

**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN SON DÖNEM HASTA BAKIMINDA  
YAŞADIKLARI AHLAKİ SIKINTILARIN BAKIM  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan**  
**Ufuk Ercan ELÇELİK**

**Tez Danışmanları**  
**Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**OCAK 2021**

**NEVŞEHİR**



**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN SON DÖNEM HASTA BAKIMINDA  
YAŞADIKLARI AHLAKİ SIKINTILARIN BAKIM  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan**  
**Ufuk Ercan ELÇELİK**

**Tez Danışmanları**  
**Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**OCAK 2021**  
**NEVŞEHİR**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her zaman yanımda olan, beni destekleyen, deneyimlerini paylaşan çok değerli hocam Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'e,

2. tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŐ'a,

Çalışmamın yürütülmesinde yardımcı olan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Genel Cerrahi Yoğun Bakım ekibine,

Maddi ve manevi olarak her zaman desteklerini hissettiren değerli ailem ve arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, katkıda bulunan Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SON DÖNEM  
HASTA BAKIMINDA YAŞADIKLARI AHLAKİ SIKINTILARIN BAKIM  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Ufuk Ercan ELÇELİK**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**

**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OCAK 2021**

**ÖZET**

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler son dönem hasta bakımında her gün farklı düzeylerde ahlaki sıkıntı ile karşılaşmakta ve bu durumdan rahatsızlık duymaktadırlar. Yaşanılan bu ahlaki sıkıntılar hemşirelerin yoğun bakımda son dönem hasta bakım davranışlarını etkileyerek, son dönem hasta bakım kalitesinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu çalışma yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntılarının bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 1. Basamak, 2. Basamak, 3. Basamak, Koroner, Yenidoğan ve Çocuk Yoğun Bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler ile yürütülmüştür. Araştırma örneklemini 106 hemşire oluşturmuş ve çalışma için etik kurul izni, kurum izni ve katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Araştırma verileri Sosyo-Demografik Anket Formu, Son Dönem Hasta Bakımı İle İlgili Form, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Ocak 2019 - Ağustos 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %74.5'inin kadın ve yaş ortalaması  $32.60\pm 6.6$  olarak bulunmuştur. Yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımı yapan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama sıklığı ( $44.27\pm 16.25$ ), yaşanılan ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık düzeyi ( $49.82\pm 16.68$ ) ve ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması ( $111.02\pm 63.85$ ) sonucuna ulaşılarak orta düzeyde ahlaki sıkıntı puanı elde edilmiştir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son

dönem hasta bakımı ile ilgili Bilgi-Beceri (5.30±0.75), Güvence (5.01±0.89), Saygılı olma (4.89±0.98), Bağlılık (4.82±0.99) bakım davranışları ölçeğinin alt boyut puanlarını gösterdikleri bulunmuştur. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan bir hasta için nafile (yararsız, boşuna) tedavi kavramı kullanma durumu ile ahlaki sıkıntı sıklık puan ortalaması ve ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Araştırmamızda yoğun bakım kliniğinde son dönem hasta için yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının sadece hekimler tarafından alınma durumu ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.01). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği; güvence, bilgi-beceri, bağlılık, saygılı olma ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur(p<0.05). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık düzeyleri arttıkça, hemşirelerin son dönem hastalarına karşı daha duyarlı olma, bakım sorunlarını çözme ile ilgili bilgi ve becerisini kullanma, hastaya saygılı olma ve güvence verme gibi bakım davranışlarını daha çok gösterdikleri tespit edilmiştir.

***Anahtar kelimeler*** : Hemşire, Yoğun bakım, Ahlaki sıkıntı, Bakım davranışları

**Tez Danışmanları** : Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK

**Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ**

**Sayfa Adeti** :121

**THE EFFECT OF THE MORAL DISTRESS THAT THE NURSES IN  
INTENSIVE CARE CLINICS LIVE IN CARE OF PATIENT IN LAST PERIOD  
ON CARE BEHAVIOURS**

**(M.Sc. Thesis)**

**Ufuk Ercan ELÇELİK**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY**

**INSTITUTE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY**

**JANUARY 2021**

**ABSTRACT**

Nurses working in intensive care clinics face different levels of moral distress in care of patient in last term everyday and they feel out of depth about this situation. These moral difficulties affect the behaviours of intensive care nurses' care of patient in last period, and have negative consequences in the quality of patient in last period care. This study was carried out descriptively in order to examine the effect of the moral problems experienced by nurses working in intensive care clinics in the last period of patient care on care behaviors. The research was carried out with nurses working in Niğde Ömer Halisdemir University Education and Research Hospital, 1st Level, 2nd Level, 3rd Level, Coronary, Newborn and Child Intensive Care units. The research sample was consisted by 106 nurses and ethics committee permission, institutional permission and written consent from the participants were obtained for the study. The research data were collected between January 2019 - August 2019 by face-to-face interview method by using the Socio-Demographic Questionnaire Form, the End of Life Patient Care Form, the Moral Distress Scale and the Caring Behaviors Inventory. Number, percentage, arithmetic mean, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U and Pearson Correlation tests were used in the evaluation of the study. According to the research, 74.5% of the nurses in intensive care units are women and the average age is  $32.60 \pm 6.6$ . A moderate level of moral distress score was obtained by reaching the results of frequency of nurses experiencing moral distress in the last period patient care in the intensive care clinics

(44.27±16.25), the level of discomfort from the moral problems experienced (49.82±16.68) and the total score average of the moral distress (111.02±63.85). It was found that the Knowledge-Skill (5.30±0.75), Assurance (5.01±0.89), Respect (4.89±0.98) and Loyalty (4.82±0.99) related to the last-patient care scores of the nurses working in intensive care clinics showed that care behavior scale sub-dimension scores. A statistically significant difference was found between the fact that the concept of futile treatment for a dying patient was used by nurses working in intensive care clinics, and the mean score of moral distress frequency and total score of moral distress (p<0.05). In our study, a statistically significant difference was found between the fact that the decision to not start life-supporting treatments for the last period patient in the intensive care clinic was taken only by the physicians, and the moral distress subscale mean score (p<0.01). A statistically significant relationship was found between moral distress scale discomfort subscale mean score of nurses working in intensive care clinics in last period patient care and care behaviour scale (assurance, knowledge-skill, loyalty, respectful) total score averages (p<0.05). As the level of moral distress that the nurses working in intensive care clinics live increased, the nurses showed more care behaviors such as being more sensitive to the last period patients, using their knowledge and skills about solving care problems, respecting and assuring the patient.

***Keywords:* Nurse, Intensive Care, Moral distress, Care Behaviors, Nursing**

**Thesis advisor: Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ**

**Number of pages: 121**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
BÖLÜM 1 .....	1
GİRİŞ .....	1
BÖLÜM 2 .....	6
GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesi .....	6
2.1.1. Dünyada yoğun bakımın gelişmesi.....	7
2.1.2. Türkiye’de yoğun bakımın gelişmesi.....	8
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması .....	8
2.3. Yoğun Bakım Kliniklerinin Nitelikleri .....	9
2.4. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar.....	11
2.5. Yoğun Bakım Hemşireliği .....	12
2.6. Yoğun Bakım Ekibi Rol ve Fonksiyonları.....	15
2.7. Bakım ve Bakım Davranışları Kavramının Tanımı .....	16
2.8. Bakımda Hemşirenin Görevleri .....	19
2.9. Bakımı Etkileyen Faktörler .....	20
2.10. Son Dönem Hasta ve Bakımı .....	21
2.11. Yaşamı Destekleyen Tedaviler .....	22
2.12. Son Dönem Hasta Bakımında Sık Karşılaşılan Etik Durumlar .....	22
2.13. Son Dönem Hasta Bakımında Hemşirenin Görevleri .....	24
2.14. Son Dönem Hasta Bakımında Yaşanılan Zorluklar .....	25
2.15. Ahlaki Sıkıntı .....	26
2.16. Ahlaki Sıkıntı Nedenleri .....	27
2.17. Ahlaki Sıkıntının Etkileri .....	29

BÖLÜM 3 .....	31
GEREÇ VE YÖNTEM .....	31
3.1.Araştırmanın Tipi .....	31
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	32
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	32
3.5.1 Veri Toplama Araçları .....	32
3.5.2.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	34
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi .....	34
3.7.Araştırmanın Etik Yönü .....	34
BÖLÜM 4 .....	36
BULGULAR.....	36
BÖLÜM 5 .....	62
TARTIŞMA .....	62
BÖLÜM 6 .....	74
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	74
6.1 Sonuç.....	74
6.2 Öneriler .....	76
KAYNAKÇA .....	78
EKLER.....	89
ÖZGEÇMİŞ .....	106

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4,1. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (N:106)

Tablo 4,2. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinik çalışma özellikleri (N:106)

Tablo 4,3. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hastaya bakım verme ve yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarını uygulamasıyla ilgili yaklaşımları (N:106)

Tablo 4,4. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavi kararı verilirken dikkate alınması gereken tercih durumları ile ilgili yaklaşımları (N:106)

Tablo 4,5. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarının alınması için karar verici tercihlerinin dağılımı (N:106)

Tablo 4,6. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin yoğun bakım hastasında yaşamı destekleyen tedavilere başlanması veya sonlandırması hakkında tartışırken, aileye verdikleri bilgi içeriği ile ilgili görüşleri (N:106)

Tablo 4,7. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili karar verme sürecindeki tartışmalara dâhil edilme durumlarına ilişkin yaklaşımları (N:106)

Tablo 4,8. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölmekte olan bir hasta için uygulanan tedavilerde nafile tedavi kavramını kullanma ve yaşam sonu uygulamalarının kabul edilebilirliğini kendi inançlarına göre değerlendirme durumları (N:106)

Tablo 4,9. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakım kararlarında klinik rehberlerin kullanımına ilişkin yaklaşımları (N:106)

Tablo 4,10. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, kendi yakınlarına yaşamı destekleyici ve sonlandırıcı tedavilerin uygulanması durumunda yaklaşımlarının değerlendirilmesi (N:106)

Tablo 4,11. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölümcül bir hastalık tanısı almış yakınları olduğu durumlarda son dönem hasta uygulamalarına katılıp katılmama ile ilgili duyguları ve yaklaşımları (N:106)

Tablo 4,12. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları

Tablo 4,13. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakımına ilişkin Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları

Tablo 4,14. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (ASÖ) alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımı (N:106)

Tablo 4,15. Yoğun Bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin Son dönem hasta bakımına ilişkin yaşadıkları Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Sıklık ve Rahatsızlık Alt boyutları ile bakım davranışları arasındaki ilişki (N:106)

## SİMGELER VE KISALTMALAR

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

BDÖ: Bakım Davranışları Ölçeği

AACN: American Association of Critical-Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği)

CPR: Cardio Pulmonary Resuscitation (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon)

n: Birim Sayısı

%: Yüzde

Spss: Statistical Package for the Social Sciences

Pkw: Kuskal-Wallis Test

Pk: Pearson Korelasyon

r(Rho): Pearson Korelasyon Kat Sayısı

p: Pearson korelasyon Testi

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir sebeple ölmek üzere olan, hayati fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak yitirmiş ve belirli bir dönem içinde ölümü beklenen hastaya ‘son dönem hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir [1]. Son dönem hasta bakımının temel ilkeleri; bireye bütüncül bakım anlayışı içinde bakım vermek, tedavi alternatifleri konusunda bilgi vermek, dürüst ve açık iletişim kurmak, hastanın seçimlerine saygı duymak, semptomların kontrol altına alınmasını sağlamak ve hastanın yaşam kalitesine önem vermektir [1]. Yoğun bakım hemşireleri ölmekte olan hasta bakımında en çok zaman harcayan sağlık profesyoneli olup, hastanın ölümüyle direkt yüz yüze gelmek durumundadır [2]. Yoğun bakım hemşireleri son dönem hasta bakımını yerine getirirken sıklıkla zorlanmakta, bakım vermeden kaçınma ya da bakım vermek istememe gibi davranışlar sergilemektedirler [3,4]. Literatürde hemşirelerin yoğun bakımda ölmekte olan hastaların bakımında, sıklıkla yetersizlik ve zorluk yaşandığı belirtilmiştir [5, 6, 7]. Ülkemizde Çevik’in 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun (%71,5) ölmekte olan hastaya bakım verirken keder ve çaresizlik yaşadıkları, yarısından fazlasının ise (%62,3) ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmiştir [3]. Vanderspank-Wright ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan sistematik çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastalara bakım verirken yorgun, güçsüz oldukları ve baş edememe gibi sorunlarla karşılaştıklarını ancak bakım vermekten kaçınmadıklarını belirtmişlerdir [8]. Rostami ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 181 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin %98,9’unun ölmekte olan hastalara bakım vermeye istekli olduğu, ancak verilen bakımın boşuna/nafile tedavi olarak algılandığı zaman hemşirelerin bakım davranışlarını değiştirdiği ve son dönem hastaya bakım vermeye isteksiz olduğu tespit edilmiştir [9]. Young ve arkadaşları hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımında daha fazla söz sahibi olmak istedikleri ayrıca yoğun bakımda sağlık ekibi içerisinde bu konuda uyumsuzluk olduğunu bildirmişlerdir [10]. Beckstrand ve arkadaşları tarafından ölmekte olan hastalara yoğun bakımda bakım veren 864 hemşireyle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yoğun bakım hastasına bakım vermedeki en büyük engelin hastaların uzun süreli ağrı ve ızdırap çekmeleri ve hekimlerle hemşireler arasında hastanın bakım planı ile ilgili farklı düşüncelerin olduğunu

belirlemişlerdir [5]. Ranse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında 392 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada, ölmekte olan hasta bakımında hemşirelerin yaptıkları bakım davranışları arasında bilgi paylaşmak, çevresel gelişimler, emosyonel destek, hasta ve aile merkezli karar almak, semptom yönetimi ve spirüüel destek uygulamaları olduğu tespit edilmiştir [11]. Iglesias ve arkadaşlarının 2013 yılında ölmekte olan hastaya bakım veren 227 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ölmekte olan hastalara bakım verirken barışçıl ve onurlu yaklaşımın önemli bir değer olduğunu, bununla birlikte hasta yakını ve hekimin hastanın prognozu ile ilgili kaçınıcı bir davranış sergilediğinde bakım davranışlarının engelleyici olduğunu belirlemişlerdir [2]. Kisorio ve ark. 2016 yılında ölmekte olan hastaya bakım veren 24 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı kalitatif çalışmada, son dönem hasta bakımı vermenin zor ve mücadelecı bir süreç olduğunu ve yoğun bakımda ölmekte olan bir hastanın bakımında hem hasta yakınının hem de hemşirelerin desteklenmeye ihtiyacı olduğunu tespit etmişlerdir [12]. Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin son dönem hasta bakımında destekleyici ve engelleyici bakım davranışlarının belirlenmesi ve bunlara etki eden faktörlerin bilinmesi oldukça önemlidir.

Yoğun bakım klinikleri, genelde hayati riskleri olan hastaların monitörize edilerek takip edildiği, hayati bulgularının desteklendiği, teknolojik cihazların bulunduğu, özel girişimlerin yapıldığı ve multidisipliner bir ekip tarafından tedavinin yürütüldüğü klinikler olarak tanımlanmaktadır [13]. Bununla birlikte yoğun bakım ünitelerinde genel olarak canlandırma yapmama (CPR yapmama), yaşamı uzatıcı tedavileri bırakma, kısıtlama veya sonlandırma, nafıle/ boşuna veya yararsız tıbbi tedavi, organ transplantasyonu, ötenazi gibi son dönem hasta bakımında sıklıkla karşılaşılan ve hemşirelerin kararlara katılımcı ya da uygulayıcı şeklinde içinde buldukları son dönem hasta durumu ile ilgili etik durumlar oldukça sık yaşanmaktadır [14, 15]. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (AACN), yoğun bakım hemşirelerinde son dönem hasta bakım sürecinde yaşanan sorunları önemli bir ahlaki sıkıntı kaynağı olarak belirlemiştir [16]. AACN, 2008 yılında ise hemşirelikte ahlaki sıkıntının önemini ifade ederek, ahlaki sıkıntı kavramının sağık bakım çevresinde genellikle yok sayılan önemli bir sorun olarak görüldüğünü belirtmektedir [17]. Ahlaki sıkıntı, hemşirelerin etik açıdan uygun olduğunu kabul ettikleri şeylere göre hareket etmedikleri zaman ortaya çıkmaktadır [16, 18]. Ahlaki sıkıntıda yoğun bakım hemşireleri son dönem hasta

bakımıyla ilgili doğru olan şeyin ne olduğunu bilirler, ancak bunu yapamazlar; ya da yanlış olduğuna inandıkları şeyi yapmak zorunda kalmaktadırlar [16, 19]. Gutierrez'in 2005 yılında 12 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı kalitatif çalışmaya göre, yoğun bakım hastalarının acı çekmesi, son dönem hastalar için klinik karar vermede gecikme, sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı, doktor ve hasta ailesi arasında zayıf iletişim ve hastanın isteğini görmezden gelme nedenlerinden dolayı yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin en üst düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığını saptamıştır [20]. Benzer şekilde, Hamric ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yoğun bakımda son dönem hasta bakımı esnasında, hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı ile karşı karşıya kaldığını ve 104 hemşireden %23'ünün ise ahlaki sıkıntı ile ilgili kurumdan ayrılmayı düşündüğü ve bir kısmının da işi bıraktığını tespit etmiştir [21]. Papatianassoglou ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Avrupa yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin düşük otonomi, sık ve yoğun ahlaki sıkıntı ve düşük doktor-hemşire iş birliği yaşadıklarını tespit etmişlerdir [22]. Browning ve Cruz tarafından 2018 yılında yoğun bakım hemşirelerinde yapılan çalışmada, hemşireler hastanın iyileşme umudunun olmamasına rağmen, ailelerin yaşam uzatıcı tedavileri istemelerinde ventilatör desteğiyle hayatını devam ettiren hastanın, bakımda kalmaya devam ettiği durumlarda yüksek ve yoğun bir şekilde ahlaki sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur [23]. Yoğun bakım hemşireleri için en yüksek ahlaki rahatsızlığı yaratan durumlar arasında, genellikle istenmeyen yararsız/nafile tedaviler yer almaktadır [24]. Yine yoğun bakımda birçok ölümden, yaşam uzatıcı tedavilere başlama, durdurma ve tedaviyi geri çekme ile ilgili son dönem hasta kararları alınmakta ve bu durum yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı yaratmaktadır [25]. Altaker ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 238 yoğun bakım hemşiresinde yapılan çalışmada, hemşirelerin yüksek oranlarda ahlaki sıkıntı yaşadıklarını; eğitim, etnik köken, ünite boyutları ve ekibe ulaşma gibi değişkenlerin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkilediğini belirlemişlerdir [26]. Ahlaki sıkıntı ile hemşirelerin performansı, yönetim sistemi ve kurumsal kısıtlamalar arasında yakın bir ilişki vardır [24]. Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler hastaları için bakım vermeye çalışmaktadırlar ancak bir yandan hastalar ve ailelerinin ihtiyaç ve talepleri, diğer yandan kurumsal yetersizlik, yetersiz hemşire otonomisi gibi kurumsal kısıtlamalar ahlaki sıkıntılara neden olmaktadır [24].



Henrich ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 19 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan kalitatif çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile ilgili olumsuz duygusal sonuçlara maruz kaldığı, hasta bakımının olumsuz etkilendiği ve hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışmayı bırakmayı düşünme eğiliminde olduklarını belirlemişlerdir [27]. Abbasi ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 60 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları yüksek ahlaki sıkıntının ahlaki güçlendirme programı ile azaltılması ve bakım kalitesinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır [28]. Ebrahimi H. ve arkadaşları 2013 yılında İran'da yaptıkları çalışmada, ahlaki sıkıntının, iş tatminsizliği, bakım davranışlarında rahatsızlık ve maddi kaynaklar, hastalar için sağlık kalitesinin bozulması gibi sorunlara neden olduğu ve yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık %67'sinde yaşandığı sonucunu bulmuşlardır [29]. Ahlaki sıkıntının duygusal sonuçlarının hasta bakımında hatalara ve olumsuz olaylara neden olabilecek dikkat dağınıklığı veya bakım davranışlarında isteksizliğe yol açmaktadır [30]. Dolayısıyla, ahlaki sıkıntı hemşirelerin problem ve zorluklarına dikkat edilmemesi, hasta memnuniyetsizliğinde artışa ve hemşirelik bakımı kalitesinde düşüşe neden olduğu bildirilmektedir [24]. Dodek ve arkadaşlarının 2016 yılında yoğun bakım sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %49'unun ve doktorların %44'ünün ahlaki sıkıntı yaşadıkları ve hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek ahlaki sıkıntı düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Aynı araştırmada moral distress ile yoğun bakım kaynaklarının kullanımı ve son dönem hasta bakımındaki tartışmalar yüksek ahlaki sıkıntı ile ilişkili bulunmuştur [31]. Borhani ve arkadaşları tarafından yoğun bakım hemşireleriyle yapılan diğer bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntı kaynağının bir numaralı sebebi hastalara sunulan yarasız/nafile tedaviler olduğu bulunmuştur [32]. Hemşireler ahlaki sıkıntının suçluluk duygusu, ağrı ve ızdırap yaşatmakta, bakıma isteksizlik gibi hasta bakım davranışları sergilemeye, işten memnuniyetsizlik ve hemşirelikten ayrılmaya sebep olduğunu belirtmişlerdir [32].

Ülkemizde Karagözoğlu ve arkadaşlarının 2012 yılında yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşamaları ile ilgili yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %60'ının ahlaki sıkıntı yaşadığını ve yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça ahlaki sıkıntının da arttığını bildirmişlerdir [15]. Benzer şekilde Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 200 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan çalışmada, hemşirelerin orta seviyede ahlaki

sıkıntı yaşadıkları, ancak yetersiz ekip içi iletişim, yararsız/nafile bakım ve profesyonel çalışma ile ilgili yetersizliklerin yüksek seviyedeki ahlaki sıkıntının nedenleri arasında olduğunu bildirmişlerdir [33]. Bunun dışında ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntı sıklığı ve yoğunluğu ile ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır.

Ölmekte olan hastaya verilen bakım uygulamaları nedeniyle yoğun bakım birimlerinde ahlaki sıkıntıların tekrarlanan deneyimlerine maruz kalmak, hemşirelerin hasta bakımını olumsuz yönde etkileyerek tükenmişliklerini arttırmakta ve iş tatminini azaltmaktadır [26, 34]. Bu noktada ahlaki sıkıntı dünyada oldukça iyi bilinen bir kavram olmasına rağmen, ülkemizde çok az tartışılmış ve üzerinde durulmamış bir problemdir. Özellikle yoğun bakımda son dönem hasta bakımı sunan hemşireleri sıklıkla etkileyen ahlaki sıkıntı son dönem hasta bakım kalitesi ve bakım verme davranışlarına etkisi oldukça önemlidir [16]. Son dönem hasta bakımında hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntı bakım yetersizliğine neden olmakta iken, ölmekte olan hastalara sunulan bakımın kendisi de ahlaki sıkıntıya neden olmaktadır [16]. Yoğun bakım ortamlarının özellikleri, son dönem hasta bakımının etkisi ile yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları olumsuz etkilenmektedir [35]. Son dönem hasta bakımında çalışan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeyleri ve bakım davranışlarına olan etkisinin birlikte çalışıldığı araştırmalara literatürde rastlanılmamıştır. Oysa son dönem hasta bakımında yoğun bakım hemşirelerinde görülen ahlaki sıkıntının, sağlık profesyonellerine, son dönem hastalara ve yakınlarına, yoğun bakımlara ve bağlı buldukları kurumlara olumsuz etkileri olan ciddi bir problemdir. Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı son dönem hasta bakımından çekilme bakım vermede isteksizlik, fiziksel ve psikolojik sorunlar, mevcut konumdan ayrılma ya da mesleği tamamen terk etme gibi etkenlere sebep olabilmektedir. Bu çalışma ile son dönem hasta bakımı hizmeti sunan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeylerini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ile literatüre ve sağlık bakım organizasyonlarına önemli bir katkı sağlanmış olacaktır. Bu araştırmanın amacı yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemesidir.

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım, kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ ve organ sistemlerinin, bu fonksiyonlarının yerlerinin geçici olarak doldurulması ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür [13, 21, 36-41]. Yoğun bakım tıbbının geniş amacı hastaların hayatta kalmasını ve organlarının işlevsel duruma geri dönmesini sağlamaktır [42]. Yoğun bakım sadece klinik bir uzman tarafından değil, doktorlar, hemşireler, solunum terapistleri, fizyoterapistler, eczacılar gibi profesyonellerden oluşan bir ekip tarafından verilen bir bakım sistemidir [37].

Temel yaşam destekleri olarak da adlandırılabilen yoğun bakımlar, bir hastalık durumunda veya yaralanma sonucunda hastanın hayati durumunun kritik olması ve yaşamının tehdit altında olduğu süre zarfında işlevini kaybetmiş durumdaki organ ya da organ sistemlerinin hayati fonksiyonlarının tekrar kazandırılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ünitelerdir [13, 37, 43-45]. Yoğun bakım üniteleri hastaların yaşamsal göstergelerinin 24 saat yakından takip edildiği, invaziv girişimlerin uygulandığı, hastanın hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu, mortalite, morbidite oranının daha yüksek olduğu ve multidisipliner bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu birimlerdir [39, 46-50].

Yoğun bakım ünitelerinin üç temel görevi bulunmaktadır:

- 1.Hastanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel yaşam ihtiyaçlarının gerçekleştirilmesini sağlamak (entübasyon, mekanik ventilasyon vb.).
- 2.Temel yaşam desteği alan hastanın desteklerden ayrılarak kendi başına ihtiyaçlarını giderebilmesini sağlamak.
- 3.Hastanın hayatını kendi başına bağımsız bir şekilde devam ettirmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak [45].

### 2.1.1. Dünyada yoğun bakımın gelişmesi

Florence Nightingale, yoğun bakım ünitelerinin kurulmasıyla geniş ölçüde öncül olarak nitelendirilmektedir. 1854'teki Kırım Savaşı sırasında, o ve bir hemşire ekibi, askeri hastanede, ağır yaralanmalara maruz kalan askerler için daha yoğun hemşirelik bakımı sağlayabilecek bir alan oluşturmuşlardır [37, 39]. Amerika Birleşik Devletlerinde yoğun bakım ünitelerinin başlangıcını ise ameliyat sonrası derlenme odaları oluşturmuştur. John Hopkins Hastanesi'nde 1923 yılında beyin cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası bakımı için üç yataklı bir ünite kurulmuştur [39]. 1952'de Kopenhag'da başlayan polio salgını yoğun bakım uzmanlığının temelini atılmasına neden olmuştur. Hemodiyaliz tekniklerinin gelişmesi ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra yaygın mekanik ventilasyon uygulamasıyla, yoğun bakım ünitelerinin çağdaş modeli şekillenmeye başlamıştır. Danimarka'da bulunan anesteziyolog Bjorn Ibsen, ilk kez 1952'deki polio salgını hastalarını desteklemek için uzun süreli mekanik ventilasyon kullanmış ve 1953'te ilk yoğun bakım ünitesini kurmuştur [37]. 1956 yılında Paul Zoll kalbi yeniden çalıştıracak olan ilk defibrilatörü geliştirmiştir [39]. 1954'te Fransa'da, 1957'de Baltimore'da ve 1950'lerin sonunda Toronto'da, hastanede pozitif basınçlı ventilasyon, hemodiyaliz gibi organ desteği için gelişen teknolojileri bir araya getiren ayrı coğrafi bölgelerde yoğun bakım üniteleri kurulmuştur. On yıl içerisinde, yoğun bakım üniteleri hastaneye dayalı sağlık hizmetinin temel bir unsuru haline gelmiştir ve yoğun bakım hekimliği adı altında farklı bir tıbbi uzmanlık ortaya çıkmıştır [37]. Öğrenilen yeni bilgi ve teknikler 1960 ve 1970'lerde yoğun bakım monitörizasyonuna aktarılmıştır. Kardiyopulmoner monitörizasyon, organ destek tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve tedavisindeki teknolojik yenilikler, hayati durumları kritik olan hastaların patofizyolojisindeki bilgilerin artışı ile birleşince iç hastalıkları kökenli hekimlerin, yoğun bakım ünitelerine ilgisini artırmıştır. Bütün bu gelişmelerin sonucunda, 1960'lı yıllarda koroner yoğun bakım üniteleri kurulmuş ve bu ünitelerde özel eğitilmiş hekim ve hemşireler çalıştırılmış, protokoller geliştirilmiştir. Yoğun bakım amaçlı inşa edilen ilk ünite 1964'de İngiltere'de kurulmuştur. ABD'de 1960'lı yılların sonlarına doğru acil bakım hastanelerinin çoğunda yoğun bakım üniteleri kurulmuştur [39]. Yoğun bakım hemşireliğinin rolünü arttırmak ve desteklemek için, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (AACN), 1969 yılında "yeni geliştirilen yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitimine yardımcı olmak" amacıyla kurulmuştur [51]. Takip eden yıllarda yoğun bakım üniteleri; hekimler,

hemşireler, fizyoterapistler, eczacılar, diyetisyenler, teknisyenler, radyologlar ve mikrobiyologlar ile bugün olduğu gibi çok disiplinli bir hale dönüşmüştür [52].

### **2.1.2. Türkiye’de yoğun bakımın gelişmesi**

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yoğun bakım anesteziyoloji önderliğinde 1960 yıllarında başlamıştır. Cemalettin Öner ve Sadi Sun yurt dışında eğitim aldıkları esnada Avrupa’daki yoğun bakım çalışmalarına katılmışlar ve ülkemizde yoğun bakımın temellerini atmışlardır. Cemalettin Öner Türkiye’ye döndükten sonra 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesine 4 yataklı yoğun bakım servisini kurmuştur. 1969 yılında artan hasta talebi karşısında güçlük çeken Cemalettin Öner aynı hastanede bir yoğun bakım servisinin daha açılmasını sağlamıştır. Buna benzer bir yapılanma kısa süre sonra Sadi Sun tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde gerçekleştirilmiştir. 1975 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde Dr. İsmail Tuncel tarafından 12 yataklı bir reanimasyon servisi kurulmuştur. Bunların dışında, Dr. Şevket Kaya tarafından Taksim Hastanesi, Prof. Dr. Ahmet Tutan tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yoğun bakım üniteleri kurulmaya başlanmıştır [39].

### **2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması**

Yoğun bakım klinikleri; işlevlerine, hastaların genel sağlık durumlarına, personel durumuna ve donanım özelliklerine göre sınıflanmaktadır. Yoğun bakım klinikleri içerisinde yetişkin yoğun bakım üniteleri; cerrahi yoğun bakım ünitesi, dâhiliye yoğun bakım ünitesi, anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi, nöroloji yoğun bakım ünitesi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, koroner yoğun bakım ünitesi, genel yoğun bakım ünitesi adı altında toplanırken ayrıca çocuk ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri olarak yer almaktadır. Yoğun bakım üniteleri hizmet düzeyine göre 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak yoğun bakım olarak ayrılmaktadır [13, 37, 44, 53, 54].

#### **Birinci basamak yoğun bakım üniteleri**

En temel seviye yoğun bakım ünitesidir. Hastanın ilk stabilizasyonunun yapıldığı, temel monitörizasyon ile takip edilerek, gerekli replasmanların yapıldığı, entübasyon ve kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan birimlerdir. Bu yoğun bakım ünitelerinden 2. ve 3. basamak yoğun bakım ünitelerine hasta transferi yapılabilir ve 2. ve 3. basamak

yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılamayan yoğun bakım klinikleridir [13, 37, 44, 52-54].

### **İkinci basamak yoğun bakım üniteleri**

1. Basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve tedavilerin yapıldığı, diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon gibi işlemlerin uygulandığı yoğun bakım üniteleridir. Bu yoğun bakım ünitelerinden 3. Basamak yoğun bakımlara hasta transferi yapılabilirken, 3. Basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılamayan kliniklerdir. [13, 37, 44, 52-54].

### **Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri**

Organlarının çoklu işlev bozukluğu olan, yaşam fonksiyonlarının kritik olduğu hastaların bulunduğu yoğun bakımlardır. Solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yakın takip ve tedavi gerektiren hastalar 3. Basamak yoğun bakımlarda takip edilir. Ünite, temas veya solunum izolasyonu gerektiren hastalar için özel izolasyon odalarına sahiptir. [13, 37, 44, 52-54].

### **2.3. Yoğun Bakım Kliniklerinin Nitelikleri**

Yoğun bakım klinikleri hayatları risk altında olan hastalığa sahip kişilerin kaldığı, tedavi ve bakımlarının yapıldığı çok özel yerler olduğu için yerleşim, işleyiş, teknoloji ve nitelikleri bakımından standartlara sahip olması gerekmektedir [13, 53, 54].

Ülkemizde yoğun bakım kliniklerinin standartları 2018 yılında Resmi Gazete' de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğe göre yasal olarak belirlenmiştir. Bu tebliğe göre bir yoğun bakımda olması gereken standartlar aşağıda yer almaktadır:

- a) Yoğun bakım kliniklerindeki yataklar yoğun bakım yatağı özelliğine sahip olmalıdır.
- b) Yoğun bakım klinikleri hastaların, ziyaretçilerin ve hastane personelinin genel kullandıkları alanlar ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.
- c) Yoğun bakım klinikleri, hastaların genel klinik durumuna, sağlık personeli, donanım ve mekânsal özelliklerine göre 3 gruba ayrılmaktadır.

- d) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım kliniği, acil durumlarda ameliyathaneye geçiş olması için (ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla) ameliyathane ile irtibatlı olmalıdır.
- e) Koroner yoğun bakım ve birinci basamak yoğun bakım klinikleri, ihtiyaçlarına göre diğer yoğun bakımlardan ayrı yerlerde düzenlenmelidir.
- f) Yenidoğan yoğun bakım klinikleri ile diğer yoğun bakımların ön geçiş alanları ortak olabilir fakat yenidoğan yoğun bakım ile diğer yoğun bakımların birbirleriyle bağlantılı olmaması gerekir.
- g) Hasta alanı dışında yoğun bakımın bulunduğu katta sürgü ve idrar kaplarını temizleme ve saklama alanı ya da tek kullanımlık malzeme kullanılıyorsa, kullanımı öncesi saklama ve yok etme alanı ayrı olmalıdır. Yoğun bakımda hasta alanlarında tuvalet bulunmamalıdır.
- h) Bağışıklık sistemi baskılanan hastaların (hematolojik malignite, organ nakli hastaları vb.) izlendiği yoğun bakımlarda, ameliyathanelerde olduğu gibi sterilizasyonu sağlayan hepafiltre veya mikroorganizmaları tutan, süzebilen havalandırma sistemleri olmalıdır.
- ı) Yoğun bakım kliniklerinde zemin ve duvarların kolay temizlenebilir yapıda olması gerekmektedir.
- i) Yoğun bakım kliniklerinde sağlık personellerinin hastaları sürekli gözetebileceği ve izleyebileceği şekilde uygun mekân, el yıkama amaçlı kolay ulaşılabilir lavabo (4 yatak için bir lavabo), her yatak için el dezenfektanı, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere ayırma düzeneği, her yatak için ayrı elektrik ve merkezi tıbbi gaz sistemi olmalıdır.
- j) Yoğun bakımda Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nde tanımlanan görevler özenli bir şekilde yürütülmektedir. Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin düzenli olarak çalışması ve bildirimlerin düzenli yapılması gereklidir.
- k) Yoğun bakım gerektiren çocukların bakım ve tedavisi, çocuk yoğun bakım kliniklerinde veya genel yoğun bakım kliniklerinde yetişkinlerden uygun şekilde ayrılmış bölümlerde yapılabilir.
- l) Dal hastanelerinde ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım klinikleri kurulabilir. Diş, göz, ruh sağlığı, fizik tedavi, deri ve zührevi hastalıkları hastanelerinde

yoğun bakım kliniği olmayabilir. Ancak yoğun bakım ihtiyacı gerektiren durumlarda hastanın transferi sağlanıncaya kadar yaşam desteği sağlamak için gerekli donanım (transport ventilatör, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, ambu, defibrilatör vb.) bulunmalıdır.

m) İkinci basamak yoğun bakım olan kurumlarda birinci basamak yoğun bakım hastasının, üçüncü basamak yoğun bakım olan kurumlarda ise ikinci ve birinci yoğun bakım hastasının bakımı yapılmaktadır.

n) Yatak sayısı 10'a kadar olan yoğun bakımlar tek ünite olarak düzenlenir. 10'dan fazla olanlar her biri 6-10 yataktan olan birden fazla üniteye ayrılmaktadır. Örneğin, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. basamak yoğun bakım ünitesi 20 yataklıdır. A salonu 10 yataklı, B salonu 5 yataklı ve C salonu 5 yataklıdır.

o) Yoğun bakımlarda yeterli destek alanları düzenlenmelidir.

p) Yoğun bakım kliniklerinde hasta yakınlarının bekleyebilmeleri için uygun bekleme alanları olmalıdır.

r) Yoğun bakım sorumlu doktoru; anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi uzmanları, yoğun bakımlarda ilgili dal uzmanları (çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kardiyoloji uzmanı, kalp ve damar cerrahisi uzmanı, nöroloji uzmanı vb.) veya yoğun bakım deneyimi olan diğer uzmanlar olabilir. Nöbetlerde ise, eğer hastane imkânları uygunsa yoğun bakım sorumlusu olan uzman hekim ile aynı uzmanlık alanından, değilse aynı görevi yapabilecek yukarıda sayılan diğer uzmanlık dallarından bir uzmanın bulunması sağlanmalıdır.

s) Uzman nöbetinin olmadığı hastanelerde, uzmanların icap nöbeti tutması ve yoğun bakım ünitesinde eğitimli hemşirenin istihdam edilmesi halinde birinci basamak yoğun bakım hizmeti verilebilir.

t) Yoğun bakım kliniği olan hastanelerde, bu kliniklerde hizmet verecek olan sorumlu doktorların 3. basamak yoğun bakım kliniği olan hastanede eğitimleri hastane yönetimi tarafından alması sağlanmalıdır [13, 53, 54].

#### **2.4. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar**

Yoğun bakım ünitelerine alınan hastalar, normal hastane bakım ve tedavisinin yeterli olmadığı, özel bakım gerektiren hastalardır [39]. Yoğun bakıma gereksinim duyan



hastalar, zehirlenme, travma veya cerrahi girişimlerden sonra komplikasyonların yaşamı sınırladığı durumlar vb. gibi nedenlerle yaşamlarının sınırına gelmiş ve çeşitli destekleyici tıbbi araçların yardımına gereksinim duyan hastalardır [36, 38, 39, 41]. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların çoğu, yaşama ölüm arasındaki korunma reflekslerinden yoksun, koma, şok, felç durumunda ve çeşitli destekleyici aletlerin yardımına muhtaç hastalardır [36]. Amerikan Yoğun Bakım Derneği (Society of Critical Care Medicine) yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların özelliklerini şu şekilde tanımlamaktadır: “Fizyolojik fonksiyonları sürekli değişiklik gösteren, hayata tutunabilmek için hekim-hemşire beraberinde sürdürülen tedaviye ihtiyaç duyan, bu tedavilerin değişiklik göstermeden uygulanmasına ve ayrıntılara önem vermeye gereksinim duyan, fizyolojik yetersizlik sebebiyle risk altında bulunan, beklenmeyen olayları önlemek ve yoğun bakım ekibi tarafından hemen müdahalede bulunmak için sürekli gözlem gerektiren hastalar, yoğun bakım hastalarıdır”. Avrupa Yoğun Bakım Derneği’ne (European Society of Intensive Care Medicine) göre ise yoğun bakımda yatan hastaların özellikleri şu şekilde tanımlanmaktadır: “Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer yoğun bakım sebebiyle bir veya birden fazla hayati fonksiyonların tehlike altında olduğu durumlarda, sürekli gözlem gerektiren hastalar ile kardiyak, solunumsal, serebral, renal ve metabolik nedenlerle hayati fonksiyonların herhangi birinin işlevsel yetersizliği sonucu hastalık ve tedavisinin olmadığı, hastalığın son evresinde bulunan ve normal serviste tedavisinin devam ettirilemeyeceği bilinen hastalar yoğun bakım hastasıdır” [53].

## **2.5. Yoğun Bakım Hemşireliği**

Yoğun bakım üniteleri hastanelerin en önemli ve özellikli yerlerinden biridir. Yoğun bakım ünitelerinde çalışacak olan hemşireler diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha donanımlı ve bilgili olmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların takibinde en önemli unsur hemodinamik izlemdir. Hemodinamik izlem hastanın vasküler kapasitesi, kan volümü, kardiyak fonksiyonu ve doku perfüzyonu hakkında bilgi vererek, uygulanan tıbbi tedavinin sonuca ulaşım ulaşıldığını gösterir [48]. Bu bağlamda yoğun bakım kliniklerinde hasta takip ve tedavisini yürüten hemşireler mesleki bilgi ve becerileri ile hastaya ait veriler, takip sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hasta bakımını en üst düzeyde yaparak hastaların taburculuk planlamasında önemli bir rol oynar.

Bu bölümde çalışan hemşireler genel hemşirelik bilgisinin yanı sıra;

- Diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha fazla sorumluluk duygusuna sahip,
- İyi bir gözlem yeteneğine sahip olmalı ve hastanın klinik durumunda oluşabilecek değişikliği anında anlayıp, rapor edebilmeli,
- Psikolojik olarak yoğun bakıma hazır olmalı,
- Acil durumlarda nasıl davranacağını bilmeli, panik olmamalı,
- Kendi kıyafet ve bakımına dikkat etmeli,
- Eğitime açık olmalı, kendini yenileyebilmeli,
- Bakım verdiği hastanın rahatını ve moralini en üst seviyede tutmalı,
- Değişime açık olmalı ve değişim ajanı olabilmelidir [36, 39, 55].

Yoğun bakım hemşireliği çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan, araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakım ünitelerinde güvenli hasta bakımını sağlamak için motivasyonu yüksek ve donanımlı hemşirelere ihtiyaç vardır [50]. Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek amacıyla 2010 yılında yönetmelik yayımlanmıştır. Yayımlanan yönetmeliğe göre hemşireler, hemşireliğin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

#### 1.Hemşirelik bakımı:

- a) Yoğun bakım kliniklerinde enfeksiyonların gelişiminin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.
- b) Hastayı değerlendirirken kurumun belirlediği skala ve skrolama sistemlerini uygular ve sonuçlarını değerlendirir.
- c) Hastaların monitörizasyonu sağlayarak, kardiyak ritmi izleyerek acil durumlarda gerekli ekip ile iletişime geçer.
- ç) Sıvı-elektrolit ve asit - baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- d) Hastaların solunumsal problemlerini çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.

e) Hastalara Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.

f) Bası yaralarının önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, risk faktörlerini belirleyerek, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirir, bası yarası oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.

ğ) Hastalarda emboli oluşumunu engelleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.

h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların nörolojik değerlendirmelerini yaparak, uygun pozisyon verilmesini ve izlemi sağlar.

ı) Kurumsal politika ve talimatlar doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.

i) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların devamlılığı için sterilizasyonunu sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden farklı durumları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık profesyonelleri ile hasta vizitine katılır, hastanın tıbbi tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilecek invaziv tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında hastaya destek olur ve işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanıır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder, katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir [56].

## **2.6. Yoğun Bakım Ekibi Rol ve Fonksiyonları**

Yoğun bakım üniteleri hayati durumları kritik olan hastaların takip ve tedavilerinin yapıldığı, hayati fonksiyonlarının solunum cihazları, hemodiyaliz, defibrilatör gibi teknolojik aletlerle desteklendiği, acil durumlarda ekip iş birliği içerisinde hızlı ve doğru kararlar alınması gereken, multidisipliner ekip anlayışı ile çalışılması gereken ünitelerdir [44, 53]. Yoğun bakım ünitelerinde iyi bir ekip iş birliğine ve iletişim becerileri yüksek sağlık profesyonelleri bulunmalıdır. Yoğun bakım multidisipliner ekip üyeleri arasında;

doktor, hemşire, diyetisyen, rehabilitasyon uzmanı ve fizyoterapist gibi sağlık profesyonelleri bulunmaktadır [44, 53-59]. Yoğun bakım ekibi acil durumlarda hızlı müdahale edebilecek, organizasyonu kısa bir sürede gerçekleştirerek, hastada oluşabilecek komplikasyonları azaltacak ve hastanın tedavisine hızlı bir şekilde karar verecek bilgi beceriye sahip olmalıdır [53]. Yoğun bakım ekibi arasındaki iş birliği ve ekip ruhu arttıkça hastalara verilen hizmet kalitesi ve buna bağlı olarak hasta memnuniyeti de artmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği, ekibin iş doyumunu artırdığı, tıbbi hata yapma oranlarının azaldığı ve tedavi ve bakım maliyetlerinin aynı şekilde azaldığı ileri sürülmektedir. Sağlık hizmetlerinin düzgün ve etkili olabilmesi için sağlık ekibi arasında kaliteli ilişkiler olmalıdır. Bu nedenle hastalara kaliteli bir bakım verebilmek ancak sistemli, planlı ve multidisipliner bir ekip anlayışı ile çalışan sağlık ekipleriyle mümkündür [44]. Yoğun bakım kliniklerinde tüm ekibin önemli görevleri bulunsa da en önemli görev hasta ile en uzun süreyi geçiren hemşireye düşmektedir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler akut durumlarda bilgi ve becerisiyle hastaya hızlı bir şekilde müdahale edip, takip-tedavi sürecindeki hastanın tedavisini yaparken; son dönem hastalara da bütüncül bir bakım anlayışı ile yaklaşarak yaşam kalitelerini artırmaya çalışmaktadır [39].

## **2.7. Bakım ve Bakım Davranışları Kavramının Tanımı**

Bakım, hemşirelikte en temel unsurlardan biridir ve hemşirelik mesleğinin özü olarak görülmektedir [58-60]. Bakım, tedavinin gerçekleşmesi, hemşireliğin ahlaki ve etik temeli ve hemşireliğin özü için gerekli olan çoğu hemşirelik müdahalesinin merkezinde yer almaktadır [59]. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “Bakım”; Bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır [61]. Bakım kelimesinin birçok farklı anlamı olmakla birlikte hemşirelik sözlüğünde; yardım etmek, sevgi beslemek, korumak, özen göstermek, empati yapmak anlamlarına gelmektedir [62, 63].

Bakım insanlığın temelinden bu zamana kadar ihtiyaç ve gereksinim duyulan bir kavramdır [64]. Bakım kavramı yalnızca hemşireliğe özel bir kavram olmamakla birlikte hemşireler için ayrı bir yerde durmakta ve genellikle hemşireler tarafından sürdürülen bir eylem olarak bilinmektedir [65]. Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA) bakım gereksinimini hemşirelik tanısı olarak adlandırmıştır. NANDA bakımı;

Var olan ya da olası sağlık sorunlarına ve yaşamdaki olaylara karşı birey, aile ve toplumun verdikleri tepkilere yönelik verilen klinik bir karar verme süreci olarak açıklamıştır [62].

Bakım davranışı çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte, hemşireler hastaya dokunma, onları dinleme, yanlarında olma, hastayı tanıma ile bakım davranışlarını uygulamaktadırlar [66]. Hemşirelerin bakım davranışlarını sadece hastalara değil hasta yakınlarına sağlama sorumluluğu da vardır. Hemşire hasta yakınlarını cesaretlendirmeli, onlara zor dönemlerinde destek olmalı, stres, anksiyete gibi durumları azaltmalı ve onlara bir güven ortamı inşa etmelidir [66]. Hemşireler hastaya bakım verirken saygılı, anlayışlı bir tutum içerisinde göz teması kurarak, onların duygu ve düşüncelerini açıklamalarına izin vermeli ve onları cesaretlendirmelidir [3, 66]. Sağlık ortamlarında, hemşireler hastalarla en fazla zaman geçiren profesyonellerdir ve yapılan bakım davranışlarının hastaların sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olmaktadır. Hemşireler tarafından sağlanan bakım, hastaların memnuniyet düzeyinin artmasıyla ilişkilidir [58, 59]. Bakım davranışları hemşirelik mesleğini profesyonelliğe götüren bir süreçtir. Bakım davranışlarının basamakları; bakım verilecek bireylerin hakkında veri ve bilgilerin toplanması, bu veriler doğrultusunda bireyin bakım gereksinimlerinin saptanması, gereksinimlere yönelik verilecek bakım davranışlarının planlanması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesi sürecini içeren bir profesyonelliktir [62].

Florence Nightingale'den bu yana hemşireler bakım kavramını felsefi ve ahlaki açılardan incelemiş ve kuramlar geliştirmişlerdir [63]. Erol, çalışmasında belirttiği üzere; Virginia Henderson, Abraham Maslow'un "ihtiyaçlar hiyerarşisi" ile uyumlu 14 temel hasta gereksinimi belirlemiştir. Hemşire hastadan gözlem, dinleme, hissetme, koklama yollarıyla veri toplayarak hangisini karşılamada güçlük çektiğini ve hastanın mevcut sorunlarını belirler. Bakım bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına kadar devam eder ve bu süreçte hemşire bireyin temel insan gereksinimlerini karşılamasına yardımcı olur [67]. Kurşun'un çalışmasında belirttiği üzere Henderson hemşirelik bakımını "konuşamayan hastanın dili, gözleri grmeyenin gözü, amputasyon geçiren hastanın ise ayağı" olarak tanımlamıştır [68].

Yurtseven, çalışmasında belirttiği üzere; öz bakım kuramı üzerine birçok araştırma yapan Orem kuramında bakım kavramını bağımlı ya da bağımsız olarak karşılanması gereken birey gereksinimleri olarak tanımlamıştır [64]. Okumuş, çalışmasında belirttiği üzere;

Roach bakım kavramını özelliklerinin her biri İngilizce C harfi ile başlayan 5 maddede toplamıştır. Bunlar;

1. Şefkat, merhamet (Compassion) : Hasta ile empati kurmaya dayanmaktadır.
2. Yeterlilik ( Competence): Profesyonel bilgi beceri ve mesleki açıdan yeterlilik gerektiren sorumluluktur.
3. Güven (Confidence) : Bakım işlevinin en temel özelliği güven ilişkisine dayanmaktadır.
4. Vicdan ( Conscience): Profesyonel bakım, olgunluğa ulaşmış bir vicdanın yansımasıdır.
5. Sözleşme (Commitment): Bakımı veren kişilerin bakım alanlara karşı verdiği sözdür [62].

Kolay, çalışmasında aktardığına göre, Joyce Travelbee, “insan insana ilişkiyi hemşirelik uygulamalarının temeli olarak belirtir. Hemşire-hasta ilişkisinin derinleşip, insan insana bir ilişki düzeyine gelmedikçe, bakım ilişkisi içerisinde etkisinin sınırlı olacağını ifade eder”. Hemşire, hastayı hasta olarak düşünmemeli, onunla beraber olmalıdır. Aksi halde bakımın merkezinden uzaklaşabilmektedir [65]. Konuk’un aktardığına göre; Madeleine Leininger 1978 yılında ilk olarak transkültürel bakım teorisini yayımlamıştır. Ülkeler arasında bakım kavramında farklılıklar olduğunu belirterek her kültürün bakım kavramını kendi içerisinde tanımlaması gerektiğini ve bakım verirken onları dikkate alması gerektiğini açıklamıştır. Leininger’in teorisine göre bakım alan bireylere yardımcı, destekleyici ve kolaylaştırıcılık sağlanmalıdır. Leininger bakım davranışlarının konfor, şefkat, ilgi, başa çıkma, empati, kolaylaştırıcı, yardım edici davranışlar, aşk, beslenme, güç veren ve koruyucu davranışlar, ilham veren davranışlar, paylaşma, yardım, destekleyici, duyarlılık, dokunma ve güven gibi kavramları içerdiğini belirtmiştir. Bakım veren kişi ile bakım alan kişi arasında yakın bir ilişki olması gerektiğini söylerken hemşirelik bakımında kültürel farklılıkların dikkate alınması gerekliliğini vurgulamıştır [63].

Yine Konuk’un aktardığına göre Watson (1979, 1985, 1988, 1995, 1999)’ın bakım teorisine göre, bilinçli bir yaklaşımla hastada iyileşme ve bütünlüğü sağlamak mümkündür ve bakım tedaviden önce gelir ve mantıklı hareket ederek doğru bir yaklaşım

sağlandığında iyileşmeyi gerçekleştirmek mümkün olacaktır. Watson kuramını hümanizm üzerine temellendirmiş ve bakımda hasta-hemşire ilişkisinin önemini vurgulamıştır. Watson'a göre bakım hemşireliğin ahlaki yönünü içermektedir [63]. Erol'un aktardığına göre Watson Bakım davranışlarını dikkatli dinleme, göz teması kurma, bireyi/hastayı rahatlatma, birey/hasta sorumluluğu alma, dürüstlük, dokunma, duyarlılık, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, bireye/hastaya adı ile seslenme, birey merkezli olma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma şeklinde belirlemiştir [67].

Hemşire bakımını yürütürken, bireyle empati kurmalı, bireyselliğine saygı duymalı, bir güven bağı oluşturmalıdır [69]. Bakım davranışları ise, hem hastalar hem de hemşireler için olumlu sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bakım davranışlarını en üst düzeyde hastalara sunmaları, bakım kalitesinin artırılmasında önemli yer tutmaktadır [70].

## **2.8. Bakımda Hemşirenin Görevleri**

Flornce Nightingale “hemşirelik mesleğinin temeli bakım vermektir” demiştir [47]. Leininger ise, hemşirelik bakımının önemini “bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır” sözüyle vurgulamıştır [71].

Bakım sağlamak, mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerin kullanıldığı ve özerk kararların verildiği hemşirenin temel misyonlarından biridir. Bakım hizmetlerinin kalitesi genel sağlık hizmetlerini yansıtırken bakım, hemşirelerin herkesten önce birincil sorumluluğu olarak görülmektedir. Hemşirelik bakımı, toplumun her üyesinin hayatlarının bir noktasında gereklidir [9, 72]. Hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan bakım en önemli hemşirelik işlevidir ve hızlı gelişen sağlık alanında önemi gittikçe artmaktadır. Bu bağlamda verilen hemşirelik bakımı sağlık hizmetlerindeki kalitenin en önemli belirleyicilerinden birini oluşturmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), bakımın kalite göstergelerini “Hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktiviteler” olarak yorumlamaktadır. Buna göre hemşirelik bakım kalitesi, tüm hasta bakım ve tedavi süreçlerinde hasta gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanması olarak tanımlanabilir [73]. Bakım, hem hemşirelere hem de hastalara sağladığı faydalar nedeniyle hemşireliğin özü olarak görülmektedir. Bakım, tedavinin gerçekleşmesi, hemşireliğin ahlaki ve etik temeli ve hemşireliğin özü için gerekli olan çoğu hemşirelik müdahalesinin merkezinde yer alır. Hasta tarafından algılanan hemşire



bakımı ise, hastane bakımı ile ilgili genel memnuniyetin önemli bir göstergesidir. Hasta memnuniyeti hemşirenin bakımının etkili bir şekilde ölçülmesi, bakım kalitesinin izlenmesi ve hemşireliğin etkinliğinin değerlendirilmesi için kritik bir öneme sahiptir [59].

## **2.9. Bakımı Etkileyen Faktörler**

Hemşireler bakım davranışlarını sergilerken, bakım davranışlarını etkileyen birçok faktörle karşılaşmaktadırlar. Hemşirelik bakım davranışlarını etkileyen faktörler içerisinde hastaya ait faktörler, hemşirelere ait faktörler, çevresel/kurumsal faktörler yer almaktadır [62].

Hastalara ait faktörlere bakıldığında hastaların bakım davranışlarını algılama düzeyleri yaşına, eğitim düzeyine, hastanın sosyal durumuna [66], deneyimlerine, hastalığını algılayış şekline, hastalığın akut ya da kronik olması, fiziksel ve psikolojik durumuna, bireyin hastalığına yüklediği anlama ve yaşadığı anksiyeteye göre değişim göstermektedir [70, 71].

Hemşirelere ait faktörler ise, hemşirelerin yaşı, çalışılan kurum, çalışılan birim, hasta sayısının fazla olması, hastaya verilen bakım süresinin az olması, hemşirelerin görev ve sorumlulukları dışındaki işlere zaman ayırması hemşirelerin temel görevi olan bakım davranışlarını etkilediği ifade edilmektedir [74]. Ayrıca hemşirelikte bakımın kalitesini belirleyen en önemli araçlardan bir tanesi de eğitimidir. Eğitim düzeyi yüksek olan bir hemşire mesleki olarak daha profesyonel davranışlar sergilemektedir [69].

Hasta bakımı yapılırken hemşirelerin motivasyonu ve memnuniyeti oldukça önemlidir. Motivasyonu yüksek bir hemşire kaliteli bir bakım verirken düşük motivasyonlu bir hemşirede dikkat dağınıklığı, unutkanlık, önemsememe ve insan ilişkilerinde olumsuz davranışlar sergilemektedirler [69].

Hasta bakım davranışlarını etkileyen bir başka faktörde çevresel/kurumsal faktörlerdir. Yoğun çalışma şartlarında çalışan hemşireler ayrıca kurumsal faktörlerinde etkisiyle kaliteli bakım davranışı sergileyememektedirler. Hemşireler çalıştıkları klinikte hasta bakımının yanında görev tanımlarında olmayan birçok işle de ilgilenmek zorunda kalmaktadırlar. Başka işlere harcadıkları bu vakit hasta bakımına ayırdıkları zamanı çalmakta ve bakım kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Ayrıca kurumlardaki hemşire

eksikliği, malzeme eksikliği, donanımlı cihazların olmayışı bakım kalitesinde azalmaya neden olmaktadır [69].

Bakım davranışlarını etkileyen faktörler ayrılmaz bir bütünün parçalarıdır. Bu faktörlerden hem bakımı veren hem de bakım alan kişi doğrudan etkilenmektedir. Bu sebeple bütüncül bir bakım anlayışı ile kaliteli bakım sağlamak mümkün olacaktır [69].

## **2.10. Son Dönem Hasta ve Bakımı**

Hastalığın son evresinde bulunan, yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının gün, haftalar veya aylar içinde ölümün söz konusu olduğu zamana “son dönem ya da terminal evre” denilmektedir [76-79]. Bu dönemdeki hastaya ise son dönem hasta veya terminal dönem hastası denilmektedir [76]. Teknolojinin hızla gelişmesi, tanı ve tedavi tekniklerinin ilerlemesi ile günümüzde çoğu hastalığın tedavisi mümkün olmuştur. Gelişen tedavi yöntemleri ile insanların yaşam süreleri de uzamıştır. Teknolojik gelişmeler ve tedavi yöntemleri yaşam süresini uzatırken aynı zamanda kronik hastalıkların ve son dönemde bakıma ihtiyacı olan hasta sayısının da artmasına sebep olmaktadır [80]. Son dönem hasta bakımı ise yaşamlarının son döneminde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır [1, 76].

Son dönem hasta bakımının temel ilkeleri bireye bütüncül bir bakım anlayışı ile yaklaşmak, hastayla olabildiğince açık iletişim kurmak, tanı ve tedavisi hakkında gerekli bilgiyi vermek, seçimlerine saygı göstermek, yaşadığı problemlere çözüm üretmek ve yaşam kalitesini yükseltmeye çalışmayı içermektedir [1]. İyi ölüm temel insan hakkıdır. Bu sebeple son dönem hasta bakımının en temel amacı, rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde bireylerin yaşamlarının sona ermesidir [77]. Son dönem hasta bakımında asıl amaç yaşamı uzatmak değil yaşam kalitesini artırmaktır [1]. Son dönem hasta bakımında hastalarda meydana gelen ağrı, solunum sıkıntısı, iştahsızlık, yorgunluk, bası yarası gibi semptomlar değerlendirilmeli, problemler çözülerek hastanın rahatlatılması sağlanmalıdır [1]. Hastaların ağrıları ve diğer sağlık sorunlarını azaltarak, kişisel, kültürel ve manevi değerlerine, inançlarına ve alışkanlıklarına bağlı kalarak bakım vermeyi ve saygıdeğer bir biçimde ölümünü sağlamayı amaçlamaktadır [77].

Hastanelerde son dönem hasta tedavi ve bakımları genel olarak palyatif bakım kliniklerinde veya yoğun bakım kliniklerinde gerçekleştirilmektedir. Yoğun bakım hastaların 24 saat kesintisiz olarak izlenip, ileri teknoloji aletleri kullanılarak takip, tedavi

ve bakımlarının yapıldığı kliniklerdir. Hastaların takip, tedavi ve bakımı multidisipliner bir ekip anlayışı ile yapılmaktadır [78]. Son dönem hasta bakımında da multidisipliner bir anlayış içerisinde bakım vermek gerekmektedir [76]. Yaşamın son döneminde olan hastalara özel eğitim görmüş profesyonel bir ekip tarafından tedavi ve bakım hizmeti sunulmalıdır. Son dönem hasta bakımında gerçekleştirilen bakımın sorumluluğu hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve hasta yakınının sorumluluğudur [79].

Son dönem hasta bakımında süreci iyi yöneterek hasta ve aile merkezli bir bakım anlayışına sahip olunması gerekmektedir. Bu süreçte tedavi ve bakım kültür, inanç, din, ırk, beklentiler, yaş ve eğitim düzeyine göre planlanmalıdır [78].

### **2.11. Yaşamı Destekleyen Tedaviler**

Yoğun bakım kliniklerinde teknolojinin ilerlemesi ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte ölümlerle sonuçlanacak durumlarda yaşam sürelerini uzatmak mümkün hale gelmiştir [81]. Yaşamı destekleyen tedavi yöntemleri tıbbi yararsızlığı bilinen tedaviye başlamamak veya başlanılan tedaviyi sonlandırma ile ilgilidir. Özellikle yoğun bakım kliniklerinde sıkça kullanılan yaşamı destekleyen tedaviler hastanın durumunda gelişme göstermeyerek ağrı ve ızdırap çekmesine sebep olabilmektedir [82]. Entübasyon [14], mekanik ventilasyon, Cardio Pulmoner Resüsitasyon (CPR), Total Parenteral Nutrisyon (TPN) [81], diyaliz ve sıvı desteği, vazopresör ve transfüzyonlar [83] yoğun bakım kliniklerinde kullanılan yaşamı destekleyici tedavilerdir. Yaşamı destekleyici tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılması hastanın kalan yaşamını ağrısız ve acı içerisinde geçirmesini engellemek için kullanılmaktadır [81]. Yaşamı destekleyici tedaviler ile bağlantılı olarak kullanılan bir başka durum ise ötenazidir. Ötenazi; ölümcül bir hastalığa yakalanmış hastanın ağrılarının dindirilemediği durumda hastanın yaşamını sonlandırmaya yönelik klinik karar ve davranış olarak tanımlanmaktadır [81, 84]. Ötenazi dünyada birçok ülkede ve ülkemizde yasadışı bir tutum olarak görülmektedir [81].

### **2.12. Son Dönem Hasta Bakımında Sık Karşılaşılan Etik Durumlar**

Teknolojideki gelişmeler ve tedavi yöntemlerinin artmasıyla yaşam süreleri uzarken aynı zamanda bir takım etik sorunları da beraberinde getirmiştir. Tedavi sürecinin tamamlandığı ve artık tedavinin hiçbir sonuç vermediği durumlarda etik sorunlar karşımıza çıkmaktadır [79].

Yaşamın son döneminde karşılaşılan etik problemler; tedaviye başlamama, tedaviyi sonlandırma, canlandırma (CPR) yapmama, nafile (yararsız/boşuna) tedavi en sık karşılaşılan sorunlar olarak gösterilebilmektedir [85]. Özellikle yoğun bakım kliniklerinde bu tür etik ikilemlerle sık karşılaşılmaktadır.

Bu tür durumlarla karşılaşıldığında hasta karar verme yeteneğini kaybetmemiş ise yaşayan dilek bırakmış olabilir. Hasta yaşayan dilek bırakmamış olsa bile kendi kararlarını vermelidir [77, 82]. Yaşayan dilek “hastanın kronik hastalığının /tedavisinin herhangi bir aşamasında yeterliliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı, hatta bazen tanıklı dilek bildirmesidir. Yaşayan dilek olarak isimlendirilen bu kararlar çoğunlukla hastanın kendisine herhangi bir yarar sağlamayacak olan tedaviyi sonlandırma; kaybedilen işlevleri geri kazanamayacak durumda olduğunda canlandırmama ya da yaşam destek tedavilerini, yapay beslenmeyi sürdürmeme ile ilgilidir” [86].

Hasta kararlarının bilinmediği durumlarda tedaviyi sonlandırma veya tedaviye başlamama kararlarının sağlık profesyonelleri ile hasta yakınları tarafından verilmesi gerekir [82]. Tedaviyi sonlandırmak yaşamı desteklemek amacıyla başlanıp daha sonra hastaya yarar sağlamadığı ve ölüm sürecini uzattığı düşünülerek vazgeçilen tedavi olarak açıklanmaktadır [82]. Tedaviye başlamama ise tıbbi açıdan yarar sağlamayan, elde edilebilecek yarara karşılık katlanılabilecek zararın, riskin ya da tehlikenin daha büyük olduğu durumlarda yaşamı destekleyen bir müdahalede bulunmamaktır [83]. Planlanan tedavi herhangi bir tıbbi başarıya imkân vermiyorsa tedavi nafile (yararsız/boşuna) olarak kabul edilmektedir [82, 83]. 1983 yılında yayımlanan Venedik Bildirgesi’nde nafile tedaviyle ilgili olarak: “Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınılmalıdır” maddesi bulunmaktadır [82]. Hekim tarafından tedavilerin nafile olduğu yargısına varıldığında tedaviye başlanmama ve tedaviyi sonlandırma gibi durumlarla karşılaşılabılır. Fakat bu durumlar bakımı sonlandırmak anlamına gelmemektedir. Yaşamının son dönemindeki hasta son dönem hasta bakım yöntemlerine göre bakımını almalıdır [87].

Son dönem hastada kalınan etik ikilemlerle sağlık profesyonelleri baş başa bırakılmamalıdır. Etik sorunların çözümü ve kararlar ile ilgili yasal düzenlemeler yapılarak, etik kurullar oluşturulmalı ve son dönem hastada alınması gereken kritik kararlar ortak bir şekilde alınmalıdır [87].

Son dönem hasta kararları için ülkeler kendi koşulları, değerleri ve inançlarına uygun politikalar, kurallar, yasal düzenlemeler oluşturmuştur. Ancak ülkemizde bu konuda tatmin edici bir yasal düzenleme bulunmamaktadır [83].

Türk Tabipler Birliği 2008 yılında yayınladığı etik bildirgeler raporunda yaşamı destekleyen tedavilere başlamama veya sonlandırma kararları ile ilgili şu sonuçları bildirmiştir [86].

1. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda ventilatör desteği hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir,
2. Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/ sıvı desteği sonlandırılabilir,
3. Hastanın yaşam kalitesi en az ise ve yaşamsal destek sağlandığında bu yaşam kalitesi yükseltilemeyecekse hasta canlandırılmamalıdır,
4. Kronik hastalığının seyrinde hastaya yaşam desteği sağlanması öngörülüyorsa, hastanın asıl hekimi hastanın yaşam desteği konusunda görüşünü sorgulamalı ve ilerisi için dilek bırakmasını önermelidir,
5. Bu tür bir hasta dileği bulunmadığı durumda hastanın vekiline yaşamı destekleyen tedavilerin hastaya olan yararı ayrıntılarıyla açıklanmalı ve kararları sorgulanmalıdır,
6. Özellikle yoğun bakım çalışanlarının yaşadığı/yaşayacağı etik ikilemlerle baş etmelerine yardımcı olacak “yaşamı destekleyen tedavilerin başlanması ya da sonlandırılmasına ilişkin ulusal kriterler” belirlenmelidir,
7. Ulusal tıbbi kriterler hazırlanırken, yaşamı destekleyen tedavilerle elde edilecek olan tıbbi yarar sadece hasta yönünde değil, toplum yönünde de gözetilmelidir [86].

### **2.13. Son Dönem Hasta Bakımında Hemşirenin Görevleri**

Son dönem hastaya uygulanan yararsız tedavilerin hastaya fizyolojik olarak bir yarar sağlamadığı bilinmektedir. Yararsız tedaviler fayda sağlamadığı gibi hastanın fazladan ağrı, acı çekmesi ve bu sürecin uzamasına sebep olmaktadır [78]. Bunun yanında son günlerini yaşayan hastaların bakım ve gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Bakım ve gereksinimleri karşılayabilmek için ise hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması şarttır. Ayrıca hemşire son dönem hastalara bakım verirken

tepkilerle başa çıkmada hasta ve aileleri desteklemeli, ölüm sürecinde yanlarında olduğunu hissettirerek bilgilendirmelidir [78].

Son dönem hastaların acılarını dindirmek, yeterli tıbbi bakımı vermek, semptomlarının kontrolünü sağlamak, huzur içerisinde, konforlu, manevi destek ve bakım vermek iyi bir sağlık ekibinin sorumluluğudur [78, 79]. Son dönem hastasının korkularını ifade etmesi, kişinin saygınlığını, bireyselliğini, mahremiyetini korumak, aileyi psikolojik olarak desteklemek ve yas sürecine hazırlamak hemşirenin önemli rollerindedir. Ayrıca hemşire hastaya hastalıkla baş etme yetenekleri kazandırmalı ve hastanın pozitif düşünmesini sağlamalıdır. Hastanın kontrol gelişimini sağlayarak, anksiyete ve stresini azaltır fiziksel fonksiyonlarda ve öz saygıda artma sağlayarak hastalık yönetimini kolaylaştırır [79, 80].

Hemşireler son dönem hasta ile en çok vakit geçiren ve en yakınındaki kişi olması sebebiyle, hastanın ağrı, bulantı, kusma, halsizlik, uykusuzluk gibi sorunlarını daha çabuk görebilmektedir. Bundan dolayı hemşireler son dönem hasta bakımında önemli bir role sahiptirler [79].

Hemşireler son dönem hastaya bakım verirken hasta yakınına da danışmanlık etmesi gerekmektedir. Hasta yakınlarını dinleyerek onlara karşı dürüst ve açık sözlü davranmalıdır. Hasta yakınlarına duygusal olarak yanlarında oldukları hissettirilmelidir. Kültürel ve sosyal farklılıklara saygı göstermeli, manevi destek sağlamalıdır [79].

#### **2.14. Son Dönem Hasta Bakımında Yaşanılan Zorluklar**

Son dönem hastası ve ailesinin yaşadığı zorluklar gibi son dönem hastaya bakım veren hemşirelerde birçok sorunla karşı kaşıya kalmaktadırlar. Son dönem hasta bakımları palyatif bakım klinikleri ya da yoğun bakım kliniklerinde sağlandığı için hemşirelerin bu kliniklerde ekstra çaba ve özveri ile çalışmaları gerekmektedir. Fakat gerek yoğun bakım kliniklerinin zorluğu gerekse son dönem hastaya bakım vermenin psikolojik olarak zorluğu hemşireleri yıpratmaktadır. Son dönem hastalara bakım vermek ve ölüm kavramı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir [3]. Son dönem hasta bakımında yaşanan zorluklar ve sıkıntılar literatürde sıklıkla belirtilmiştir [5-7]. Son dönem hasta bakımı yapan hemşireler keder, çaresizlik [3] kaygı, korku, öfke, inkâr ve depresyon yaşamaktadırlar [80]. Yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastalara bakım verirken yorgun, güçsüz ve baş edememe hissetmelerine rağmen bakım vermekten kaçmadıkları

belirtilmektedir [8]. Bakım verdikleri hastanın ölümünde ise hemşireler kendilerini yetersiz ve başarısız olarak nitelendirebilmektedir [80]. Ölüm kavramı evrensel olsa da insanlar üzerinde bıraktığı etki kişiseldir. Bu nedenle bakım verilen bir hastanın ölümü sonrasında hemşirelerin yaşadığı psikolojik sorunlar ve gösterdikleri tepki de farklıdır [3]. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri hasta yakınlarının da duygusal ve spritüel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olabilmektedirler [80].

### **2.15. Ahlaki Sıkıntı**

Teknolojinin büyük bir hızla gelişmesi, insan sağlığı için yarar ve rahatlık getirmekle birlikte beraberinde yeni sorunlarda doğurmuştur. Teknolojideki ilerlemeler insan sağlığı üzerine önemli etkiler bırakarak hastaların yaşam süresini uzatma, canlılıklarını koruma ve hatta ölümü erteleme gibi durumları ortaya çıkarmıştır [86]. Teknolojideki gelişmelere bağlı olarak yaşamı destekleyici tedavilere başlama veya sonlandırma durumları ile ilgili etik ikilemler ortaya çıkmıştır. Özellikle yoğun bakım ortamlarında gerçekleştirilen yaşamı destekleyici tedaviler yoğun bakım kliniklerinde daha çok etik ikilemin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Yaşanılan etik ikilemler, ahlaki çatışma ve çeşitli koşullar sonucunda, ahlaki sıkıntı ortaya çıkmaktadır. Ahlaki sıkıntı, insanların ahlaki inançlarına karşı hareket ettiklerinde, ahlaki bütünlüğü koruma çabalarının bir sonucudur [25].

Ahlaki sıkıntı 1984 yılında ilk kez Jameton tarafından tanımlanmıştır. Jameton'a göre ahlaki sıkıntı, bireyin hangi eylemi yapması gerektiğine dair net bir ahlaki yargıda bulunduğu ancak yaşanan kısıtlamalar (toplumsal, kurumsal veya bağlamsal) nedeniyle buna göre hareket edemediği zamanlarda ortaya çıkan durumdur [88]. Jameton, bir hemşirenin klinik ortamda karşılaşılabileceği etik problemlerle ilgili üç tip deneyimi sınıflandırmıştır. Jameton ahlaki belirsizliği bireyler doğru şeyin ne olduğu konusunda emin olmadıklarında ahlaki belirsizlik yaşarlar şeklinde tanımlamıştır. Ahlaki ikilemleri ise iki veya daha fazla durum olduğunda ahlaki ikilemler ortaya çıkan durum olarak tanımlarken ahlaki sıkıntıyı doğru olanı bildiği halde yaşanan kısıtlamalar nedeniyle buna göre hareket edemediği zaman karşılaşılan durum olarak tanımlamıştır [89]. 1988 yılında ise Wilkinson, Jameton 'un tanımını yenileyerek, ahlaki sıkıntıyı "Bir profesyonelin ahlaki bir karar aldığı fakat bu karara yönelik davranışı ortaya koyamadığında yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygu" olarak tanımlamış ve Ahlaki Sıkıntı Modelini geliştirmiştir. Jameton 1993'de ahlaki sıkıntı kavramını daha da ayrıntılandırmış, ilk ahlaki sıkıntı ve reaktif ahlaki sıkıntı arasındaki farkı açıklamıştır. İlk ahlaki sıkıntıda;

bireyin değerler hakkında kurumsal kısıtlamalar ve bireysel çatışmalar ile yüz yüze geldiğinde engellenme, öfke ve anksiyete hissettiğini, reaktif ahlaki sıkıntının ise ilk sıkıntı üzerine eylemin gerçekleştirilememesi durumunda geliştiğini belirtmiştir. Kalvemark ve arkadaşları ise 2004 yılında Jameton 'un ahlaki sıkıntı tanımını “etik karar vermeyi gerektiren durumlarda yaşanan ikilemlerde sağlık profesyonellerinin mesleki değerlerini koruyamadığını hissettiğinde meydana gelen negatif stres belirtileri” olarak tanımlamıştır [17]. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği, ahlaki sıkıntıyı etik olarak doğru eylem biçimi bilindiğinde ancak ne yapılacağı bilinmediğinde ortaya çıkan psikolojik dengesizlik olarak değerlendirmektedir [90]. Ahlaki sıkıntı birçok duruma göre değişmekle birlikte yoğun bakım üniteleri ahlaki sıkıntının sık karşılaşıldığı ortamlardan birisidir. Buna bağlı olarak yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşireler diğer ortamlarda çalışan hemşirelerden farklı düzeyde ahlaki sıkıntı hissedebilmektedir. Yoğun bakım kliniklerinde sık karşılaşılan acil müdahaleler, canlandırma kararları, ortamın karmaşıklığı, kurumsal politikalar, hekim-hemşire iletişim eksikliği gibi nedenler, ahlaki sıkıntının bu kliniklerde daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler her gün birçok etik karar alırlar fakat uygulamada inançlarına uygun hareket edememektedirler [24]. Hemşireler kendi düşüncelerine uygun hareket edemediğinde de ahlaki sıkıntı yaşamaktadırlar. Yoğun bakım kliniğinde son dönem hastanın ölüm sürecini uzatan nafiye tedaviler ile sık karşılaşılmaması, hastanın ağrısının kontrol edilememesi, hasta otonomisinin göz ardı edilmesi, hasta ve ailesine dürüst davranılmaması son dönem hastaya bakım veren hemşirenin ahlaki sıkıntı yaşamamasına neden olmaktadır [17, 24].

Ahlaki sıkıntı, hemşirelerin hasta için en uygun hasta bakımını sağlama ve kaliteli sonuçlar alma yeteneğini tehlikeye atmaktadır. Ahlaki sıkıntı algısı, örgütsel politika ve destek eksikliği, meslek içi çatışmalar ve yasal zorunluluklar nedeniyle daha da kötüleşen bir durum olabilmektedir [91]. Ahlaki sıkıntı sadece bireysel bir sorun ya da sadece kurumsal bir sorun olarak görülmemektedir [92]. Tanımlardan da anlaşıldığı üzere ahlaki sıkıntı etik ikilemlerde karar verme sürecinde oluşan sıkıntıyı ifade etmektedir.

## **2.16. Ahlaki Sıkıntı Nedenleri**

Sağlık profesyonellerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntılar bireysel ve kurumsal olarak birçok faktörle ilişkilidir [17].



Hamric ve arkadaşları 2007 yılında yoğun bakım da son dönem hasta bakımı esnasında, hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı ile karşı karşıya kaldığını ve 104 hemşireden %23'ünün ise ahlaki sıkıntı ile ilgili kurumdan ayrılmayı düşündüğü ve bir kısmının da işi bıraktığını tespit etmiştir [21]. Papathanassoglou ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Avrupa yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin düşük otonomi, sık ve yoğun ahlaki sıkıntı ve düşük doktor-hemşire iş birliği yaşadıkları tespit edilmiştir [22]. Altaker ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 238 yoğun bakım hemşiresinde yapılan çalışmada, hemşirelerin yüksek oranlarda ahlaki sıkıntı yaşadıklarını eğitim, etnik köken, ünite boyutları ve ekibe ulaşma gibi değişkenlerin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkilediği belirlenmiştir [26]. Henrich ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 19 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan kalitatif çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile ilgili, olumsuz duygusal sonuçlara maruz kaldığı, hasta bakımını olumsuz etkilediği ve hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışmayı bırakmayı düşünme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir [27]. Abbasi ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 60 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları yüksek ahlaki sıkıntının, ahlaki güçlendirme programı ile azaltılması ve bakım kalitesinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır [28]. Ebrahimi H. ve arkadaşları 2013 yılında İran'da yaptıkları çalışmada, ahlaki sıkıntı, iş tatminsizliği, bakım davranışlarında rahatsızlık ve maddi kaynaklar, hastalar için sağlık kalitesi gibi komplikasyonlara neden olan kritik bakım hemşirelerinin yaklaşık % 67'sinde yaşandığı sonucunu bulmuşlardır [29]. Dodek ve arkadaşlarının 2016 yılında yoğun bakım sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %49 ve doktorların %44'ü ahlaki sıkıntı yaşamışlardır. Ayrıca hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek ahlaki sıkıntı düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir [31].

Ülkemizde Karagözoğlu ve arkadaşlarının 2012 yılında yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşamaları ile ilgili yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %60'ının ahlaki sıkıntı yaşadığını ve yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça ahlaki sıkıntının da arttığına dikkati çekmektedirler [15]. Benzer şekilde Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 200 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan çalışmada, hemşirelerin orta seviyede ahlaki sıkıntı yaşadıkları, ancak yüksek düzeyde yetersiz ekip içi iletişim, yararsız/nafile bakım ve profesyonel çalışma ile ilgili yetersizlikler yüksek ahlaki sıkıntı nedenleri arasında tespit edilmiştir [33].

Sağlık profesyonelleri, her gün birçok etik karar alırlar ancak pratikte her zaman kendi istediklerine uygun hareket edememektedirler. Profesyoneller genellikle işlerinin gidişatında bilerek veya bilmeyerek etik kararlar alırlar çünkü insan hayatının temel süreçlerine katılmaktadırlar [24]. Bununla birlikte, bu çatışmayla karşı karşıya olan bir kişi hangi eylemde bulunacağı konusunda belirsiz hissedebilmekte veya birden fazla önemli ahlaki faktör olduğu için sıkıntı çekebilmektedir [93]. Sağlık profesyonellerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bireysel sebepleri; iletişim eksikliği, yetersiz girişkenlik, ahlaki sorunları tanımlayamama, ahlaki duyarlılık seviyesinde artma, kendini güçsüz hissetme, motivasyon düşüklüğü ve kendini ekibin bir parçası olarak görmeme en önemli nedenlerdir [17, 24].

Sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntı yaşamalarına sebep olan kurumsal faktörler ise ekip üyeleri arasında yaşanan iletişim eksikliği, kurumsal engeller ve kısıtlamalar, yararsız/nafile tedaviler ve eylemler, personel eksikliğine bağlı iş yükünde artma, kaynaklar ve yeterlilikler, profesyonellerin etik sorunlara yönelik farklı bakış açıları ve uzun süreli bakımdır [17, 24, 94].

Bireysel ve kurumsal faktörler dışında, çalışılan klinikte ahlaki sıkıntıyı etkilemektedir. Özellikle yoğun bakım klinikleri, onkoloji klinikleri, transplantasyon kliniklerinde çalışan sağlık profesyonelleri daha çok ahlaki sıkıntı yaşamaktadırlar [17]. Bu kliniklerde son dönem hastalara uygulanan yararsız/nafile tedaviler, hekim-hemşire iletişim zayıflığı, canlandırma (CPR) kararları, prognoz ve bakım planları hakkında hastalarla ve aileleriyle iletişim yetersizliği, yetersiz ve etkisiz sağlık profesyonelleri ile çalışma ahlaki sıkıntıya neden olabilmektedir [17, 24]. Ayrıca Yoğun bakım ünitelerinde son dönem hastasının takip ve tedavisi direkt olarak ahlaki sıkıntı kaynağı olarak görülmektedir [24].

### **2.17. Ahlaki Sıkıntının Etkileri**

Ahlaki sıkıntıların hemşireler üzerindeki etkileri sistemiktir ve hemşireleri fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkilemektedir [17, 95, 96]. Ahlaki sıkıntı sonucunda kalp çarpıntısı, ishal ve baş ağrısı gibi fiziksel belirtiler görülebilmektedir. Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler zamanla sinirlenmeye ve öfkelenmeye başlayabilirler [92]. Ahlaki sıkıntı çözülmediği durumlarda hayal kırıklığı, tükenmişlik, hasta bakım durumlarından kaçınma [25], hemşirelerin buldukları pozisyonlarından ayrılmalarına ve işlerinden ayrılmaya kadar gidebilmektedir [95, 96]. Ayrıca yaşanan ahlaki sıkıntı hasta ve ailesi üzerine de önemli etkiler bırakarak bakım kalitesinin düşmesine neden

olabilmektedir [93]. Sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı sosyal hayatlarını da etkileyerek aile üyeleri ile çatışma, aile ilişkilerinde bozulma gibi sosyal problemlere neden olabilmektedir [17]. Ayrıca, ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler tükenmişlik durumuna ulaşabilmekte, iş tatminsizliğine yol açabilmekte hatta sonunda işlerini bırakabilmektedirler [91]. Ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olması, yoğun çalışmaları, maaş ücretlerinin az olması, terfi sisteminin yeterli ve adil olmaması, rol ve iş tanımındaki eksiklikler, uygun olmayan kurum politikaları nedeni ile yaşanan sorunlar, çaresizlik, ümitsizlik, tükenmişlik ve iş doyumunda azalma, işten hatta meslektan ayrılma düşüncesine yol açmakta ve ahlaki sıkıntıya zemin hazırlamaktadır [17].



## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma; Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 512 toplam yatak kapasitesine sahip olup, 6 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Hastanede 340 hemşire, 39 sağlık memuru, 105 ebe ve 147 uzman hekim olmak üzere toplam 631 sağlık profesyoneli görev yapmaktadır.

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım üniteleri;

1. Basamak Yoğun Bakım,
2. Basamak Yoğun Bakım,
3. Basamak Yoğun Bakım,
4. Koroner Yoğun Bakım
5. Yenidoğan Yoğun Bakım
6. Çocuk Yoğun Bakım

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1. Basamak Yoğun Bakımda 7 yatak, 2. Basamak Yoğun Bakımda 13 yatak, 3. Basamak Yoğun Bakımda 19 yatak, Koroner Yoğun Bakımda 8 yatak, Yenidoğan Yoğun Bakımda 32 yatak ve Çocuk Yoğun Bakımda 7 yatak olmak üzere toplam 85 yatak kapasitesi bulunmaktadır.

1. Basamak Yoğun Bakım, 2. Basamak Yoğun Bakım, 3. Basamak Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım ve Çocuk Yoğun Bakımda toplam 111 hemşire görev yapmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 1. Basamak Yoğun Bakım, 2. Basamak Yoğun Bakım, 3. Basamak Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım ve Çocuk Yoğun Bakımında çalışan toplam 111 hemşire oluşturmuştur. Araştırma örnekleme için örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Ancak örneklem dâhilinde 111 hemşireden, yoğunlukla ilgili araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 3 kişi ve anket formlarındaki kısmi eksiklikler nedeniyle 2 kişi örneklem dışında bırakılarak toplam 106 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma, Ocak 2019 ve Ağustos 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya;

- Görme, işitme ve kognitif yetersizliği olmayan 18 yaş üstü hemşireler,
- En az 6 ay yoğun bakımda çalışmış olan,
- Son dönem hasta bakımına katılmış olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler dâhil edilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

#### **3.5.1 Veri Toplama Araçları**

##### **3.5.1.1. Sosyo-Demografik Anket Formu (EK-1)**

Araştırmaya katılan hemşirelerin Sosyo-demografik ve hemşire özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Anket Formu kullanılmıştır [53,83]. Bu form toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma şekli, son dönem hasta bakımı yapma, gibi sorular yer almaktadır.

##### **3.5.1.2. Son Dönem Hasta Bakım ile İlgili Form (EK-2)**

Yoğun bakım ünitelerinde yaşamın sonuna ilişkin kararlarda hemşirelerin tutumlarını değerlendirmek için Şenses ve Ersoy tarafından 2009 yılında yürütülen “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim Ve Hemşirelerin Tutumları” adlı doktora tezinde kullandıkları son dönem hasta bakımına ilişkin anket formu yazılı izin alınarak kullanılmıştır. Son dönem hasta bakım özellikleri ile ilgili bu form 18 sorudan oluşmakta ve Ek 2’de yer almaktadır [83].

### **3.5.1.3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (EK 3)**

Araştırmada Hamric tarafından 2012 yılında geliştirilen, 21 maddeden oluşan Ahlaki Sıkıntı Ölçeği kullanılmıştır. İç tutarlılık kapsamında Cronbach katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur [97]. Ahlaki Sıkıntı Ölçeğinin Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Karagözoğlu Ş. , Yıldırım G. ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach katsayısı 0.85 olarak saptanmıştır. Ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araçtır [33]. Ölçeği oluşturan maddelerin ölçeğin bütünü ile ilişkisini ortaya koyan madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin hesaplanması; madde puanları, her bir maddenin sıklık skoru (0-4) ile her bir maddenin yoğunluk skoru (0-4) çarpılarak elde edilmektedir. Ölçek içindeki bir maddenin puanını hesaplarken, sıklık ve yoğunluk puanları birbiriyle çarpılır (sıklık x rahatsızlık) ve ardından tek bir puan (0-16) elde edilir. Bu nedenle, bir maddeden elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 0 ve 16'dır (4 x 4). Her bir maddenin puanları toplanarak ölçekten alınacak toplam puan elde edilir (0-336). Ölçekten alınan yüksek puanlar, Ahlaki sıkıntı ve ahlaki rahatsızlık seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.5.1.4. Bakım Davranışları Ölçeği (EK-4)**

Son Dönem hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarını belirlemek için, Wu, Larrabee ve Putman tarafından 2006 yılında geliştirilen Bakım Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. İç tutarlılık kapsamında Cronbach katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur [59]. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri Kurşun Ş. ve Kanan N. tarafından 2012 yılında yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır. Ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araçtır. Ölçeği oluşturan maddelerin ölçeğin bütünü ile ilişkisini ortaya koyan madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır [75]. Bakım Davranışları Ölçeği; güvence (8 madde = 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), bilgi-beceri (5 madde = 9, 10, 11, 12, 15), saygılı olma (6 madde = 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağlılık (5 madde = 2, 4, 7, 8, 14) gibi 4 alt boyuttan ve 24 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar için 6 puanlı likert tipi skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması: Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra, 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyutların elde edilmesi, her bir alt boyut, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan

arasında alt boyut puanları elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe o bakım davranışının sık kullanıldığını göstermektedir.

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma verilerinin toplanması için, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakımlarda çalışan ve araştırma kriterlerine uyan hemşireler ile tanışılarak çalışmanın amacı anlatılmış ve iletişim bilgileri ile sözlü ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-5) kullanılarak yazılı onamları alınmıştır. Hemşirelerin çalışma günü hemşirelerle Sosyo-demografik Anket Formu (EK-1), Son Dönem Hasta Bakım ile ilgili form (EK-2), Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (EK-3) ve Bakım Davranışları Ölçeği (EK-4), yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından anket soruları tek tek okunarak hemşirelerin soruları yanıtlaması istenmiştir. Anket formlarının sağlık profesyonellerine uygulanması ortalama 30 dakika sürmüştür. Veriler yoğun bakım bekleme salonlarında toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi için, elde edilen veriler araştırmacı tarafından, bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Araştırmada istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve Pearson Korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir. Araştırmadaki verilerin bağımlı değişkenlerini: Son dönem hasta bakımı ile ilgili form, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları ve Bakım Davranışları Ölçeği puanları oluşturmuştur. Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Sosyo-demografik özelliklerini içeren cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma şekli, son dönem hasta bakımı yapma gibi sorular oluşturmaktadır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce, 'Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi' Etik Kurul (EK-6) Başkanlığı'ndan onay alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel sekreterliğinden yazılı izin (EK-7) alınmıştır. Araştırmada kullanılan form ve anketlerin (Son Dönem Hasta Bakım ile İlgili Form (EK-8), Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (EK-9), Bakım Davranışları Ölçeği (EK-10)) kullanımı için izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden; araştırmanın

hangi amaçla yapıldığı, nasıl uygulanacağı ve planlanan ve elde edilmesi beklenen sonuçlar ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı izin alınmıştır.





## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların bulguları aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin Sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (N:106)**

	N	%
<b>Yaş ( <math>\bar{x} \pm SS</math> )</b>	32.60 $\pm$ 6.6	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	79	74.5
Erkek	27	25.5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	67	63.2
Bekâr	39	36.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	24	22.7
Ön lisans	28	26.4
Lisans	53	50.0
Yüksek Lisans	1	0.9
<b>Çocuk Sahibi</b>		
Evet	63	59.4
Hayır	43	40.6
<b>Çalışma Yılı Ortalaması ( <math>\bar{x} \pm SS</math> )</b>	10.16 $\pm$ 5.46	
<b>Toplam</b>	106	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin Sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş ortalaması  $32.60 \pm 6.6$  , %74.5’ i kadın, %63.2’ sinin evli, %50’sinin lisans mezunu olduğu, %59.4’ünün çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların alışma yılı ortalamalarının ise  $10.16 \pm 5.46$  yıl olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 4.2. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinik çalışma özellikleri (N:106)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yoğun Bakım Türü</b>		
1. Basamak Yoğun Bakım	11	10.4
2. Basamak Yoğun Bakım	22	20.8
3. Basamak Yoğun Bakım	33	31.1
Çocuk Yoğun Bakım	12	21.7
Yenidoğan Yoğun Bakım	23	11.3
Koronar Yoğun Bakım	5	4.7
<b>Yoğun Bakım çalışma süreleri</b>		
(1-5) Yıl	57	53.8
(6-10)Yıl	37	34.9
(11-16)Yıl	11	10.4
(17-21)Yıl	1	0.9
<b>Çalışma Şekli</b>		
Devamlı Gündüz	17	16.0
Gece-Gündüz Rotasyon	89	84.0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Kadrolu	90	84.9
Sözleşmeli	16	15.1
<b>Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Durumu</b>		
Evet	70	66.0
Hayır	36	34.0
<b>Toplam</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin klinik çalışma özelliklerine göre dağılımları tablo 4.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %31.1’ i 3. Basamak yoğun bakımda çalışmaktadır. Yoğun bakımda çalışma süreleri %53.8 ile 1-5 yıl arasındadır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %84’ gece-gündüz rotasyonla ve %84.9’u kadrolu olarak çalışmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yarısından çoğunun (%66.0) yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmaktadır.



**Tablo 4.3. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hastaya bakım verme ve yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarını uygulamasıyla ilgili yaklaşımları (N:106)**

	N	%
<b>Son Dönem Hastaya Bakım Verme Durumu</b>		
Bakım veren	93	87.7
Bakım vermeyen	13	12.3
<b>Yaşamı Destekleyen bir tedaviye başlamama kararlarının uygulamasına katılma durumları*</b>		
<b>Yazılı bir order ile yapma</b>		
Her zaman	45	42.4
Sık sık	18	17.0
Bazen	14	13.2
Nadiren	6	5.7
Hiçbir zaman	23	21.7
<b>Sözlü bir order ile yapma</b>		
Her zaman	8	7.5
Sık sık	10	9.4
Bazen	20	18.9
Nadiren	22	20.8
Hiçbir zaman	46	43.4
<b>Herhangi bir order olmaksızın yapma</b>		
Her zaman	1	0.9
Sık sık	6	5.7
Bazen	11	10.4
Nadiren	14	13.2
Hiçbir zaman	74	69.8
<b>Tıbbi bir kayıt ile belgeyerek yapma</b>		
Her zaman	43	40.6
Sık sık	9	8.5
Bazen	9	8.5
Nadiren	14	13.2
Hiçbir zaman	31	29.2
<b>Toplam</b>	106	100

\*(CPR uygulaması yapılmaması, mekanik ventilasyona bağlamama, nutrisyon desteğinin verilmemesi, IV ilaç uygulamalarının kesilmesi vb...)

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarının uygulamasıyla ilgili yaklaşımları tablo 4.3'de verilmiştir. Hemşirelerin %87.7'sinin son dönem hastaya bakım verdikleri belirlenmiştir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere katılmama kararlarının uygulamasıyla ilgili olarak, hemşirelerin çoğunluğunun (%69.8) sözlü veya yazılı bir order olmaksızın bu kararları uygulamadıkları tespit edilmiştir. Her zaman yazılı bir order isteyenlerin oranı %42.4 iken, yazılı order olmaksızın bu tedavileri yapanların oranı %21.7'dir. Sözlü bir order ile uygulayanların oranı %7.5 iken, sözlü bir order ile hiçbir zaman yapmayanların oranı %43.4'tür. Her zaman tıbbi bir kayıt ile belgeleyerek yapanların oranı ise %40.6'dır.

**Tablo 4.4. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavi kararı verilirken dikkate alınması gereken tercih durumları ile ilgili yaklaşımları (N:106)**

	N	%
<b>Ailenin tercihi</b>		
Çok önemlidir	42	39.6
Önemlidir	37	34.9
Kararsızım	14	13.2
Önemli değildir	5	4.7
Hiç önemli değildir	8	7.6
<b>Hastanın tıbbi durumu</b>		
Çok önemlidir	69	65.1
Önemlidir	33	31.2
Kararsızım	2	1.9
Önemli değildir	1	0.9
Hiç önemli değildir	1	0.9
<b>Hekimin tercihleri</b>		
Çok önemlidir	49	46.2
Önemlidir	41	38.7
Kararsızım	12	11.3
Önemli değildir	4	3.8
Hiç önemli değildir	0	0.0
<b>Diğer hekim ve hemşirelerin tercihi</b>		
Çok önemlidir	36	34.0
Önemlidir	46	43.4
Kararsızım	13	12.3
Önemli değildir	8	7.5
Hiç önemli değildir	3	2.8
<b>Toplam</b>	106	100

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavi kararı verilirken dikkate alınması gereken tercih durumları ile ilgili yaklaşımları tablo 4.4’de verilmiştir. Hemşireler son dönem hasta için yaşamı destekleyen tedavi kararları verilirken; hastanın tıbbi durumunun çok önemli olduğunu (%65.1), hekimin son dönem hastaya ilişkin klinik değerlendirmesinin çok önemli olduğunu (%46.2), ailenin tercihinin çok önemli olduğunu (%39.6), hekim ve hemşirelerin ortak değerlendirmesinin çok önemli olduğunu (%34.0) belirtmişlerdir.





**Tablo 4.5. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarının alınması için karar verici tercihlerinin dağılımı (N:106)**

	N	%
<b>Sadece hastanın babası</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	7	6.6
Aynı fikirdeyim	6	5.7
Kararsızım	19	17.9
Aynı fikirde değilim	74	69.8
<b>Sadece hastanın annesi</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	7	6.6
Aynı fikirdeyim	6	5.6
Kararsızım	20	18.9
Aynı fikirde değilim	73	68.9
<b>Anne ve baba birlikte</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	30	28.3
Aynı fikirdeyim	29	27.4
Kararsızım	16	15.1
Aynı fikirde değilim	31	29.2
<b>Aile meclisi (büyükanne, büyükbaba)</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	14	13.2
Aynı fikirdeyim	18	17.0
Kararsızım	22	20.7
Aynı fikirde değilim	52	49.1
<b>Doktor ve hemşireler</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	36	34.0
Aynı fikirdeyim	39	36.8
Kararsızım	14	13.2
Aynı fikirde değilim	17	16.0
<b>Din görevlileri</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	1	0.9
Aynı fikirdeyim	9	8.5
Kararsızım	15	14.2
Aynı fikirde değilim	81	76.4

**Tablo 4.5'in devamı**

<b>Mahkemenin atadığı yetkili</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	2	1.9
Aynı fikirdeyim	8	7.5
Kararsızım	21	19.8
Aynı fikirde değilim	75	70.8
<b>Toplam</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarının alınması için karar verici tercihlerinin dağılımı tablo 4.5'te verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu hastanın babası (%69.8) veya hastanın annesi (68.9) bu kararı vermesini istememektedir. Hemşireler ilk sırada (%70.8) son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararı ile ilgili olarak hem hekimin hem de hemşirelerin birlikte karar vermesini belirtirken, 2. sırada aile üyelerinden anne ve babasının birlikte karar vermesi (%55.7) gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %76.4'ü din görevlilerin karar vericilerin olmaması gerektiğini ve %70.8'inin ise, mahkemenin atadığı bir yetkilinin de bu kararı vermemesi gerektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.6. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin yoğun bakım hastasında yaşamı destekleyen tedavilere başlanması veya sonlandırması hakkında tartışırken, aileye verdikleri bilgi içeriği ile ilgili görüşleri (N:106)**

	N	%
<b>Tedaviye başlamama ya da sonlandırma nedenleri hakkında tüm bilgileri</b>		
Her zaman	24	22.6
Sık sık	22	20.8
Bazen	17	16.0
Nadiren	21	19.8
Hiçbir zaman	22	20.8
<b>Sadece o anda anlayabilecekleri kadar bilgiyi</b>		
Her zaman	14	13.2
Sık sık	44	41.5
Bazen	25	23.6
Nadiren	12	11.3
Hiçbir zaman	11	10.4
<b>Hastanın ölmek üzere olduğunu ve sadece palyatif bakım verileceğine ilişkin bilgiyi</b>		
Her zaman	35	33.0
Sık sık	35	33.0
Bazen	19	17.9
Nadiren	9	8.5
Hiçbir zaman	8	7.6
<b>Üzüntü ve suçluluk hissetmelerini engelleyecek düzeydeki bilgiyi</b>		
Her zaman	24	22.7
Sık sık	36	34.0
Bazen	19	17.9
Nadiren	10	9.4
Hiçbir zaman	17	16.0
<b>Ekibin hasta için her şeyi yapacağına ilişkin bilgiyi</b>		
Her zaman	56	52.8
Sık sık	29	27.4
Bazen	9	8.5
Nadiren	7	6.6
Hiçbir zaman	5	4.7
<b>Toplam</b>	106	100

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin yoğun bakım hastasında yaşamı destekleyen tedavilere başlanması veya sonlandırması hakkında tartışırken, aileye verdikleri bilgi içeriği ile ilgili görüşleri ile ilgili tablo 4.6’da verilmiştir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin %40.6’sı hekimlerin ailelere “tedaviye başlamama ya da sonlandırma nedenleri hakkında tüm bilgiyi” hiçbir zaman veya nadiren vermediklerini belirtirken, hemşirelerin %43.4’ü ise; hekimlerin tedaviye başlamama ya da sonlandırma nedenleri hakkında tüm bilgiyi her zaman ve sık sık verdiklerini belirtmişlerdir. Yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşireler, hekimlerin aileye verdikleri bilgi içerikleri ile ilgili olarak ilk sırada %80.2 ile “ekibin hasta için her şeyi yapacağına ilişkin bilgiyi”, ikinci sırada %66.0 ile “hastanın ölmek üzere olduğunu ve sadece palyatif bakım verileceğine ilişkin bilgiyi” her zaman ve sık sık verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %56.7’si hekimlerin ailelere “üzüntü ve suçluluk hissetmelerini engelleyecek düzeydeki bilgiyi” her zaman ve sık sık verdiklerini belirtirken, hemşirelerin %54.7 si hekimlerin “sadece o anda anlayabilecekleri kadar bilgiyi” her zaman ve sık sık verdiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.7. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili karar verme sürecindeki tartışmalara dâhil edilme durumlarına ilişkin yaklaşımları (N:106)**

	N	%
<b>Kararın sadece hekimler tarafından alınma durumu</b>		
Her zaman	41	38.7
Sık sık	38	35.8
Bazen	13	12.3
Nadiren	8	7.5
Hiçbir zaman	6	5.7
<b>Kararın hekim ve hemşirelerle birlikte alınma durumu</b>		
Her zaman	9	8.5
Sık sık	19	17.9
Bazen	35	33.0
Nadiren	25	23.6
Hiçbir zaman	18	17.0
<b>Toplam</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili karar verme sürecindeki tartışmalara dâhil edilme durumlarına ilişkin yaklaşımları tablo 4.7’de verilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının her zaman ve sık sık (%74.5) sadece hekimler tarafından karar verildiğini belirtmiş, hekim ve hemşirelerin her zaman birlikte karar verme durumu ise sadece %8.5 gibi oldukça düşük oranda tespit edilmiştir. Hemşirelerin %73.6’sı son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının bazen, nadiren veya hiçbir zaman hekim ve hemşirelerin birlikte karar verdiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.8. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölmekte olan bir hasta için uygulanan tedavilerde nfile tedavi kavramını kullanma ve yaşam sonu uygulamalarının kabul edilebilirliğini kendi inançlarına göre değerlendirme durumları (N:106)**

	N	%
<b>Nfile (yararsız, boşuna) tedavi kavramını tanımlama</b>		
Yüzde 1'in altında yaşama şansı sağlayan tedavi	41	38.7
Sürekli yoğun bakım tedavisi	2	1.9
Geriye dönüşsüz bitkisel hayatı koruyan tedavi	31	29.2
İstenen sonuca ulaşmada etkisiz olan tedavi	21	19.8
Tedavinin fizyolojik etkisini sağlamada yetersiz olan tedavi	11	10.4
<b>Yoğun bakım kliniğinde ölmekte olan hastaya yapılan uygulamalar için "nfile" (yararsız, boşuna) tedavi kavramı kullanma durumu</b>		
Evet	65	61.3
Hayır	41	38.7
<b>Yaşam sonu uygulamalarının kabul edilebilirliğinin hemşirelerin kendi inançlarına göre değerlendirme durumları</b>		
<b>Yaşamı destekleyen tedaviye başlanmamalı</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	21	19.8
Aynı fikirdeyim	27	25.5
Kararsızım	19	17.9
Aynı fikirde değilim	39	36.8
<b>Yaşamı destekleyen tedavi sonlandırılmalı</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	13	12.3
Aynı fikirdeyim	19	17.9
Kararsızım	29	27.4
Aynı fikirde değilim	45	42.4
<b>Toplam</b>	106	100

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan bir hasta için uygulanan tedavilerde nafile (yararsız, boşuna) tedavi kavramını kullanma ve yaşam sonu uygulamalarının kabul edilebilirliğini kendi inançlarına göre değerlendirme durumları ile ilgili tablo 4.8’de verilmiştir. Hemşirelerin %38.7’si nafile tedaviyi, “yüzde 1’in altında yaşama şansı sağlayan tedavi” olarak tanımlarken, %29.2’si “geriye dönüşsüz bitkisel hayatı koruyan tedavi” olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerin %61.3’ünün yoğun bakım kliniklerinde ölmekte olan hastaya yapılan uygulamalar için “nafile tedavi” kavramını kullandığı görülmektedir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin %45.3’ü son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlanmaması gerektiğini belirtirken, %36.8’i ise yoğun bakımda son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlanması gerektiğini belirtmektedir. Hemşirelerin son dönem hasta bakımında %42.4’ü yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararına katılmamakta iken, hemşirelerin %30.2’si yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılması gerektiğini belirtmektedir.

**Tablo 4.9. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakım kararlarında klinik rehberlerin kullanımına ilişkin yaklaşımları (N:106)**

	N	%
<b>Yaşam sonuna ilişkin karar vermeye yardımcı olacak klinik rehber kurallarımızın bulunma durumu</b>		
Evet	27	25.5
Hayır	55	51.9
Bilmiyorum	24	22.6
<b>Tedavilere başlamama ya da sonlandırma kararları için klinik rehber kurallara ihtiyaç duyma durumu</b>		
Her zaman	19	17.9
Sık sık	29	27.4
Bazen	25	23.6
Nadiren	8	7.5
Hiçbir zaman	25	23.6
<b>Klinik rehber kullanmanın fayda durumu</b>		
Evet	60	56.6
Hayır	16	15.1
Bilmiyorum	30	28.3
<b>Klinik rehber kullanmak isteme durumu</b>		
Evet	71	67.0
Hayır	16	15.1
Bilmiyorum	19	17.9
<b>Yaşam sonu tedavilere başlamama ya da sonlandırma kararları için oluşturulacak klinik rehber kurallarının içerik durumu</b>		
<b>Yoğun bakım üniteleri düzeyinde olmalı</b>		
Evet	87	82.1
Hayır	5	4.7
Bilmiyorum	14	13.2
<b>Etik karar verme sürecine ilişkin eğitimin yaşam sonu bakım uygulamalarını geliştirme durumu</b>		
Geliştirir	58	54.7
Geliştirmez	21	19.8
Bilmiyorum	27	25.5
<b>Toplam</b>	106	100



Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakım kararlarında klinik rehberlerin kullanımına ilişkin yaklaşımları tablo 4.9'da verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşireler, yaşam sonuna ilişkin karar vermeye yardımcı olacak klinik rehber kurallarının bulunma durumuna, hemşirelerin %74.5'i bulunmadığı ya da bilmediği cevabını vermişlerdir. Katılımcı hemşireler yaşam sonu tedavilere başlamama ya da sonlandırma kararları için klinik rehber kurallara ihtiyaç duyma durumuna, %45.3 ile her zaman ve sık sık cevabını verirken, %56.6'sının klinik rehber kuralları kullanmanın faydalı olacağını ve %67.0'ının klinik rehber kuralları kullanmak istediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %82.1'i yaşam sonu tedavilere başlamama ya da sonlandırma kararları için oluşturulacak klinik rehber kurallarının yoğun bakım üniteleri düzeyinde olmalı cevabını vermişlerdir. Katılımcı hemşireler etik karar verme sürecine ilişkin eğitimin yaşam sonu bakım uygulamalarını geliştirme durumlarına ise %54.7 ile geliştirir cevabını vermişlerdir.

**Tablo 4.10. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, kendi yakınlarına yaşamı destekleyici ve sonlandırıcı tedavilerin uygulanması durumunda yaklaşımlarının değerlendirilmesi (N:106)**

	N	%
<b>Yakınlarının yoğun bakıma alınmasını isteme durumu</b>		
Kesinlikle evet	25	23.6
Muhtemelen evet	37	34.9
Bilmiyorum	18	17.0
Muhtemelen hayır	17	16.0
Kesinlikle hayır	9	8.5
<b>Yakınlarına canlandırma (CPR) yapılmasını isteme durumu</b>		
Kesinlikle evet	26	24.5
Muhtemelen evet	29	27.4
Bilmiyorum	21	19.8
Muhtemelen hayır	20	18.9
Kesinlikle hayır	10	9.4
<b>Yakınlarının mekanik ventilasyona bağlanmasını isteme durumu</b>		
Kesinlikle evet	22	20.8
Muhtemelen evet	39	36.8
Bilmiyorum	17	16.0
Muhtemelen hayır	19	17.9
Kesinlikle hayır	9	8.5
<b>Yakınları eğer acı çekiyorsa ötanazi yapılmasını isteme durumu</b>		
Kesinlikle evet	2	1.9
Muhtemelen evet	19	17.9
Bilmiyorum	22	20.8
Muhtemelen hayır	26	24.5
Kesinlikle hayır	37	34.9
<b>Toplam</b>	106	100

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, kendi yakınlarına yaşamı destekleyici ve sonlandırıcı tedavilerin uygulanması durumunda yaklaşımları, tablo 4.10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %58.5'i yakınlarının yoğun bakıma alınmasına, %51.9 canlandırma (CPR) yapılmasına ve %57.6'sı mekanik ventilasyona bağlanmasına muhtemelen veya kesinlikle evet cevabını vermişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin sadece %8.5'i yoğun bakıma alınmamasını, %9.4'ü canlandırma (CPR) yapılmamasını ve %8.5'i mekanik ventilasyona bağlanmamasını kesinlikle istemektedirler. Hemşirelerin %59.4'ü yakınlarına ötanazi yapılmasını muhtemelen veya kesinlikle istememekte iken, %19,8'i eğer hastası acı çekiyorsa ötanazi yapılmasını istemektedir. Hemşirelerin %20.8'i ise Ötanazi konusunda kararsız kalarak bilmiyorum cevabını vermişlerdir.

**Tablo 4.11. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölümcül bir hastalık tanısı almış yakınları olduğu durumlarda son dönem hasta uygulamalarına katılıp katılmama ile ilgili duyguları ve yaklaşımları (N:106)**

	N	%
<b>Her ne ve nasıl olursa olsun yakınının ömrünün uzatılmasını isteme durumu</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	23	21.7
Aynı fikirdeyim	26	24.5
Kararsızım	35	33.0
Aynı fikirde değilim	22	20.8
<b>Yakını ölürken ihtiyacı olan analjeziklerin verilmemesinden korkma</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	40	37.7
Aynı fikirdeyim	35	33.0
Kararsızım	16	15.1
Aynı fikirde değilim	15	14.2
<b>Yakınının uzun yaşaması için ağrı çekmesine razı olma</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	5	4.7
Aynı fikirdeyim	7	6.6
Kararsızım	26	24.5
Aynı fikirde değilim	68	64.2
<b>Yakınının makinelere bağımlı kalmasından korkma</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	28	26.4
Aynı fikirdeyim	44	41.5
Kararsızım	21	19.8
Aynı fikirde değilim	13	12.3
<b>Hekimlerin yakınının ne kadar yaşayacağını söylemesini isteme</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	45	42.5
Aynı fikirdeyim	41	38.7
Kararsızım	13	12.2
Aynı fikirde değilim	7	6.6

**Tablo 4.11'in devamı**

<b>Yakınının ölürlen acı çekmesinden korkma</b>		
Tamamen aynı fikirdeyim	57	53.8
Aynı fikirdeyim	31	29.2
Kararsızım	10	9.4
Aynı fikirde değilim	8	7.6
<b>Toplam</b>	106	100

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölümcül bir hastalık tanısı almış yakınları için, son dönem hasta uygulamalarına katılıp katılmama ile ilgili duyguları ve yaklaşımları ile ilgili tablo 4.11'de verilmiştir. Hemşirelerin %46.2'si her ne ve nasıl olursa olsun yakınının ömrünün uzatılmasını istediğini, %64.2'si yakınının uzun yaşaması için ağrı çekmesini istemediğini bildirmiştir. Hemşirelerin %70.7'si yakını ölürlen ihtiyacı olan analjeziklerin verilmemesinden korktuğunu ve %83.0'ı yakınının ölürlen acı çekmesinden korktuğunu bildirmiştir. Hemşirelerin %67.9'u yakınlarının makinelere bağlı kalmasından korktuğunu ve %81.2'si hekimlerin yakınının ne kadar yaşayacağını söylemesini istediğini bildirmiştir.

**Tablo 4.12. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları Ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları**

Ahlaki sıkıntı ölçeği	$\bar{x} \pm SS$
Sıklık	44.27±16.25
Rahatsızlık	49.82±16.68
Ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması	111.02±63.85

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları Tablo 4.12’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama sıklığı ortalaması 44.27±16.25; ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duyma ortalaması 49.82±16.68 ve Ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ortalaması 111.02±63.85 puan olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.13. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, son dönem hasta bakımına ilişkin Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları**

Bakım Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları	$\bar{x} \pm SS$
Bilgi-Beceri Alt Boyutu	5.30±0.75
Güvence Alt Boyutu	5.01±0.89
Saygılı olma Alt Boyutu	4.89±0.98
Bağlılık Alt Boyutu	4.82±0.99
Bakım Davranışları Ölçeği Toplam puan ortalaması	5.00±0.86

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımına ilişkin Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları tablo 4.13’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin bakım davranışları puan ortalaması; Bilgi-Beceri alt boyut puan ortalaması 5.30±0.75, Güvence alt boyut puan ortalaması 5.01±0.89, Saygılı olma alt boyut puan ortalaması 4.89±0.98, Bağlılık alt boyut puan ortalaması 4.82±0.99 ve Bakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 5.00±0.86 bulunmuştur.

**Tablo 4.14. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin Sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımı (N:106)**

	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Sıklık	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Rahatsızlık	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Toplam puan ortalaması
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	52.96	54.38	53.25
Erkek	55.09	50.93	54.22
p*	0.755	0.614	0.888
<b>Medeni durum</b>			
Evli	48.19	58.72	51.75
Bekâr	62.63	44.54	56.51
p*	<b>0.020</b>	<b>0.022</b>	0.441
<b>Eğitim durumu</b>			
Sağlık meslek lisesi	60.10	60.42	61.67
Ön lisans	53.29	50.84	52.04
Lisans	50.75	51.35	50.10
Yüksek lisans	46.50	76.00	78.50
p**	0.663	0.528	0.382
<b>Yoğun bakım türü</b>			
Genel yoğun bakım 1	61.18	55.18	64.68
Genel yoğun bakım 2	55.86	58.91	59.64
Genel yoğun bakım 3	60.42	29.06	44.92
Yeni doğan yoğun bakım	46.54	68.02	53.76
Pediyatri yoğun bakım	33.46	75.33	48.13
Koronar yoğun bakım	60.60	68.10	70.20
p**	0.107	<b>0.000</b>	0.240
<b>Nafile tedavi kavramı kullanma durumu</b>			
Evet	61.52	56.74	60.65
Hayır	40.78	48.37	42.16
p*	<b>0.001</b>	0.172	<b>0.003</b>



**Tablo 4.14'ün devamı**

<b>Yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının sadece hekimler tarafından alınma durumu</b>			
Her zaman	57.05	66.80	62.01
Sık sık	54.70	51.78	55.24
Bazen	51.42	30.23	40.58
Nadiren	42.56	46.63	36.56
Hiçbir zaman	40.75	33.08	34.92
<b>p**</b>	<b>0.001</b>	0.607	0.037

p\*: Mann-Whitney U Testi  $p<0.05$ , p\*\*: Kruskal Wallis Testi  $p<0.01$

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin Sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile ahlaki sıkıntı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre dağılımları, Tablo 4.14'te verilmiştir. Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin medeni durumu ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık ve rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yoğun bakım ünitesi türleri ile ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Pediatri yoğun bakım hemşirelerinin, diğer yoğun bakım hemşirelerine göre daha çok ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duydukları saptanmıştır. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan bir hasta için nafîle (yararsız, boşuna) tedavi kavramı kullanma durumu ile ahlaki sıkıntı sıklık puan ortalaması ve ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Araştırmamızda yoğun bakım kliniğinde son dönem hasta için yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının sadece hekimler tarafından alınma durumu ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

**Tablo 4.15. Yoğun Bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin Son dönem hasta bakımına ilişkin yaşadıkları Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Sıklık ve Rahatsızlık Alt boyutları ile bakım davranışları arasındaki ilişki (N:106)**

		<b>BDÖ Güvence Alt boyut</b>	<b>BDÖ Bilgi- Beceri Alt boyut</b>	<b>BDÖ Saygılı olma Alt boyut</b>	<b>BDÖ Bağlılık Alt boyut</b>	<b>BDÖ Toplam Puan Ort.</b>
<b>Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Sıklık</b>	r	0.057	0.029	0.002	0.014	0.029
	p	0.559	0.766	0.983	0.883	0.766
<b>Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Rahatsızlık</b>	r	0.205	0.201	0.236	0.191	0.220
	p	<b>0.035</b>	<b>0.039</b>	<b>0.015</b>	<b>0.049</b>	<b>0.023</b>
<b>Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Toplam Puan Ort.</b>	r	0.196	0.166	0.154	0.142	0.176
	p	<b>0.044</b>	0.090	0.115	0.146	0.072

p: Pearson korelasyon Testi, (Rho) kat sayısı: 0.1-0.3 zayıf, 0.3-0.5 orta, 0.5-0.8 güçlü,  $0.8 < r$  çok güçlü

Yoğun Bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımına ilişkin yaşadıkları ahlaki sıkıntı sıklığı ve rahatsızlık düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişki, tablo 4.15’de verilmiştir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile Bakım davranışları ölçeği; güvence, bilgi-beceri, bağlılık, saygılı olma ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık düzeyleri arttıkça, hemşirelerin son dönem hastalarına karşı daha bağlı olma, bakım sorunlarını çözme ile ilgili bilgi ve becerisini kullanma, hastaya saygılı olma ve güvence verme davranışlarını gösterdikleri tespit edilmiştir.

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

Çalışma yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntılarının bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmış ve bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmamızdaki hemşirelerin %74.5'i kadın, %63.2'si evli, %50'si lisans mezunu, %59.4'ü çocuk sahibi, yaş ortalamaları ( $32.60 \pm 6.6$ ) ve çalışma yılı ortalamaları ( $10.16 \pm 5.46$ )'dır. Çalışma popülasyonumuzdaki hemşirelerin %31.1'i 3. Basamak yoğun bakımda çalışmaktadır. Yoğun bakımda çalışma süreleri %53.8 ile (1-5) yıl arasındadır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %84'ü gece-gündüz rotasyonla ve %84.9'u kadrolu olarak çalışmaktadır. Araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunun (%66.0) yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmaktadır.

Çalışmamızdaki yoğun bakım hemşirelerinin %87.7'si son dönem hastaya bakım verdiklerini belirtmişlerdir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin %45.3'ü son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlanmaması gerektiğini belirtirken, hemşirelerin %30.2'si başlanılan yaşam destek tedavilerinin de sonlandırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Latour ve arkadaşları 2009 yılında 164 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %91.8'inin yaşam sonu hasta bakımına doğrudan dâhil olduğunu belirtirken, tedaviyi bırakma ya da durdurma kararlarında, hemşirelerin %65'i ventilatörde olan hastalar için verilen oksijen miktarının düşürülmesine, %98.8'i ağrı kesicilerin sürekli uygulanmasına, %91.3'ü açık ziyaret uygulanması yapılmamasına katılırken, %78'i ölmekte olan hastaların tek bir odaya alınmaması gerektiği konusuna katılmışlardır [98]. Çevik' in 2010 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre ise hemşirelerin %83.3'ü son dönem hastaya bakım verme deneyimine sahiptir [3]. Badır ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan çalışmaya göre hemşirelerin %40'ı yaşam desteklerine başlamamak veya tedaviyi durdurmanın etik dışı olduğunu bildirmiştir [99].

Araştırmamız kapsamında son dönem hasta bakımına katılan yoğun bakım hemşireleri, yaşam sonuna ilişkin karar vermeye (tedaviye başlama-sonlandırma) yardımcı olacak

rehber kuralların bulunmadığını (%51.9), %45.3'ü her zaman ve sık sık ihtiyaç duyduğunu, %56.6'sı kullanmanın yararlı olacağını ve %67.0'si rehber kuralları kullanmak istediğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %54.7'si etik karar verme sürecine ilişkin eğitimin yaşam sonu bakım uygulamalarını değiştireceğini düşünmektedirler.

Vanderspank-Wright ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 33 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan kalitatif çalışmada, ölmekte olan hastalara tedaviyi bırakma ile ilgili deneyiminde hemşireler yaşam uzatıcı tedavileri bırakma sürecinin hasta ve ailelere bakım verirken oldukça kompleks ve zor bir süreç olduğunu tanımlamışlardır. Ancak hemşireler zorluklara rağmen hasta ve ailelerinin bakım süresince onların yanlarında olduklarını ve çabalamaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. Vanderspank-Wright, yoğun bakım hemşireliğinin temel rolünün tanımlanması gerektiği ve ekip çalışma etiği oluşturulup, yoğun bakımlarda hemşirelere yardımcı olabilecek özel formal kanıta dayalı mekanizmalar oluşturulması gerektiğini belirtmektedir [8]. Kisorio ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmaya göre ise yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakım ortamında yaşam sonu bakımı ile ilgili yetersiz eğitim verildiğini bildirmektedirler. Hastaların yoğun bakım ünitesinde aldıkları bakım, yoğun bakım ünitesinde hemşirenin ölmekte olan hasta ve ailesine bakma konusundaki bilgi, beceri ve rahatlık düzeyine bağlıdır. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin kaliteli yaşam sonu bakımı sağlamak için, doğru bilgi ve tutumu geliştirmelerini sağlamak için eğitim ve öğretim fırsatlarının oldukça önemli olduğunu belirtmektedirler [12].

Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavi kararı verilirken dikkate alınması gereken tercih durumlarında; hastanın tıbbi durumunun çok önemli olduğunu (%65.1) belirtmişlerdir. Son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararı ile ilgili olarak hemşirelerin çoğunluğu (%70.8) hem hekimin hem de hemşirelerin birlikte karar vermesi gerektiğini belirtirken, 2. sırada aile üyelerinden anne ve babasının birlikte karar vermesi (%55.7) gerektiğini belirtmişlerdir, ancak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının her zaman ve sık sık (%74.5) sadece hekimler tarafından karar verildiğini belirtmiş, hekim ve hemşirelerin her zaman birlikte karar verme durumu ise sadece %8.5 gibi oldukça düşük oranda olduğu tespit edilmiştir.

Ferrand ve arkadaşlarının yaşam sonu kararlar ile ilgili hekim ve hemşirelerin algılarını incelediği çalışmasında, hekim ve hemşirelerin %90'ının karar verme sürecinde birlikte olması gerekliliğine inandıkları ancak hemşirelerin sadece %27'sinin alınan kararlara dâhil edildiği sonucuna ulaşılmıştır [100]. Flannery ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada yoğun bakım doktorları ve hemşireleri, o gün için yoğun bakım ünitesinden sorumlu doktorun, hastaların tedavisi için genel sorumluluğa sahip olduğunu ve yaşam sonu kararlarını vermesi gereken en uygun kişi olduğunu belirtmişlerdir. Fakat hastaların en çok zamanı hemşireler ile geçirdiğini ve bu nedenle aile ve/veya hastaların genellikle yaşam sonu isteklerini hemşirelerle tartıştığı için hemşirelerin eşsiz bir konumda olduğunu belirtmişlerdir [101].

Latour ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 164 hemşire ile yaptığı çalışmada, 164 hemşirenin %68'i yaşam sonu kararlara daha fazla katılmak istediklerini belirtirken, hemşirelerin yaşam sonu kararlara sıklıkla dâhil edilmedikleri belirtilmiştir [98]. Young ve arkadaşları hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımında daha fazla söz sahibi olmak istediklerini ayrıca yoğun bakımda sağlık ekibi içerisinde bu konuda uyum olmadığını belirlemiştir [10]. Beckstrand ve arkadaşları tarafından ölmekte olan hastalara yoğun bakımda bakım veren 864 hemşireyle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yoğun bakım hastasına bakım vermedeki en büyük engelin hastaların uzun süreli ağrı ve ızdırap çekmelerinin ve hekimlerle hastanın bakım planı arasındaki farklı düşüncelerin olduğunu belirlemişlerdir [5]. Vanderspank-Wright ve arkadaşları 2018 yılında 33 yoğun bakım hemşiresiyle yaptıkları kalitatif çalışmada, hemşireler hastanın kim olduğunu ve tıbbi tedavi ile ilgili isteklerinin ne olacağını bilmek, bir bakım planı oluşturulmasında kilit rol oynayacağı görüşünü belirtmişlerdir. Tedavi hedeflerinin belirlenmesinde hemşireler tarafından ailelere sıklıkla “hastanın yaşam sonu bakımı için ne istediğine” odaklanılması gerektiğini söyleyerek, hemşire hastayı, ailesini ve isteklerini bildiğinde, duygusal olarak daha az etkilendiğini belirtmektedirler [8]. Papathanassoglou ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Avrupa yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin hekim-hemşire iş birliğinin düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir [22].

Çevik ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun (%67) ölmekte olan hasta ve yakınlarına ölüme ilişkin bilgiyi doktor ve hemşirenin birlikte vermesinin daha doğru olacağını belirtmişlerdir [3]. Badır ve arkadaşları

tarafından 2016 yılında yapılan çalışmaya göre yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler yaşam sonu bakım ile ilgili karar verme süreçlerinde daha fazla yer almak istemektedirler [99].

Çalışmamızdaki hemşirelerin %61.3'ünün yoğun bakım kliniklerinde ölmekte olan hastaya yapılan uygulamaların için nafile/yararsız/boşuna tedavi olduğunu bildirirken, yoğun bakım hemşirelerinin %38.7'si nafile/yararsız/boşuna tedaviyi "Yüzde 1'in altında yaşama şansı sağlayan tedavi" olarak tanımladığı görülmüştür.

Rostami ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada hemşirelerin %65.7'sinin tedavileri nafile/yararsız/boşuna tedavi olarak algıladığı belirlenmiştir. Shorideh ve ark. tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada ise hemşireler son dönem hasta için tüm test ve tedavilerin nafile olduğunu ve hastaya boş yere acı çektirildiğini belirtmişlerdir [24].

Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan çalışmaya göre hemşirelerin %60.0'ı yoğun bakım ortamında bazı hastalara yararsız tedavi ve uygulamalar yapıldığını, %32.5'i bu tür uygulamaların her gün yaşandığını belirtmiştir. Hemşireler nafile/yararsız/boşuna tedaviyi; tedavisi olmayan (%20.0), beyin ölümü gerçekleşmiş (%12.5), terminal dönem kanser hastalığı olan bireylere verilen tedavi ve uygulamalar (%10.0) olarak tanımlamıştır [15].

Araştırmamıza katılan son dönem hasta bakımı yapan yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşama sıklığı ortalaması  $44.27 \pm 16.25$ ; ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duyma ortalaması  $49.82 \pm 16.68$  ve ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ortalaması  $111.02 \pm 63.85$  puan olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgulara göre hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşanan ahlaki sıkıntı ile sık sık karşılaştığı ve yaşanan ahlaki sıkıntıdan orta düzeyde rahatsız oldukları sonucuna varılmış, orta düzeyli bir ahlaki sıkıntı puanı elde edilmiştir.

Browning tarafından 2013 yılında 277 yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama sıklığı orta düzeyde bulunurken, ahlaki sıkıntı rahatsızlık durumu yüksek bulunmuştur [16]. Dodek ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada ise hemşirelerin yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını ve bunun sonucunda üzüntü, öfke, tükenmişlik ve yıpranma gibi birçok sonuçla karşılaştıklarını belirtmişlerdir [30]. Papathanassoglou ve arkadaşları 2012 yılında 255

yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları Avrupa örneğinde ise %73.67 gibi orta düzeyde bir ahlaki sıkıntı skoru elde etmişler ve yüksek ahlaki sıkıntının düşük hemşire özerkliği ve düşük hekim-hemşire iş birliği ile ilişkili olduğu sonucunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin düşük otonomi, sık ve yoğun ahlaki sıkıntı ve düşük hekim-hemşire iş birliği yaşadıklarını tespit etmişlerdir [22]. Lusignani ve arkadaşlarının 2017 yılında 283 hemşire ile yaptıkları çalışmada ahlaki sıkıntı skorunu orta düzeyde bulurken, ahlaki sıkıntı sebeplerini; nafile/yararsız/boşuna tedavi ve bakım ile hekim-hemşire iletişim zayıflığı olarak belirtmişlerdir [91]. Abbasi ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada; hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki iş memnuniyetsizliği, yetersiz bakım, maddi yetersizlikler gibi nedenlerden dolayı %67'sinin ahlaki sıkıntı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır [28]. Browning ve Cruz tarafından 2018 yılında yapılan bir başka çalışmada yoğun bakım ünitesindeki genel ahlaki sıkıntı düzeyinin düşük ile orta arasında olduğu bulunmuştur. Hemşireler tarafından en fazla ahlaki sıkıntıya neden olan 3 durum; hemşirelerin güçsüz hissetmesi, nafile/yararsız/boşuna tıbbi tedavi ve hekim-hemşire iletişim zayıflığı olarak bildirilmiştir [23]. Altaker ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 238 hemşire ile yapılan çalışmaya göre ise, ortalama ahlaki sıkıntı puanı orta derecede yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada eğitim, etnik köken, birim büyüklüğü, palyatif bakım ekibine erişim ve etik ortamın ahlaki sıkıntı puanını etkilediğini bulmuşlardır [26].

Türkiye'de ahlaki sıkıntı ile ilgili çalışmalarda ise; Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 200 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin düşük düzeyde bir ahlaki sıkıntı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır [33]. Karagözoğlu ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir başka çalışmada da hemşirelerin %60'ının ahlaki sıkıntı yaşadığını ve yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça ahlaki sıkıntının da arttığına dikkat çekmektedirler [15].

Gutierrez'in 2005 yılında 12 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı kalitatif çalışmaya göre, yoğun bakım hastalarının acı çekmesi, son dönem hastalar için klinik karar vermede gecikme, sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı, doktor ve hasta ailesi arasında zayıf iletişim ve hastanın isteğini görmezden gelme nedenlerinden dolayı yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin en üst düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığı saptanmıştır [20].

Araştırmamızda, Yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımı yapan hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım türü ile ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin diğer yoğun

bakım hemşirelerine göre ahlaki sıkıntıdan daha fazla rahatsızlık duydukları sonucuna ulaşılmıştır.

Bloomer ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışmaya göre çocuk yoğun bakım hemşirelerinin yeni doğan hemşirelerine göre hasta yakınlarıyla iletişim halindeyken daha fazla anksiyete yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır [102]. Epstein tarafından 2008 yılında yoğun bakımdaki hekim ve hemşirelerin son dönem hasta bakım deneyimleri ile ilgili yaptıkları çalışmada yenidoğan yoğun bakımdaki ahlaki sıkıntı düzeyinin baş edilmesi en zor konu olduğu sonucuna ulaşılmıştır [18].

Yoğun bakım hemşireleri için en yüksek ahlaki rahatsızlığı yaratan durumlar arasında, genellikle istenmeyen yararsız/nafile tedaviler yer almaktadır [24]. Çalışmada yoğun bakım hemşirelerin son dönem hastalara verilen tedavinin nafile/yararsız/boşuna tedavi olma durumu ile ahlaki sıkıntı sıklık alt boyut puan ortalaması ve ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Son dönem bir yoğun bakım hastası için nafile/yararsız/boşuna tedavi kavramını kullanan hemşirelerin daha çok ahlaki sıkıntıya maruz kaldığı ve daha çok ahlaki sıkıntı yaşadığı saptanmıştır.

Hamric ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmaya göre hem hekimler hem de hemşireler terminal hastalar için nafile/yararsız/boşuna tedaviye devam ederken ahlaki sıkıntı çektiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri nafile/yararsız/boşuna bakım durumlarında hekimlerden daha fazla ahlaki sıkıntıya maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hemşireler ve hekimler için en yüksek ahlaki sıkıntı sebebi bakım verici rolündekilerin nafile/yararsız/boşuna tedavilere devam etme konusunda baskı hissetmeleri olarak belirtilmiştir [21]. Lewis'in 2017 yılında yaptığı çalışmaya göre ahlaki sıkıntının nafile/yararsız/boşuna bakım sonrasında ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır [103]. Borhani ve arkadaşları tarafından 2015 yılında 300 hemşire ile yapılan çalışmaya göre hemşirelerin hastaya nafile/yararsız/boşuna bakım sağlaması sıklıkla ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır. Aynı çalışmada ahlaki sıkıntı hemşirelerin suçluluk, acı, ıstırap çekmelerine ve işten memnuniyetsizlik duygusunu doğurmakla birlikte sonunda hemşirelerin işten ayrılmasına neden olmaktadır [32]. Rostami ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada hekim ve hemşireler, nafile/yararsız/boşuna bakım nedeniyle ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duymaktadırlar. Nafile/yararsız/boşuna bakım, hastalara karşı duyarsızlığa, hastanın ağrısı olduğunda



dikkat eksikliğine, hemşirelerin kaliteli bakım sağlamak için daha az çaba göstermesine, tedavilerin ihmal edilmesine, maliyetin artmasına, zaman ve enerji kaybına neden olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %98.9'u son dönem hastaya bakım vermek istediklerini ama yoğun bakımdaki nafile/yararsız/boşuna tedavi ve bakım olduğu zaman hemşireler tedavi ve bakımdan kaçmak istediklerini belirtmişlerdir [9]. Lamiani ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 122 sağlık profesyoneli ile yaptığı çalışmada hekimlerin hemşirelerden daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadığını ve genel olarak orta dereceli bir ahlaki sıkıntı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık profesyonelleri en fazla ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörü ise nafile/yararsız/boşuna tedavi olarak açıklamışlardır [104]. Lamiani ve arkadaşlarının 2017 yılında 184 sağlık profesyoneli ile yaptıkları çalışmada ise, hekim ve hemşireler arasındaki ahlaki sıkıntı toplam skorunda anlamlı bir farklılık bulmamasına rağmen, hemşirelerin nafile/yararsız/boşuna bakım konusunda hekimlerden daha yüksek puan aldığını bulmuşlardır [105].

Karagözoğlu ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun (%60) nafile olarak algıladıkları uygulamalar nedeniyle ahlaki sıkıntı yaşadıklarını belirlemişlerdir [15].

Ahlaki sıkıntıyı etkileyen bir diğer önemli faktör ise düşük hekim-hemşire iş birliğidir. Yoğun bakım ünitelerinde genel olarak canlandırma yapmama (CPR yapmama), yaşamı uzatıcı tedavileri bırakma, kısıtlama veya sonlandırma, nafile/ boşuna veya yararsız tıbbi tedavi, organ transplantasyonu, ötenazi gibi son dönem hasta bakımında sıklıkla karşılaşılan ve hemşirelerin kararlara katılımcı ya da uygulayıcı şeklinde içinde buldukları son dönem hasta durumu ile ilgili etik durumlar oldukça sık yaşanmaktadır [14, 15].

Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının sadece hekimler tarafından yapılması ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Dodek ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 870 hemşire ve 68 hekim ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin hekimlerden daha yüksek ahlaki sıkıntı puanına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır [106]. Dodek ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir

başka çalışmada ise hemşirelerin doktorlardan daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır [31]. Benzer şekilde, Hamric ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yoğun bakım da son dönem hasta bakımında çalışan hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı ile karşı karşıya kaldığını ve 104 hemşireden %23'ünün ise ahlaki sıkıntı ile ilgili kurumdan ayrılmayı düşündüğü ve bir kısmının da işi bıraktığı tespit edilmiştir [21]. Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmaya göre hemşireler aldıkları sorumluluklara rağmen daha az yetkiyle çalıştıklarını düşünmekte ve hemşireler kendilerini hekimin hastayla ilgili kararını sadece uygulayan kişi olarak algılamaktadırlar. Bu algı kendilerini daha yetersiz ve güçsüz konumda hissetmelerine ve daha yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir [17].

Ahlaki sıkıntının duygusal sonuçlarının hasta bakımında hatalara ve olumsuz olaylara neden olabilecek dikkat dağınıklığı veya bakım davranışlarında isteksizliğe yol açmaktadır [30]. Dolayısıyla, ahlaki sıkıntı hemşirelerin problem ve zorluklarına dikkat edilmemesi, hasta memnuniyetsizliğinde artışa ve hemşirelik bakımı kalitesinde düşüşe neden olmaktadır [24]. Hemşireler ahlaki sıkıntının suçluluk duygusu, ağrı ve ızdırap yaşatmakta, bakıma isteksizlik gibi hasta bakım davranışları sergilemeye, işten memnuniyetsizlik ve hemşirelikten ayrılmaya sebep olduğunu belirtmişlerdir [32].

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) puan ortalamalarının dağılımlarına bakıldığında en yüksek bilgi-beceri alt boyut bakım davranışı  $5.30 \pm 0.75$  puan, güvence alt boyut  $5.01 \pm 0.89$  puan, saygılı olma alt boyut  $4.89 \pm 0.98$  puan ve bağlılık alt boyut bakım davranışları  $4.82 \pm 0.99$  puan bulunmuştur. Bakım davranışları ölçeği toplam puan ortalaması ise  $5.00 \pm 0.86$  bulunmuştur. Bakım davranışlarının yüksek puan alması yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin o bakım davranışını daha fazla sergilediğini göstermektedir. Bulgulara göre hemşireler bilgi-beceri alt boyut bakım davranışlarını yüksek düzeyde sergilerken, bağlılık alt boyut bakım davranışını daha az düzeyde sergilemektedirler.

Ranse, Yates ve Coyer 2016 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaşam sonu bakım davranışları ile ilgili durumları; bilgi paylaşımı, çevresel değişiklik, duygusal destek, hasta ve aile merkezli karar verme, semptom yönetimi ve manevi destek gibi 6 alt başlık altında tanımlamıştır [11]. Mc Andrew ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada hemşirelerin, hastaların acı çekmelerini önlemek için koruyucu bir bakım davranışı sergilediklerini fakat ölmekte olan hastaya bakım vermek istemeyerek kaçınıcı

davranış sergilediklerini ve son dönem hastaya bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir [107]. Vanderspank-Wright ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan sistematik çalışmada Yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastalara bakım verirken yorgun, güçsüz oldukları ve baş edememelerini hissetmelerine rağmen bakım vermekten kaçmadıklarını bulmuşlardır [8]. Rostami ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 181 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastalara bakım vermeye %98.9'unun istekli olduğu, ancak verilen bakımın boşuna/nafile tedavi olarak algılandığı zaman hemşirelerin bakım davranışlarını değiştirdiği ve son dönem hastaya bakım vermeye isteksiz olduğu tespit edilmiştir [9].

Çevik ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun (%83.3) son dönem hastaya bakım verdiğini ve bakım verirken genellikle üzüntü (%37.5) ve çaresizlik (% 34) yaşadıklarını iletirken yarısından fazlası (%62.3) son dönem hastaya bakım vermek istemediklerini ifade etmişlerdir [3]. Ayrıca hemşirelerin son dönem hasta ile ölüm kavramını konuşamama ve iletişim güçlükleri yaşadıkları belirtilmektedir [3, 108, 109].

Bu bağlamda yoğun bakım hemşireleri son dönem hasta bakımını yerine getirirken sıklıkla zorlandığı, bakım vermeden kaçınma ya da bakım vermek istememe gibi davranışlar sergilediği bildirilmektedir [3, 4]. Özellikle yoğun bakımda son dönem hasta bakımı sunan hemşireleri sıklıkla etkileyen ahlaki sıkıntı son dönem hasta bakım kalitesi ve bakım verme davranışlarına etkisi oldukça önemlidir [16].

Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımında ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duyma, ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği; güvence alt boyut, bilgi-beceri alt boyut, bağlılık alt boyut, saygılı olma alt boyut ve bakım davranışları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) ancak, ahlaki sıkıntı yaşama sıklığıyla bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son dönem hasta bakımında ahlaki sıkıntıdan kaynaklanan rahatsızlık düzeyi arttıkça, hemşirelerin bakım davranışlarının alt boyutu güvence, bilgi-beceri, bağlılık, saygılı olma durumlarının pozitif olarak değiştiği görülmüştür. Yani hemşire ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duydukça hastaya karşı bakım davranışları olumlu olarak değişmektedir.

Young ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıkça kendilerini güçsüz hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır [10]. Hamric ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada yüksek ahlaki sıkıntı skorlarına sahip hemşirelerin düşük ahlaki sıkıntı skorlarına sahip hemşirelere göre, yoğun bakım ünitelerinde daha olumsuz bir etik iklim/ortam, bakım kalitesinden daha az memnuniyet yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca hekimlerle daha az işbirliği içerisinde olduklarını bildirmişlerdir. Hamric hemşirelerin hekimlere göre daha düşük iş birliği içerisinde olduğunu, daha fazla negatif etik olaylarla karşılaştıklarını, bakım kalitesinden daha az tatmin olduklarını ve yüksek ahlaki sıkıntıya sahip olduklarını belirtmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan hemşirelerin %45'inin ahlaki sıkıntı nedeniyle mevcut pozisyonundan ayrıldığını veya bu pozisyondan ayrılmayı düşündüğünü bildirmiştir [21]. Dodek ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada Ahlaki sıkıntının hasta bakımı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ahlaki sıkıntıların duygusal sonuçlarının, hasta bakımında hatalara ve olumsuz olaylara neden olabilecek dikkat dağınıklığına veya dikkatsizliğe yol açtığını belirtmektedirler. Genel olarak ahlaki sıkıntının ilaç hataları veya akut olaylarla ilişkili olmadığı, ancak dikkat dağınıklığı veya aşırı dikkatli olma durumu ile ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [30]. Gutierrez ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada ise ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin yarısından fazlasının öfke ve üzüntü duyduğu, hasta bakımına ve işe gelme konusunda fiziksel ve ruhsal isteksizlikler sonucu hastaya bakım vermektan kaçınıcı davranışlar sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Gutierrez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hemşireler ahlaki sıkıntının hasta bakımını etkilemediğini söyleseler de, hemşirelerin yarısından fazlası bu tür hastalara bakım vermek istemediklerini talep ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hemşireler ahlaki sıkıntılarının hasta bakımı üzerine etkilerini; hemşirenin hasta için bakım vermek istememesi, aileyle etkileşimin azalması, hasta ile etkileşimin azalması olarak açıklamaktadır [20].

Kisorio ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan çalışmaya göre hemşireler, yaşamın sonunda hem hastaya hem de aileye olumlu ve anlamlı deneyimler yaşamalarında önemli bir rol oynadığı ancak hemşirelerin bu rolleri yerine getirirken zorluklar yaşadıkları bildirilmiştir. Hemşirelerin profesyonel rollerini ve kişisel duygularını dengelemede zorlandıklarını ve 'doğru şeyi yapıp yapmadıklarını' sorguladıkları belirtilmiştir [12]. Rostami ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan

çalışmaya göre ise ahlaki sıkıntı, hemşirelerin mesleki sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilecek çeşitli zihinsel ve fiziksel sonuçlara yol açarak bakım kalitesini bozduğu bildirilmiştir. Ahlaki sıkıntı aynı zamanda özellikle hemşireler için iş memnuniyetini düşürdüğü ve bu nedenden dolayı yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmiştir [9].

Vanderspank-Wright ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 33 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan kalitatif çalışmada ise hastaların ölümünden sonra, hemşireler yorgun, tükenmiş ve kederli hissettiklerini bildirmişlerdir. Buna rağmen, hemşireler ölmekte olan hastanın bakımını özveriyle yaptıkları saptanmıştır [8].

Henrich ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan kalitatif çalışmaya göre hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıkça olumsuz duyguya kapıldıkları ve bakım kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışmayı bırakmaya eğilimli oldukları, bazı hemşireler ve hekimlerin, ahlaki sıkıntı rahatsızlık durumlarında hastalara bakım verirken daha kırılgan hale geldikleri belirlenmiştir. Ahlaki sıkıntının hekim ve hemşirelerde hatalarda bir azalmaya veya bakım kalitesinde bir artışa yol açmış olabileceğini, bazı hemşirelerin suçluluk duygusundan kaçınmak için hasta bakımında daha dikkatli olduğunu belirtmektedirler. Bu sonuç ahlaki sıkıntıdan duyulan rahatsızlık düzeyinin bakım davranışlarına olumlu etkisini gösterirken, yine aynı çalışmada hemşireler, zamanlarını hastalarını destekleyerek geçirmeleri gerektiğinde temel bakım ihtiyaçlarının bazen yerine getirilmediğini ifade etmişlerdir. Diğer sağlık profesyonelleri, ahlaki olarak üzücü bir durumda olan bir hastayla uğraşmak için zamanlarının çoğunu ayırmak zorunda kaldıklarında diğer hastaların ihmal edilebildiğini belirtmektedirler. Bu nedenle, zaman kazanmak için bu durumlardan kaçınılmakta, ancak bu kaçınma uygulaması aileler ve hastalar için destek eksikliğine veya düşük kaliteli bakım anlamına gelebilmektedir [27].

Bu çalışmalar yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntının hemşirelerin bakım davranışları üzerinde olumlu ve olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Olumlu sonuç olarak, hemşireler yaşadıkları ahlaki sıkıntı sonucunda hastalara bakım verirken daha dikkatli olduğu ve hastaya karşı daha özenli bakım verilmesine neden olduğu görülmektedir. Son dönem hastasına bakım verirken ilerde suçluluk ve üzüntü hissetmemek için bakım davranışlarında daha dikkatli olmaya çalıştığı bildirilmiştir. Olumsuz sonuç olarak ise hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıkça iş memnuniyetlerinin

düştüğü, fiziksel ve zihinsel sonuçların ortaya çıktığı, hemşirelerin hasta bakımından kaçmasına ve son dönem hastasına bakmak istememesine sebep olduğu görölmektedir.



## BÖLÜM 6

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuç

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş ortalaması  $32.60 \pm 6.6$  , %74.5'i kadın, %63.2'sinin evli, %50'sinin lisans mezunu olduğu, %59.4'ünün çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çalışma yılı ortalamalarının ise  $10.16 \pm 5.46$  yıl olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %31.1'i 3.basamak yoğun bakımda çalışmaktadır. Yoğun bakımda çalışma süreleri %53.8 ile (1-5) yıl arasındadır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %84'ü gece-gündüz rotasyonla ve %84.9'u kadrolu olarak çalışmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunun (%66.0) yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmaktadır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %87.7'sinin son dönem hastaya bakım verdiği belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının %74.5'inin her zaman ve sık sık sadece hekimler tarafından, %8.5'inin her zaman hekim ve hemşirelerin birlikte karar verdiği tespit edilmiştir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin %61.3'ünün yoğun bakım kliniklerinde ölmekte olan hastaya yapılan uygulamalar için nafile tedavi kavramını kullandığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %74.5'inin, yaşam sonuna ilişkin karar vermeye yardımcı olacak rehber kuralların bulunmadığı veya bilmediğini bildirmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin tedavilere başlamama ya da sonlandırma kararları için rehber kurallara ihtiyaç duyma durumuna %45.3 ile her zaman ve

sık sık cevabını verdiği, %56.6'sı rehber kuralları kullanmanın yararlı olacağını ve %67.0'ı rehber kuralları kullanmak istediğini bildirmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %54.7'si etik karar verme sürecine ilişkin eğitimin yaşam sonu bakım uygulamalarını değiştireceğini düşündükleri tespit edilmiştir.
- Yoğun bakım kliniklerinde çalışan son dönem hasta bakımı yapan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama sıklığı ortalaması  $44.27 \pm 16.25$ ; ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duyma ortalaması  $49.82 \pm 16.68$  ve ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ortalaması  $111.02 \pm 63.85$  puan olarak bulunmuştur.
- Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin medeni durumu ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık ve rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Yoğun bakım ünitesi türleri ile ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).
- Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan bir hasta için nafile(yararsız, boşuna) tedavi kavramı kullanma durumu ile ahlaki sıkıntı sıklık alt boyut puan ortalaması ve ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta için yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararının sadece hekimler arasında yapılması ile ahlaki sıkıntı ölçeği sıklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).
- Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği güvence alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği bilgi-beceri alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).



- Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği bağlılık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile Bakım davranışları ölçeği saygılı olma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Ahlaki sıkıntı ölçeği rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile bakım davranışları ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## 6.2 Öneriler

- Ülkemizde sağlık alışanlarında ahlaki sıkıntı ve ahlaki sıkıntıya sebep olan bireysel ve kurumsal faktörler belirlenmeli ve tanımlanmalıdır.
- Sorumlu hemşireler tarafından, ahlaki sıkıntı açısından yoğun bakım hemşirelerine düşüncelerini ve fikirlerini herhangi bir korku olmadan paylaşırken kendilerini rahat hissettikleri güvenli bir ortam yaratılmalıdır.
- Hemşirelere, ahlaki sıkıntı, hasta ve aileye aşırı bağlanma ve hasta öldükten sonra yetersizlik duyguları hakkında eğitim ve seminerler verilmelidir.
- Yoğun bakım ünitesine alınan bakım hastaları, yoğun bakım hemşiresinin, son dönem hasta ve aileye bakma konusundaki bilgi, beceri ve rahatlık düzeyine büyük ölçüde bağlıdır. Bu nedenle, yoğun bakım üniteleri hemşirelerinin yüksek kaliteli yaşam sonu bakımı sağlamak için doğru bilgileri ve tutumları geliştirmelerini sağlamak için eğitim ve öğretim olanakları artırılabilir.
- Yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim konuları içinde sürekliliği ve güncelliği sağlanarak yer verilmelidir.
- Ahlaki sıkıntı düzeyinin azaltılabilmesi için, etkili disiplinler arası iletişim, diyaloğu geliştirmek ve etik meselelerle başa çıkmak için örgütsel destek yapıları oluşturulmalıdır.

- Yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta için tartışmalar yapılırken hekim-hemşire iş birliği artırılmalı, yaşam sonu kararları alınırken hemşirelerin düşünceleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Çalışmamızda hemşireler yoğun bakım kliniklerinde son dönem hasta bakımında yaşam sonu rehber kurallarının olması gerektiğini ve faydası olacağını düşünmektedirler. Bu bağlamda başta mesleki dernekler olmak üzere farklı disiplinlerden oluşan kurullarla ulusal tıbbi normlar ve etik kodlar belirlenmelidir.
- Ekip içi ve ekipler arası çalışma anlayışının hizmet içi eğitimler ile pekiştirilmesi gerekmektedir.



## KAYNAKÇA

- 1-) Özdemir, Z., Çelik, S. Ş., “Terminal dönemde olan hastanın bakımı”, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 3(2), 81-88, 2011.
- 2-) Iglesias, M., Pascual, C., Vallejo, R., “Obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients in intensive care units”, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(2), 99-106, 2013.
- 3-) Çevik, B., “Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara 2010.
- 4-) Coombs, M., Addington-Hall, J., & Long-Sutethall, T. “Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study”, *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 519-527, 2012.
- 5-) Beckstrand, R., Kirchhoff, K., “Providing end-of-life care to patients: critical care nurses’ perceived obstacles and supportive behaviors”, *American Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403, 2005.
- 6-) Baggs, J., “End-of-life care for older adults in ICUs”, *Annual Review of Nursing Research*, 20(1), 181-229, 2002.
- 7-) Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., Uman, G. “Beyond the supreme court decision: nursing perspectives on end-of-life care”, *In Oncology Nursing Forum*, 27(3), 445-455, 2000.
- 8-) Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N., Vandyk, A., “Critical care nurses’ experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence”, *International Journal of Nursing Studies*, 77, 15-26, 2018.
- 9-) Rostami, S., Esmaeali, R., Jafari, H., Cherati, J., “Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units”, *Nursing Ethics*, 26(1), 248-255, 2019.
- 10-) Young, A., Froggatt, K., Brearley, S., “‘Powerlessness’ or ‘doing the right thing’–Moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: An interpretive descriptive study”, *Palliative medicine*, 31(9), 853-860, 2017.

- 11-) Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. “End-of-life care practices of critical care nurses: a national cross-sectional survey”, *Australian Critical Care*, 29(2), 83-89, 2016.
- 12-) Kisorio, L., Langley, G., “Intensive care nurses’ experiences of end-of-life care”, *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38, 2016.
- 13-) İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları, 03.04.2008 Tarihli ve 11395 (2008/25) Sayılı Genelge Eki, Yoğun Bakım Üniteleri” <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>
- 14-) Arslan, G. “Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisi, *Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İstanbul, 2017.
- 15-) Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Tel, H., Tabak, E., “Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri”, *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(1), 2012.
- 16-) Browning, A., “Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life”, *American Journal of Critical Care*, 22(2), 143-151, 2013.
- 17-) Yıldırım, G., Özden, D., Karagözoğlu, Ş., “Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35(2), 318-325, 2013.
- 18-) Epstein, E., “End-of-life experiences of nurses and physicians in the newborn intensive care unit”, *Journal of Perinatology*, 28(11), 771, 2008.
- 19-) McCarthy, J., Deady, R., “Moral distress reconsidered”, *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262, 2008.
- 20-) Gutierrez, K., “Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress”, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241, 2005.
- 21-) Hamric, A., Blackhall, L., “Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate”, *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429, 2007.

- 22-) Papathanassoglou, E., Karanikola, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., Albarran, J., “Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses”, *American Journal of Critical Care*, 21(2), 41-52, 2012.
- 23-) Browning, E., Cruz, J., “Reflective debriefing: a social work intervention addressing moral distress among ICU Nurses”, *Journal of Social Work In End-Of-Life & Palliative Care*, 14(1), 44-72, 2018.
- 24-) Shorideh, F., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., “Iranian intensive care unit nurses’ moral distress: a content analysis”, *Nursing Ethics*, 19(4), 464-478, 2012.
- 25-) St Ledger, U., Begley, A., Reid, J., Prior, L., McAuley, D., Blackwood, B., “Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit”, *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1869-1880, 2013.
- 26-) Altaker, K., Howie-Esquivel, J., Cataldo, J., “Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses”, *American Journal of Critical Care*, 27(4), 295-302, 2018.
- 27-) Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S., Rodney, P., “Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study”, *American Journal of Critical Care*, 26(4), 48-57, 2017.
- 28-) Abbasi, S., Ghafari, S., Shahriari, M., Shahgholian, N., “Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses”, *Nursing Ethics*, 26(5), 1494-1504, 2019.
- 29-) Ebrahimi, H., Kazemi, A., Asghari Jafarabadi, M., Azarm, A., “Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran”, *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(4), 80-88, 2013.
- 30-) Dodek, P., Norena, M., Ayas, N., Dhingra, V., Brown, G., Wong, H., “Moral distress in intensive care unit personnel is not consistently associated with adverse medication events and other adverse events”, *Journal of Critical Care*, 53, 258-263, 2019.

- 31-) Dodek, P., Wong, H., Norena, M., Ayas, N., Reynolds, S. C., Keenan, S. P., Alden, L. “Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience”, *Journal of Critical Care*, 31(1), 178-182, 2016.
- 32-) Borhani, F., Mohammadi, S., Roshanzadeh, M., “Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses”, *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 8, 2015.
- 33-) Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G., Özden, D., Çınar, Z., “Moral distress in Turkish intensive care nurses”, *Nursing Ethics*, 24(2), 209-224, 2017.
- 34-) Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G., “Intensive care nurses’ perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions”, *Nursing Ethics*, 20(4), 436-447, 2013.
- 35-) Saeedi, S., Jouybari, L., Sanagoo, A., Vakili, M., “The effectiveness of narrative writing on the moral distress of intensive care nurses”, *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2195-2203, 2019.
- 36-) Hatipoğlu, S., “Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475 – 479, 2002.
- 37-) Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Vincent, J. L. “What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine”, *Journal of Critical Care*, 37, 270-276, 2017.
- 38-) Çelik, S., “Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 96-101, 2007.
- 39-) Sarsılmaz, H., “Yoğun bakım hemşireliği durum indeksi türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, *Yüksek lisans tezi*, İzmir, 2011.
- 40-) Kara, H., “Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesi ve yoğun bakım hemşirelerinin ağrıyla ilgili bilgi ve davranışları”, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, *Yüksek lisans tezi*, Manisa, 2019.
- 41-) Khorshid, L., Akın, E., “Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 83-88, 2007.

- 42-) Myburgh, J., Abillama, F., Chiumello, D., Dobb, G., Jacobe, S., Kleinpell, R., Torra, L. B., “End-of-life care in the intensive care unit: Report from the task force of world federation of societies of intensive and critical care medicine”, *Journal of Critical Care*, 34, 125-130, 2016.
- 43-) Carruthers, H., Astin, F., Munro, W., “Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review”, *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96, 2017.
- 44-) Duran, A., “Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimler Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Nevşehir, 2019.
- 45-) Erdevir, A. G., “Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların yakınlarının öfke düzeyi ve öfke ifade tarzının değerlendirilmesi, *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Adana, 2018.
- 46-) Boyacı, A., “Üniversite hastaneleri yoğun bakım ünitelerinde kalite yönetimi, *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Ankara, 2017.
- 47-) Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F., “Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168-173, 2009.
- 48-) Akdeniz, S., Ünlü, H., “Yoğun bakım hemşireliği”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(3), 179-185, 2004.
- 49-) Terzi, B., Kaya, N., “Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı”, *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 2(1), 21, 2011.
- 50-) Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F., “Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81, 2010.
- 51-) Robnett, M. K., “Critical care nursing: workforce issues and potential solutions”, *Critical Care Medicine*, 34(3), S25-S31, 2006.
- 52-) Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., Nolan, J. P., “Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit”, *Clinical Medicine*, 14(4), 376, 2014.

- 53-) Erdoğan, N., “Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri ve stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Nevşehir, 2019.
- 54-) Avcı, A., “Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik iş yükü algısı ve iş yükünün incelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Doktora tezi*, Ankara, 2019.
- 55-) İyice, E., “Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının incelenmesi: iş ortamındaki stres kaynakları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Isparta, 2019.
- 56-) İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19.04.2011 Tarihli ve 27910 Sayılı Yönetmelik Eki, Yoğun Bakım Hemşiresi”  
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419.htm>
- 57-) Leone, M., Constantin, J. M., Dahyot-Fizelier, C., Duracher-Gout, C., Joannes-Boyau, O., Langeron, O., Muller, L., “French intensive care unit organisation”, *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 37(6), 625-627, 2018.
- 58-) Yau, X. C., Tam, W. S. W., Seah, H. W. V., Siah, C. J. R., “An exploration of factors influencing inpatient nurses’ care behaviour in an acute hospital setting”, *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6), 473-479, 2019.
- 59-) Wu, Y., Larrabee, J. H., Putman, H. P., “Caring behaviors inventory: A reduction of the 42-item instrument”, *Nursing Research*, 55(1), 18-25, 2006.
- 60-) Gül, Ş., “Bakım kavramının analizi: Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Doktora tezi*, Ankara, 2015.
- 61-) İnternet: Türk Dil Kurumu “Bakım”, <https://sozluk.gov.tr/>
- 62-) Okumuş, D. Ç., “Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İstanbul, 2017.
- 63-) Konuk, T. G., “Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışları algısının incelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Konya, 2016.



- 64-) Yurtseven, M., “Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarının hastaların yoğun bakım deneyimleri ile ilişkisi, *Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İstanbul, 2019.
- 65-) Kolay, N., “Yoğun bakım hemşirelerinde merhamet ile bakım davranışları arasındaki ilişki, *Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İstanbul, 2019.
- 66-) Göğüş, F., “Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışı değerlendirmelerinin karşılaştırılması, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Ankara, 2016.
- 67-) Erol, F., “Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Aydın, 2016.
- 68-) Kurşun, Ş., “Genel Cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Doktora Tezi*, İstanbul, 2010.
- 69-) Baştürk, M., “Hemşirelerin yaşlı bireylere ilişkin tutumlarının bakım davranışlarına etkisi, *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans Tezi*, Tekirdağ, 2019.
- 70-) Bekleviç, A. Ç., “Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisi, *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Zonguldak, 2019.
- 71-) Kulu Ö., “Cerrahi hastalarının anksiyete düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İzmir, 2019.
- 72-) Erol, F., Türk, G., “Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses”, *Scanning*, 1(4), 6-7, 2019.
- 73-) Yılmaz, D. U., Korhan, E. A., Khorshid, L., “Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi”, *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980, 2017.

- 74-) Durukan, E., “Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ve çalışma koşulları, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Konya, 2019.
- 75-) Kurşun, Ş., Kanan, N., “Bakım davranışları ölçeği-24’ün Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235, 2012.
- 76-) Karan, M. A., “Son dönem yaşlı hasta bakımı”, *Türk Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 52, 23-25, 2006.
- 77-) Özçelik, H., “Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım”, *Türkiye Klinikleri*, 10(1), 87-93, 2017.
- 78-) Ekşi, Z., “Bir üniversite hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin ötanazi hakkındaki görüşleri, *Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, İstanbul, 2016.
- 79-) Özer, H. P., “Yaşam sonu bakım sürecinde hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların saptanması, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Isparta, 2017.
- 80-) Selvi, Y., “Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Nevşehir, 2019.
- 81-) İbrahimoğlu, Ö., “Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 216-220, 2017.
- 82-) Akpınar, A., Ersoy, N., “Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı?”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(1), 2012.
- 83-) Şenses, M. Ö., “Türkiye’de yenidoğan çalışanlarının yaşam sonu kararlarına ilişkin görüş ve uygulamaları, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Doktora tezi*, Kocaeli, 2009.

- 84-) Karahisar, F., “Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek lisans tezi*, Erzurum, 2006.
- 85-) Odabaşı, A. B., Büken, N. Ö., “Aydınlatılmış onam ve yaşamın sonunda alınan etik kararlar-Hacettepe örneği”, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(5), 1041-1054, 2009.
- 86-) Türk Tabipleri Birliği “Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları”, *TTB, ISBN 978-605-5867-04-1, Ankara, 27-34* 2008.
- 87-) Sucaklı, M. H., “Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 2013.
- 88-) Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., Davis, P. G., “Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review”, *Archives of disease in childhood*, 101(8), 701-708, 2016.
- 89-) Ando, M., Kawano, M., “Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction”, *Nursing ethics*, 25(5), 571-579, 2018.
- 90-) Repenshek, M., “Moral distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity?”, *Nursing Ethics*, 16(6), 734-742, 2009.
- 91-) Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G., Buffon, M. L., “Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units”, *Journal of Nursing Management*, 25(6), 477-485. 2017.
- 92-) McCarthy, J., “Nursing ethics and moral distress: the story so far”, *Nursing Ethics*, 20(2), 1-7, 2013.
- 93-) Fourie, C., “Moral distress and moral conflict in clinical ethics”, *Bioethics*, 29(2), 91-97, 2015.
- 94-) Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., Fisher, J. M., “Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey”, *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117-125, 2015.

- 95-) Oh, Y., Gastmans, C., “Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review”, *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31, 2015.
- 96-) McAndrew, N. S., Leske, J., Schroeter, K., “Moral distress in critical care nursing: the state of the science”, *Nursing Ethics*, 25(5), 552-570, 2018.
- 97-) Hamric, A. B., Borchers, C. T., Epstein, E. G., “Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals”, *AJOB Primary Research*, 3(2), 1-9, 2012.
- 98-) Latour, J. M., Fulbrook, P., Albarran, J. W., “EfCCNa survey: European intensive care nurses’ attitudes and beliefs towards end-of-life care”, *Nursing in Critical Care*, 14(3), 110-121, 2009.
- 99-) Badır, A., Topçu, İ., Türkmen, E., Göktepe, N., Miral, M., Ersoy, N., Akın, E., “Turkish critical care nurses’ views on end-of-life decision making and practices”, *Nursing in Critical Care*, 21(6), 334-342, 2016.
- 100-) Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., Pochard, F. “Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions”, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(10), 1310-1315, 2003.
- 101-) Flannery, L., Ramjan, L. M., Peters, K., “End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU)—Exploring the experiences of ICU nurses and doctors—A critical literature review”, *Australian Critical Care*, 29(2), 97-103, 2016.
- 102-) Bloomer, M. J., O’Connor, M., Copnell, B., Endacott, R., “Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses’ emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study”, *Australian Critical Care*, 28(2), 87-92, 2015.
- 103-) Lewis, S. L., Ahern, K., “Exploring NICU nurses’ affective responses to end-of-life care”, *Advances in Neonatal Care*, 17(2), 96-105, 2017.
- 104-) Lamiani, G., Ciconali, M., Argentero, P., Vegni, E., “Clinicians’ moral distress and family satisfaction in the intensive care unit”, *Journal of Health Psychology*, 25(12), 1894-1904., 2018.

105-) Lamiani, G., Setti, I., Barlascini, L., Vegni, E., Argentero, P., “Measuring moral distress among critical care clinicians: validation and psychometric properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised”, *Critical Care Medicine*, 45(3), 430-437 2017.

106-) Dodek, P. M., Norena, M., Ayas, N., Wong, H., “Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel”, *Journal of Critical Care*, 50, 122-125, 2019.

107-) McAndrew, N. S., Leske, J. S., “A balancing act: experiences of nurses and physicians when making end-of-life decisions in intensive care units”, *Clinical Nursing Research*, 24(4), 357-374, 2015.

108-) Shih, F. J., Gau, M. L., Lin, Y. S., Pong, S. J., Lin, H. R., “Death and help expected from nurses when dying, *Nursing Ethics*, 13(4), 360-375, 2006.

109-) Beckstrand, R. L., Callister, L. C., Kirchhoff, K. T., “Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care”, *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45, 2006.

## EKLER

### EK-1. SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU

Sayın hemşire; bu anket formu size ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Yoğun bakım kliniklerinde yaşadığımız ahlaki sıkıntıları ve hasta bakım davranışlarımız hakkında bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ufuk Ercan ELÇELİK

#### 1.Yaşınız

(.....)

#### 2. Cinsiyet

1. Erkek ( ) 2. Kadın ( )

#### 3. Medeni Durum

1. Evli ( ) 2. Bekâr ( ) 3. Diğer ( )

#### 4.Çocuk Sahibi

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

#### 5. Eğitim Durumu

1. Lise ( ) 2. Ön Lisans ( ) 3. Lisans ( ) 4.Y. Lisans ( ) 5.Doktora ( )

#### 6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

(.....)

#### 7.Hangi yoğun bakım ünitesinde çalışmaktasınız?

(.....)

#### 8. Kaç yıldır Yoğun bakımlarda çalışıyorsunuz?

1. 1-5 yıl ( ) 2. 6-10 yıl ( ) 3. 11-16 yıl ( ) 4. 17-21 yıl ( ) 5. 22 yıl ve üstü ( )

#### 9. Çalışma şekliniz nedir?

1. Devamlı gündüz çalışıyorum ( ) 2. Gece gündüz rotasyonla çalışıyorum ( )

#### 10.Yoğun bakım ünitesinde

Sözleşmeli ( ) Kadrolu ( ) olarak çalışıyorum.

## **EK-1. (Devam) SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU**

**11. Yoğun bakım ünitesi ile ilgili özel eğitim aldınız mı?**

1. Evet ( )      2. Hayır ( )

**12.Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı kaçtır?**

(...)

**13.Yoğun bakım ünitesinde son dönem hasta bakımı yapıyor musunuz?**

1. Evet ( )      2. Hayır ( )

**14.Yoğun bakım ünitenizde yaşam sonu kararlarına katılıyor musunuz?**

1.Evet ( )      2. Hayır ( )

## EK-2. SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM

**1. Ölmekte olan bir hasta için aşağıdaki her bir eylemin kabul edilebilirliğini kendi inançlarınıza göre değerlendiriniz?**

a-) Yaşamı destekleyen tedaviye başlanmamalı

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

b-) Yaşamı destekleyen tedavi sonlandırılmalı

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

c-) Ötanazi uygulanmalı

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

**2. Bir yoğun bakım hastası için yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararına katıldınız mı?**

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

**3. Bir yoğun bakım hastası için yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararına katıldınız mı?**

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

**4. Yaşamı destekleyen bir tedaviye başlamama kararına katıldığınızda/katılsaydınız, siz ..?..**

a. Yazılı bir order ile bunu yapardınız,

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

b. Sözlü bir order ile bunu yapardınız

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

c. Herhangi bir order olmaksızın yapardınız

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

d. Tıbbi bir kayıt ile bunu belgelerdiniz

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

e. Diğer (Belirtiniz) .....

**5. Yoğun bakım ünitenizde uyguladınız bazı tedaviler ya da yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararlarına ilişkin olarak “nafile (boşuna, boşuna, yararsız) tedavi” kavramı kullanılır mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

**6. Sizin “Nafile (boşuna, yararsız) tedavi” kavramınızı aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?**

( ) Yüzde 1’in altında yaşama şansı sağlayan tedavi

( ) Sürekli yoğun bakım tedavisi

( ) Geriye dönüşsüz bitkisel hayatı koruyan tedavi

( ) İstenen sonuca ulaşmada etkisiz olan tedavi

( ) Tedavinin fizyolojik etkisini sağlamada yetersiz olan tedavi

( ) Diğer.(Açıklayınız).....



## EK-2. (Devam) SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM

**7. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonellerinin yaşamı destekleyen kararlar verirken dikkate alması gereken tercih/durumların size göre önem derecesini belirleyiniz.**

a. Ailenin tercihleri

Çok önemlidir ( ) Önemlidir ( ) Kararsızım ( ) Önemli değildir ( ) Hiç önemli değildir ( )

b. Hastanın tıbbi durumu

Çok önemlidir ( ) Önemlidir ( ) Kararsızım ( ) Önemli değildir ( ) Hiç önemli değildir ( )

c. Hekimin Tercihleri

Çok önemlidir ( ) Önemlidir ( ) Kararsızım ( ) Önemli değildir ( ) Hiç önemli değildir ( )

d. Diğer hekim ve hemşirelerin tercihleri

Çok önemlidir ( ) Önemlidir ( ) Kararsızım ( ) Önemli değildir ( ) Hiç önemli değildir ( )

e. Diğer (Belirtiniz).....

**8. Ölmekte olan bir yoğun bakım hastası için yaşamı destekleyen tedavilere başlamama kararını kim vermelidir?**

a. Sadece Baba

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

b. Sadece Anne

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

c. Anne ve baba birlikte

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

d. Aile meclisi (ebeveyn, büyükanne, büyükbaba...)

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

e. Hastanede çalışanlar (doktor ve hemşireler)

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

f. Din görevlileri

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

g. Mahkemenin atadığı yetkili

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

h. Diğer.....

**9. Yoğun bakım ünitenizde ölmekte olan yoğun bakım hastalarının yaşamını destekleyen tedavilere başlamama kararı konusundaki tartışmalar.....?..... Yapılır**

a. Sadece hekimler arasında

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

b. Hekim ve hemşirelerle birlikte

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

## EK-2. (Devam) SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM

**10. Ölmekte olan yoğun bakım hastasının yaşamını destekleyen tedavilerin uygulanabilmesi ile ilgili kararlara ailesi dâhil edilmeli mi?**

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

**11. Yoğun bakım ünitenizde hekimler yoğun bakım hastasında yaşamı destekleyen tedavilerin başlanmaması ya da sonlandırılması hakkında tartışırken aileye .....?.....verirler.**

a. Tedaviye başlamama ya da sonlandırma nedenleri hakkında tüm bilgileri

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

b. Sadece o anda kaldırabilecekleri kadar bilgiyi

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

c. Hastanın ölmek üzere olduğunu ve sadece palyatif bakım verileceğine ilişkin bilgiyi

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

d. Üzüntü ve suçluluk hissetmelerini engelleyecek düzeydeki bilgiyi

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

e. Ekibin hasta için her şeyi yapacağına ilişkin bilgiyi

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

f. Diğer(Belirtiniz).....

**12. Yaşamın sonunda tedavilerin sınırlandırılmasına ilişkin olarak, tedaviye başlamama ya da tedaviyi sonlandırma kararları için rehber kurallara ihtiyaç duyuyor musunuz?**

Her zaman ( ) Sık sık ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman ( )

**13. Yaşamın sonunda tedavilerin sınırlandırılmasına ilişkin olarak, tedaviye başlamama ya da tedaviyi sonlandırma kararları için oluşturulacak yol gösterici kurallar...**

a. Yoğun bakım üniteleri düzeyinde olmalı

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

b. Yasal düzeyde olmalı

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

**14. a. Yoğun bakım ünitenizde yaşamın sonuna ilişkin karar vermenize yardımcı olacak rehber kurallarınız var mı?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

b. Eğer yoksa, sizce böyle rehber kuralların faydası olur mu?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

c. Profesyonelce geliştirilmiş böyle rehber kuralları kullanmak ister miydiniz?

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

## EK-2. (Devam) SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM

**15. Bu konuda alacağınız etik karar verme süreçlerine ilişkin eğitimin yaşam sonu bakımına ilişkin uygulamalarınızı değiştirebileceğini düşünüyor musunuz?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

**16. Eğer kendi hastanız çok kısa sürede ölmesine neden olacak bir hastalık tanısı almış olsaydı, ona ne yapılmasını isterdiniz?**

a. Yoğun bakıma alınmasını

Kesinlikle evet ( ) Muhtemelen evet ( ) Bilmiyorum ( ) Muhtemelen hayır ( ) Kesinlikle hayır ( )

b. Canlandırmanın (CPR) yapılmasını

Kesinlikle evet ( ) Muhtemelen evet ( ) Bilmiyorum ( ) Muhtemelen hayır ( ) Kesinlikle hayır ( )

c. Mekanik ventilasyona bağlanmasını

Kesinlikle evet ( ) Muhtemelen evet ( ) Bilmiyorum ( ) Muhtemelen hayır ( ) Kesinlikle hayır ( )

d. Eğer acı çekiyorsa ötanazi yapılmasını

Kesinlikle evet ( ) Muhtemelen evet ( ) Bilmiyorum ( ) Muhtemelen hayır ( ) Kesinlikle hayır ( )

**17. Eğer kendi hastanızın kısa sürede ölümle sonuçlanacak bir hastalık tanısı aldıysa ve ciddi, akut problemleri için geçici olarak yaşamı destekleyici tedaviler gerekiyorsa, hastanızın nerede olmasını tercih ederiniz?**

a. Kısa bir süre içinde ölecek olsa bile evde olmasını, hastaneye yatırılmamasını

Evet ( ) Hayır ( )

b. Yaşamının birkaç hafta daha uzatılması için yoğun bakım ünitesinde kalmasını

Evet ( ) Hayır ( )

c. Yoğun bakıma alınmadan hastanede yatırılmasını

Evet ( ) Hayır ( )

d. Diğer (Belirtiniz).....

**18.Ölümcül hastalık tanısı almış olan bir hastaya sahip olduğunuzu düşünerek aşağıdaki cümlelere ne kadar içtenlikle katılıp katılmadığınızı belirtiniz**

a. Her ne ve nasıl olursa olsun hastamın ömrünün uzatılmasını isterdim

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

b. Ölümler hastamın ihtiyacı olan ağrı kesicilerin verilmemesinden korkardım

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

c. Hastamın uzun yaşaması için ağrı çekmesine razı olurum

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

d. Hastamın makinelere bağımlı kalmasından korkardım

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

e. Hekimlerin hastamın ne kadar yaşayacağını bana söylemesini isterdim

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )

## **EK-2. (Devam) SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM**

f. Hastanın ölümlerine acı çekmesinden korkuyordum

Tamamen aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim ( )



### EK-3. AHLAKİ SIKINTI ÖLÇEĞİ

Profesyoneller iç veya dış engeller nedeniyle etik olarak uygun olduğuna inandığı eylemleri uygulayamadığında ahlaki sıkıntı oluşur. Klinik uygulamada aşağıdaki durumlar oluşabilir. Bu durumları yaşamanız sizin için ahlaki sıkıntıya neden olmuş ya da olmamış olabilir. Lütfen tanımlanan her bir maddeyi hangi sıklıkta yaşadığınızı ve sizin için ne kadar rahatsızlık verici olduğunu belirtiniz. Şayet özel bir durumu hiç yaşamadıysanız sıklık için “0” (hiç)’ı seçiniz. Böyle bir durumu yaşamamış olsanız bile, sizin uygulamalarınızda böyle bir şey olsaydı ne derece rahatsızlık duyabileceğinizi belirtin. Her bir maddeyi şu iki boyut için uygun olan sütunu işaretleyerek yanıtlamanız gerektiğini unutmayın: Sıklık ve rahatsızlık düzeyi.

	Sıklık					Rahatsızlık Düzeyi				
	Asla sık		Çok			Hiç fazla		En		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme										
2. Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiği tanık olma										
3. Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma										
4. Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma										
5. Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmama										
6. Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama										
7. Ventilator desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme										
8. Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmediğini öğrendiğimde, gerekeni yapmama										
9. Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etme.										
10. Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım verme										

### EK-3. (Devam) AHLAKİ SIKINTI ÖLÇEĞİ

11. Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığına tanık olma.														
12. Ölüme neden olacağı endişesi nedeniyle ağı kesici ilaç dozunun artırılmaması sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım verme.														
13. Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunu tartışılmamasına yönelik hekim isteğine uyma														
14. Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif / uyuşturucu dozunun artırıldığına tanık olma														
15. Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dâhil olan bir profesyonelin engellemesi nedeniyle gerekeni yapmama.														
16. Dava açılma korkusu nedeniyle aynı fikirde olmasam da ailenin hastanın bakımı ile ilgili isteğine uyma														
17. Hasta bakımı konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışma														
18. Ekip iletişiminin yetersizliği nedeniyle hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olma														
19. Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam alma														
20. Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olma														
21. Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyonelleri ile çalışma.														
Ahlaki sıkıntı hissettiğiniz diğer durumlar varsa lütfen onları yazıp puanlayın:														
Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamazsanızdan dolayı görevinizden istifa etmeyi veya ayrılmayı hiç düşündünüz mü?														
Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim _____														
Evet, İstifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım. _____														
Evet, Görevimden ayrıldım _____														
Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )														

#### EK-4. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						

#### EK-4. (Devam) BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						





## EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma; Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları Ahlâki sıkıntıların Bakım davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır. Çalışma öncesinde anket formlarını doldurmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Elde edilen veriler, bilimsel amaçlar için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçları etkin, yeterli ve kaliteli sağlık hizmet sunumu için veri oluşturacaktır. Bu çalışmada maddi olarak hiçbir talebimiz bulunmamaktadır.

Teşekkür Ediyorum.

Ufuk Ercan ELÇELİK

### 3. Basamak Yoğun Bakım Hemşiresi ve Yüksek lisans Öğrencisi

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ufuk Ercan ELÇELİK

Adres: Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi

## EK-8. SON DÖNEM HASTA BAKIM İLE İLGİLİ FORM KULLANIM İZİNİ



Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

### izin isteği

**Müesser ÖZCAN** <muesserozcan@mu.edu.tr>  
Alıcı: Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

Merhaba tabi ki kullanabilirsiniz size kolaylıklar dilerim sevgi ve selamlar

**Gönderen:** Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

**Gönderildi:** 17 Eylül 2018 Pazartesi 21:11:01

**Kime:** Müesser ÖZCAN

**Konu:** izin isteği

Merhabalar Müesser hocam.Ben Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim.Danışman hocam Doç.Dr. Hanife Özçelik ile "Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi " ile ilgili bir çalışma planlamaktayız.Sizin "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları" adlı çalışmanızda kullandığınız Ek1 Hekim Formu ve Ek 2 Hemşire formunun anket sorularından bazılarını kullanmak için sizden izin istemekteyiz.Anket sorularını bize gönderebilir misiniz.İyi çalışmalar,teşekkürler.

## EK-9. AHLAKİ SIKINTI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

### Ölçek kullanım izni

2 ileti

**Ufuk Ercan Elcelik** <eufuk.38@gmail.com>

31 Mart 2018 12:23

Alıcı: serifekaragozogl@gmail.com

Merhabalar şerife hocam.Ben Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim.Danışman hocam Doç.Dr. Hanife Özçelik ile "Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntısı " ile ilgili bir çalışma planlamaktayız.Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Ahlaki sıkıntı ölçeği"ni kullanmak istiyoruz.Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istemekteyiz.ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesini bize gönderebilir misiniz.İyi çalışmalar,teşekkürler.

**Şerife Karagözoğlu** <serifekaragozogl@gmail.com>

2 Nisan 2018 10:26

Alıcı: Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

Merhabalar Ufuk,  
Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Hocanıza selamlar,  
Ölçek ve değerlendirmesini ekte gönderiyorum.  
Çalışmanızda başarılar...

31 Mart 2018 12:23 tarihinde Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com> yazdı:

Merhabalar şerife hocam.Ben Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim.Danışman hocam Doç.Dr. Hanife Özçelik ile "Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntısı " ile ilgili bir çalışma planlamaktayız.Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Ahlaki sıkıntı ölçeği"ni kullanmak istiyoruz.Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istemekteyiz.ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesini bize gönderebilir misiniz.İyi çalışmalar,teşekkürler.

## EK-10. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

### Cevap: ölçek kullanım izni

"ŞERİFE KURŞUN" <skursun@selcuk.edu.tr>  
Alıcı: Ufuk Ercan Elcelik <eufuk.38@gmail.com>

9 Nisan 2018 09:44

Merhaba Ufuk, BDÖ-24 ölçeğinin maddeleri ekte yer almaktadır. Çalışmanızda BDÖ-24 ölçeğinin geçerlik güvenirlik makalesini referans göstererek kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar...

Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN

08/04/18 20:38, **Ufuk Ercan Elcelik** <eufuk.38@gmail.com> yazmış:

Merhabalar şerife hocam. Ben Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Doç. Dr. Hanife Özçelik ile "Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım davranışları" ile ilgili bir çalışma planlamaktayız. Sizin geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız "Bakım Davranışları Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz. Bu ölçeğin kullanımı için sizden izin istemekteyiz, ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesini bize gönderebilir misiniz. İyi çalışmalar, teşekkürler.

--  
This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

**BDÖ-24.docx**  
22K HTML olarak görüntüle [İndir](#)