

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları

Practices of the Nurses Working in Surgical Intensive Care Units for the Patients Who are in Death Process

Zeliha ÖZDEMİR,^a
Sevilay ŞENOL ÇELİK^b

^aTürkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
^bHemşirelik Bölümü,
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 05.01.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 30.03.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
sevilay@hacettepe.edu.tr

ÖZET Amaç: Bu çalışma, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın örneklemini Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi ve Cebeci Hastanesi Kalp Merkezi cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 100 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen “Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları” ve “Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler” olmak üzere iki bölümden oluşan soru kağıdı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin %75.0’i 25-30 yaşları arasında ve %55.0’i 1 ay-4 yıldır cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %42.0’sinin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını yetersiz bulduğu saptanmıştır. Bakımı yetersiz bulan hemşirelerin çoğu hemşire sayısının yetersiz olması ve yoğun bakım ünitelerinde huzurlu bir ölüm için uygun ortam oluşturulmaması nedeniyle bakımı yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %95.3’ünün hastalara düzenli olarak yatak banyosu, el-yüz bakımı verdiği saptanmıştır. Ayrıca, hemşirelerin %31.4’ünün hastanın psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını dinleyip, bunlara önem verdiği ve %84.0’ünün ölüm haberini hasta yakınlarına zamanında ve uygun şekilde bildirdiği belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırma bulguları doğrultusunda hemşirelerin, fiziksel gereksinimleri karşılamaya yönelik uygulamalarının psiko-sosyal gereksinimlere yönelik uygulamalardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Terminal dönem bakımı; yoğun bakım üniteleri; hemşirelik bakımı

ABSTRACT Objective: This study was carried out as a descriptive study to determine practices of the nurses working in surgical intensive care units for the patients who are in death process. **Material and Methods:** The sample of the study comprised of one hundred nurses working in surgical intensive care units in Turkish Education and Research Hospital, Ankara University Ibn-i Sina Hospital, and the Heart Central of Cebeci Hospital. For data collection, “Practices of the Nurses Working in Surgical Intensive Care Units for the Patients Who Are in Death Process” and “ Descriptive Characteristics of the Nurses” forms are used as instruments, which were developed by the researcher based on the literature reviews. Percentage Calculation was used in evaluation of the data. **Results:** According to results of the study, 75.0% of the nurses were between 25-30 ages, and 55.0% worked in surgical intensive care units for least 1 month- longest 4 years. It was determined that 42.0% of the nurses working in surgical intensive care units found the care of the patients who are in death process insufficient. The majority of the nurses finding insufficient care stated that the care given was insufficient because the number of nurses were very limited and the intensive care units were not suitable for a restful death. It was defined that 95.3% of the nurses gave bed bath and hand-face care to the patients regularly. In addition, it was determined that 31.4% of the nurses made a point of all these as listening to patient’s psychological and emotional needs, and 84.0% called on time and properly of death knell to patient family. **Conclusion:** According to results of this study, it was determined that the nurses had more practices for physical needs than the psychosocial needs of patients.

Key Words: Hospice care; intensive care units; nursing care

Bilimsel gelişmeler ve buna paralel olarak tıp alanındaki ilerlemeler, kronik hastalıklar ve travma gibi nedenlerle ölüm sürecinde olan hastaların yaşamlarının uzatılmasına ve ölümün ertelenmesine olanak tanımaktadır. Beklenen ölümün ertelenmesiyle de yaşam sonu bakım terminal dönem ve ölüm sürecinde olan hasta kavramları önem kazanmaktadır.¹⁻⁴ “Terminal dönem” yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır. Hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş olan ve belirli bir süre içinde ölümü beklenen hastaya ‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir. Terminal dönemde olan hastalar bu dönemde problemleriyle başa çıkabilmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu süreçte hastaların gereksinimlerini karşılamayı ve onlara daha iyi bir yaşam sürmeyi amaçlayan faaliyetlere ‘yaşam sonu bakım’ denmektedir.^{1,2,11,12,19}

Ülkemizde ve dünyada terminal dönemin yaşanmasına sebep olan hastalıkların başında kanser yer almaktadır.^{4,5} Yenilenen ve geliştirilen tıbbi araç, gereç ve yöntemler özellikle hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde kullanılmaktadır. Bunlar yoğun bakım ünitelerinde hastalıkların takibinde ya da ölüm sürecinde olan hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında ve yaşam süresinin uzatılmasında kullanılmaktadır. Bu sebeple ölüm sürecinde olan hastaların bakımı yoğun bakım ünitelerinde yapılmakta ve hastaların ölümü de çoğunlukla bu ünitelerde gerçekleşmektedir.⁶⁻⁸

Ölüm sürecinde olan hastalar acı ve rahatsızlık veren bir çok problemlerle karşılaşır. Bunlardan en yaygın olanları; ağrı, yorgunluk, halsizlik, solunum güçlüğü, uykusuzluk, kilo kaybı, konfüzyon, konstipasyon, bulantı, kusma, bası yaraları, anksiyete ve depresyondur. Bu problemler hastalık ya da tedaviye bağlı olarak gelişmektedir. Ayrıca psikolojik ve sosyal faktörler de fiziksel problemlerin ortaya çıkmasına ya da şiddetlenmesine katkıda bulunmaktadır.^{1,2,9,10-13} Yapılan bir çalışmada ölüm sürecinde olan hastalarda tanımlanan problemlerin %73.0’ü güçsüzlük, %71.0’ü hareketsizlik, %66.0’sı ağrı,

%61.0’i iştahsızlık, %55.0’i ağızda kötü tat, %50.0’i mesane kontrolünün kaybı olduğu bulunmuştur.¹⁴ Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde ölüm sürecinde olan hastalara uygulanan tedavi yöntemlerinin ve tıbbi girişimlerin oldukça çeşitlilik gösterdiği ve buna bağlı olarak yoğun bakım ünitelerinde ölen hastaların acı çektiği ve ağrı verici girişimlerle karşılaştığı, komplikasyonların kontrol altına alınmadığı, uygulanan tedavinin hastaların istedikleri gibi olmadığı ve ölümden çok, nasıl ölecekleri konusunda endişe duyduğu belirtilmektedir.¹⁵⁻¹⁷

Hastalara sunulacak iyi bir yaşam sonu bakım ile bu endişe ve korkular azaltılabilir ve böylece ölüm sürecinde olan hastalara kaliteli bir ölüm sağlanabilir. Kaliteli bir ölüm ile hedeflenen hastanın yaşamsal fonksiyonlarını korumak, acıyı azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın bağımsızlığını sürdürmek, kontrol kaybını önlemek, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamak, aile üyelerini desteklemek, hasta ve ailenin isteklerini dikkate almak, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımlarda bulunmaktır. Bu hedeflere uygun davranılmaması, gereksiz acıların yaşandığı, hasta ve ailesinin isteklerinin önemsenmediği, istenmeyen tedavilerin zorla uygulandığı, hastanın saygınlığının korunmadığı, problemlerin kontrolünün sağlanamadığı bir ölüme neden olur.^{2,10,12,18,19}

Hemşireler ölüm sürecinde olan hastanın bakımında diğer sağlık personeline göre hasta ile daha fazla zaman geçirmekte; ağrı, solunum güçlüğü, bulantı, kusma, halsizlik gibi rahatsızlıkları daha yakından görebilmektedirler.²⁰⁻²² Yapılan çalışmalarda, yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakımında hemşirelerin tüm sağlık personeli içinde daha fazla rol aldığı ve daha önemli bir görev üstlendiği gösterilmiştir.^{18,22} Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastalara yönelik görevi onların birer nesne olarak değil, düşünen, algılayan, sosyal konumu ve anıları olan bir birey olarak ölebilmelerini sağlamaktır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımında daha fazla söz sahibi olmak istedikleri ayrıca yoğun bakımda sağlık ekibi içerisinde bu konuda uyum olmadığı ve yoğun bakım ortamının bu hastaların ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamadığı bulunmuştur.²³

Gözlemlerimiz ve yapılan araştırmalar^{24,25} yoğun bakım ünitelerinde ölümlerin çok sık yaşandığı ve verilen bakımın bu bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini yeterince karşılamadığı doğrultusundadır. Hemşirelerin, ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamalarını saptamak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçların, bakımın geliştirilmesinde ve hastalara daha iyi bir ölüm ortamının sağlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Ankara il sınırları içerisinde yer alan, üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi ve Cebeci Hastanesi Kalp Merkezi cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi ve Cebeci Hastanesi Kalp Merkezi cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 149 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme araştırma evrenini oluşturan 149 hemşirenin hepsi alınmıştır. Örneklem içine alınan 149 hemşireden, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 39 kişi ve soru kâğıtlarını eksik doldurmuş olan 10 kişi örneklem dışında bırakılarak toplam 100 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kuruluna başvurulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Başhekimliğinden, Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Başhekimliğinden araştırmanın yapılması için yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutulmuş, yazılı ya da sözlü izinleri alınmıştır. 44

hemşireden yazılı, 56 hemşireden sözlü izin alınmıştır.

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen ve iki bölümden oluşan soru kağıdı kullanılarak toplanmıştır. Hemşirelere ait tanıtıcı özellikleri içeren bölüm; hemşirelerin yaşını, cinsiyetini, çalışılan hastaneyi, en son bitirilen okulu, hemşire olarak çalışma yılını, cerrahi yoğun bakım ünitesindeki çalışma yılını, çalışılan cerrahi yoğun bakım ünitesini, ölüm sürecinde olan hasta bakımı konusunda eğitim alıp almama durumunu, alınan eğitimin türünü, ölüm karşısında hissedilenleri, ölüm sürecinde olan hastanın bakımını yapma konusunda hissedilenleri, ölüm sürecinde olan hastanın bakımını yeterli bulup bulmama durumunu, bakımı yetersiz bulma nedenleri ve yaşam sonu bakımı geliştirebilecek önerileri içeren 13 sorudan oluşmaktadır. Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların hemşirelik uygulamalarını içeren bölüm; ölüm sürecinde olan hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimlerine ilişkin toplam 12 soruyu içermektedir. Soru kağıdının ön uygulaması Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi yoğun bakım ünitelerinde 04.09.2006 -15.09.2006 tarihleri arasında 15 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ortalama 30 dakikada doldurulan soru kağıdına, ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Soru kağıdının uygulanması 10.11.2006-15.12.2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Soru kağıdının hemşirelerle görüşme yöntemi kullanılarak doldurulması planlanmıştır. Fakat yoğun bakım ünitelerine girişlerde sorun yaşanması ve hemşirelerin görüşme için yeterince zamana sahip olmamaları nedeniyle birebir görüşme yapılamamıştır. Araştırmacı tarafından, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle 07.00-16.00, 15.00-23.00 ve 08.00-16.00 çalışma saatleri içerisinde görüşerek, çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu hemşirelere okutulmuş, soru kâğıtlarının nasıl doldurulacağı anlatılmış, yazılı ya da sözlü izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere soru kâğıdı verilmiş, bir haftalık süre içinde doldurmaları ve doldurulan soru kâğıdını klinik sorumlu hemşirelerine teslim etme-

leri istenmiştir. Bir haftalık süre sonunda klinik sorumluluğu hemşirelerinden doldurulan soru kâğıtları alınmıştır. Veri toplama aşamasında, soru kağıdı doldururken unutma faktörü göz önüne alınarak hemşirelerden en son bakım verdikleri hastanın ele alınması istenmiştir.

Veriler, SPSS 11.5 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılarak, yüzdelik hesaplama ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hemşirelerin %60.0'ı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, %31.0'i Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde, %9.0'u Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kalp Merkezi'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin %75.0'i 25 -30 yaşları arasında, tamamı kadın, %40.0'ı sağlık meslek lisesi, %29.0'u önlisans, %31.0'i lisans mezundur. Hemşirelerin %40.0'ı 5-9 yıl arasında hemşire olarak çalıştığı, %55.0'ı 1 ay - 4 yıl arasında cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %70.0'inin ölüm sürecinde olan hastanın bakımı konusunda eğitim almadığı, eğitim alanların %60.0'inin bu eğitimi okulda aldığı saptanmıştır.

Tablo 1 incelendiğinde hemşirelerin %61.0'inin ölümü, hastanın yaşına ve hastalığına göre farklı hissettiği, %34.0'ünün çok karşılaşılan bu duruma alıştığı ve %27.0'sinin zorunlu kalmadıkça bu hastaların bakımını üstlenmek istemediği saptanmıştır. Ölüm sürecinde olan hastanın bakımını yetersiz bulan hemşirelerin (n:42) %78.5'i hemşire sayısının yeterli olmaması, %76.1'i yoğun bakım ünitelerinin huzurlu bir ölüm için uygun ortam oluşturamaması, %73.8'i hasta ve hasta yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması nedeniyle bakımı yetersiz bulmaktadır.

Hemşirelerin (n:41) bakımı geliştirmeye yönelik önerileri incelendiğinde %43.9'u hastanın yakınları ile yeterli iletişim kurulabilmesine ve zaman geçirmesine fırsat verilmesi, %34.1'i ölüm sürecinde olan hastalar için klinik ya da hastane içerisinde ayrı bir bölüm oluşturulması ve %31.7'si ölüm sürecinde olan hastanın bakımı konusunda hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 2'ye bakıldığında hemşirelerin (n:85) %95.3'ünün hastaya düzenli olarak yatak banyosu, el, yüz bakımı verdiği ve hasta yatağının temizliğini sağladığı, %92.9'unun gereksinime göre kateter, dren ve yara bakımı verdiği, %90.6'sının düzenli olarak perine bakımı verdiği görülmektedir. Cilt bütünlüğünün sürdürülmesine ilişkin uygulamalar incelendiğinde; hemşirelerin (n:93) %95.7'sinin havalı yatak kullandığı, %94.6'sının cildi temiz ve kuru tuttuğu, %93.5'inin hasta yatağını temiz, kuru ve düzenli tuttuğu, %91.4'ünün bası bölgelerini bası yarası gelişimi açısından düzenli olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerini karşılamaya ilişkin uygulamaları yer almaktadır. Tabloya bakıldığında hastalarla etkili iletişim kurulmasına yönelik olarak; hemşirelerin (n:35) %77.1'inin hastaların aile üyelerine söylemek istediklerini ifade etmesi için fırsat verdiği görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin sadece %8.6'sı hastanın ölümle ilgili duygu, düşünce ve korkularını ifade etmesine fırsat verdiğini ve kısa süreli, üstü kapalı konuşmalardan kaçındığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastanın isteklerine uygun yaklaşımlarda bulunulmasına yönelik olarak; hemşirelerin (n:35) %71.4'ü önemli kararlar verirken hasta ve yakınlarına danıştığını ve yapılan tüm işlemleri açıkladığını belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin (n:35) sadece %8.6'sının hastanın istekleri doğrultusunda uygulamalar yaptığı ve hasta tarafından reddedilen uygulamalardan kaçındığı saptanmıştır. Tabloda hastaların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanarak psikolojik rahatlığının sağlanması için hemşirelerin (n:35) %91.4'ünün ajitasyon, huzursuzluk, feryat etme, inleme durumlarında hastayla konuşarak huzursuzluğun nedenini araştırdığı görülmektedir. Bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci kapalı olan hastalarda psikolojik rahatlığın sağlanmasına yönelik olarak; hemşirelerin (n:65) %56.9'u aile üyelerine söylemek istedikleri şeyleri söyleyebilmeleri için fırsat verdiğini, %55.4'ü hastayla sözel ilişkiyi devam ettirdiğini belirtmiştir. Hasta/hasta yakınlarının bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına ilişkin; hemşirelerin (n:65) %66.2'si hasta/hasta yakınlarının doktorla iletişimini sağlamakta, sadece %15.4'ü hasta/hasta yakınlarıyla ya-

TABLO 1: Hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastalara ve bu hastaların bakımına ilişkin duygu ve düşünceleri (N: 100)

Ölüme İlişkin Duygu ve Düşünceler*	Sayı	%
Hastanın yaşına, hastalığına göre farklı hissetme	61	61.0
Çok karşılaşılan bu duruma alışma	34	34.0
Çok üzülme	7	7.0
Hiçbir şey hissetmeme	4	4.0
Korkma, kendi ölümünü düşünme	2	2.0
Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımını Üstlenmeye İlişkin Duygu ve Düşünceler		
Diğer hastalarda olduğundan daha farklı hissetmeme	61	61.0
Zorunlu kalmadıkça bakımı üstlenmek istememe	27	27.0
Diğer hastalara göre öncelikle tercih etme	12	12.0
Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımını Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli bulan	58	58.0
Yeterli bulmayan	42	42.0
Bakımı Yetersiz Bulma Sebepleri (n:42)**		
Hemşire sayısının yetersiz olması	33	78.5
Yoğun bakım ünitelerinin huzurlu bir ölüm için uygun ortam oluşturmaması	32	76.1
Hasta ve hasta yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması	31	73.8
Yaşam sonu bakım konusunda verilen eğitimin yetersiz olması	30	71.4
Hemşire, doktor, hasta iletişiminin yetersiz olması	26	61.9
Hastalara yeterince zaman ayrılmaması	26	61.9
Hastaların isteklerine uygun davranılmaması	24	57.1
Ölümün evde gerçekleşmesine fırsat verilmemesi	24	57.1
Hemşirelerin istekleri dışında ölüm sürecinde olan hastalara bakmak zorunda kalması	19	45.2
Yaşam Sonu Bakımı Geliştirmeye Yönelik Öneriler (n:41)***		
Hastaların yakınları ile yeterli iletişim kurulabilmesine ve zaman geçirmesine fırsat verilmesi	18	43.9
Hastalar için klinik ya da hastane içerisinde ayrı bir bölüm oluşturulması	14	4.1
Ölüm sürecinde olan hastanın bakımı konusunda hizmet içi eğitim verilmesi, bu eğitimin sürekliliğinin ve güncelliğinin sağlanması	13	31.7
Hemşire ve diğer sağlık personelinin sayısının artırılması, bakım için kullanılan malzeme miktarının yeterli olması	12	29.3
Hemşirelerin hastalara yeterince zaman ayırması	7	17.1
Hastaların son zamanlarını mümkün olduğunca evinde geçirmesine fırsat verilmesi	4	9.8
Hastaların dini inançlarını uygulamasına fırsat verilmesi	4	9.8
Hastalarının bakımına katılmak isteyen hasta yakınlarına bu fırsatın verilmesi	4	9.8
Sağlık ekibi içinde işbirliğinin artırılması, işbölümünün doğru yapılması	3	7.3
Hastanın alışkanlıklarını hastane ortamında sürdürebilmesine fırsat verilmesi	2	4.9
Hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımını üstlenmeye zorlanmaması	1	2.4

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Bakımı yetersiz bulanların sayısıdır, birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

*** Bu soruya cevap veren hemşire sayısıdır, birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

şam sonu tedavi ile ilgili istekleri konusunda konuşmaktadır.

Tablo 4'te hemşirelerin hastaların sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin (N:100) %84.0'ünün ölüm haberini hasta yakınlarına zamanında ve uygun şekilde bildirdiği ve %74.0'ünün ölüm anında hastanın yanında birinin

bulunmasını sağladığı görülmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin %13.0'ü dini inançlarını uygulayabilecek ortam sağlamakta ve %2.0'si hastanın kişisel işlerini bitirmesine yardım etmektedir.

TARTIŞMA

Ölüm sürecinde olan hastaya bakım vermek ve sıklıkla bakım verdiği hastaların ölümünü görmek

TABLO 2: Hemşirelerin Hastaların Fiziksel Gereksinimlerini Karşılamaya İlişkin Uygulamaları (N:100)

Bireysel Bakıma İlişkin Uygulamalar (n:85)*	Sayı	%
Düzenli aralıklarla yatak banyosu verilmesi	81	95.3
El, yüz bakımı verilmesi	81	95.3
Hasta yatağının temizletilmesi	81	95.3
Gereksinime göre kateter, dren ve yara bakımlarının verilmesi	79	92.9
Düzenli olarak perine bakımı verilmesi	77	90.6
Düzenli aralıklarla saç banyosu verilmesi	67	78.8
Düzenli olarak ağız, diş bakımı verilmesi	66	77.6
Bakım verirken hasta mahremiyetinin korunması	66	77.6
Nemlendiricilerle cilde masaj yapılması	46	54.1
Çamaşırların düzenli olarak değiştirilmesi	39	45.9
Düzenli olarak ayak bakımı verilmesi	39	45.9
Düzenli olarak göz bakımı verilmesi	36	42.4
Düzenli olarak tırnak bakımı verilmesi	29	34.1
Cilt Bütünlüğünün Sürdürülmesine Yönelik Uygulamalar (n:93)*		
Havali yatak kullanılması	89	95.7
Cildin temiz ve kuru tutulması	88	94.6
Yatağın temiz, kuru ve düzenli tutulması	87	93.5
Bası bölgelerinin bası yarası gelişimi açısından düzenli olarak değerlendirilmesi	85	91.4
Yatak içinde düzenli olarak pozisyon değişikliğinin sağlanması	81	87.1
Bası yarası gelişme riskinin değerlendirilmesi	73	78.5
Fizyoterapistler ile işbirliği yapılması	54	58.1
Doktor ve diyetisyenle işbirliği yaparak yeterli beslenmenin sağlanması	48	51.6
Basınç bölgelerine düzenli masaj yapılması	46	49.5
Doktor ve diyetisyenle işbirliği yaparak yeterli sıvı alımının sağlanması	46	49.5
Yatak içinde aktif pasif egzersizler yaptırılması	44	47.3

* Bu soruyu cevap veren hemşire sayısıdır. Birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır

hemşireler için büyük bir stres kaynağı olabilmektedir. Ölüm sürecinde olan hastaların bakımında görev alan sağlık çalışanlarının bu hastaların bakımında ve tedavisinde duyarsız ve dikkatsiz davrandıkları, stres yaşadıkları ve hastalarla iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları belirtilmektedir.^{2,3,26} Bu çalışmada ise hemşirelerin yarısından fazlasının, ölüm sürecinde olan hastaların bakımını üstlenmek konusundaki duyarlılıklarının diğer hastalardan farklı olmadığını belirttikleri görülmektedir (Tablo 1). Bunun nedeni olarak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sıklıkla ölüm sürecinde olan hastalara bakım vermelerinin ve bu durumu kabullenmiş olmalarının etkili olduğu söylenebilir.

Literatürde ölüm sürecinde olan hastalara iyi bir ölüm sağlayamama nedenleri arasında; hemşire sayısının yetersiz olması, bu konuda eğitilmiş hemşirelerin olmaması, ölüm sürecinde olan hastalara yeterince zaman ayrılmaması ve iletişim sorunlarının olması belirtilmiştir.^{18,26-28} Enes ve ark.nın yapmış olduğu bir çalışmada²⁹ hemşireler yaşam sonu bakım ve ölüm kalitesini geliştirmeye yönelik semptom kontrolü, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim konularında verilen eğitimin artırılmasını önermiştir. Levy³⁰ ise yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakımın iyileştirilmesi için sürekliliği olan eğitim programlarının gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise, hemşireler; hemşire sayısının yetersiz olması, hasta ve hasta yakınları ile

TABLO 3: Hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerini karşılamaya ilişkin uygulamaları (N:100)

Hastalarla Etkili İletişim Kurulmasına İlişkin Uygulamalar (n:35)*	Sayı	%
Hastanın, aile üyelerine söylemek istediklerini ifade etmesi için fırsat verilmesi	27	77.1
Hastanın soru sormasına fırsat verilmesi	13	37.1
Psikolojik / duygusal ihtiyaçların dinlenmesi ve bunlara önem verilmesi	11	31.4
Diğer sağlık personeli ile iletişiminin sağlanması	11	31.4
Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi	10	28.6
Hastanın sevgi, umut, teselli, huzur, dinsel ihtiyaçlarının dikkate alınması ve yardım edilmesi	9	25.7
İletişim için yeterince zaman ayrılması	8	22.9
Hastanın gereksinim ve endişelerinin dinlenmesi	7	20.0
Kısa süreli, üstü kapalı konuşmalardan kaçınılması	3	8.6
Hastanın ölümle ilgili konuşmasına, duygu, düşünce ve korkularını ifade etmesine fırsat verilmesi	3	8.6
Hastaların İsteklerine Uygun Yaklaşımlarda Bulunulmasına İlişkin Uygulamalar (n:35)*		
Önemli kararlar verirken hasta ve yakınlarına danışılması	25	71.4
Yapılan tüm işlemlerin açıklanması	25	71.4
Yaşam sonu tedavi ile ilgili istekler konusunda konuşulması	5	14.2
Hastanın istekleri doğrultusunda uygulamalar yapılması	3	8.6
Hasta tarafından reddedilen uygulamaların yapılmaması	3	8.6
Hastaların Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılayarak Psikolojik Rahatlığın Sağlanmasına İlişkin Uygulamalar (n:35)*		
Ajitasyon, huzursuzluk, feryat etme, inleme durumlarında konuşarak huzursuzluk nedeninin araştırılması	32	91.4
Ağrı kontrolünün sağlanması	25	71.4
Hastanın mahremiyetine özen gösterilmesi	23	65.7
Günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesine yardım edilmesi	22	62.9
Gerektiğinde doktorla işbirliği yaparak sakinleştirici ilaçların verilmesi	15	42.9
Uyuma ve dinlenmeye imkân verecek sakin bir ortam sağlanması	13	37.1
Hastanın her türlü gereksiniminin belirlenmesi ve karşılanması	8	22.9
Hastanın istekleri doğrultusunda uygulamalar yapılması	3	8.6
Bilinç Düzeyi Azalmış ya da Bilinci Kapalı Hastanın Psikolojik Rahatlığının Sağlanmasına İlişkin Uygulamalar (n:65)**		
Aile üyelerine söylemek istedikleri şeyleri söylemeleri için fırsat verilmesi	37	56.9
Hastayla sözel ilişkinin devam ettirilmesi	36	55.4
Ağrı verici girişimlerin mümkün olduğunca engellenmesi	34	52.3
Yüksek sesli uyaranların engellenmesi	29	44.6
Hastanın yanında çok fazla konuşmanın engellenmesi	19	29.2
Sonuna kadar yalnız kalmayacağını hissettirilmesi	17	26.2
Hasta / Hasta Yakınlarının Bilgi Gereksinimlerinin Karşılanmasına İlişkin Uygulamalar (n:65)***		
Hasta / hasta yakınlarının doktorla iletişiminin sağlanması	43	66.2
Önemli kararlar verirken hasta / hasta yakınlarına danışılması	36	55.4
Doktorla işbirliği yaparak hasta / hasta yakınlarına tanının söylenmesi	33	50.8
Bilgilendirme için yeterince zaman ayrılması	27	41.5
Hasta / hasta yakınlarıyla etkili iletişim kurulmasının sağlanması	20	30.8
Hasta / hasta yakınlarıyla tedavi seçenekleri konusunda konuşulması	16	24.6
Kısa süreli, üstü kapalı konuşmalardan kaçınılması	15	23.1
Hasta / hasta yakınlarıyla yaşam sonu tedavi ile ilgili istekleri konusunda konuşulması	10	15.4

* Bu soruyu bilinci açık hastaya bakım veren 35 hemşire cevaplamıştır, birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Bu soruyu bilinç düzeyi azalmış ya da bilinci kapalı hastaya bakım veren 65 hemşire cevaplamıştır, birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

***Bu soruya cevap veren hemşire sayısıdır, birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

TABLO 4: Hemşirelerin hastaların sosyal gereksinimlerini karşılamaya ilişkin uygulamaları (N:100)

Hastaların Sosyal Gereksinimlerini Karşılamaya Yönelik Uygulamalar	Sayı*	%
Ölüm haberinin yakınlarına zamanında ve uygun şekilde bildirilmesi	84	84.0
Ölüm anında yanında birinin bulunması	74	74.0
Aile ve arkadaşlarıyla görüşülmesi için fırsat verilmesi	61	61.0
Rahat ve sakin bir ortam sağlanması	45	45.0
Sevdikleri ile vedalaşabilmesi için fırsat verilmesi	38	38.0
Sonuna dek yanında olunacağı ve yalnız kalmayacağı hissettirilmesi	25	25.0
İtibar ve saygınlığını son ana kadar koruyabilmesi için fiziksel ve psikolojik yardımda bulunulması	17	17.0
Son ana kadar kendi kontrolünü sürdürebilmesi için yardım edilmesi	16	16.0
Dini inançları uygulayabilecek ortam sağlanması	13	13.0
Kişisel işlerini bitirmesine fırsat verilmesi, yardım edilmesi	2	2.0

* Birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdelere N üzerinden alınmıştır.

yeterli iletişim kurulamaması, yaşam sonu bakım konusunda verilen eğitimin yetersiz olması nedeniyle bakımı yetersiz bulmaktadır. Hemşirelerin bakımı geliştirmeye yönelik önerileri ise, hastaların yakınları ile yeterli iletişim kurulabilmesi ve zaman geçirmesine fırsat verilmesi; ölüm sürecinde olan hastanın bakımı konusunda hizmet içi eğitim verilmesi; bu eğitimin sürekliliğinin ve güncelliğinin sağlanması; hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısının artırılmasıdır (Tablo 1). Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısının yeterli olması, ölüm sürecinde olan hastanın bakımı ve iletişim konularında sağlık çalışanlarına sürekli ve etkili eğitim verilmesi, ölüm sürecinde olan hastalara kaliteli bir ölüm sağlayacaktır.

Ölüm sürecinde olan hastaların yorgunluk, güçsüzlük, ağrı gibi nedenlerle fiziksel aktivitesinde azalma olduğu ve buna bağlı olarak bireysel bakımını karşılamada yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Bireysel bakım uygulamaları; hastaya düzenli aralıklarla yatak ve saç banyosu, el, yüz, göz, ayak, tırnak, perine, ağız ve diş bakımı verilmesini, gereksinime göre kateter, dren, yara bakımı yapılmasını, nemlendiriciyle masaj yapılmasını, hastanın çamaşırlarının değiştirilmesini, hasta yatağının ve odasının temizliğinin sağlanmasını içermektedir.^{1,10,13,31-33} Bu çalışmada da hemşirelerin tamamına yakınının bireysel bakıma ilişkin uygulamaları yaptığı belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Hemşirelerin tamamına yakınının bireysel bakıma yönelik

uygulamaları yapmış olmasının nedenleri; çalışmanın yapıldığı hastanelerde bu uygulamalara yönelik denetimlerin yapılması ve hemşirelerin psiko-sosyal bakım ve iletişim konularında yeterli bilgiye sahip olmaması sayılabilir.

Ölüm sürecinde olan hastaların doku perfüzyonunun azalması, yeterli besin ve sıvı alamaması, ağrı, yorgunluk ve güçsüzlüğe bağlı olarak fiziksel aktivitelerinin azalması gibi nedenlerle cilt bütünlüğü bozulabilir. Bu nedenle ölüm sürecinde olan hastalarda cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olan riskler bilinmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Cilt bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik uygulamalar; hastanın basınç bölgelerinin bası yarısı gelişimi açısından düzenli olarak değerlendirilmesi, masaj ve aktif, pasif egzersizler yapılmasını, sık pozisyon değişikliğinin sağlanmasını, cildin ve yatağın temiz, kuru tutulmasını içermektedir.^{1,10,13,31,33-35} Bu çalışmada hemşirelerin çoğunun hastanın cildini temiz ve kuru tuttuğu, bası bölgelerini bası yarısı gelişimi açısından düzenli olarak değerlendirdiği ve hastalara yatak içinde düzenli olarak pozisyon değişikliği sağladığı bulunmuştur (Tablo 2). Ölüm sürecinde olan hastada bası yarısı gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle hemşirelerin çoğu cilt bütünlüğünü sürdürmeye yönelik uygulamaları yapmış olabilir.

Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam sonu bakım ve ölüm kalitesini artırabilmek için fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin de karşılanması gerektiği belirtil-

mektedir.^{2,3,13} Yapılan çalışmalarda hemşirelerin daha çok hastaların fiziksel problemlerini çözmeye yöneldikleri, bu nedenle psikososyal ihtiyaçları karşılama yetersiz kaldıkları ve güçlüklerle karşılaştıkları bulunmuştur.^{36,37} Beckstrand ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada¹⁸ sağlık çalışanları ile hasta ve hasta ailesi arasında yeterli iletişim kurulmadığı ve bunun ölüm kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada iletişim sorunlarını önlemek için hasta ve hasta ailesiyle açık ve gerçekçi bir iletişim kurulması, üstü kapalı konuşmalardan kaçınılması gerektiği ifade edilmiştir. Bu çalışmada da hastalarla etkili iletişim kurulmasına yönelik hemşirelerin çok azının hastanın gereksinim ve endişelerini dinlediği, kısa süreli, üstü kapalı konuşmalardan kaçındığı ve hastanın ölümle ilgili konuşmasına, duygu, düşünce ve korkularını ifade etmesine fırsat verdiği saptanmıştır (Tablo 3). Bunun nedeni hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastalarla iletişim kurma konusunda yeterli eğitime sahip olmamaları ve hemşire sayısının yetersizliği nedeniyle hastalara yeterince zaman ayıramamaları olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin çok az kısmının hasta ve hasta yakınlarının bilgi gereksinimini karşılamaya yönelik hiçbir girişim yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Bunun nedeni olarak hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmenin kendi sorumlulukları olmadığını düşünmeleri olabilir.

Hastalara dini inançlarını uygulayabilecek bir ortam sağlanmasının ve inançları doğrultusunda duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmesinin hastaya huzurlu bir ölüm sağlayacağı bildirilmektedir.^{10,11,13,38} Bu çalışmada hemşirelerin çoğunun hastalara dini inançlarını uygulayabilecekleri bir ortam sağlamadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Bunun nedenleri olarak; yoğun bakım ünitelerinin bu uygulama için uygun ortam oluşturmaması ve hemşirelerin bu gereksinimi karşılanmak için zaman ayıramamaları gösterilebilir.

SONUÇ

Hemşirelerin çoğunun fiziksel gereksinimlere yönelik uygulamaları yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca hastalara verilen bakımı yetersiz bulan hemşirelerin çoğunun hemşire sayısının yeterli olmaması, yoğun bakım ünitelerinin huzurlu bir ölüm için uygun ortam oluşturmaması, hasta ve hasta yakınlarıyla yeterli iletişim kurulamaması nedeniyle bakımı yetersiz buldukları saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yaşam sonu bakım konusuna, temel hemşirelik eğitimi ve hizmet içi eğitim konuları içerisinde sürekliliği ve güncelliği sağlanarak daha çok yer verilmesi, yoğun bakım ünitelerinde hastaların yakınları ile yeterli iletişim kurulabilmesini ve zaman geçirmesini sağlayacak ortam oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N, Birol L. [Care of a terminally ill patient]. İç Hastalıkları Hemşireliği. 2nd ed. Ankara: Sistem Press; 2004.p.207-11.
- Cimete G. [Care at end of life: Holistic approach for dying patients] 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.s.25-39, 57-85, 125-36, 183-6.
- Kübler- Ross E. [On Death and Dying]. In: Büyükkal B, translation ed. 1. Baskı. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997. p.23-169.
- Çolak D, Özyılkan Ö. [Palliative care in patients with cancer]. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2(10):1-9.
- Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. Cancer 2008;113(7 Suppl):1897-910.
- Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Foundation ICU End-of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med 2004;32(3):638-43.
- Levy CR, Ely EW, Payne K, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. Chest 2005;127(5):1775-83.
- Hazan E, Şişli E. [Cardiovascular surgery intensive care unit: structural design]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(27):1-5.
- Good care of the dying patient. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA 1996;275(6):474-8.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Loss, grieving and death. Fundamentals of Nursing. Chapter 41. 7th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2004. p.1032-56.
- Nazarko L. Palliative care. Nursing Care Homes. 2nd ed. London: Blackwell Publishing; 2002. p.293-320.
- Corner J, Pennel M. Palliative care and cancer. In: Corner J, Bailey C, eds. Cancer Nursing, Care in Context. 1st ed. London: Gray Publishing; 2001. p.517- 34.

13. Topham DL. Loss and grief. In: Daniels R, Grendell RN, Wilkins FR, eds. *Nursing Fundamentals Caring&Clinical Decision Making*. Chapter 45. 2nd ed. Minnesota: Delmar Cengage Learning; 2004. p.1594-621.
14. Hockley J. An investigation to identify symptoms of distress in the terminally ill patient and his/ her family. In: Wilson-Barnett J, Raiman J, eds. *Nursing Issues and Research in Terminal Care*. 1st ed. London: Scutari Press; 1998. p.185-99.
15. Levin JR, Wenger NS, Ouslander JG, Zellman G, Schnelle JF, Buchanan JL, et al. Life-sustaining treatment decisions for nursing home residents: who discusses, who decides and what is decided? *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(1):82-7.
16. Nelson EJ, Meier ED, Oie JE, Nierman MD, Senzel SR, Manfredi LP, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* 2001;29(2):277-82.
17. Tilden VP. Ethics perspectives on end-of-life care. *Nurs Outlook* 1999;47(4):162-7.
18. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care* 2006;15(1):38-45.
19. Ersoy N. [Ethics issues about end of life]. Demirhan AE, Arda B, Öncel Ö, Özçelikay G, Ersoy N, Aksoy Ş, editörler. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003. p.328-57.
20. Demirhan EA, Karakaya H. [Nurse-patient relationship in clinic practices]. Erdemir AD, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editörler. 1. Baskı. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. p.85-98.
21. Engelhardt VD. In: Namal A, translation ed. [Ethics in daily life of medicine]. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. p.595-604.
22. Hodde MN, Engelberg AR, Treece DP, Steinberg PK, Curtis RJ. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32(8):1648-53.
23. Asch DA, Shea JA, Jedrziewski MK, Bosk CL. The limits of suffering: critical care nurses' views of hospital care at the end of life. *Soc Sci Med* 1997;45(11):1661-8.
24. Linde ZW, Angus DC, Griffin M, Watson RS, Clermants G. ICU care at the end of life in America: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2000;28:A34.
25. Kirchoff KT, Spuhler V, Walker L, Hutton A, Cole BV, Clemmer T. Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *Am J Crit Care* 2000;9(1):36-42.
26. Hanson LC, Ersek M. Meeting palliative care needs in post-acute care settings: "to help them live until they die". *JAMA* 2006;295(6): 681-6.
27. Jezewski MA, Meeker MA, Schrader M. Voices of oncology nurses: What is needed to assist patients with advance directives. *Cancer Nurs* 2003;26(2):105-12.
28. Kim S, Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nurs Ethics* 2003; 10(6):624-37.
29. Enes P, Vrien K. A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people. *Nurs Ethics* 2004;11(2):150-64.
30. Levy MM. End of life care in the intensive care unit: can we do better? *Crit Care Med* 2001;29(2):56-61.
31. Hovardaoğlu A, Şenocak L. [Professional fundamentals and technical textbook] 3. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Basım; 1992. p.710-25.
32. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. [Fundamentals of nursing] 2. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık; 1996. p.147-70.
33. Karadağ S, Taşçı S. [The factors affecting the nursing care given by the nurses working in Kayseri State Hospital]. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2005; 14(Suppl):13-21.
34. Francke AL, Willems DL. Terminal patients' awareness of impending death: the impact upon requesting adequate care. *Cancer Nurs* 2005;28(3):241-7.
35. Daaleman PT. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA* 2000;284(19):2514-7.
36. Ross L. The nurse's role in assessing and responding to patients' spiritual needs. *Int J Palliative Nurs* 1997;3(1):37-41.
37. Botti M, Endacott R, Watts R, Cairns J, Lewis K, Kenny A. Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nurs* 2006;29(4):309-16.
38. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 2003; 26(4):260-6.