d)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(a)	(b)	(c)	(d)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(a)	(b)	(c)	(d)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(a)	(b)	(c)	(d)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(a)	(b)	(c)	(d)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
9.	Şu anda kaygılıyım	(a)	(b)	(c)	(d)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
11.	Kendime güvenim var	(a)	(b)	(c)	(d)
12.	Şu anda asabım bozuk	(a)	(b)	(c)	(d)
13.	Çok sinirliyim	(a)	(b)	(c)	(d)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
16.	Şu anda halimden memnunum	(a)	(b)	(c)	(d)
17.	Şu anda endişeliyim	(a)	(b)	(c)	(d)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
19.	Şu anda sevinçliyim	(a)	(b)	(c)	(d)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(a)	(b)	(c)	(d)

EK-4**STAI – II**

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(a)	(b)	(c)	(d)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(a)	(b)	(c)	(d)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(a)	(b)	(c)	(d)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(a)	(b)	(c)	(d)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(a)	(b)	(c)	(d)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(a)	(b)	(c)	(d)
27.	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(a)	(b)	(c)	(d)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(a)	(b)	(c)	(d)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(a)	(b)	(c)	(d)
30.	Genellikle mutluyum	(a)	(b)	(c)	(d)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(a)	(b)	(c)	(d)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(a)	(b)	(c)	(d)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(a)	(b)	(c)	(d)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(a)	(b)	(c)	(d)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(a)	(b)	(c)	(d)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(a)	(b)	(c)	(d)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(a)	(b)	(c)	(d)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(a)	(b)	(c)	(d)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(a)	(b)	(c)	(d)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(a)	(b)	(c)	(d)

EK-5

VAS (MEMNUNİYET)

İşlemin sizi rahatlatma derecesini 1-10 arasında belirtiniz.

Hiç										Çok
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Başka söylemek istediğiniz bir şey var mı?

.....

ÖZGEÇMİŞ

15.06.1988 tarihinde Cuhumen’de (Bulgaristan’da) doğdu. 1989 yılında ailesi ile Türkiye’ye göç etti. İlköğrenimini Anafartalar İlköğretim Okulu’nda ve Kadriye Moroğlu (YDA) Lisesi’nde tamamladı. Lisans eğitimini Ankara Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü’nü 2010 yılında tamamladı. Ayrıca 2010 yılında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü’nü bitirdi. 2011 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi-Yüreğir Hastanesi’nde 2010-2014 tarihleri arasında dahiliye ve cerrahi yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştı. Halen İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu’nda hemşirelik bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.