

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETKİSİZ
UYGULAMALARA İLİŞKİN TUTUMU VE AHLAKİ SIKINTI
DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

GÖKÇE NUR TAŞKIRAN
ORCID: 0000-0002-7202-9852

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2022

TEZ KODU : DEU.HSI.MSc-2018970199

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETKİSİZ
UYGULAMALARA İLİŞKİN TUTUMU VE AHLAKİ SIKINTI
DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

GÖKÇE NUR TAŞKIRAN
ORCID: 0000-0002-7202-9852

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Dilek ÖZDEN
ORCID: 0000-0001-8139-5558

İZMİR
OCAK 2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	
TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	ii
KISALTMALAR.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Yoğun Bakım Ortamı.....	5
2.2.Etik.....	7
2.3. Etik Çeşitleri	7
2.4. Yoğun Bakım Ortamında Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik Sorunlar	8
2.4.1. Aydınlatılmış Onam	9
2.4.2. Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR) Yapılmaması	10
2.4.3.Yaşam Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılması.....	10
2.5. Etkisiz Tedavi Kavramı	12
2.5.1. Etkisiz Tedavi Kavramının Tarihi.....	13
2.5.2. Etkisiz Tedavi Kararında Etik Boyut.....	13
2.5.3. Etkisiz Tedavi Kararında Türkiye'deki Durum.....	14
2.5.4.Tıbbi Karar Verme.....	14
2.6.Ahlaki Sıkıntı Kavramı.....	15
2.6.1. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler.....	17
2.6.2. Ahlaki Sıkıntının Etkileri.....	18
2.6.3. Ahlaki Sıkıntı ve Baş Etme Yolları	19
2.6.4. Ahlaki Sıkıntının Değerlendirilmesi	20
2.7. Etkisiz Tedavi ve Ahlaki Sıkıntı Arasındaki İlişki	21

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Çalışma Materyali	23
3.4.1 Uygulama	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (EK-1)	23
3.6.2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği (HETTÖ) (Ek-2).....	24
3.6.3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Ek-3)	24
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.10. Etik Kurul Onayı.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER.....	67
Ek-1. Hemşire Tanıtım Formu	67
Ek - 2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği (HETTÖ)	71
Ek-3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (MDS-R)	73
Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	76
Ek-5 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi	79
Ek-6. S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi.....	80
Ek-7 Ege Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi.....	81
Ek-8. Etik Kurul Formu	82

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo4.2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Uygulama Durumları, Sıklığı Ve Nedenleri.....	30
Tablo4.3. Hemşirelerin İstifa Etme Durumları Ve Görevden Ayrılmayı Düşünme Yüzdeleri.....	33
Tablo4.4. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Güvenirlik Analiz Sonuçları.....	34
Tablo4.5. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	35
Tablo4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı özelliklerine göre HETTÖ ve ASÖ puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo4.7. Hemşirelerin Etkisiz Uygulama Özelliklerine Göre HETTÖ Ve ASÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo4.8. Hemşirelerin HETTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması ve ASÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Wilkinson'un Etkisiz Tedavi Gruplaması (Wilkinson 2011).....	13
Şekil 2. Ahlaki Sıkıntı(Moral Distress) İkilemi (Kalvemark ve ark.2004).....	16



KISALTMALAR

AACN : Amerikan Hemşireler Birliği

CNA: Kanada Hemşireler Derneği

CPR: Kardiyopulmoner Resüsitasyon

DNR: Yeniden Canlandırma Yapmama

HETTÖ : HemşirelerinEtkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği

ASÖ : Ahlaki Sıkıntı Ölçeği

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

TTB: Türk Tabipler Birliği



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her safhasında desteğini esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Dilek ÖZDEN'e,
Tezimin değerlendirilmesinde görüşlerini esirgemeyen, saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN' a ve Doç.Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN'e,
Desteklerini her zaman hissettiğim sevgili arkadaşlarıma,
Eğitim hayatım boyunca ve hayatımın her evresinde bana destek olan başta annem olmak üzere çok kıymetli aileme,
Teşekkürlerimi sunarım...

Gökçe Nur TAŞKIRAN

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETKİSİZ UYGULAMALARA İLİŞKİN
TUTUMU VE AHLAKİ SIKINTI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gökçe Nur TAŞKIRAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmayoğun bakım hemşirelerinin etkisiz uygulamalara ilişkin tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışmanın örneklemini, 151 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı özellikler soru formu, Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 40.64 ± 6.79 dur. Ölçeğin Tanımlama, Karar verme, Etik İlkeler ve Hukuk, İnkilem ve Sorumluluklar alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 15.76 ± 4.05 ; 8.30 ± 1.81 ; 6.15 ± 1.76 ; 10.43 ± 2.23 dir. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması ise 127.99 ± 58.61 dir. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($r:-0.128$; $p>0.05$). Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Tanımlama alt boyut puan ortalaması ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır ($r:-0.176$; $p<0.05$). Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Etik İlkeler ve Hukuk alt boyut puan ortalaması ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r:0.095$; $p<0.05$).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin etkisiz tedavi tutumu orta, ahlaki sıkıntı ortalaması ise düşük düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Etkisiz tedavi, ahlaki sıkıntı, yoğun bakım, hemşirelik

Tezin sayfa adedi: 85

Danışman: Prof. Dr Dilek ÖZDEN

**EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INTENSIVE CARE
NURSES' ATTITUDE TOWARDS FUTILE TREATMENTS AND THE LEVEL OF
MORAL DISTRESS**

Master Thesis

Gökçe Nur TAŞKIRAN

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

ABSTRACT

It is a cross-sectional and descriptive study conducted to examine the relationship between ineffective practice attitudes and moral distress levels in intensive care nurses.

151 nurses determined as a result of power analysis were included in the sample of the study. In the study, the sample selection was not made, and the nurses who accepted the research and filled the questionnaire completely formed the sample. Descriptive Characteristics Questionnaire, Nurses' Futility Treatment Attitude Scale and Moral Distress Scale were used to collect data. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Spearman correlation analysis were used to evaluate the data.

The average of the total score of Futility Treatment Attitude Scale for the nurses who participate in the study is 40.64 ± 6.79 'dur. The average sub-dimension scores of the scales of Definition , Decision making, Ethical Principles and Law, Dilemma and Responsibilities are 15.76 ± 4.05 , 8.30 ± 1.81 , 6.15 ± 1.76 , 10.43 ± 2.23 . Also the score obtained from the moral distress scale is 127.99 ± 58.61 . There was no statistically significant relationship between the Futility Treatment Attitude Scale scores and the Moral Distress Scale scores of the nurses ($r:-0.128$; $p>0.05$). There is a statistically significant positive correlation between Futility Treatment Attitude Scale ethical principles , law sub-dimension scores and Moral Distress Scale scores of the nurses ($r:0.095$; $p<0.05$).

According to the results; nurses' futile treatment attitude was found to be moderate, and the average of moral distress was low.

Key words:Futilty Treatment, Moral Distress, Intensive care, Nursing

Page Number: 85

Advisor: Prof. Dr. Dilek ÖZDEN

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde, özellikle yoğun bakım ünitelerinde karmaşık teknolojik müdahalelerin kullanımı giderek artmaktadır (Rostami ve Jafari 2016; Yekefallah ve ark., 2015). Gelişen teknoloji ile birlikte ölüm, uzun süren bir süreç olarak hastanede, sıklıkla da yoğun bakım ünitesinde gerçekleşmektedir (Er, 2014). Yoğun bakım üniteleri kritik hastaların sürekli izlendiği, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yoğun ve agresif tedavilerin uygulandığı ve bütüncül bir hemşirelik bakımının verildiği ve multidisipliner bir ekip anlayışının benimsenmesi gereken birimlerdir (Cosgrove ve ark., 2006; Gampel, 2006; Başak ve ark., 2010; Türk Tabipler Birliği, 2010).

Yoğun bakım ortamları,sağlık çalışanlarının yükümlü olduğu fazla sorumluluklar, sıklıkla meydana gelen beyin ölümleri, yaşam desteğini başlatmak ve sürdürmek, hastaya anlamlı bir yarar sağlama şansı az olan etkisiz uygulamaların yapılması gibi konularda sağlık profesyonellerinin sıkça etik sorunlarla karşı karşıya kaldığı ünitelerdir (Mohammed ve Peter, 2009;Aghabary ve Nayeri, 2017).Yoğun bakım üniteleri yaşamın sonuna yaklaşan hastalar ile ilgili kararlar verilirken etik sorunları da beraberinde getiren, etkisiz uygulama kavramının tartışıldığı ünitelerdir (Özden ve ark., 2012; İskender, 2018).

Türkçe sözlükte etkisiz terimi “yararsız, boşuna, boş yere, nafiye, işe yaramayan” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2020). Tıbbi olarak etkisiz uygulamalar, önerilen ya da mümkün olabilen tedavi ya da uygulamaların özellikle bazı hastalar için yararının az ya da etkisiz olduğu, tedaviden beklenene cevap verme olasılığı taşımadığı, yaşam kalitesine çok az yarar sağladığı ve makul yaşam şansı tanımayan tedavi ya da uygulamalar olarak değerlendirilmektedir (Özden ve ark. 2013; Er 2014; Rostami ve Jafari 2016, Carter 2019). Kalıcı bilinçsizlik durumunu sürdüren, yoğun bakıma bağımlı olmayı sonlandırmayan uygulamalar ve girişimler etkisiz olarak değerlendirilmektedir (Özden ve ark., 2013;Er, 2014; Eşer ve ark., 2018). Yoğun Bakım Tıp Derneği (2014) raporunda, etkisizlik ölçütünü, “tedavinin istenen amaçlara ulaşmadığı durumlarda, hasta ve ailesinin isteği doğrultusunda ya da hekim tarafından yaşam destek tedavilerine başlanmamasının veya başlanılan tedavinin kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu” belirtilmiştir. Tedavi hastaya sağlayacağı yarar

açısından değerlendirilmiş, hastaya anlamlı bir fizyolojik yarar sağlamayan tedavinin kesilebileceği belirtilmiştir. Yine aynı raporda, sadece ölüm sürecini geciktiren uygulamaların etik açıdan uygun olmadığına ve kaynakların boşuna kullanılmasına neden olduğuna dikkat çekilmiştir. Ülkemizde Türk Tabibler Birliği(TTB)'nin düzenlediği yaşamın sonuyla ilgili bildirgede “hastaya durumunu düzeltme şansı tanımayan ve fizyolojik bir yarar sağlamayan; aksine daha fazla ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı yaşamasına neden olan durumlarda öngörülen tedavi ve uygulamaların yapılmamasının etik açıdan savunulabilir” olduğu belirtilmektedir (TTB, 2010).

Dünya’ da ve Türkiye’de özellikle de yoğun bakım ünitelerinde etkisiz girişimlerin sıklıkla uygulandığı bildirilmektedir (Palda ve ark., 2009; Amoroso ve Chalela, 2019; Rostami ve ark., 2019). Avusturalya’da, etkisiz uygulamaların görülme oranı %12.1, etkisiz uygulamaların başlangıcından sonraki hastanede kalış süresinin ortalama 15 gün olduğu ve bu günlerin 5.25’inin yoğun bakım ünitesinde geçirildiği bildirilmektedir (Carter ve ark.,2017). Yapılan başka bir araştırmada, hekim ve hemşireler nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların 1/3’inin etkisiz uygulamaya maruz kaldığını belirtilmektedir (Amoroso ve Chalela, 2019). Amerika Birleşik Devletleri’nde yoğun bakıma yatırılan 5 hastadan 1’ i yaşamını kaybetmekte (Espinosa ve ark., 2010) ve yoğun bakım ünitesine yatırılan ve yaşamını yitiren hastaların neredeyse yarısına etkisiz uygulamalar yapıldığı belirtilmektedir (Niederman ve Berger, 2010).

Ülkemizde de benzer şekilde hekim ve hemşirelerin yarısından fazlası (%55.1) yoğun bakım ünitesinde etkisiz uygulamalar yapıldığını bildirmektedir (Özden ve ark. 2013). Eşer ve ark., (2018) çalışmalarında, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %77.3’ünün etkisiz uygulama yapıldığını belirtmektedir. Ancak etkisiz uygulamalara yoğun bakımdaki kaynakların büyük bir bölümü harcanmakta, bu ise hasta, ailesi ve sağlık bakım sistemi üzerine büyük bir maliyet yüklemekte, dolaylı olarak hemşireleri etkilemektedir (Hanson ve ark., 2008). YBÜ’ de etkisiz uygulama oranının yaklaşık olarak %40-60 olduğu tahmin edilmektedir. Genellikle, hastaların yaşamının son 60 gününde etkisiz uygulamalara harcanan yıllık bütçe,yaklaşık olarak %16’dır (Smith ve Cassel 2009). ABD’ deki bir akademik sağlık sistemi, yoğun bakım ünitelerinde 3 ay boyunca verilen etkisiz uygulama maliyetinin tahmini 2.6 milyon dolar olduğunu, etkisiz uygulamaların önlenmesi durumunda ise yılda 1.8 milyon ile 5 milyon dolar arasında bir maliyet tasarrufu sağlanacağını belirtmiştir (Morata 2018). Aynı zamanda aileler de ağır harcamalar nedeniyle çaresizlik hissedebilmektedir. Kurumsal

kısıtlılıklar göz önünde bulundurulursa hemşirelerde bu durumdan negatif olarak etkilenebilmektedir (Rostami ve Jafari, 2016).

Etkisiz uygulamaların sürdürülmesine neden olan faktörler arasında aile isteği, kültürel ve dini inançlar, ekip iletişim yetersizliği, yaşamı sürdüren tedavilerin kesilmesi için yasal veya dini izin eksikliği, hastane etik kurullarının eksikliği, palyatif bakım merkezi, hastane ve evde bakım hizmetlerinin eksikliği gibi durumlar sayılabilir (Sibbald ve ark., 2007; Özden ve ark., 2013; Aghabarary ve Nayeri, 2017; Wilkinson ve Savulescu, 2012). Yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin uzun süre etkisiz olduğunu ya da hastaya çok az yarar sağladığını düşündükleri uygulamaları sürdürmeleri sonucunda ahlaki sıkıntı yaşamalarına yol açabilmektedir (Kasman, 2004; Yıldırım ve ark., 2013; Aghabarary ve Nayeri, 2017; İskender, 2018). Amerikan Hemşireler Birliği, ahlâkî sıkıntıyı hemşireler için önemli bir problem olarak belirtmiştir (AACN, 2008; Kayar ve Erdem, 2017).

Ahlaki sıkıntı; “kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, bazı kısıtlamalar sebebiyle doğru eylemi uygulamasının mümkün olmadığı durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile “kişinin ahlaki bütünlüğünün ciddi olarak tehlikeye girmesi ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada etkisiz ve başarısız olması durumunda ortaya çıkan sıkıntıdır” (Corley, 2001; Hamric, 2014; Kovancı ve Özbaş, 2019).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler etkisiz uygulama yaptıklarını algıladıklarında, ahlaki sıkıntı yaşamakta (Yıldırım ve ark., 2013), bu durumun hemşirelerde iş doyumunda ve profesyonel yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak, hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Özden ve ark., 2013; Mobley ve ark., 2007; Meltzer ve Huckabay, 2004; Rostami ve ark., 2019; Hatamizadeh, 2018). Başka bir deyişle, doğru performansın farkında olmasına karşın, bazı engeller sebebiyle doğru performansı elde edemediklerinde profesyoneller tarafından tolere edilmeye çalışılan stres olarak ifade edilebilir (Robaee1 ve ark., 2018). Özden ve ark. (2013) yaptığı çalışmada, etkisiz uygulamaların kendilerini demoralize ettiğini düşünen hemşirelerin duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek ve iş doyum düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Özden ve ark., 2013).

Yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin etkisiz uygulama ve iş deneyim algıları arttıkça, ahlaki sıkıntılarının da önemli ölçüde arttığını belirtmiştir (Asayesh ve ark., 2018). Ahlaki sıkıntıya, hemşirelerin kendini ekip üyesi olarak görememe, motivasyon eksikliği ve kendini değersiz hissetme gibi bireysel faktörler dışında ekip üyeleri arasında

iletişim yetersizliği gibi kurumsal faktörler neden olabilmektedir (Yıldırım, Özden & Karagözoğlu, 2013).

Laurs ve ark., (2019) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntı düzeyi, ahlaki sıkıntıya en fazla neden olan durumlar ve hemşirelerin mesleği bırakma nedenleri araştırılmıştır. Hemşirelerin %32.3'ü düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığını belirtirken, %33.9'u orta derecede sıkıntı ve %33.8'i yüksek derecede sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. Araştırma sonucunda ahlaki sıkıntı ile mesleği bırakma arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntıya girmesine neden olabilecek durumlar, çoğunlukla etik dışı çalışma ortamıyla ilişkili görünmektedir (Laurs, Blağeviien, Capezuti & Milonas, 2019).

Etkisiz uygulama tutumu ve ahlaki sıkıntı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar çok sınırlıdır. Yapılan bu çalışmalarda ise hemşirelerin etkisiz uygulama tutumu nitel olarak çalışılmıştır. Araştırmamız konuyla ilgili geçerlilik güvenirliği yapılmış lme araçları kullanarak yapılacak olan ilk çalışma olup, iki değişken arasındaki ilişkiyi de ortaya koyacak ilk araştırmadır. Bu çalışmada hemşirelerin etkisiz uygulama ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyerek, araştırmadan elde edilecek veriler ile literatür bilgisine katkı sağlamak, sağlık profesyonellerinin bu alana dikkatlerini çekmek ve hizmet içi eğitim konularının belirlenmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, yoğun bakım hemşirelerinde etkisiz uygulama tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1) Yoğun bakım hemşirelerinde etkisiz uygulama tutumu nasıldır?
- 2) Yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntı düzeyi nedir?
- 3) Yoğun bakım hemşirelerinde etkisiz uygulama tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yoğun Bakım Ortamı

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), organ yetersizliği olan, yaşam fonksiyonları bozulmuş hastaların tanı, izlem ve tedavilerinin yapıldığı, özel olarak yapılandırılmış, teknolojik olarak ileri donanıma sahip olan ünitelerdir (Terzi ve ark., 2011; Chowdhury, 2017). YBÜ, kritik hastaların sürekli izlendiği ve sıklıkla agresif tedavilerin yapıldığı yüksek eğitim ve beceriye sahip hekim ve hemşirelerin ekip işbirliği anlayışı ile çalıştığı birimlerdir (Neuraz ve ark., 2015; İskender, 2018). İleri düzey tanı ve tedavi yöntemleri, büyük ve karmaşık cerrahi uygulamalar, kanserli hastalara uygulanan tedaviler yoğun bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısında önemli bir artışa yol açmıştır (Chowdhury, 2017).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, sürekli hastalarının başında bulunmakta ve ölüm süreci boyunca hastalar ve aileleri ile vardiya sürelerinde tüm zamanını birlikte geçirmektedir (Stokes, 2019). Bu nedenle hemşirelik bakımı, girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı bu birimlerde oldukça önemlidir (Terzi ve ark., 2011).

Bu kritik ve karmaşık ortam çoğu zaman hem sağlık profesyonelleri hem de hastalar için stres kaynağıdır. Aynı zamanda hemşireler, yüksek bilgi ve beceri gerektiren durumlarla baş etmek ve hasta güvenliğini sağlamaktadırlar. Yoğun bakım üniteleri karşı karşıya kalınan sorunlardan dolayı stresin daha yoğun şekilde hissedildiği birimlerdir. Bu sorunların temel nedenleri arasında; kanıta dayalı çözümlerin yetersiz oluşu, yetersiz ekip çalışması, yetersiz kişilerarası iletişim, problemler için önerilen çözümlerin hasta odaklı olmayışı, palyatif bakımın yetersiz oluşu gibi pek çok konu sayılabilmektedir (Terblanche ve ark., 2006; Stokes 2019; Ören ve ark., 2020).

Ülkemizde 2018 yılında yapılan “Türk Yoğun Bakım Ünitelerinde Uygun Olmayan Tedaviler” çalışmasında, yoğun bakım yataklarının %34.43’ünde palyatif bakım gerektiren hastaların yattığı görülmektedir (Dikmen, 2019). YBÜ’ ne yatış oranı özellikle kış aylarında çok fazla artarken, yoğun bakım endikasyonu olan gerçek yoğun bakım hastaları için boş yatak bulunamaz hale gelmektedir. Bu durumun oluşmasındaki temel neden yoğun bakım ünitelerindeki yatakların akılcı kullanılamamasıdır (Namal, 2016; Chowdhury, 2017). Yoğun bakım ünitelerine yapılan gereksiz yatışlar, bu ünitelere daha öncelikli yatması gereken pek çok hastanın yatışını engelleyebilmektedir. Dünya’da ve ülkemizde yoğun bakımda bulunan yatak sayıları artan hasta gereksinimini karşılayamamaktadır. Bu sebeple tıbbi kaynakların

adil şekilde kullanılması gerekmektedir (Üstündağ ve ark., 2010; Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Teknolojik gelişmeler ile birlikte hastaların hayatta kalma sürelerinin uzaması başarılı bir sonuç olarak kabul edilse de yoğun bakım ortamında kalınan süre zarfında hastaların olumsuz emosyonel sonuçlara da maruz kaldıkları ve bu durumdan ailelerinin de olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Demir ve ark., 2009). YBÜ’ de verilen tıbbi tedaviden yarar göreceği beklenmeyen hastaların sürekli olarak takip edilmesi hastaların kendisi, aileleri, onlara hizmet veren sağlık çalışanları ve yoğun bakım yatışı bekleyen diğer hastalar açısından tıbbi, etik, hukuki ve sosyolojik birçok soruna sebep olmaktadır (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Tıbbi tedaviden yarar görmesi beklenmeyen ve yaşamının sonuna gelmiş hastaların yaşamlarını kaliteli bir şekilde sonlandırması için palyatif bakım servislerinden bakım almaları hedeflenmektedir. Ülkemizde palyatif bakım ile ilgili yeterli gelişme sağlanamamış olması, hastaların palyatif merkezlerde bakım almaları yerine yoğun bakım ünitelerine yatırılmalarına ve yoğun bakım ünitelerinde gereksiz ve fazla bir yoğunluk olmasına sebep olmaktadır. Ülkemizde bu konuyla ilgili bulunan hukuki boşluklar ve gerekli politikaların oluşturulamamış olması sebebiyle hastalar daha fazla yoğun bakım tedavisine maruz kalmaktadır. Yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastalara sıklıkla agresif ve invaziv tedaviler uygulanmaktadır. Bunun sonucunda hastalar yüksek maliyetli tedavilere, tekrarlayan hastane enfeksiyonlarına, gereksiz invaziv girişimlere, kalitesiz ve ızdıraplı şekilde yakınlarından uzak yalnız bir şekilde yaşamlarının sonuna gelmektedir (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Günümüzde yaşam sonuna karar verme ve yaşam sonu bakıma yaklaşım, yoğun bakımlarda tartışılan önemli bir konu haline gelmiştir. Yapılan araştırmalara göre tüm dünyada ölümlerin yarısından fazlası hastane ortamında gerçekleşmektedir. ABD’de Standford Tıp Okulunda yapılan bir çalışma sonucuna göre, hastaların %80’i evde ölmeyi tercih ederken, sadece %20’sinin evde öldüğü belirlenmiştir (Lubitz ve ark., 1993). Yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonuna karar verme ile ilgili yaşanan sıkıntılı ve stresli ortam sebebiyle etik sorunların da yaygın bir şekilde ortaya çıktığı ve bu konunun her geçen gün önemini arttırdığı belirtilmektedir (Erkeköl, 2002; Tel, 2012; İbrahimoglu, 2017; Cerit ve ark., 2021).

Yoğun bakımda son dönem hastalarına verilen bakım, yaşamın son günleri ve saatleri için bireyin ihtiyaç duyduğu insancıl ve onurlu sağlık hizmetini alabilmesini hedeflemektedir. Verilen bu bakımın kaliteli olmasında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve

hemşirelerin donanımlı olması büyük önem taşımaktadır (Köse ve ark., 2019). Yoğun bakım ünitesinde kalan hastalar burada bulundukları süre içerisinde pek çok olumsuz ve kötü deneyim yaşayabilmektedir. Bu olumsuz deneyimler bakımın kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. YBÜ’ de kalan hastaların büyük bir kısmı sağlık çalışanlarına bağımlı ve bakıma muhtaçlardır. Bu yüzden bakım verenin ahlaki sorumluluğunun farkında olması ve oldukça duyarlı olması gerekmektedir. Hemşireler hasta ile en fazla vakit geçiren ve hastaların en güçsüz ve mahrem yönlerini görebilen kişilerdir. Hastaları dinlemek, dokunmak, sorularına cevap vermek, ağırlı işlemleri nazikçe gerçekleştirmek verilen bakımın kalitesini arttırmaya yönelik yapılacak önemli davranışlardır (Uslu ve ark., 2016).

2.2.Etik

Etik en kısa tanımı ile değerler felsefesi olarak ifade edilebilir (Han 2018). Etik toplumdan topluma, kişiden kişiye değişen göreceli bir kavramdır. Etik ile ilgili meydana gelen sorunlar, etik ikilem ve etik ihlali olarak ikiye ayrılabilir (Nouredine 2001; Elçigil ve ark., 2011; Han 2018). Etik değerler, çalışma ortamında yapılması gereken ya da yapılmaması gereken davranışlar konusunda çoğu zaman yol göstericidir.

Hastayla sürekli iletişim ve temas halinde bulunan hemşireler sık sık etik sorunlarla karşılaşmaktadır. (Han 2018) (Nouredine 2001)

2.3. Etik Çeşitleri

Etik türleri açısından incelendiğinde bireysel, örgütsel, mesleki ve yönetsel olarak dörde ayrılabilir (Nouredine 2001; Utlu 2016).

Bireysel etik, bireyin kişisel hayatındaki kuralları, ahlak hükümlerini, davranış prensiplerini, insan düşünce ve eylemlerinin niteliğini ve temel değerlerini kapsamaktadır. Örgütsel etik, iş ortamında yaşanan ahlaki ikilemleri çözmek için etik prensipleri uygulama metodudur. Yönetsel etik; ahlak kavramının bir örgüt içerisinde, o örgüt tarafından belirlenmiş kurallarla oluşturulan biçimi olarak tarif edilmektedir. Meslek etiği ise; aynı meslekte çalışan kişilerin uyması zorunlu olan, davranış ve kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır. (Utlu 2016)

Değer ve ilkeleri farklı olan bireylerin bir arada bulundukları ortamlarda etik ikilemden söz edilmektedir. Etik ikilem; iki ya da daha fazla seçenek arasında kalındığında hangi seçeneğin daha iyi olduğuna karar verme karmaşası yaşandığında meydana gelen durumdur (Elçigil ve ark., 2011; Yorgancı ve Türkoğlu 2016). Hemşirelerin en çok; hekim hemşire iletişimi, hasta bakım ve tedavi sürecinin planlanması ve kurum ve yönetim politikasından kaynaklanan ikilemler yaşadıklarını belirtmektedir (Elçigil ve ark 2011).

2.4. Yoğun Bakım Ortamında Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik Sorunlar

Yoğun bakım ortamındaki hastaların genellikle hayati risk taşıması, yakın takip gerektirmesi, sürekli olarak tedavi ve bakım almaları hemşirelerin etik açıdan çok daha fazla sorumluluk yüklenmelerine sebep olmaktadır (Nyholm, 2017). Yoğun bakım hemşirelerinin genellikle hastanın durumunda meydana gelen değişiklikleri ilk saptayan ve acil bir durumla karşı karşıya geldiğinde hızlı karar alması gereken ve sürekli olarak karmaşık ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan sorunlarla sık sık karşılaştıkları belirtilmektedir. Bu sorunların büyük bir kısmı ise etik sorunları oluşturmaktadır (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016; Tel, 2012; İbrahimoglu, 2017).

Yoğun bakım ünitelerinde en çok etik karar vermeyi gerektiren konular arasında; aydınlatılmış onam alma, organ transplantasyonu, tıbbi karar verme, resüsitasyon yapmama, yaşam desteğini başlatmak, sürdürmek ya da hiç başlatmamak, yapay beslenme, sınırlı kaynakların adil paylaşımı ve etkisiz tedavi gibi konular gelmektedir (Öztürk ve ark., 2009; Başak ve ark., 2010; Üstündağ ve ark., 2010; Elçigil ve ark., 2011; Yorgancı ve Türkoğlu, 2016). Hastaya uzun süre verilen tedavinin hiçbir yarar sağlamadığı durumlarda, tedavinin sonlandırılması hastaya zarar vermekten kaçınma, saygınlığına, özerkliğine ve yaşam kalitesine zarar vermeme ilkeleri yönünden değerlendirildiğinde etik açıdan doğru olarak kabul edilmesi son zamanlarda sıkça tartışılan konulardandır (Oberle ve ark., 2001; Stevens ve ark., 2002; Jensen ve ark., 2011). Yoğun bakım hemşirelerinin karşı karşıya kaldıkları etik sorunları tanıması ve bu sorunlar için uygun çözümler üretilebilmesi için etik karar verebilme sürecinde yüksek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Cerit ve ark., 2021).

Tedavi süreci ile ilgili karar verilirken hasta, hastanın ailesi ve sağlık çalışanları birlikte karar vermeli, yasal ve etik ilkeler öncülüğünde hareket edilmeli ve yine yasal ve etik ilkeler öncülüğünde sonuca varılmalıdır (Kinoshit, 2007).

Günümüzde insan hakları, hasta hakları ve birey özerkliği giderek daha da önem kazanmaktadır. Yaşamın son dönemlerini yoğun bakımda geçiren hastaların ölme hakkı ya da saygın bir şekilde ölme hakkı son zamanlarda sık sık gündeme gelen konulardan biri olmuştur. Son dönem hastaların iyileşmesini sağlamayan tedavilerin sonlandırılması ya da bu tedavilere hiç başlanmaması yoğun bakım ünitelerinde sıkça etik ikileme sebep olan önemli konulardan biridir (Erkeköl ve ark., 2002).

2.4.1. Aydınlatılmış Onam

Hastalara tedavisi ile ilgili karar verme hakkı tanıyan aydınlatılmış onam kavramı, hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi girişimin risk, yarar ve zararı konusunda yeterince bilgilendirilmesi, değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonucunda özgürce seçimini yapabilmesini sağlayan bir süreçtir. Kişi aynı zamanda verdiği kararı dilediği zaman geri alma hakkına da sahiptir (Erkeköl ve ark., 2002; Appelbaum, 2007; Kellum ve ark., 2009).

Aydınlatılmış onam etik olarak da zorunludur. Aydınlatılmış onam alma süreci bireyin yeterliliğinin değerlendirilmesi ile başlayıp, baskı ve zorlama olmaksızın kendi kararı ve gönüllülüğü ile yapılacak olan tedaviye onay ya da ret vermesi ile sonlanır (TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu, 2010; İbrahimoglu, 2017). Aydınlatılmış onam etik ilkelerden özellikle özerkliğe saygı ilkesi ile yakından ilişkilidir. Hasta karar verme yeterliliğine sahip iken onun yerine karar vermek, hastanın özerkliğini yok saymak demektir (Tel, 2012). Acil durumlar gerektiren yoğun bakım üniteleri gibi birimler dışında hastanın veya yasal vekilinin açıkça bilgilendirilme ve karar verme hakkı korunmalıdır (Erkeköl ve ark., 2002).

Yoğun bakım ortamlarında hastaların bilinci kapalı olduğu için etkisiz tedavilerin uygulama konusundaki hasta kararı çoğunlukla alınmadan gerçekleştirilmektedir. Hasta otonomisi bu anlamda ihlal edilmektedir. Bu da hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2013).

2.4.2. Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR) Yapılmaması

CPR ilk kez Amerika Tıp Birliği tarafından 1974 yılında yayınlanan raporda ‘Ani ve beklenmeyen ölümden korumak’ olarak tanımlanmıştır. Aynı raporda beklenen ölüm durumunda yeniden canlandırmanın endike olmadığı belirtilmektedir (İbrahimoğlu, 2017).

CPR uygun şekilde kullanılmazsa yarardan çok zarar verir. Yan etkileri, riskleri ve komplikasyonları, prognozu kötü bir hasta için ölüm sürecinin uzaması ve ızdırabın artmasına sebep olabilir. Etkisiz ya da yararsız uygulama bu boyutuyla insan onuruyla bağdaşmayan bir durum olarak değerlendirilebilir (Tel, 2012).

CPR, canlandırmadan sonra hayatta kalma beklentisi çok az olan hastalar ve terminal dönem hastaları için her zaman tartışılan etkisiz ve yararsız girişim noktasında önemli bir konu olmuştur. CPR kararı, sadece arrest durumuna göre değil hastanın bireysel olarak değerlendirilmesi ve altta yatan hastalıklarına göre verilmelidir. Bu durumda DNR (Do not resuscitate) ‘canlandırma yapılmasın’ tartışması gündeme gelmektedir (Ackermann 2000). Bazı Avrupa ülkelerinde DNR kuralları uygulanırken, ülkemizde bu kararın etik ve yasal olarak kuralları henüz belirlenmemiştir. Çoğu zaman hekimin kararı doğrultusunda resüsitasyon yapılmakta ve DNR, CPR istemi olmayan tüm hastalar için uygulanmak zorunda kalınan bir tıbbi işlem haline gelmiştir (Tel, 2012). Bu tercih doğrultusunda birçok etik ve hukuki sorun meydana gelmektedir (Baştürk, 2003). Bu karmaşanın oluşmaması için sağlık ve hukuk alanında düzenlemeler yapılarak yasal kuralların belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. CPR uygulaması yapılmayacak hastalara ve ailelerine, insan onuruna yakışır bir ölüm süreci yaşayacakları ve ihtiyaç duyulan tüm bakımların son ana kadar verilmeye devam edileceği konusunda açıklama yapılmalı ve endişeleri giderilmelidir (Hall ve Rocker, 2000).

2.4.3. Yaşam Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılması

Planlanan tedavi hastanın tedavi ve bakım hedeflerine ulaşmayı sağlamıyorsa ve hastanın sadece zaman kaybetmesine neden oluyorsa etkisiz ya da yararsız olduğu düşünülen bu tedaviye başlanmayabilir ya da tedavi sonlandırılabilir (Uysal, 2004; İbrahimoğlu, 2017).

- 1) Hasta için tıbbi etkisizlik söz konusu ise ventilatör desteği sonlandırılabilir,
- 2) Yapay beslenme eğer hastanın ağrı ve acı çekme durumunu arttırıyorsa ve beklenen ölümün uzamasına yol açıyorsa sonlandırılabilir,

- 3) Hastaya yaşam desteği sağlansa bile yaşam kalitesi iyileşmeyecekse ve yaşam niteliği çok düşük ise yeniden canlandırma yapılmayabilir,
- 4) Hastanın yaşam niteliği iyileşmeyecekse antibiyotik tedavisi sonlandırılabilir,
- 5) Etkisiz tedavi söz konusu ise diyaliz desteği sonlandırılabilir,
- 6) Hastanın yaşam kalitesi azalacaksa, ağrı ve acı çekme süresi uzayacaksa verilen kemoterapi desteği sonlandırılabilir.
- 7) Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık seyrinde yaşam desteğine ihtiyaç duyduğu öngörülüyorsa, hekim yaşam desteği ile ilgili hastanın görüşünü sorgulamalı ve karar verme sürecinde yeterliliğini yitirdiği durumlar için isteğini belirtmesini önermelidir,
- 8) Hastanın iradesini kaybettiği durumlarda ise hastanın vekiline yaşamı destekleyen tedavi süreci açıklanmalı ve kararı sorgulanmalıdır,
- 9) Yoğun bakım ortamında çalışan sağlık profesyonelleri için etik ikilemlerle baş etmelerini sağlayacak ‘yaşamı destekleyen tedavinin başlanması ya da tedavinin sonlandırılmasına’ ilişkin ulusal ölçütler belirlenmelidir,
- 10) Ulusal ölçütler hazırlanırken, yaşamı destekleyen tedavi verilmesi durumunda sağlanacak yarar sadece hasta yönünden değil, toplum yönünden de değerlendirilmelidir (Levin ve Sprung 2005;TTB, 2010; Akpınar ve Ersoy, 2014; Acar, 2016; Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Etkisiz ve ya yararsız tedaviler hastanın hakkı olan onurlu ölüm sürecini zor ve zahmetli bir sürece dönüştürebilir. Tedaviye hiç başlamamak ya da başlamış olan tedaviyi sonlandırmak arasında tıbbi açıdan fark yoktur (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016). Yapılan araştırmalarda aile üyelerinin başlamış bir tedaviyi sonlandırmayı, tedaviye hiç başlamamış olmaktan daha kolay kabul ettikleri belirtilmiştir. Söz konusu, tedaviye başlamamak ya da tedaviyi sonlandırma durumlarından hangisi olursa olsun hastaya verilen bakım hizmeti değiştirmemeli ve hasta her zaman hakkı olan bakımı almalıdır (Truog,2008;Akpınar ve Ersoy, 2014; Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Yaşamın sonlandırılması konusunda farklı ülkeler farklı ilkeler doğrultusunda hareket etmektedir. Örn; Kuzey Avrupa ülkelerinde görev yapan hekimler yaşam sonu ile ilgili daha rahat karar verebilirken, İtalya, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde bu kararlar daha ender alınmaktadır. Ventilator desteği vermeme kararını, İtalyan hekimlerin sadece %8’i yazılı

olarak bildirmeyi kabul ederken, Hollanda'daki hekimlerde bu oran %91'lere kadar ulaşmaktadır (Erdemir ve ark., 2009).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan bir hekimin hastası için yapılabilecek her şeyi yapma yükümlülüğü olduğu gibi etkisiz olacağını düşündüğü bazı durumlarda kaynakları kısıtlama yükümlülüğü olduğu da bilinmektedir. Kısıtlı tıbbi kaynakların dağıtılmasında yalnızca tıbbi ihtiyaçla ilgili etik ilkeler çerçevesinde ele alınması gerekmektedir. Tıbbi ihtiyaçla ilgili etik ilkeler kapsamında yarar sağlama, yaşam kalitesinde sağlanacak değişme, ihtiyacın ivediliği yararın sürekliliğinin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Erdemir ve ark., 2009).

2.5. Etkisiz Tedavi Kavramı

Sağlık çalışanlarının, hastanın ya da yakınının tıbbi müdahalenin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşam kalitesine çok az katkı ya da çok az tıbbi fayda sağladığı, hastanın beklentilerine cevap verme olasılığı taşımadığı ve kabul edilebilir yaşam şansı tanımadığını düşündüğü tedavi ya da uygulamalar etkisiz olarak tanımlanmaktadır (Yorgancı ve Türkoğlu,2016;Beauchamp ve ark., 2013). Amerikan Toraks Derneği, etkisiz tedaviyi (*medically futile*); anlamlı sağ kalımla sonlanma olasılığı çok düşük olan (*highly unlikely*) tedavi olarak tanımlamaktadır (Amerikan Toraks Derneği, 1991). Uluslararası literatürde bu kavram *futility care* , *medical futility* , *futile care*” olarak tanımlanmaktadır (Beauchamp ve ark., 2013).

Herbir tıbbi uygulamanın bir hedefi vardır. Tıbbi eylemler bu hedefi başarmak içindir, tıbbi eylem bu hedefi başaramıyor ise bu noktada etkisiz tedaviden söz edilebilir. Yoğun Bakım Tıbbi Derneği de, hedeflenen amacı yerine getirmede başarısız olunacağından emin olunan tedavinin etkisiz tedavi olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmektedir (Society for Critical Care Medicine, 1997; Acar, 2016). Tıbbi etkisizlik kavramı, hasta için planlanan amaca ulaşmayı sağlamayan klinik eylem olarak tanımlanmaktadır (Kasman, 2004).

Tıbbi olarak etkisiz tedavi invaziv ve agresif girişimlerle bireyin acı, ağrı yaşamasına neden olurken, hasta için verilen yaşamın son dönemine ait bakıma yönelik uygulamalar etkisiz olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü hemşirelerin, hasta için vermiş olduğu bakım girişimleri bireyin rahatının sağlanmasına ve yaşamın kalitesinin artırılmasına hizmet eder. Bakım yaşamın sonuna kadar devam ettirilmelidir (Özden ve ark., 2012).

Wilkinson (2011) etkisiz tedaviyi beş alt başlık altında incelemiştir:

Fizyolojik etkisizlik; Fizyolojik tedavi hedefine ulaşması beklenmeyen tedavi.

Niceliksel etkisizlik; Planlanan tedavinin sonuca ulaşma şansı %1' den az olması hali.

Niteliksel etkisizlik; Kabul edilebilecek düzeyde iyileşme ve yaşam kalitesini arttırmayı sağlamayacak olan tedavi.

Yakın gelecekte ölüm etkisizliği; Hastanın yakın bir gelecekte kaybedileceği gerçeğini değiştirmeyecek olan tedavi.

Ölümcül durum etkisizliği; Bireyin var olan hastalığının önerilen tedaviden etkilenmemesi ve hastayı haftalar ya da aylar içinde ölüme götürmesi beklenen tedavi .

Şekil 1. Wilkinson'un Etkisiz Tedavi Gruplaması (Wilkinson, 2011).

2.5.1. Etkisiz Tedavi Kavramının Tarihi

Etkisiz tedavinin tarihi antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Edwin Smith, antik tıp döneminde, Mısırlı Cerrahların 45 cerrahi vakasından bazılarının prognozunu iyi, şüpheli ve umutsuz olarak değerlendirerek, aslında ilk olarak Eski Mısır tıbbında etkisiz tedavinin tanımlandığını ileri sürülmektedir (Pellegrino 2005).

Hipokrat ise hekimler için, hastalığı çok ilerlemiş evreye gelmiş bireylerde tıbbın etkisiz kaldığını belirtmiştir (Acar, 2016). Hipokrat tarihsel süreçte bazı hastalıkların tüm vücuda egemen olması durumunda, tıbbın yetersiz kaldığını kabul ettiğini ve bazı vakalar için hekimleri boşa çaba harcamamaları konusunda uyardığı bilinmektedir. Ancak etkisiz tedavi kavramı son 30-40 yıldan beri, yoğun bir şekilde tartışılan bir kavram olmuştur (Pellegrino, 2005).

2.5.2. Etkisiz Tedavi Kararında Etik Boyut

Yoğun bakım ortamında yaşamın sonu ile ilgili karar vermede yaşanan etik sorunlara çözüm bulunurken; otonomi, adalet/ kaynakların adil dağıtılması, zarar vermeme, yarar sağlama gibi etik ilkeler ön plana çıkmaktadır (Gilligan, 2010).

Etkisiz/yararsız tedavi şu etik temellere dayandırılmaktadır (Wilkinson, 2011):

1-Hekim, hasta için planladığı tedavinin hastanın çıkarlarına aykırı olduğunu, hasta için zararının, yararından fazla olacağını, yaşam kalitesini ve yaşam süresini azaltacağını, hastada daha fazla ağrı ya da stres yaratacağını düşünüyorsa, paternalistik bakış açısı ile etik temellendirme oluşturabilir(Wilkinson, 2011).

2-Hastaya verilecek olan tedavinin uygulanması, dolaylı olarak diğer hastaları etkiliyor ve onların zarar görmesine neden oluyorsa, kısıtlı kaynakların adil bir şekilde kullanılması gerektiği bağlamında bir etik temellendirme oluşturulabilir (Wilkinson, 2011).

Hastaya verilecek olan tedavi fizyolojik bir yarar sağlamayacaksa, hekim tedaviyi sunma ya da sunulan tedaviyi sürdürme yükümlülüğüne sahip değildir (Cantor ve ark., 2003).

2.5.3. Etkisiz Tedavi Kararında Türkiye’deki Durum

Etkisiz tedavi ile ilgili ülkemizde geliştirilmiş bir politika ve düzenleme bulunmamaktadır. Ancak meslek örgütleri tarafından yayınlanmış metinlerde etkisiz tedavi ile ilgili görüşü destekleyen ifadeler yer almaktadır. Hekimlik Mesleği Etiğı kurallarının 30. Maddesi etkisiz tedavi ile ilgili düzenlemeler bu duruma örnek verilebilir. Hekimlik Mesleği Etiğı kurallarının 30. Maddesi Türk Tabipler Birliğı (TTB) tarafından 1999 yılında yayınlanmış ve 2015 yılında güncellenmiştir. Bu madde de “Hekim hastaya yararı olmayacağını bildiğı bir tedaviyi veremez” ifadesi ile etkisiz uygulamanın gerektiğı durumda verilemeyebileceğı üzerinde durmuştur (Acar, 2016).

2.5.4. Tıbbi Karar Verme

Karar verebilme yeterliliğı olan tüm bireyler tedavi kararlarına katılmalıdır. Sağlık çalışanları hasta otonomisini koruyarak değerlerine saygı göstermelidir (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016). Hastanın karar verme yetisi yok ise ya da bilinci yerinde değılse, daha önceden belirlenmiş kişi sürece dahil edilmelidir. Eğer hasta böyle bir kişi seçmemiş ise aileden birisi karar verme görevini üstlenebilir. Hastanın yakını yoksa mahkemeden koruyucu kişilerin atanması istenebilir. Hastaya acil müdahale gerektiğı takdirde hayatı tehdit altına

girecek ise mahkemeden izin şartı aranmamalıdır. Bu durumlarda hekimler hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı uygulamalıdır (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Hastalara yapılan uygulamaların etkisiz olup olmadığı ekipte bulunan üyeler ile verilmesi gereken tartışmalı bir konudur ve ekip içinde çatışmalara neden olabilmektedir. (Piers, 2011).

Dünya da ve Ülkemizde etkisiz tedaviye kaynakların büyük bir kısmının ayrılmasının, önemli maliyetlere sebep olduğu belirtilmektedir (Smith, 2009; Aygencel, 2014). Dolaylı olarak bu durumun hemşireler üzerine olumsuz yönde etki yarattığı bilinmektedir. Yoğun bakım çalışanlarının uzun ve yoğun çaba isteyen tedavi sunmaları ve sürecin ölümle sonuçlanması, motivasyon kaybına, meslekten uzaklaşmaya ve tükenmişliğe yol açabilmektedir (Yorgancı ve Türkoğlu, 2016).

Uzun süre etkisiz olduğunu düşündükleri tedavi ve uygulamaları sürdürmek zorunda kalan yoğun bakım hemşireleri hastalara karşı duyarsızlaşma, hastaların gösterdiği semptomlara ilgisiz kalması, zaman ve enerjinin boşa gitmesi, tedavi masraflarının artması gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlar uzun vadede merhamet yorgunluğu, hemşirelerde ahlaki sıkıntı ve tükenmişlik gibi önemli sonuçlar doğurabilmektedir (Piers, 2011).

2.6.Ahlaki Sıkıntı Kavramı

Ahlaki sıkıntı, bakım ve tedavinin niteliğini etkileyen sıklıkla da ihmal edilen bir sorundur (AACN, 2008; Yıldırım ve ark., 2013). Ahlaki sıkıntı; yaşanan tüm etik ikilemler sonucu ortaya çıkan ahlaki açıdan doğru bir şey yapma çabası ile istenilen davranışın kurumsal kısıtlamalar ile gerçekleştirilememesiyle meydana gelen etik bir sorundur. Ayrıca ahlaki sıkıntı etik bir karar verilmesi durumunda ortaya çıkan ikilemler sonucu sağlık profesyonellerinin hissettiği negatif stres belirtileri olarak da tanımlanmaktadır (Kalvemark ve ark., 2004).

Ahlaki sıkıntı yaşanan durumda hemşirelik bakımının niteliğinin ve niceliğinin etkileneceği bunun sonucunda da maliyetin artmasıyla birlikte aynı zamanda hemşirelerin fiziksel ve ruhsal sağlığının etkilenecek önemli bir profesyonel problemin ortaya çıkacağı belirtilmiştir (AACN, 2008).

Özellikle kritik ve stres oranı fazla ortamlarda çalışan hemşirelerin yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları vurgulanmaktadır. Bu durumun temel nedeni ise hemşirelerin hasta ile daha fazla zaman geçirmeleri ve hasta ile daha fazla birebir iletişim halinde olmalarıdır (Maluwa ve ark. 2012). Yaşanılan ahlaki sıkıntıya bağlı olarak hemşirelerde öfke, tükenmişlik, iş doyumunda azalma, bakım kalitesinde azalma, hasta bakımından uzaklaşma ve hatta işten-meslekten ayrılmaya yol açtığı belirtilmektedir (Yıldırım ve ark 2013).

Jameton 1984'te ilk kez ahlaki sıkıntı kavramını 'bir sağlık profesyonelinin yaşanan bir olay sonrası yapılacak olan doğru eylemi bildiği halde, çevresel ve kurumsal engeller nedeni ile yapılması gereken doğru eylemi gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı durumda karşı karşıya kalınan sıkıntı' olarak tanımlamıştır (Jameton, 1984).

Wilkinson 1988'de Ahlaki Sıkıntı Modelini geliştirerek Jameton'un tanımını revize etmiş ve bir sağlık profesyonelinin aldığı ahlaki bir karar yönelik tutum ve davranışı ortaya koymadığı zaman yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygunun ahlaki sıkıntıya neden olacağını belirtmiştir (Wilkinson, 1988).

Wilkinson (1988) ahlâkî sıkıntıyı durumsal, hissel, eylemsel olarak 3'e ayırmış ve yaşanan tüm durumun bir etkiye ve deneyime sahip olduğunu ifade etmiştir (Wilkinson, 1988).

Jameton (1993) ahlaki sıkıntıyı ilk ve reaktif olarak ayırmıştır. İlk ahlaki sıkıntıyı sağlık profesyonellerinin değerler hakkında yaşadığı bireysel çatışmalar ve kurumsal engeller ile karşı karşıya kaldığında engellenme, öfke, tükenmişlik ve anksiyete hissettiği durumlar olarak tanımlamıştır. Reaktif ahlaki sıkıntı ise ilk ahlaki sıkıntı durumunun gerçekleştirilememesi halinde ortaya çıkan bir sıkıntıdır (Yıldırım ve ark., 2013). Kalvemark ve ark. (2004) ahlaki bir doğru ile yasal bir yanlışın, ahlaki bir yanlış ile yasal bir doğrunun çatışması sonucu ortaya ahlaki sıkıntının çıktığını ifade etmişlerdir. Bir davranış yasal ve ahlaki olarak doğru ise yap, yasal ve ahlaki olarak yanlış ise yapılmaması iletilmiştir (Kalvemark ve ark., 2004).

	Yasal olarak doğru	Yasal olarak yanlış
Ahlaksal olarak doğru	YAP	Moral Distress
Ahlaksal olarak yanlış	Moral Distress	YAPMA

Şekil 2. Moral Distres İkilemi (Kalvemark et al. (2004).

Lutzen ve ark., (2003) sağlık profesyonellerinin yeterince etik bilgiye sahip olmadıklarında karşılaştıkları engelleyici dış faktörler sonucu ortaya çıkan çatışmayı ahlaki sıkıntı olarak ifade etmişlerdir (Lützn ve ark., 2003).

Hamric ve arkadaşları (2006) hemşirelerin örgütsel engeller, hiyerarşik yapılar, yetersiz kaynak, yasal kısıtlamalar, bilgi eksikliği, yetersiz politikalar sonucu doğru bildiklerini uygulayamadıklarını ve bu sebeple hemşirelerin kendilerini güçsüz hissederek ahlaki sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Hamric ve ark., 2006).

Kanada Hemşireler Birliği etik ikilem ve ahlaki sıkıntı arasındaki farkları ortaya koymak için her iki kavramı ayrı ayrı açıklamıştır. Etik ikilemi; birbirine karşıt durumlar meydana geldiğinde, farklı değerleri koruyan eylemlerin tümünü uygulamanın mümkün olmadığı durumlarda doğru eylemi seçerken yaşanan kararsızlık olarak tanımlamıştır. Ahlaki sıkıntıyı ise sağlık profesyonellerinin yapılacak doğru eylemi bildikleri halde engeller nedeniyle istedikleri eylemi gerçekleştirmemesi olarak tanımlamışlardır (CNA, 2008).

AACN (2008) de yaşanan ahlaki sıkıntı durumunun çok tehlikeli bir durum olduğunu söylemiştir. Çalışılan ortamda memnuniyet ve bütünlük olmaması durumunda hemşirelerin daha fazla stres yaşadıkları ve bu durum sonucu da hemşirelerin bakımının nitelik ve niceliklerinin azalması, maliyetin etkilenmesi ve hemşirelerin işten ayrılmasına kadar varacak sorun ve sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir (AACN, 2008; Kayar ve ark., 2017). Bir çok hemşirenin yaşadığı bu durumun, hemşirelik tanısı olarak alınması gerektiği önerilmiş ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından Mart 2006'da Philadelphia'da hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir (Scroggins, 2006).

2.6.1. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler

Hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamasına sebep olan faktörler 3 başlık altında toplanabilir. Bu başlıklar içsel faktörler (kişisel), dışsal (kurumsal faktörler) ve klinik durumlardır. (Gutierrez, 2005; Hamric, 2012).

İçsel stres faktörlerine; artmış ahlaki duyarlılık, algılanan güçsüzlük, kendinden şüphe etme, etik konuların belirlenememesi, girişken olmama, motivasyon eksikliği, kendini ekibin bir üyesi olarak görmeme ve bilgi eksikliği örnek verilebilir (Gutierrez, 2005; Yıldırım ve ark., 2012; Hamric, 2012).

Klinik kaynaklı durumlara; yetersiz bilgilendirilmiş onam, yararı olmayan bir tedaviyi devam ettirerek ölüm sürecini uzatmak, kaynakları uygunsuz bir şekilde kullanmak, verilecek en iyi bakımı sunmamak, bakımın devamlılığının olmaması, hasta ve ailesine gerçeğin söylenmemesi, tedavi planı hakkında işbirliğinin olmaması, hasta ve ailesinin isteklerini

gözü ardı etmek örnek verilebilir (Hamric, 2012; Scroggins, 2006; Kalvemark, 2004; Gutierrez, 2005; Sannino, 2015).

Dışsal stres faktörlere ise; yönetsel destek eksikliği, politika ve önceliklerin bakım ihtiyaçları ile çelişmesi, ekip üyelerinin yetersiz iletişimi, personel yetersizliği, hemşirelerin karar verme sürecine katılamaması ve dava açılma korkusu gibi durumları içermektedir (Kalvemark, 2004; Gutierrez, 2005; Hamric, 2012). Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin her birinin etik sorunlar hakkında farklı bakış açılarına sahip olmaları ve olumsuz etik iklim dışsal faktörlere örnek olarak verilebilir (Lawrance, 2009; Radzvin, 2011; Wiegand, 2012; Shoorideh ve ark., 2015).

2.6.2. Ahlaki Sıkıntının Etkileri

Ahlaki sıkıntı sağlık profesyonellerinde baş ağrısı, çarpıntı ve bulantı gibi fiziksel semptomlara neden olmaktadır. Bunun yanında anksiyete, depresyon, suçluluk, üzüntü, endişe, çaresizlik, güçsüzlük, hayal kırıklığı ve öz-değer kaybı gibi psikolojik etkilere ve aile üyeleri ile çatışma, aile ilişkilerinde bozulma gibi sosyal problemlere neden olabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2013).

Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin profesyonel yaşamları da etkilenmektedir. (McClendon 2007). Bu süreçte hemşirelerde işe gitmede isteksizlik, ahlaki sıkıntıya neden olabilecek bazı hastalara bakım vermeme, klinik değişikliği, iş doyumunda azalma, tükenmişlik, işten ve meslekten ayrılma durumları ile karşılaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda birim değiştirmeyi isteyen hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cronqvist ve ark., 2007; Nathaniel, 2006). Gutierrez (2005), yaptığı bir çalışmada ahlaki sıkıntının etkilerini incelemiş ve en fazla duygusal ve profesyonel yaşama etkisi olduğunu belirtmiştir (Gutierrez, 2005).

Yapılan bir çalışmada hemşireler, yaşadıkları ahlaki sıkıntının işte kalmalarını, iş doyumlarını, fizyolojik ve psikolojik duygu durumlarını, öz güvenlerini ve manevi boyutlarını olumsuz olarak etkilediğini belirtmiştir (Elpern ve ark., 2005).

AACN (2008), hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntının ciddi ve önemli bir problem olduğunu, çalışma ortamındaki memnuniyetsizliğin hemşirelerde fiziksel ve duygusal strese neden olduğunu, bu durumun hemşirelik bakımında nitelik ve niceliğin etkilediğini ve daha

ileriki boyutlarda hemşirelerde mesleği bırakma düşüncesine sebep olabileceğini belirtmiştir (AACN, 2008).

Nathaniel (2006), 2025 yılına kadar Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi'nin bir milyon hemşirenin görevden ayrılacağını öngördüğünü; “ahlaki sıkıntının, hemşirelerin çalışma ortamından, hatta mesleklerinden ayrılmalarının önemli bir nedeni” haline gelebileceğini belirtmiştir. Ahlaki sıkıntının olumsuz etkilerinin 3 düzeyde ortaya çıkabileceğini (hasta, hemşire ve kurum) belirtmiştir. Hasta açısından çekilen ağrılarda artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, yetersiz ve uygun olmayan bakımın verilmesine sebep olabileceği bildirilmiştir (Nathaniel, 2006; Kızıltepe ve ark., 2019).

Yapılan çalışmalarda ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireleri, , ishal, kalp çarpıntısı, mide ve baş ağrısı, kas ağrısı gibi fiziksel tükenmişlik belirtileri ile birlikte(Fry ve ark., 2002; Ohnishi ve ark., 2010; Radzvin, 2011) suçluluk, hayal kırıklığı, sinirlilik, , umutsuzluk, güçsüzlük, pişmanlık ve anksiyete ile karakterize psikolojik semptomlar yaşadıkları saptanmıştır (Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Hamric ve ark., 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Austin, 2016).

Kurumun ahlaki sıkıntıyı önlemede başarılı olamaması, iş stresine ve personel değişimine neden olarak hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastane yönetiminin sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlaki sıkıntıyı önlemede başarılı olamaması strese ve iş değişimine neden olabilmektedir. Sık personel ve hemşire değişimi kurumun maliyetini artırmakta ve harcamaların artmasının yanı sıra yeni gelen hemşirelerin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması memnuniyetin azalmasına neden olmaktadır. Kurum itibarı ve güvenilirliği zarar görmekte ve daha az tercih edilmesine sebep olabilmektedir Bu yüzden çalışanların ahlaki sıkıntı yaşaması kurumları doğrudan etkileyen önemli bir sorun olarak değerlendirilmelidir(Zuzelo, 2007).

2.6.3. Ahlaki Sıkıntı ve Baş Etme Yolları

Ahlaki sıkıntı ile baş edebilmek için ahlaki sıkıntı kaynaklarını belirleyebilmek, ahlaki sıkıntı belirtilerini tanıyabilmek ve ahlaki sıkıntının istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek yöntemleri öğrenmek gereklidir (Savel., 2015; Kızıltepe ve ark., 2019).

AACN (2004) ahlaki sıkıntıyı azaltmak için 4A yaklaşımını geliştirmiştir:

Ask (Sor); Bu basamakta, hissedilen durumun ahlaki sıkıntı olup olmadığının belirlenmelidir. Burada ahlaki sıkıntının tanımı ve semptomları gözden geçirilmeli ve yaşanan sıkıntı ekip ile paylaşılmalıdır.

Affirm (Doğrula); Bu basamakta yaşanan durumla ilgili duyguların doğrulanması sağlanmalıdır. Doğrulama ile ahlaki bütünlüğün hangi yönünün tehdit altında olduğunun sorgulanması gereklidir.

Assess (Değerlendir); Bu basamak, ahlaki sıkıntının sebebinin ne olduğunun belirlenmesi ve uygulanması gereken doğru eylemin ne olduğunun belirlenmesinde önemlidir.

Act (Harekete Geç); Bu basamak ise, eylem için bir plan ve strateji geliştirerek bu planı uygulamaya koymada yol göstericidir (Savel, 2015; Kızıltepe ve ark., 2019).

2.6.4. Ahlaki Sıkıntının Değerlendirilmesi

Ahlaki sıkıntı sağlık bakımını etkileyen ve değerlendirilmesi önemli bir sorundur. Ancak ahlaki sıkıntıyı değerlendirmek için geliştirilen sınırlı sayıda ölçme aracı vardır. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği, yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı ölçmek amacıyla, ilk olarak Corley (1995) tarafından geliştirilmiş olup, orijinal adı ‘Moral Distress Scale (MDS) Nurse Questionnaire’ dir. Orijinal ölçek 32 madde ve üç alt boyuta (agresif bakım, eylem yanıtı, dürüstlük) sahipti. Daha sonra Hamric ve arkadaşları (2012), 32 maddelik ölçeği revize ederek 21 maddeye düşürmüştür. Bu ölçek ise sıklık ve rahatsızlık seviyesi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Ülkemizde ise ahlaki sıkıntı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Karagözoğlu ve ark., (2015) tarafından yapılmıştır. Wocial ve Weaver (2012) son iki hafta içindeki ahlaki sıkıntı seviyesini ölçmek için “Ahlaki Sıkıntı Termometresi” ni geliştirmiştir.

2.7. Etkisiz Tedavi ve Ahlaki Sıkıntı Arasındaki İlişki

Uluslararası literatür incelendiğinde, etkisiz tedavi ve ahlaki sıkıntı arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Moblely ve ark., 2007; Borhani ve ark., 2015). Ahlaki sıkıntı özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde, verilen tedavinin etkisiz olduğu bilinmesine rağmen yasal prosedürlerin yetersizliği nedeniyle tedaviye devam edilmesi zorunda kalındığı durumlarda gözlemlenmektedir (Meltezer ve ark., 2004; Mobley ve ark., 2007). Yapılan birçok araştırmada etkisiz tedavi ve ahlaki sıkıntı arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerinde etkisiz uygulama yapıldığını düşünen hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu ve çalışma süresi arttıkça ahlaki sıkıntının da arttığı dikkati çekmektedir (Moblely ve ark., 2007). YBÜ’de uygulanan etkisiz tedaviler, ahlaki sıkıntının kaynağını oluşturmaktadır (Borhani ve ark., 2015)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma yoğun bakım hemşirelerinin etkisiz uygulamalara ilişkin tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran 2020 tarihinde literatür taramasıyla başlamış olup; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın verileri 1 Ağustos 2020 - 30 Temmuz 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesinin yoğun bakım kliniklerinden toplanmıştır. Araştırma 17 Ocak 2022 tarihinde tez savunması yapılarak sonlandırılacaktır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmanın evreni, yoğun bakım ünitesinde çalışan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 123, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 72, Ege Üniversitesi Hastanesinde 128 olmak üzere toplam 273 hemşireden oluşmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip 1 Ağustos-30 Temmuz 2021 tarihleri arasında Cerrahi, Dahili ve Covid-19 yoğun bakım birimlerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve anketi eksiksiz dolduran 151 hemşire örneklemi oluşturmuştur. Araştırmamızda "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı analiz sonrasında test edilmiştir. Buna göre normal dağılım gösteren gruplarda fark olanlar üzerinde yapılan güç analizi sonrasında en düşük güç 0,74 en yüksek ise 0,99 olarak bulunmuştur.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmamızda ölçek ve anket kullanılmıştır.

3.4.1 Uygulama

Araştırmanın uygulanmasında, yoğun bakım hemşireleriyle çalıştıkları kliniklerde görüşülmüş, yapılan çalışmanın amacı anlatılmış, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra hazırlanan formları doldurmaları istenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği puanı, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanı

Bağımsız değişken; Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, medeni durum, kurumda çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi, çalışma şekli.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Tanıtıcı Özellikler Soru Formu(Ek-1), Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği (HETTÖ) (Ek-2) ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (ASÖ) (Ek-3)ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak oluşturulan, çalışmaya katılanların sosyo-demografik ve yoğun bakım ünitesinde etkisiz tedaviye ilişkin özelliklerin belirlendiği 22 sorudan oluşan bir formdur. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslekte çalışma süresi gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin soruları ve etkisiz uygulamanın tanımı, sıklığı, sürdürülme nedenleri gibi etkisiz tedavi ile ilgili soruları içermektedir.

3.6.2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği (HETTÖ) (Ek-2)

Hastanede çalışan yoğun bakım hemşirelerinin etkisiz tedavi tutumunu ölçmek amacıyla Yıldırım ve ark., (2017) tarafından geliştirilmiş, 18 maddelik bir ölçektir. Ölçekte 1-5 arasında likert tipi puanlama yapılmıştır. Ölçekteki maddelere ‘Kesinlikle Katılıyorum’ yanıtına 1, ‘Katılıyorum’ yanıtına 2, ‘Kararsızım’ yanıtına 3, ‘Katılmıyorum’ yanıtına 4, ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtına 5 puan verilerek toplam puan elde edilmiştir. Ters ifadelerde ise ‘Kesinlikle Katılıyorum’ yanıtına 5, ‘katılıyorum’ yanıtına 4, ‘kararsızım’ yanıtına 3, ‘Katılmıyorum’ yanıtına 2 ve ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtına 1 puan verilmiştir. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan 18-90 arasında olup, ölçekten alınan puanın düşük olması etkisiz uygulamaların yapılmaması tutumunu gösterdiğini, puanın yüksek olması ise etkisiz uygulamaların belli ilke ve prensipler doğrultusunda yapılabileceği tutumunun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin dört alt boyutu vardır. Bu alt boyutlarda “Tanımlama” 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., “Karar Verme” 8.,9.,10., 11., “Etik ilkeler ve Hukuk” 12., 13., 14. ve “İkilem ve Sorumluluklar” 15., 16.,17.,18. maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte 12. ve 15. maddeler ters ifadelidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik sonuçlarına göre, Cronbach (α) 0.72, test tekrar- test korelasyon kat sayısı (Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları) ise 0.92’dir (Yıldırım et al. 2019). Bu çalışmamızda, Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Cronbach’s Alpha (α) katsayısı,0.77 bulunmuştur.

3.6.3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Ek-3)

İlk olarak Corley (1995) tarafından yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntının sıklık ve yoğunluğunu değerlendirmek üzere geliştirilmiş olup, orijinal adı ‘Moral Distress Scale (MDS) Nurse Questionnaire’ dir. Orijinal ölçek 32 madde ve üç alt boyuta (agresif bakım, eylem yanıtı, dürüstlük) sahipti. Daha sonra Hamric ve arkadaşları (2012), 32 maddelik ölçeği revize ederek 21 maddeye düşürmüştür. Bu ölçek ise sıklık ve rahatsızlık seviyesi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bu bölümdeki iki açık uçlu soru; (a) Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan dolayı görevinizden istifa etmeyi veya ayrılmayı hiç düşündünüz mü ?ve (b) Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz? şeklindedir. Her bir yoğunluk (0-4) ve sıklık (0-4) değerlendirmesi 0-16 arasında dağılmaktadır. Ölçeğin test tekrar test korelasyon sayısı 0.58 ve Cronbach’s alpha katsayısı 0.88’dir (Hamric, 2012).

Ahlaki sıkıntı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Karagözoğlu ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmış olup, 21 maddeden oluşan sıklık (0-4) ve yoğunluk (0-4) olmak üzere 2 boyuttan oluşan bir ölçektir.

Ölçekten alınacak toplam puan 0-336 arasında olup, puanın yükselmesi moral sıkıntı düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı 0.85, test tekrar- test korelasyon kat sayısı (Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları) ise 0.82'dir. Çalışmamızda Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0.91 bulunmuştur.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Haziran 2020	Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama
Temmuz 2020	Öneri Sınavı
Ağustos 2020	Başhekimlik İzinleri
Eylül- Aralık 2020	Etik Kurul İzni
Ocak –Temmuz 2021	Veri Toplama
Ağustos – Aralık 2021	Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama Tez Yazım Süreci
Ocak 2022	Tez Bitirme Sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile; çarpıklık ve basıklık; varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirilebilir (Hayran ve Hayran, 2011). Normalliğin sağlanması için verilerin saçılma diyagramında değerlerin 45 derecelik doğruya yakın gözlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun ortanca çizgisini ortalarak konumlanması gerekir (Öztürk, 2011). Bu kapsamda, normal dağılım uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiş ve ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamadığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılması için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir (Kul, 2014).

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006).Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tüm dünyada yaşanan covid-19 salgını nedeniyle kurum izinlerinin çıkma süreci uzamış ve bu yüzden çalışmanın tamamlanması uzun sürmüştür.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulun' dan (Ek-8 26.10.2020 tarihinde (Karar no : 2020/26-67) yazılı onay, Araştırmanın yapılacağı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden (Ek-5), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Ek-6) ve Ege Üniversitesi Hastanesi'nden (Ek-7) yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yazılı ve sözlü onamları alınmış, çalışma Helsinki Deklerasyonuna uygun yürütülmüştür.



4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş (min-maks /ort±ss) →		21-47 / 28.62±5.24	
Klinikte Çalışma Süresi (min-maks /ort±ss) →		160-240 / 183.20±17.19	
Yaş	21- 25 yaş	47	31.1
	26-30 yaş	59	39.1
	31 yaş ve üstü	45	29.8
Cinsiyet	Kadın	130	86.1
	Erkek	21	13.9
Medeni durum	Bekar	96	63.6
	Evli	55	36.4
Çocuk	Yok	112	74.2
	Var	39	25.8
Çocuk sayısı	0	112	74.2
	1	23	15.2
	2	16	10.6
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	8	5.3
	Ön lisans	9	6.0
	Lisans	113	74.8
	Yüksek lisans	21	13.9
Çalışılan kurum	Dokuz Eylül Üni. Hast.	36	23.8
	Bozyaka Eğitim ve Araş. Hast	77	51.0
	Ege Üni. Hast.	38	25.2
Çalışılan klinik	Cerrahi Yoğun Bakım	92	60.9
	Dâhili Yoğun Bakım	46	30.5
	Covid Yoğun Bakım	13	8.9
Klinik pozisyon	Sorumlu Hemşire	4	2.6
	Klinik Hemşiresi	147	97.4
Aylık çalışma süresi	170 saat ve altı	46	30.5
	171-190 saat	55	36.4
	191 saat ve üstü	50	33.1
Aylık nöbet sayısı	Hiç	6	4.0
	1-5 nöbet	15	9.9
	5 ve üzeri	130	86.1
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu	Evet	93	61.6
	Hayır	58	38.4
Etik Eğitim	Alan	131	86.8
	Almayan	20	13.2
Toplam		151	100.0

Tablo 4.1 de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 28.62 ± 5.24 olup, %31.1'inin 21-25 yaş grubu, %39.1'inin 26-30 yaş, %29.8'inin ise 31 yaş ve üstü olduğu görölmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %86.1'inin kadın, %13.9'unun ise erkek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde, %63.6'sının bekar, %36.4'ünün evli olduğu, %74.2'sinin çocuk sahibi olmadığı, %25.8'inin çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olan hemşirelerin %15.2'sinin 1, %10.6'sının 2 çocuğu vardır.

Hemşirelerin %74.8'inin lisans mezunu, %51.0'inin Devlet Hastanesi, %25.2'sinin Ege Üniversite Hastanesi, %23.8'inin ise Dokuz Eylül Üniversite Hastanesinde çalıştığı, %60.9'unun Cerrahi Yoğun Bakım, %30.5'inin Dâhili Yoğun Bakım, %8.9'unun Covid Yoğun Bakımda, % 97.4'ünün klinik hemşiresi olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin klinikte aylık çalışma süreleri incelendiğinde %36.4'ünün 171-190 saat, %33.1'inin 191 saat ve üstü çalıştığı görölmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin aylık nöbet sayıları incelendiğinde, %86.1'inin 5 ve üzeri nöbet tuttuğu görölmektedir.

Katılımcıların hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları incelendiğinde, %61.6'sının isteyerek seçtiği, %38.4'ünün isteyerek seçmediği görölmektedir. Hemşirelerin %86.8'inin etkisiz tedavi ve etik boyutuna yönelik eğitim aldığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Uygulama Durumları, Sıklığı ve Nedenleri

Değişkenler		n	%
Etkisiz Uygulama			
Tanımı	Fayda sağlamama, yarar görmemek	82	54.3
	Son dönem hastaya yapılan gereksiz uygulamalar	29	19.2
	Gereksiz invaziv girişimler	6	4.0
	Plesebo uygulaması	8	5.3
	Tanımlama yapmayan	26	17.2
Uygulama durumu	Uygulanıyor	132	87.4
	Uygulanmıyor	19	12.6
Uygulandığı Durumlar	Toksik doz inotrop desteği	31	20.5
	Pre-ex hastaya gereksiz sedasyon uygulanması	17	11.3
	Gereksiz invaziv işlemler	34	22.5
	Gereksiz CPR	14	9.2
	Bitkisel hayattaki hastalara yapılan uygulamalar	10	6.6
	4. evre CA ya kemoterapi vermek	2	1.3
	Verilen hemşirelik bakımları	14	9.2
	Fikrim yok	29	19.2
Tedavinin Etkisiz Olduğunu Düşünme Nedenleri	Yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması	85	56.3
	Tedaviye cevap verme olasılığı taşımaması	100	66.2
	Sadece yaşam süresini uzatması	76	50.3
	Hastanın durumunu düzeltme şansı tanımaması	60	39.7
	Fizyolojik yarar sağlamaması	79	52.3
	Bireyin ağrı, acı çekme süresinin uzaması	61	40.4
	Fikrim yok	1	0.7
Etkisiz Tedavinin Sürdürülme Nedenleri	Hekim istemi	126	83.4
	Hastane yönetimi	80	53.0
	Hasta ailesi	55	36.4
	Dini inançlar	24	15.9
	Kişisel değerlerim	23	15.2
	Servis sorumlu hemşiresi	14	9.3
	Fikrim yok	3	2.0

Uygulama Sıklığı	Her gün	46	30.5
	Haftada bir	61	40.4
	Ayda bir	30	19.9
	Nadiren	14	9.2
Etkisiz tedaviyi engellemeye yönelik uygulamalar	Yok	146	96.7
	Var	5	3.3
Etkisiz tedaviyi engellemeye yönelik planlar	Yok	141	93.4
	Var	10	6.6
Etik ikilem yaşama durumu	Evet	94	62.3
	Hayır	57	37.7
Etik ikilemi çözümü şekli	Sessiz kalmak	20	13.2
	Hekim ile iletişime geçmek	42	27.8
	Hastaya bütüncül yaklaşmak	12	7.9
	Bilmiyorum	77	51.0
Toplam		151	100.0

Hemşirelerin yarısından fazlasının (54.3)etkisiz uygulamaları, fayda sağlamayan yararsız uygulamalar, %19.2'sinin son dönem hastaya yapılan gereksiz uygulamalar olarak tanımladığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %87.4'üYoğun bakımda bazı hastalara etkisiz uygulama yapıldığını belirtmiştir. Hemşirelerin cevaplarından etkisiz uygulamalar için verilen örnekler incelendiğinde, %20.5'inin fazla doz inotrop desteği verildiğini, %11.3'ünün pre-ex hastaya gereksiz sedasyon uygulaması yapıldığı, %22.5'inin gereksiz invaziv işlemlere maruz kaldığını ifade ettikleri görülmektedir.

Hemşirelerin verilen tedavinin etkisiz olduğunu düşünme nedenleri incelendiğinde; %56.3'ünün yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması, %66.2'sinin tedaviden beklentilere cevap verme olasılığı taşımaması, %50.3'ünün sadece yaşam süresini uzatması, %39.7'sinin hastanın durumunu düzeltme şansı tanımaması, %52.3'ünün fizyolojik yarar sağlamaması, %40,4'ünün bireyin ağrı, acı çekme süresinin uzaması cevabını verdikleri görülmektedir.

Etkisiz uygulamaların sürdürülmesinin ilk nedenlerine hemşirelerin; %53'ü hastane yönetimi, %83.4'ü hekim istemi , %36.4'ü hasta ailesi, %9.3'ü servis sorumlu hemşiresi cevabını verdikleri saptanmıştır.

Etkisiz uygulama sıklıkları incelendiğinde, hemşirelerin %30.5'i her gün, %40.4' haftada bir, %19.9'u ayda bir etkisiz tedavi uygulandığını belirtilmiştir.

Hemşirelerin %96.7'si çalıştığı yoğun bakımda etkisiz uygulamaları engellemek için hiçbir şey yapılmadığını ve %62.3' etkisiz uygulamalara ilişkin etik ikilem yaşadığını ve bu etik ikilemi nasıl çözmesi gerektiği incelendiğinde, %13.2'si sessiz kaldığını, %27.8'i hekim ile iletişime geçtiğini, %7.9'u hastaya bütüncül yaklaşarak sorunu çözmeye çalıştığını, %51'i ise bilmediğini ifade etmiştir.



Tablo 4.3. Hemşirelerin İstifa Etme Durumları ve Görevden Ayrılmayı Düşünme Yüzdeleri

	Değişkenler	n	%
İstifa Etmeyi Düşünme Durumu	Hayır, istifa etmeyi düşünmedim	108	71.5
	İstifa etmeyi düşündüm ama ayrılmadım	43	28.5
Görevden Ayrılmayı Düşünme	Evet	26	17.2
	Hayır	125	82.8
Toplam		151	100.0

Katılımcıların istifa durumları incelendiğinde, %71.5'inin hayır, istifa etmeyi düşünmedim, %28.5'inin istifa etmeyi düşündüm ama ayrılmadım cevabını verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların %17.2'sinin görevden ayrılmayı düşündüğü, %82.8'inin düşünmediği görülmektedir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Güvenirlik Analiz Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği	18	0.772
Tanımlama	7	0.824
Karar Verme	4	0.494
Etik İlkeler ve Hukuk	3	0.305
İkilem ve Sorumluluklar	4	0.486
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	42	0.918
Sıklık	21	0.909
Rahatsızlık Düzeyi	21	0.915

Araştırmada yapılan güvenirlik analizi uygulanan ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006).Güvenilirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40 -0.60 arasında ise düşük güvenirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005).

Çalışmamızda, Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği Cronbach's Alpha (α) katsayısı,0.77, Ahlaki sıkıntı ölçeği Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0.91 bulunmuştur.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puan Ortalamaları

	n	Minimu m	Maksimu m	Ortalama	SS.
Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği	151	18.00	70.00	40.64	6.79
Tanımlama	151	7.00	31.00	15.76	4.05
Karar Verme	151	4.00	15.00	8.30	1.81
Etik İlkeler ve Hukuk	151	3.00	12.00	6.15	1.76
İkilem ve Sorumluluklar	151	4.00	16.00	10.43	2.23
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	151	0.00	284.00	127.99	58.61

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri tabloda 4.5 de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 40.64 ± 6.79 'dur. Ölçeğin Tanımlama, Karar Verme, Etik İlkeler Ve Hukuk, İkilem ve Sorumluluklar alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla, 15.76 ± 4.05 , 8.30 ± 1.81 , 6.15 ± 1.76 , 10.43 ± 2.23 ' dir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması ise 127.99 'dur.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı özelliklerine göre HETTÖ ve ASÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları					
	Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği (HETTÖ)					Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (ASÖ)
	Tanımlama	Karar Verme	Etik İlkeler ve Hukuk	İkilem ve Sorumluluklar	Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş						
25 ve altı ¹	15.32±4.21	8.21±1.55	5.77±1.68	10.91±2.29	40.21±5.86	136.74±54.53
26-30 ²	15.66±3.68	7.69±1.67	6.2±1.74	10.07±2.17	39.63±6.18	134.46±58.93
31 ve üstü ³	16.33±4.36	9.20±1.93	6.49±1.82	10.4±2.20	42.42±8.13	110.38±59.72
Test Değeri	1.471	9.922	2.012	1.914	1.971	2.993
P	0.479	0.000*	0.137	0.151	0.373	0.053
Posthoc	-	3>1.2	-	-	-	-
Cinsiyet						
Kadın	15.82±4.06	8.55±1.67	6.18±1.76	10.43±2.18	40.98±6.81	128.05±58.89
Erkek	15.38±4.04	6.81±2.02	5.95±1.75	10.43±2.60	38.57±6.45	127.67±58.24
Test Değeri	-0.281	4.300	0.560	0.004	-1.250	0.027
P	0.779	0.000*	0.576	0.997	0.211	0.978
Medeni Durum						
Bekâr	15.63±3.77	8.02±1.67	6.00±1.64	10.28±2.14	39.93±5.74	133.34±58.07
Evli	15.98±4.52	8.80±1.96	6.42±1.94	10.69±2.39	41.89±8.23	118.65±57.12
Test Değeri	-0.313	-2.587	-1.411	-1.086	-1.284	1.488
P	0.755	0.011*	0.160	0.279	0.199	0.139
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	15.45±3.81	8.05±1.66	5.95±1.70	10.23±2.16	39.68±5.98	132.51±59.15
Var	16.64±4.61	9.03±2.06	6.74±1.80	11.00±2.36	43.41±8.18	115.02±55.73
Test Değeri	-1.251	-2.954	-2.481	-1.866	-2.317	1.613
P	0.211	0.004*	0.014*	0.064	0.021*	0.109
Çalışılan Kurum						
Dokuz Eylül Üni. Hast. ¹	15.14±3.89	7.89±1.80	6.31±2.00	10.22±2.27	39.56±6.65	135.64±54.01
Bozyaka Eğitim ve Aras. Hast. ²	16.00±4.03	8.47±1.74	5.95±1.58	10.69±2.25	41.10±6.32	135.09±58.90
Ege Üni. Hast. ³	15.84±4.30	8.37±1.96	6.42±1.85	10.11±2.15	40.74±7.85	106.37±58.29
Test Değeri	1.472	1.283	1.102	1.075	2.288	3.577
P	0.479	0.280	0.335	0.344	0.319	0.030*
Posthoc	-	-	-	-	-	2>3
Çalışılan Klinik						
Cerrahi Yoğun Bakım ¹	15.74±3.73	8.3±1.82	5.99±1.61	10.74±2.25	40.77±5.96	126.84±54.65
Dâhili Yoğun Bakım ²	16.24±4.82	8.15±1.92	6.5±2.11	9.93±2.22	40.83±8.69	113.72±59.92
Covid Yoğun Bakım ³	14.15±3.02	8.85±1.34	6.08±1.26	10±1.87	39.08±4.66	186.69±47.94
Test Değeri	2.333	0.739	1.314	2.296	0.842	8.717
P	0.311	0.480	0.272	0.104	0.656	0.000*
Posthoc	-	-	-	-	-	3>1.2

Klinikte Çalışma Süresi						
2 yıl ve altı ¹	15.13±4.07	7.88±1.67	5.87±1.83	10.38±2.41	39.26±6.56	141.28±55.69
3-9 yıl ²	15.50±3.36	8.30±1.52	6.08±1.44	10.20±1.98	40.08±4.75	125.90±59.40
10 yıl üstü ³	17.40±4.38	9.23±2.10	6.86±1.78	10.80±2.11	44.29±8.03	101.54±56.07
Test Değeri	4.020	7.142	3.997	0.709	7.306	5.905
p	0.020*	0.001*	0.020*	0.494	0.001*	0.003*
Posthoc	3>1	3>1	3>1	-	3>1	1>3
Aylık Çalışma Süresi						
170 ve altı	16.76±4.35	8.52±1.89	6.24±1.93	10.65±2.06	42.17±7.74	122.74±59.89
171-190	15.00±3.81	8.02±1.85	6.47±1.67	10.33±2.46	39.82±6.71	124.11±50.14
191 ve üstü	15.66±3.91	8.42±1.69	5.72±1.63	10.34±2.15	40.14±5.79	137.10±65.75
Test Değeri	3.686	1.117	2.533	0.324	2.283	0.908
p	0.158	0.330	0.083	0.724	0.319	0.405
Mesleği İsteyerek Seçme						
Evet	16.42±3.88	8.24±1.72	6.16±1.61	10.67±2.24	41.48±5.92	121.18±56.39
Hayır	14.69±4.13	8.41±1.97	6.14±1.99	10.05±2.19	39.29±7.86	138.91±60.91
Test Değeri	-2.636	-0.582	0.079	1.656	-2.144	-1.822
p	0.008*	0.561	0.937	0.100	0.032*	0.070

*p<0.05

Tablo 4.6’da Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere göre Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Katılımcıların yaşlarına göre karar verme alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan posthoc testi sonucunda; yaşı 31 ve üstü olan katılımcıların Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği karar verme alt boyut puanlarının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin yaşlarına göre Ahlaki Sıkıntı puan ortalamaları incelendiğinde 25 yaş altı hemşirelerin puan ortalamasının anlamlı (136.74±54.53) olduğu, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

HETTÖ karar verme alt boyut puan ortalamasının kadın hemşirelerde (8.55±1.67) erkek hemşirelere (6.81±2.02) göre anlamlı bir fark ile daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ASÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Hemşirelerin medeni durumuna göre, HETTÖ karar verme alt boyut puanları incelendiğinde, evli hemşirelerin karar verme alt boyut puan ortalamalarının bekar hemşirelere göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bekar hemşirelerin ASÖ puan ortalaması 133.34± 58.07 iken evli hemşirelerin 118.65± 57.12 olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.6. da, çocuğu olan hemşirelerin, HETTÖ toplam puan ortalaması, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamalarının çocuğu olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre HETTÖ toplam puan, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin klinikte çalışma süresine göre HETTÖ toplam puan, ölçeğin tanımlama, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan posthoc testi sonucunda; klinikte çalışma süresi 10 yıl üstü olan hemşirelerin, HETTÖ, tanımlama, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamasının klinikte çalışma süresi 2 ve altı olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin klinikte çalışma sürelerine göre Ahlaki Sıkıntı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Klinikte çalışma süresi 2 ve altı olan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının klinikte çalışma süresi 10 yıl üstü olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan posthoc testi sonucunda; Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının, Ege Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan posthoc testi sonucunda; Covid-19 Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Mesleği isteyerek seçme durumlarına göre HETTÖ toplam puan ve tanımlama alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Mesleği isteyerek seçen katılımcıların HETTÖ tanımlama alt boyut puanlarının mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.7.HemşirelerinEtkisiz Uygulama Özelliklerine GöreHETTÖ Ve ASÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları					
	Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği					Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
	Tanımlama	Karar Verme	Etik İlkeler ve Hukuk	İkilem ve Sorumluluklar	Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Etik konulara yönelik eğitim						
Alan	15.63±3.45	8.25±1.72	6.15±1.65	10.50±2.10	40.53±5.52	126.77±55.30
Almayan	16.6±6.88	8.65±2.37	6.15±2.41	9.95±3.0	41.35±12.46	136.00±78.20
Test Değeri	-0.003	-0.913	0.006	1.034	-0.492	-0.655
p	0.998	0.363	0.995	0.303	0.623	0.514
Yoğun bakımda etkisiz uygulama yapılabilir						
Katılıyorum	15.59±3.97	8.14±1.72	6.15±1.81	10.46±2.27	40.34±6.68	131.36±57.55
Katılmıyorum	16.89±4.53	9.47±2.04	6.16±1.38	10.21±1.99	42.74±7.39	104.58±62.08
Test Değeri	-1.020	-3.088	-0.015	0.458	-1.301	1.878
p	0.308	0.002*	0.988	0.647	0.193	0.062
Etkisiz uygulama sıklığı						
Her gün ¹	15.22±4.35	7.83±1.77	6.22±1.74	10.41±2.19	39.67±5.86	135.41±59.44
Haftada bir ²	14.61±3.25	8.26±1.82	6.03±1.71	10.02±2.00	38.92±5.91	135.05±57.11
Ayda bir ³	16.90±3.77	8.60±1.63	5.97±1.59	10.73±2.74	42.20±7.10	111.90±48.66
Diğer ⁴ (birleştirme yapıldı)	20.07±3.63	9.43±1.91	6.86±2.32	11.64±1.78	48.00±7.69	107.36±74.69
Test Değeri	24.853	3.275	0.976	2.322	22.176	1.907
p	0.000*	0.023*	0.406	0.078	0.000*	0.131
Post hoc	1.2<4	1<4	-	-	1.2<4	-
Etkisiz uygulama engellemek için plan durumu						
Hayır	15.73±4.06	8.30±1.85	6.16±1.75	10.44±2.27	40.62±6.85	127.19±58.71
Evet	16.10±4.18	8.40±1.26	6.10±2.02	10.30±1.64	40.90±6.31	139.30±58.94
Test Değeri	-0.101	-0.171	0.097	0.191	-0.461	-0.630
p	0.919	0.864	0.923	0.849	0.645	0.530
Etkisiz Uygulama Yüzünden Etik İkilem						
Evet	15.37±3.69	8.39±1.82	6.01±1.78	10.56±2.27	40.34±6.49	132.42±58.91
Hayır	16.39±4.55	8.16±1.82	6.39±1.71	10.21±2.17	41.14±7.30	120.68±57.87
Test Değeri	-1.482	0.773	-1.275	0.943	-0.811	1.195
p	0.138	0.441	0.204	0.347	0.417	0.234
Görevden Ayrılmayı Düşünme						
Evet	15.62±5.43	7.92±2.00	5.50±1.88	9.73±2.81	38.77±9.79	134.69±65.88
Hayır	15.78±3.73	8.38±1.77	6.29±1.71	10.58±2.08	41.03±5.97	126.60±57.17
Test Değeri	0.243	-1.180	-2.103	-1.770	-0.820	0.639
p	0.808	0.240	0.037*	0.079	0.412	0.524

*p<0.05

Hemşirelerin etik konulara yönelik eğitim alma durumlarına göre HETTÖ ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Katılımcıların etik konulara yönelik eğitim alma durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Hemşirelerin yoğun bakımda etkisiz uygulama yapma fikrine katılma durumlarına göre HETTÖ karar verme alt boyutupuan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Hemşirelerin yoğun bakımda etkisiz uygulama yapılma fikrine katılma durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Etkisiz uygulama sıklığına göre HETTÖ toplam puan ve tanımlama, karar verme; alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılık gösteren gruba tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, tanımlama boyutu için nadiren grubu her gün ve haftada bir uygulama sıklığı belirtenlere göre daha düşük puan ortalamasına sahiptir. HETTÖ toplam puan ortalaması için etkisiz uygulamaların nadiren yapıldığını belirten hemşirelerin puan ortalaması her gün ve haftada bir uygulama sıklığı olanlardan daha düşük bulunmuştur. Ancak HETTÖ'nün etik ilkeler ve hukuk; ikilem ve sorumluluklar boyutundan alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Hemşirelerin etkisiz uygulama sıklığına göre Ahlaki Sıkıntı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hemşirelerin görevden ayrılmayı düşünme durumlarına göre tanımlama, karar verme; ikilem ve sorumluluklar alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak görevden ayrılmayı düşünme durumlarına göre etik ilkeler ve hukuk alt boyutundan alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Görevden ayrılmayı düşünmeyenlerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin görevden ayrılmayı düşünme durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.Hemşirelerin HETTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması ve ASÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6
1-Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği	1					
2-Tanımlama	0.866**	1				
3-Karar Verme	0.541**	0.240**	1			
4-Etik İlkeler ve Hukuk	0.529**	0.303**	0.288**	1		
5-İkilem ve Sorumluluklar	0.615**	0.387**	0.172*	0.039	1	
6- Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	-0.128	-0.176*	-0.111	0.095	-0.054	1

**p<0,01: *p<0.05 *Pearson Korelasyon Testi

Hemşirelerin HETTÖ düzeyi ile Ahlaki Sıkıntı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:-0.128; p>0.05).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği tanımlama alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.176; p<0.05).

Hemşirelerin HETTÖ karar verme alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:-0.111; p>0.05).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği etik ilkeler ve hukuk alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır (r:0.095; p<0.05).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ikilem ve sorumluluklar alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r:-0.054; p>0.05).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ortamında çalışan hemşireler hastalara verilen bazı etkisiz tedaviler sonucu ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır. Çalışmaya katılan 151 hemşirenin yaş ortalaması 28.62 ± 5.24 olup, %59'unun 26-30 yaş aralığında olduğu, %86.1'inin kadın, %13.9 erkek, %74.8'ünün lisans mezunu olduğu ve %61.6'i mesleğini isteyerek seçen hemşirelerden oluştuğu görülmüştür. (Tablo 4.1)

Çalışmamızda hemşirelerin büyük bir kısmının (%54.3) etkisiz uygulama 'hastaya fayda sağlanmayan ve hastanın tedaviden hiçbir yarar görmediği durumlar' olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2). Eşer ve ark.'nın (2018) yapmış olduğu benzer bir çalışmada da, hemşirelerin yine yarıya yakınının (%49.3) etkisiz tedaviyi 'zararı yararından fazla olan tedavi' olarak tanımladıkları görülmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu (%87.4) hastalara etkisiz tedavi uyguladıklarını belirtmiştir (Tablo 4.2). Eşer ve ark.'nın (2018) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin %77.3'ünün etkisiz tedavi uyguladıkları bildirilmiştir. Amoroso ve ark., (2019) yaptığı bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların 1/3 'ine etkisiz tedavi uygulandığını belirtmiştir. Palda ve ark. (2005) Kanada'da yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin (%87.0) ve hemşirelerin (%95.0) büyük çoğunluğunun etkisiz uygulamalar yapıldığını ifade ettiğini bildirmiştir. Özden ve ark. (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının (%60) yoğun bakım ünitesinde etkisiz tedavi ve uygulama yaptığını belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelere, verilen tedavinin niçin etkisiz olduğunu düşündükleri sorulduğunda, en fazla (%66.2) 'tedaviye yanıt verme şansı taşımaması' cevabını verdikleri görülmüştür (Tablo 4.2). Özden ve ark. da (2012) hemşirelerin, hastaya yapılan girişimlerin etkisiz olduğunu düşünmelerinin ilk nedenini, bizim bulgumuz ile benzer bulmuştur.

Çalışmamızda etkisiz uygulamayı sürdürme nedenlerini hemşireler ilk sırada hekim istemi (%83.4), ikinci sırada hastane yönetimi (%53.0) sonrasında da (%36.4) aile isteği olarak belirtmiştir (Tablo 4.2). Aghabarary ve Nayeri (2017) 'nin çalışmasında, en çok hasta ve ailesinin tedavinin sürdürülmesi için ısrar etmesi olduğu, sonrasında ise sağlık profesyonellerinin kişisel değerleri ve yönetsel sorumluluklarının neden olduğu belirtilmiştir. Özden ve ark., (2012) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin etkisiz uygulamaları sürdürme nedenleri arasında en çok hekim istemi (%30.0) ve hastane yönetimi (%30.0) cevaplarını verdikleri görülmüştür. Sibbald ve ark., (2007) da yaptıkları çalışmada, en çok aile isteği, sonrasında ekip iletişimsizliği ve zaman yetersizliği nedeniyle etkisiz tedavi ve

uygulamalar yapıldığını saptamıştır. Palda ve ark., (2005) yaptıkları bir çalışmada, yararsız tedavi uygulanma nedenlerinin ilk sırada aile isteği (hekim %91, hemşire %91), sonrasında hekim isteği (hekim %84, hemşire %91) ve yasal zorunluluktan (hekim %75, hemşire %84) kaynaklandığını bildirmektedir. Eşer ve ark., (2018) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin %65.3'ü etkisiz tedavi uygulamasına doktorların karar verdiğini ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %41.4' ü bu kararın tüm ekip tarafından verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Fundora ve ark., (2020) pediatrik yoğun bakım ünitesinde yaptıkları çalışmada, etkisiz tedavinin geri çekilmesi için verilen kararlarda ailenin isteği ve kültürel yapısının da etkili olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde son dönem hastalar için yaşam desteğinin geri çekilmesi ya da tedaviye hiç başlanmaması konuları net olarak aydınlatılmamıştır (Erkeköl ve ark., 2002). Aynı zamanda yine ülkemizde yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılması ya da bu tedavilere hiç başlanmaması konusunda ulusal kriterlerin belirlenmesine gereksinim bulunmaktadır (TTB, 2010).

Çalışmamızda, hemşirelerin tamamına yakını (%96.7) etkisiz tedaviyi engellemeye yönelik şu an yapılan bir uygulama olmadığını ve bu tedaviyi engellemeye yönelik gelecekte de bir planın olmadığı (%93,4) bulunmuştur (Tablo 4.2). Özden ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada, bizim bulgumuz ile paralel bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısı %51.0'i etkisiz tedavi ve uygulamalar sonucu karşılaşılan etik ikilemlerle nasıl baş edeceklerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bir kısmı (%27.8) ise hekim ile iletişime geçerek etkili bir ekip iletişimi ile sorunu çözebileceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Eşer ve ark.,(2018) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %64' ü etkisiz uygulamalar sırasında etik ikilem yaşadıklarını ve %70.8' i bu etik ikilemleri çözemediklerini belirtmişlerdir. Sibbald (2007)'in yaptığı çalışmada ise, ekip içi iletişimin artırılması ve kararlar alınırken çoğu zaman ekip içinde etkili bir anlaşmaya varılamadığını bildirilmiştir. Ferrand ve ark., (2003)' nın hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararlar ile ilgili algılarını incelediği çalışmasında, karar verme sürecinde hekim ve hemşirelerin büyük bir kısmının iş birliği içinde olunması gerekliliğine inandıkları fakat bu kararlara hemşirelerin çok az kısmının (%27) dahil olabildiği belirtilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin etkisiz uygulamalara yönelik tutumları orta düzeyde (40.64 ± 6.79) bulunmuştur. Yekefallah'ın (2015) yaptığı bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin etkisiz tedavi algısını belirlemek istemiş ve etkisiz tedavi yönetiminde hemşirelerin anahtar rol oynadığını belirtmiştir. Mohammadi'nin (2015) farklı

yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerle (n=170) karşılaştırmalı olarak gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelerin etkisiz tedavi ile ilgili farkındalık düzeyinin orta düzeyde olduğu, etkisiz tedavi hakkında bilgi edinmeye ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi düşük olarak (127.99 ± 58.61) bulunmuştur (Tablo 4.5). Wenven ve ark., (2018) Çin’de yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi düşük olarak bulunmuştur. Ahlaki sıkıntı düzeyi yüksek olan hemşirelerin ise en fazla ölüm sürecini uzatan eylemlerin yapılmaya devam edilmesi ve aile isteği sebepleriyle sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir. Borhani ve ark., (2015) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Etkisiz tedavinin ahlaki sıkıntı düzeyini artıran en önemli etken olduğu belirtilmiştir. Elçelik (2021) yaptığı çalışmada yoğun bakım ortamında çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama düzeyini incelemiş ve orta düzeyde olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin yaşları arttığında, Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının arttığı, özellikle karar verme puan ortalamalarının anlamlı fark ile arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Hemşirelerin yaşı arttıkça etkisiz tedavilerin yapılabileceği eğiliminde oldukları söylenebilir. Mobley ve ark., 2007 yılında yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelerin yaşları ve deneyimleri arttıkça verilen etkisiz tedavinin farkındalığında artış olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde kadın ve evli hemşirelerin, HETTÖ karar verme puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$.) Katılımcıların çocuklarının olma durumlarına göre ise Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği puanları, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$)(Tablo 4.6). Hemşirelerin bu alanda yaşları ve deneyimleri arttıkça baş etme yeteneklerinin de arttığı ve karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunduğu söylenebilir. Rostami ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin demografik (yaş, cinsiyet, çalışılan klinik, medeni durum) özellikleri ile etkisiz tedaviyle ilgili tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, Mobley ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada ise etkisiz tedavi ve demografik özelliklerden özellikle yaş açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre Ahlaki Sıkıntı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının, Ege Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatürde hemşirelerin yönetimden yeterli desteği alamadığı ve kurum yöneticilerinin yaşanan ahlaki sıkıntı ile ilgili bilgisi olmadığı durumlarda ahlaki sıkıntı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gutierrez, 2005; Maluwa, 2012). Çıkan sonuca göre ahlaki sıkıntı puanı yüksek olan hemşirelerin, kurumdanyeterli desteği almadığı ya da yönetim tarafından gerekli politikaların etkili bir şekilde geliştirilememiş olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kliniklerine göre yaşadıkları Ahlaki Sıkıntı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Anket sonucuna göre en fazla Covid-19 yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir. Covid-19 yoğun bakım ünitelerinde hastalık ve tedavi süreci ile ilgili, diğer yoğun bakım ünitelerine kıyasla daha fazla bilinmezlik durumu yaşanmasından dolayı stres düzeyinin etkilendiği ve hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadığı düşünülebilir. Yapılan diğer çalışmalarda özellikle yoğun bakım, onkoloji ve transplantasyon kliniklerinde çalışanlarda daha fazla ahlaki sıkıntı yaşandığı ifade edilmiştir (Hamric, 2012; Lazzarin, 2012). Bu kliniklerde terminal dönemdeki hastaların ölüm sürecini uzatan etkisiz ve agresif tedavi uygulamaları ile sıklıkla karşılaşılması, hasta otonomisini göz ardı eden uygulamalar, ağrıyı kontrol edememe, yetkin olmayan profesyoneller ile çalışma, yetersiz aydınlatılmış onam ve görev tanımlarındaki belirsizlik sonucunda çoğunlukla ahlaki sıkıntının yaşanmasına neden olabilmektedir (Mobley, 2007; Hamric, 2012; Elpern, 2015; Piers, 2012; Coley, 2005; Atashzadeh, 2012).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin klinikte çalışma sürelerine göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği toplam puanları ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6). Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeğinde klinikte çalışma süresi 10 yıl üstü olan katılımcıların, klinikte çalışma süresi 2 ve altı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenirken, Ahlaki Sıkıntı Ölçeğinde ise klinikte çalışma süresi 2 ve altı olan katılımcıların puanlarının klinikte çalışma süresi 10 yıl üstü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Deneyimi daha az ve yaşı daha genç olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile baş etme konusunda deneyimli olan hemşirelere göre daha az etkili olduğu düşünülebilir. Yıldırım ve ark.'nın (2013) yaptığı bir çalışmada ise bizim çalışmamızın tersine deneyimi az ve genç olan hemşireler meslek yaşamlarının ilk yıllarında etik karar vermede kendilerini daha ön planda ve etkin görmeyip daha az stres yaşarken, deneyimleri ve sorumlulukları artan hemşirelerin daha yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Yıldırım ve ark., 2013). Maluwa ve ark. 2012'de yaptıkları çalışmada ise daha az deneyimli ve genç hemşirelerin ahlaki sıkıntı konusunda etkili baş etme

mekanizmalarını henüz ilk yıllarında etkili kullanamadığını araştırma sonuçları ile desteklemektedir. Elpern ve ark., (2005) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin çalışma yılları arttıkça, ahlaki sıkıntı düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin istifa durumları incelendiğinde, %71.5'inin istifa etmeyi düşünmediği, %27.8'inin istifa etmeyi düşündüğü ama ayrılmadığı ve %17.2'sinin görevden ayrılmayı düşündüğü görülmüştür (Tablo 4.3). Analiz sonuçlarına göre Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı ölçeği arasında istifa etme ile ilgili anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği'nin etik ilkeler ve hukuk alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Görevden ayrılmayı düşünmeyenlerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda ahlaki sıkıntı düzeyi yüksek olan hemşirelerin pozisyon değiştirmeyi daha fazla düşündükleri vurgulanmış olup, Lazzarin ve ark. (2012), hemşirelerin %13.7'sinin ahlaki sıkıntıdan dolayı birim ya da hastane değiştirmeyi, Hamric ve ark. (2012) %20.0' sinin Cavaliere ve ark. (2010) ise %10'unun, işten ayrılmayı düşündüğünü belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise Corley ve ark. (2005) yaşanan ahlaki sıkıntıdan dolayı hemşirelerin %15.0'inin istifa ettiklerini saptamıştır.

Çalışmamızda Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği tanımlama alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r:-0.176$; $p<0.05$) (Tablo 4.8). Hemşirelerin etkisiz uygulamaları tanımlamaya ilişkin tutumları arttığında, ahlaki sıkıntı düzeyleri azalmaktadır. Çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin etkisiz tedavi ile ilgili farkındalığı arttığında, ahlaki sıkıntı ile baş etme düzeylerinin de arttığı ve daha az ahlaki sıkıntı yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.8). Analiz sonuçlarına göre; sadece Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği etik ilkeler ve hukuk alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r:0.095$; $p<0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmaya katılan hemşirelerin etkisiz uygulamalara ilişkin etik düşünebilme ve eleştiri yapabilme farkındalıkları arttıkça, yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeylerinin de arttığı söylenebilir. Mobley ve ark.'nın 2007 yılında yaptıkları çalışmada, yoğun bakımda etkisiz uygulama yapıldığını düşünen hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin etkisiz uygulamalar yapıldığına ilişkin algılamalarının, ahlaki sıkıntıya

sebepler olduğu ve sonuçta tükenmişlik yaşanmasına neden olduğu bildirilmektedir (Meltzer ve ark., 2004; Mobley ve ark., 2007). Meltzer (2004) hemşireler ile yaptđđ çalışmasında (n=60) yoğun bakım hemşirelerinin etkisiz tedavi algısı ve tükenmişlik arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda etkisiz tedavi ve ahlaki sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ferrell 2006 yılında yaptđđ çalışmada ise hemşirelerin (n=108) deneyimlediği etkisiz tedavi ve ahlaki sıkıntı düzeyi ilişkisini incelemiş ve etkisiz tedavinin hemşirelerde ahlaki sıkıntıya neden olduğunu ifade etmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin etkisiz uygulamalara ilişkin tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmamızın sonucunda, hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum puanları ile Ahlaki Sıkıntı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.62 ± 5.24 olup, %31.1'inin 21-25 yaş grubu, %39.1'inin 26-30 yaş, %29.8'inin ise 31 yaş ve üstü olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin cinsiyet dağılımına bakıldığında %86.1'inin kadın, %13.9'unun ise erkek olduğu, %74.8'inin lisans mezunu, %61.6'sının ise mesleği isteyerek seçtiği bulunmuştur. (Tablo 4.1.)

Çalışmamızda hemşirelerin yarıdan fazlasının (%41.1+13.2 =%54.3) etkisiz uygulamaları, fayda sağlamayan yararsız uygulamalar olarak tanımladığı, %17.2'sinin ise bilmiyorum cevabını verdikleri, hemşirelerin %87.4'ünün “Yoğun bakımda etkisiz uygulama yapılabilir” ifadesine katıldıkları görülmüştür (Tablo 4.2).

Çalışmamızda hemşirelerin verdiği cevaplara göre etkisiz uygulamaların sürdürülme nedenleri en çok %83.4 ile hekim istemi olarak bulunmuştur. Etkisiz uygulama sıklıkları incelendiğinde ise hemşirelerin %40.4'ünün haftada bir etkisiz tedavi uygulandığını bildirdikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmamızda hemşirelerin %62.3'ünün hemşire olarak etkisiz uygulama yaptığını düşündüğünde etik ikilem yaşadığı ve bu etik ikilemi nasıl çözmesi gerektiği incelendiğinde, %13.2'sinin sessiz kaldıkları, %27.8'inin hekim ile iletişime geçerek ekip iletişimi ile sorunu çözdükleri, %51'inin bilmiyorum cevabını verdiği sonucuna varılmıştır (Tablo 4.2).

Çalışmamızda araştırmaya katılan HETTÖ toplam puan ortalaması 40.64 ± 6.79 bulunmuştur. ASÖ toplam puan ortalaması ise 127.99 ± 58.61 bulunmuştur (Tablo 4.5).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği karar verme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği karar verme alt boyut puan ortalamasının kadın hemşirelerde (8.55 ± 1.67) erkek hemşirelere (6.81 ± 2.02) göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ile daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak cinsiyete göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.6).

Katılımcıların medeni durumuna göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği karar verme alt boyut puanları incelendiğinde, evli hemşirelerin karar verme alt boyut puanlarının bekar hemşirelere göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ancak medeni durum ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.6).

Çalışmamızda hemşirelerin klinikte çalışma sürelerine göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği toplam puan, tanımlama, karar verme, etik ilkeler ve hukuk alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu, yine klinikte çalışma sürelerinin göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kuruma ve çalıştıkları kliniklere göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir (Tablo 4.6).

Araştırmamızda hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği tanımlama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 4.6.)

Çalışmamızda hemşirelerin etik konulara yönelik eğitim alma durumlarına göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları arasında ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.7).

Çalışmamızda hemşirelerin etkisiz uygulama sıklığına göre Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ve tanımlama, karar verme; alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 4.7.)

Çalışmamızda hemşirelerin görevden ayrılmayı düşünme durumlarına göre tanımlama, karar verme; ikilem ve sorumluluklar alt boyut puanları arasında ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.3).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği tanımlama alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8.).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği karar verme alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği etik ilkeler ve hukuk alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8).

Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutum Ölçeği ikilem ve sorumluluklar alt boyut puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8).

Öneriler:

- Hizmet içi eğitimler programlanarak hemşirelerin etkisiz tedaviyi daha iyi tanımlayabilmeleri sağlanarak farkındalıklarının arttırılması,
- Hemşirelerin etkisiz tedavi tutumunu ve ahlaki sıkıntı düzeylerini etkileyen faktörleri araştıran daha fazla çalışmanın planlanması,
- Hemşirelerin etkisiz tedaviye yönelik farkındalıklarını artıracak klinik içi eğitimler yapılması.

7. **KAYNAKLAR**

1. Acar V.,Yararsız Tedavi Türkiye Biyoetik Dergisi, 2016 Vol. 3, No. 2, 74-84
2. Ackermann R.J. (2000). Withholding and with-drawing lifesustaining treatment. Journal of American Family Physician, 62(7):1555-60
3. Aghabarary M. and Nayeri N.D., Reasons behind providing futile medical treatments in Iran:A qualitative study Nursing Ethics 2017, Vol. 24(1) 33–45
4. Akpınar A., Ersoy N. (2012). Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(1):37-45
5. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Moral distress. Available at: <http://www.aacn.org/aacn/pubpolicy.nsf/vwdoc/pmp>. Accessed January 23, 2008.
6. Amoroso S., Chalela J.A., Perception of Provision of Futile Care Among Clinicians in the Neuroscience Intensive Care Unit Journal of Neuroscience Nursing Volume 51 • Number 5 • October 2019
7. Appelbaum PS (2007) Assessment of patient's competence to consent to treatment. N Engl J Med, 357(18):1834-1840
8. Asayesh H., Mosavi M. , Abdi M., Masoud M.P., Jodaki K., The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses J Med Ethics Hist Med 11: 2, March, 2018
9. Austin W. Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. Healthcare management SAGE Publications 2016;(29);131-133.

10. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. Yoğun Bakım Dergisi 2014; 5: 1-4.
11. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. (2010) Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52: 76-81.
12. Baştürk E. (2003). Do–Not–Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. Türk Klinik Tıp Etiği Hukuku Tarihi, 11(1):12-21.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2013.
14. Bjurling-Sjöberg P, Wadensten B, Pöder U, Jansson I, Nordgren L. Balancing intertwined responsibilities: a grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. Journal of Interprofessional Care 2017;31:233-44.
15. 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 2015; 8: 2.
16. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. Social Science and Medicine 2010;71(9):1687-1691.
17. Büyüköztürk, Ş. (2011). Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi

18. Canadian Nurses Association (CNA). Ethical distress in health care environments. http://www.cnanurses.ca/can/documents/pdf/publications/ethics_Pract_Ethical_Issues_June_1998_e.pdf
19. Cantor MD.,Clarence H., Braddock III CH., Derse AR, Edwards DM., Logue GL., Nelson W., Prudhomme AM., Pearlman RA., Reagan JE., Wlody GS., Fox E., Do-Not Resuscitate Orders and Medical Futility .Arch Intern Med. 2003;163:2689-2694
20. Carter HE., Lee XJ. Factors associated with non-beneficial treatments in end of life hospital admissions : a multicentre retrospective cohort study in Australia. BMJ Open 2019.
21. Cerit B., Öztürk E., Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ahlaki Duyarlılığı İle Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Deuhfed 2021, 14(2),116-123
22. Chowdhury D., DuggalA.K., Intensive care unit models: Do you want them to be open or closed? A critical review Neurol India Jan-Feb 2017;65(1):39-45.
23. Corley C, Elswick R. K, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing 2001;33(2):250-256.
24. Cosgrove JF, Nesbitt ID and Bartley C. Futility and the critically ill adult patient: A framework. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2006; 17: 255-262.
25. Cronqvist A, Nyström M. A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. J Nurs Manag 2007; 15: 458-65.

26. Dalcı B.K., Şendir M., Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi F.N. Hem. Derg, 2016; 24(1): 1-9. ISSN 2147-4923 Araştırma Makalesi
27. Demir Y, Akın E, Eşer İ, Khorshid L. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri 2009;1:1-11
28. Dikmen Y. 3.Yoğun Bakımların Akılcı Kullanımı Sempozyumu 'Yaşam Sonu Kararlar', İstanbul, 2019. Web Sitesi: <https://Www.Yogunbakim.Org.Tr/Haberler/2571/3.-Yogun-Bakimlarin-Akilci-Kullanimi-Sempozyumu>
29. Düzgün D., Yılmaz D.U., Karaman D., Çınar H.G, Dikmen Y., Yılmaz D., Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi DOI: 10.16899/gopctd.511231 J Contemp Med 2019;9(1):32-36
30. Elçelik U.E.,Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Son Dönem Hasta Bakımında Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisi Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Ocak 2021 Yüksek Lisans Tezi
31. Elçigil A.,Bahar Z.,Beşer A., Mızrak B.,Bahçelioğlu D., Demirtaş D., Özdemir D., Özgür E.,Yavuz H., Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14: 2
32. Elperin EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14: 523-30
33. Erdemir A.D., Erer S. Öncel Ö., (Ed.). 2009 21. Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri Etik ve Hukuksal Yönler 1. Baskı Ankara Nobel Yayın Dağıtım

34. Erkeköl F.Ö., Numanoğlu N., Gürkan Ö.U ve ark. (2002) Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. Toraks Dergisi, 3(3):307–316 Erişim <http://www.saglikhakki.org/yog-etik.htm> 28.11.2021
35. Er RA (2014) Yoğun Bakıma İlişkin Etik Sorunlar. İn: Çelik S. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Nobel Tıp Kitabevleri. p: 213-228. İstanbul.
36. Espinosa L, YoungA, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. Crit Care Nurs Q. 2010 33(3):273-81.
37. Eşer İ., Çetin P., Orkun N., Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamalara İlişkin Görüşleri Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 34(1):79-90, 2018
38. Ferrell BR, editor Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. Oncology Nursing Forum 2006; 33(5): 922-930.
39. Fry S, Harvey M, Hurley C, Foley J. Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing Ethics 2002;9(4):373-387.
40. Gampel E. Does Professional autonomy protect medical futility judgments?. Bioethics 2006; 20 (2):92-104.
41. Gilligan T., Smith M.L., Raffin T.A., (2010) Ethical issues of care in the cardiac intensive care unit. In Cardiac Intensive Care. (Editors Jaremas A. Brown DL) Second Edition, Saunders Elseiver Inc. p9-24
42. Goethals S, Gastmans C, de Casterle B.D. Nurses Ethical Reasoning and Behaviour: A Literature review. IJNS 2010; 47: 635-50.

43. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24: 229-41.
44. Hall RI, Rocker GM (2000) End-of-Life support care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest*, 118(5):1424-30.
45. Hamric B, Walter D, Childress. Moral distress in health care professionals; what is it and what can we do about it. *The Pharos* 2006 (1):16-26.
46. Hamric B, Blackhall J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine* 2007;35(2):422-429.
47. Hamric B, Borchers T, Epstein E. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 2012;3(2):1-9.
48. Hamric B. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum* 2012;24:39-49.
49. Han H.,Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Etik Sorunlara Çözüm Önerileri Üzerine Nitel Bir Araştırma *Sağ Aka Dergisi* 2018 Cilt 5 Sayı 4
50. Hanson LC, Usher B., Spragens L., Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultations *J pain Symptom Manage* ., 2008; 35(4) 340-6.
51. Hayran M. (2011). *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik*. (Birinci Basım), Ankara: Omega Araştırma.

52. Hatamizadeh M., Hosseini M., Bernstein C., Ranjbar H., Health care reform in Iran: Implications for nurses' moral distress, patient rights, satisfaction and turnover intention J Nurse Manag. 2018; 10.1111/jonm.12699:1-8
53. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın Tarihi: 01.02.1999
https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31 Erişim Tarihi:01.11.2021
54. İbrahimoglu Ö. Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım Health Care Acad J 2017 Vol 4 Issue 3
55. İskender M.D.,Yararsız Tedavi ve Yoğun Bakım Hemşireleri Üzerindeki Etkileri Van Tıp Dergisi 25(3): 437-440, 2018
56. Jameton A.,What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health CareAMA Journal of Ethics June 2017, Volume 19, Number 6: 617-628
57. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals Intensive Care Med 2011;37:1696-705
58. Kalvemark S, Höglund A, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58: 1075-84
59. Kasman D.L.,When Is Medical Treatment Futile? J Gen Intern Med 2004;19:1053–1056.

60. Kayar Z., Erdem R., Hemşirelerde Ahlâkî Sıkıntının İşe Adanma Davranışı Üzerine Etkisi 2017 Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt.9 Sayı. 22 (s. 77-103)
61. Kellum JA, Dacey MJ (2009) Ethics in the intensive care unit: Informed consent; withholding and withdrawal of life support; and requests for futile therapies. <http://www.uptodate.com/contents/ethics-inthe-intensive-care-unit-informed-consentwithholding-and-withdrawal-of-life-supportand-requests-for-futile-therapies> (erişim 28.11.2021)
62. Kızıltepe S.K. , Koç Z.,Hemşirelikte Ahlakî Sıkıntı ve Nedenleri Türkiye Biyoetik Dergisi, 2019 Vol. 6, No. 1, 5-12
63. Kinoshit S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. Nurs Ethics 2007;5 651-664.
64. Koçyiğit M., Karadağ E., Etik Teorilerine Dayalı Bir “Etik Eğilimler Ölçeği” Geliştirme Çalışması İş Ahlakı Dergisi, 9, 283–307 2016
65. Kovancı M.S., Özbaş A.A. Psikiyatri hizmetleri ve moral distress Klinik Psikiyatri 2019;22:355-363
66. Köse S., Tunalı B.İ., Yıldırım G., Yoğun Bakımda Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ölüm Ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2019;23(1):9-17
67. Kul, S. (2014). Uygun İstatistiksel Test Seçim Kılavuzu/Guideline For Suitable Statistical Test Selection. Plevra Bülteni, 8(2), 26.

68. Laurs L., Blaževičienė A., Capezuti E. & Milonas D., Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals *Journal of Nursing Scholarship*, 2019; 0:0, 1–9.
69. Lawrance L. Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. Faculty of college of Nursing, The University of Arizona, United States, Doctoral Thesis, 2009;11-46.
70. Levin PD, Sprung CL (2005) Withdrawing and withholding life- sustaining therapies are not the same. *Critical Care*, (9):230-232.
71. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *N Engl J Med*. 1993;15;328(15):1092-6.
72. Lützén K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral Stress: Synthesis of a Concept. *Nurs Ethics* 2003; 10: 312-22.
73. Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nurs Ethics* 2012; 19: 196-207.
74. McClendon H, Buckner B. Distressing situations in the intensive care unit:a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2007; 26(5), 199-206.
75. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3): 202-208

76. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Critical Care Nursing* 2007; 23(5): 256-263.
77. Mohammed S and Peter E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nursing Ethics* 2009; 16(3): 292-302.
78. Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care. *Education & Ethic In Nursing* 2015; 3(2): 65-72.
79. Morata L., An evolutionary concept analysis of futility in health care *J Adv Nurs.* 2018;74:1289–1300.
80. Namal F.A., Zor Seçimler Gerektiğinde: Yoğun Bakıma Kabul ve Redde Etik Sorunlar Türkiye Klinikleri *J Med Ethics Law Hist-Special Topics* 2016;2(1)
81. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28: 419-38.
82. Neuraz A, Guerin C, Payet C et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. *Crit Care Med* 2015;43:1587-94.
83. Niederman MS., Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit care med.* 2010; 38(10): S518-S22.
84. Noureddine S., Development of the ethical dimension in nursing theory *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7: 2–7

85. Nyholm L, Koskinen C. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nurs Ethics* 2017;24(4):408-418.
86. Ohnishi K, Ohgush Y, Nakano M, Fuji H, Tanaka H, Kitaoka K, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 2010;17(6):726-740.
87. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33: 707-15.
88. Ören B., Dağcı S., Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Sorunlar *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(3):170-183
89. Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H, Tabak E. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;14(1):1-10.
90. Özden D., Karagözoğlu Ş. and Yıldırım G. Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions *Nursing Ethics* 20(4) 436–447 2013
91. Öztürk H., Hintistan S., Kasım S., Candaş B., Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim Ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(2):77-84
92. Palda VA, Bowmna KW, Mclean RF and Chapman MG. “Futile” care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-Wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 2005; 20: 207-213.

93. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 2009;16(5):561-573.
94. Pavlish C, Brown, Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Rounkle A. Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* 2011;43(4):385-395.
95. Pellegrino D.E., Futility In Medical Decisions: The Word And The Concept H E C Forum 2005; 17(4): 308-318
96. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 2011; 306(24): 2694-2703.
97. Radzvin C. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal* 2011;79(1):39-45.
98. Rızalar S., Baltacı N., Topçu S.Y.,Sanioglu G., Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Karar Verme Düzeyi *Arch Health Sci Res* 2020; 7(2): 129-36
99. Rice E, Rady Y, Hamrick A, Verheijde L, Pendergast K. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 2008;16(3):360- 373.
100. Robaee1 N., Atashzadeh-Shoorideh F., Ashktorab T., Baghestani A., and Barkhordari-Sharifabad M.. Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nursing* (2018) 17:2,1-7

101. Rostami S., Jafari H. Nurses' Perceptions Of Futile Medical Care. *Mater Sociomed*, 2016; 28(2):151-155.
102. Rostami S., Esmaeali R., Jafari H. and Cherati J.Y, Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units *Nursing Ethics* 2019, Vol. 26(1) 248–255
103. Sannino P, Gianni M, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology* 2015;35(3):214-217
104. Savel R, Munro C. Moral distress and moral courage. *American Journal of Critical Care* 2015;24(4):276- 279.
105. Scroggins M. Diagnosis development committee Report. *International Journal of Nursing Knowledge* 2006;17(2):119.
106. Shoorideh AF, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics* 2015;22(1): 64-76.
107. Sibbald R., Downar J., Hawryluck L. Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *CMAJ* 2007; 177(10):1201-1208.
108. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(1): 32-44.
109. Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit. Care Med* 2002;30:290-6.

110. Stokes H.,Wright B.V.,Bourbonnais F.F., Wright D.K., Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study Intensive & Critical Care Nursing 53 (2019) 1–7
111. Tel H., Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2012; 1:30-38
112. Terblanche M, Adhikari N. The evolution of intensive care unit performance assessment. J Crit Care 2006;21(1):19-22.
113. Terzi B., Kaya N., Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı Yoğun Bakım Derg 2011; 1: 21-5
114. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Consensus statement of the SCCM's Ethics Committee regarding futile and other possible inadvisable treatments. Crit Care Med 1997;25(5):887–891.
115. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları. Birinci Baskı, Haziran 2008, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
116. Türk Tabipler Birliği, Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları, Mayıs 2010 Birinci Baskı Türk Tabipleri Birliği Yayınları Ankara
117. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Birinci Baskı, Mayıs 2010, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

118. Türk Tabipler Birliği. Yaşamın sonuna ilişkin etik bildirge. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2010: 27-30. (In Turkish). Ulaşım: <http://www.ttb.org.tr>
119. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR et al. (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med, 36(3):953-63.
120. Uslu Y., Korkmaz F.D., Yoğun Bakımda Hemşirenin Hissi Tarafı “şefkat” ve Bakım Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2016;20(2):108-15
121. Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık.
122. Uysal N (2004) Yoğun bakımda yaşam desteğinin sonlandırılması. Yoğun Bakım Dergisi, 4(4):211-214
123. Utlı N.,Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi 29, (2016) (17-35)
124. Ülman Y.I (ed) Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedaviye Karar Verme Sürecine İlişkin Klavuz Yoğun Bakım Tıp Derneği (SCCM) İstanbul, Ekim 2014
125. Üstündağ H., Aslan F.E., Yoğun Bakım Ünitesinde Etik İkilemler Yoğun Bakım Hemşireliği 28 Dergisi 2010;14(1)

126. Yekefallah L., Ashktorab T. , Manoochehri H., Hamid AM. Nurses' Experiences of Futile Care at intensive Care Units: A phenomenological study . Global Journal of health science. 2015; 7(4):235.
127. Yıldırım G., Özden D., Karagözoğlu Ş., Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013; 35: 318-325
128. Yorgancı H.K, Türkoğlu M.,Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşamın Sonuna Gelmiş Hastalarda Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri: Türk Dahili Ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği’nin Görüşleri Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği Ocak - Şubat 2016 Cilt: 31 Sayı: 1
129. Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical Sensitivity in Professional Practice: Concept Analysis. J Adv Nurs 2008; 62: 607-18
130. Wenwen Z., Xiaoyan W., Yufang Z., Lifeng C. and Congcong S., Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China Nursing Ethics 2018, Vol. 25(4) 470–480
131. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nursing Ethics 2012;19(4):479-487.
132. Wilkinson DJ. Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the intensive care unit. Current opinion in anaesthesiology 2011; 24(2):160-165.
133. Wocial L.D And Weaver M.T. Development And Psychometric Testing Of A New Tool For Detectingmoral Distress: The Moral Distress Thermometer Journal Of Advanced Nursing 2012 Blackwell Publishing Ltd

8. EKLER

Ek-1. Hemşire Tanıtım Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etkisiz uygulama tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılma ya da katılmama konusundaki karar tamamen size aittir. Lütfen **hiçbir soruyu boş bırakmayınız**. Sizlerden anket formu yöntemiyle toplanılacak veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacak, bu bilgiler başka kişi ya da kurum ile paylaşılmayacak ve **gizliliğiniz** kesinlikle sağlanacaktır. Teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Sorumlu araştırmacılar:

Doç. Dr. Dilek Özden (D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi)
Gökçe Nur Taşkiran (D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi)

TANITICI ÖZELLİKLER SORU FORMU

1- Yaşınız:

.....

2- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

3- Medeni Durumunuz:

☐ Bekar

☐ Evli

4- Varsa Çocuk Sayınız:

5- Eğitim Düzeyiniz:

- ☐ Sağlık Meslek Lisesi
- ☐ Önlisans
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora

6- Çalıştığınız Kurum

- ☐ Dokuz Eylül Üniversitesi
- ☐ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- ☐ Ege Üniversitesi Hastanesi

7- Çalıştığınız Klinik:

8- Meslekte Çalışma Süreniz:

9- Klinikte Çalışma Pozisyonunuz:

- ☐ Sorumlu Hemşiresi
- ☐ Klinik Hemşiresi

10- Aylık çalışma süreniz:

11- Aylık Ortalama Nöbet Sayınız:

- ☐ Hiç
- ☐ 1-5 Nöbet
- ☐ 5 üzeri

12- Hemşireliği isteyerek mi seçtiniz ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13- Etik konulara yönelik eğitim aldınız mı ?

☐ Evet

☐ Hayır

14- Etkisiz uygulamalar nedir tanımlar mısınız?

15- Yoğun bakım ortamında bazı hastalara Etkisiz uygulamalar yapılabilmektedir.

() Katılıyorum

() Katılmıyorum

16- Size göre en fazla etkisiz uygulama olarak düşünülen iki durumu yazar mısınız?

-

-

17- Hasta bireye yapılan uygulamaların Etkisiz olduğunun düşünülmesinin nedenleri nelerdir?

()Yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması

()Tedaviden beklentilere cevap verme olasılığı taşımaması

()Sadece yaşam süresini uzatması

()Hastanın durumunu düzeltme şansı tanımaması

()Fizyolojik bir yarar sağlamaması

()Bireyin ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzaması

() Diğer.....

18- Yoğun bakımda Etkisiz olarak düşünülen tedavi ve uygulamaların sürdürülme neden / nedenleri nedir?

()Hastane yönetimi

()Hasta ailesi

()Hekim istemi

()Dini inançlarım

()Servis sorumlu hemşiresi

() Kendi kişisel değerlerim

()Diğer.....

19- Yoğun bakım ünitenizde Etkisiz uygulamalar ne sıklık yapılmaktadır?

- ()Hergün
()Haftada bir
()Ayda bir
()Yılda bir
()Diğer.....

20- Etkisiz uygulamaları engellemek için şu anda ünitenizde yapılan uygulamalar var mı?
Varsa lütfen yazınız.

- ☐ Hayır
☐ Evet.....

21- Etkisiz uygulamaları engellemek için gelecekte ünitenizde yapılacak uygulama planlarınız var mı? Lütfen yazınız.

- ☐ Hayır
☐ Evet.....

22- Hemşire olarak etkisiz uygulama yaptığınızı düşündüğünüzde etik ikilem yaşıyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Cevabınız “Evet” ise, etik ikilem yaşamanızın nedenlerini etik ikilemleri de göz önünde bulundurarak nasıl çözümlersiniz?

Ek - 2. Hemşirelerin Etkisiz Tedavi Tutumu Ölçeği (HETTÖ)

MADDELER	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Nafile tedavi ve uygulamalar, yaşam kalitesinin artırılmasına katkı vermeyen klinik eylemlerdir.					
2.Nafile tedavi ve uygulamalar, bireyin ağrı, acı ya da sıkıntı çekme süresini uzatır.					
3. Nafile tedavi ve uygulamalar tıbbın yaşamı koruma amacına aykırıdır.					
4. Beyin ölümü gerçekleşmiş hastaya verilen tedavi ve uygulamalar nafiledir.					
5. Nafile olarak düşünülen tedavi ve uygulamalar yapılmamalıdır					
6. Terminal dönem hastalarına nafile tedavi ve uygulamalar yapılmamalıdır					
7. Nafile tedavi ve uygulamalar bireye yarar sağlamıyorsa hekim bu tedaviyi sürdürmeyebilir					
8. Bir hastaya yapılan tedavinin nafile olduğu kararı bazen tartışma götürür.					
9. Nafile kararı verilmiş olsa da hastanın bu tedavi ve uygulamaları sonuna kadar alma hakkı vardır.					
10. Nafile tedavi ve uygulamalar üniteye özgü prensip ve ölçütlere göre yapılmalıdır.					

11. Nafile tedavi ve uygulama kararı, ekibin tüm üyelerinin katılımıyla alınmalıdır.					
12. Nafile tedavi ve uygulamaya karar verilirken daha çok zarar vermeme etik ilkesi dikkate alınmalıdır.					
13. Nafile tedavi ve uygulamaya karar verirken sınırlı kaynakların adil kullanımı dikkate alınmalıdır.					
14. Nafile tedaviye ilişkin uygulamaya dönük etik ve hukuk boyutları içeren ulusal ölçütler bulunmalıdır.					
15. Sağlık profesyonellerinin nafile tedavi ve uygulamaları, etik ikileme neden olmaz.					
16. Nafile tedavi ve uygulamalarda yaşam desteğine hiç başlamamak ile başladıktan sonra geri çekmek arasında ahlaki sorumluluk açısından bir fark yoktur.					
17. Nafile tedavi ve uygulamalar hasta/aile özerkliğini (otonomisini) göz ardı eden tıbbi eylemlerdir.					
18. Nafile tedavi ve uygulamaları engellemeye yönelik politikalar olmalıdır.					

Ek-3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (MDS-R)

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				
	Hiç		Çok sık			Hiç		Çok sık		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım sağlama.										
2. Sağlık bakımı verenlerin hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiğine 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. Yaşam desteğini geri çekme kararı verecek biri olmadığında, ventilator desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme										

21. Güvenilir olmadığını düşündüğüm hemşire ve diğer bakım verenler ile çalışma.											
Ahlaki sıkıntı hissettiğiniz diğer durumlar varsa lütfen onları yazıp puanlayın:											

Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan 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. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli katılımcı,

Katılacağınız ‘Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etkisiz Uygulamalara İlişkin Tutumu Ve Ahlaki Sıkıntı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ konulu araştırma bilimsel bir çalışmadır. Bu araştırma Doç. Dr. Dilek ÖZDEN danışmanlığında, Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire Gökçe Nur TAŞKIRAN tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışma 1 Ağustos 2020 - 30 Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir. Çalışmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etkisiz uygulamalara ilişkin tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır.

Araştırmaya altı aydan daha uzun süredir yoğun bakım ünitesinde çalışıyor olan, 18 yaş ve üzerinde olan, çalışmaya katılmak için gönüllü olarak bilgilendirilmiş onam vermiş olan toplam 525 hemşire dahil edilecektir. Araştırmada öngörülen herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırmadan elde edilecek bulgular ile hemşirelerin konu hakkındaki bilgi düzeylerinin artması ve bakım kalitesinin artırılması için gelecek çalışmalara kılavuzluk etmesi hedeflenmektedir. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırma sonucunda edinilen bilgiler yayınlansa bile kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu araştırmada sizden para talep edilmeyecek ve size para ödenmeyecektir. Verilen bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen aşağıdaki formu imzalayınız.

Katılımınız için Teşekkürler.

Gönüllü Beyanı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökçe Nur Taşkiran tarafından ‘Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etkisiz Uygulamalara İlişkin Tutumu Ve Ahlaki Sıkıntı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ konulu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan bilgileri okudum ve anladım. Bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmam dahilinde benimle ilgili elde edilen kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma için Etik Kuruldan olumlu görüşü alındığı ve araştırma bilgilerinin Etik Kurula açık olduğu bilgisi belirtildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için bir ödeme yapmayacağım, bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmam karşılığında kurumsal ya da bireysel bir karşılık beklemiyorum. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılıp - katılmamam konusunda yeterli düşünme süresi tanınmıştır. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Çalışma ile ilgili ek bilgi için başvuracağı kişilerin iletişim bilgileri

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza



Ek-5 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

DOKUZ EYLÜL
HASTANESİ

E-İmzalıdır

Sayı : 99577370-100.99-E.63994
Konu : KURUM İZNİ-Gökçe Nur
Taşkıran

24/07/2020

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.07.2020 tarih ve 59537164-100.99-61768 sayılı yazınız.

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğta, Yüksek Lisans öğrencisi Gökçe Nur TAŞKIRAN ile birlikte yürütülecek olan "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etkisiz Uygulamalara İlişkin Tutumu ve Ahlaki Sakıntı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının, Hastanemiz Yetişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerle, 01 Ağustos 2020 - 30 Haziran 2021 tarihleri arasında anket çalışması yöntemi ile yapılabilmesi uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek : Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in 16.07.2020 tarih ve 91829616-00.99-70321 sayılı yazısı.



Adres: Mithatpaşa Cd. İncirli sokakları No:5066, 35340

Bakırcılar/İzmir

Tel: 0(232) 412 28 36

Elektronik Ad: <http://www.hastanadokuz.eu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanunu'na göre Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ tarafından 24.07.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.

Evrensel: <http://dogrudan.dokuz.eu.tr/> ile 1428184551 kodu ile doğrulanabilir.

Bilgi için İrtibat:

İsmail YILDIZ

Doküman

E-Posta: ismail.yildiz@dokuz.eu.tr



Ek-6. S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. İhsan Boryaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 15345988-799
Konu : Araştırma İzni Hk.

İLGİLİ KİŞİYE
(Gökçe Nur TAŞKIRAN)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacı olduğu ve yüksek lisans öğrencisi Gülşere Nur TAŞKIRAN ile birlikte yürütmekte olduğu "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etiksiz Uygulanalara İlişkin Tutumu ve Ahlakî Sıkıntı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " isimli çalışmanın Hastanemiz Yetişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapılması Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurumumuzda gözetilerek uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Sinem
NAMDAROĞLU
Başhekim V.

Ek: Gökçe Nur TAŞKIRAN Ön İzim Formu

Ek-7 Ege Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 21.04.2021-139790



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı : E-69631334-020-139790
Konu : DİLEK ÖZDEN,GÖKÇE NUR TAŞKIRAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

İlgi : 26.03.2021 tarihli ve 109133 sayılı yazı.

Fakültesiz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Gülşen Nur TAŞKIRAN ile birlikte yürütülecek olan "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etkisiz Uygulanmaları İçin Tutarlı ve Akademi Sıkıntı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasına 15 Aralık 2020 - 30 Haziran 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Covid-19 Rehberine göre İç Hastalıkları Anabilim Dalında, Gastroenteroloji Bilim Dalında, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalında, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında, Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezinde, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Acil Tıp Anabilim Dalında, Onkoloji Bilim Dalında, Kardiyoloji Anabilim Dalında, Genel Cerrahi Anabilim Dalı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin işlemleri doğrultusunda yapılan uygun görülmüş olup, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında, Nöroloji Anabilim Dalında, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalında ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında yapılan Başhekimliğinizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerini arz ederim.

Prof.Dr. Sevgin ULUKAYA
Başhekim

Ek:

- 1- İç Hastalıkları Anabilim Dalından gelen 119280 sayılı yazı.
- 2- Gastroenteroloji Bilim Dalından gelen 114919 sayılı yazı.
- 3- Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalından gelen 113812 sayılı yazı.
- 4- Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalından gelen 113366 sayılı yazı.
- 5- Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezinden gelen 112502 sayılı yazı.
- 6- Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından gelen 111365 sayılı yazı.
- 7- Acil Tıp Anabilim Dalından gelen 111005 sayılı yazı.
- 8- Onkoloji Bilim Dalından gelen 111252 sayılı yazı.
- 9- Kardiyoloji Anabilim Dalından gelen 111052 sayılı yazı.
- 10- Genel Cerrahi Anabilim Dalından gelen 125699 sayılı yazı.
- 11- Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalından gelen 117039 sayılı yazı.
- 12- Nöroloji Anabilim Dalından gelen 111456 sayılı yazı.
- 13- Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalından gelen 111695 sayılı yazı.
- 14- Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalından gelen 136932 sayılı yazı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BEKAFUR04

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/eg-universitesi-ozden>

Adres:Üniversite Cad.İzmir - No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon:+90 (232) 399 32 74 Faks:+90 (232) 339 00 15
e-Posta:den.khs@gmail.com.tr Web:www.eg-univ.tr
Kip Adresi:eg-univ.tr/inf@eg-univ.tr

İmza İçin: Gizli İMZA
Ünvanı: Yürütme Kurulu

Tel No: 3274



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

28/07/2020



82

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Dilek ÖZDEN

Araştırmaya ilişkin Kararımız kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ACIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	etikkarul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5879-GDA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etkili Uygulamalara İlişkin Tutumu ve Ahlakî Sıhı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yürüyen Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/26-47	Tarih:26.10.2020				
	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumluluğunda olduğu "Yaşan Bakım Hemşirelerinin Etik Bilgi Uygulamalarına İlişkin Tutuma ve Ahlaki Sakıncı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yukarıya ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kuvang METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar YUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Selvi Özyürek	Ortopedi ve Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hacıoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kuvang YÜKSEL	Biyostatistik ve Tıbbi Bilgi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilgi A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.İsmail FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-10 Özgeçmiş



GÖKÇE NUR TAŞKIRAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2013 - 01 Haziran 2018 (4 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mart 2020 - Şu Anda (1 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU
HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU
HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

İdari Görev: DİĞER

TÜBİTAK Burs ve Destekleri