

TC
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**COVID-19 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN
YAŞADIKLARI AHLAKİ SIKINTILARIN BAKIM
DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Esra BULMUŞ

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMANI
Doç. Dr. Serap TORUN

ADANA-2023

TC
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**COVID-19 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN
YAŞADIKLARI AHLAKİ SIKINTILARIN BAKIM
DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Esra BULMUŞ

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMANI
Doç. Dr. Üyesi Serap TORUN

ADANA-2023

KABUL VE ONAY



ETİK BEYANI



TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek lisans eğitimim boyunca hasta bakımından araştırma yazımına kadar bilgi, beceri ve tecrübeleri ile her anlamda yolumu aydınlattığına inandığım, öğrencilerinin ve tüm hemşirelerin haklarını savunan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Serap Torun'a teşekkürlerimi borç bilirim.

Çalışmamı yürütmemde katkı sağlayan Ç.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne teşekkür ederim.

Çalışma sürecimde bana desteklerini esirgemeyen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi COVID-19 yoğun bakım ve nöroloji yoğun bakım üniteleri çalışanlarına, her daim çalıştığı birimde hemşirelerin ilerlemesine ve bilime öncü olan Dr. Murat Erdoğan ve Doç. Dr. Hilmi Erdem Sümbül'e, tüm kalpleriyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim annem Salihe Yelkenci'ye ve kardeşlerim Tamer Bulmuş, Emre Bulmuş'a, teyzem Fatma Mansurgüler'e; bu zamana kadar üzerimde emeği olan tüm hocalarıma, takıldığım her zorlukta elini omzumda hissettiğim arkadaşlarım Öğr. Gör. Serap Güngör'e, Öğr. Gör. Osman Bilgin'e, Arş. Gör. Timuçin Alparslan'a, Öğr. Gör. Ali Yörük'e, Öğr. Gör. Melik Buğra Yeşil'e, Hemşire Merve Deniz Keleş ve kızlarına, Hemşire Sema Yiğit ve kardeşi Simge Yiğit'e, Hemşire Dilek Serin'e, Hemşire Sadin Yağmurlu'ya, Doktor Ahmet Altıntaş'a, Öğretmen Betül Gök'e, kütüphane arkadaşım Fatma Kevser Işık'a, Arş. Gör. Ufuk Tunç'a ve yürüdüğüm yolda bana inanan, destek olan tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul eden Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bütün sağlık çalışanlarına teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışmayı COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde en ön safhada kendilerini siper ederek insanların yaşamına dokunmaya çalışan tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ETİK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.COVID-19 Pandemisi	3
2.2. COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesi Organizasyonu	3
2.3.COVID-19 Yoğun Bakımda Hemşirelik Uygulamaları	6
2.4.COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler ..	7
2.5. COVID-19 Tanılı Hasta Bakımında Sık Karşılaşılan Etik Durumlar	8
2.6.COVID-19 Pandemisinin Sağlık Profesyonelleri Üzerindeki Psikolojik Etkileri	12
2.7. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntılar ve Nedenleri	14
3. YÖNTEM ve GEREÇ	16
3.1.Araştırmanın Şekli ve Amacı	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Veri Toplama Araçları	17
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.6.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (ASÖ)	18
3.6.3. Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ-24)	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	19

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	19
4. BULGULAR.....	22
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	22
4.2.KatılımcılarınMesleki Özellikleri ve Çalışma Koşulları.....	22
4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach’s Alpha Değerleri.....	24
4.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	24
4.5.Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	25
4.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
4.7. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre BDÖ-24 Toplamı ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
4.8. Katılımcıların ASÖile BDÖ-24 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	31
4.9. ASÖ İfadelerinin Toplam Puan Ortalama Dağılımları	31
4.10. BDÖ-24 İfadelerinin Toplam Puan Ortalama Dağılımları.....	32
5. TARTIŞMA.....	34
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ASÖ Tartışması.....	34
5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24 Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması.....	37
5.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 “Bilgi-beceri” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
5.2.2. Hemşirelerin BDÖ-24 “Bağlılık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	40
5.2.3. Hemşirelerin BDÖ-24 “Saygılı Olma” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	40
5.2.4. Hemşirelerin BDÖ-24 “Güvence” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	41
5.3. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin BDÖ-24 Üzerine Etkisinin Tartışılması	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44

7. KAYNAKLAR	45
EKLER	53
EK 1.Kişisel Bilgi Formu.....	53
EK.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	54
Ek 3. Bakım Davranışları Ölçeği	55
Ek 4. ÇÜ. Etik Kurul İzni	56
EK 5. Akademik Kurul Onay Yazı	57
EK 6. Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan İzin Yazısı.....	58
EK 7. Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Ölçek Yazarlarından İzin Formu.....	59
ÖZGEÇMİŞ	60



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	22
Çizelge 4.2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına İlişkin Dağılımlar	23
Çizelge 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach's Alpha Değerleri ve Puan Ortalamaları	24
Çizelge 4.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalamaları	24
Çizelge 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	25
Çizelge 4.6. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	27
Çizelge 4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDÖ -24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Çizelge 4.8. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre BDÖ-24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Çizelge 4.9. ASÖ ile BDÖ-24 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	31
Çizelge 4.10. ASÖ İfadelerinin Puan Ortalaması Dağılımı	32
Çizelge 4.11. BDÖ-24 İfadelerinin Puan Ortalamaları	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Endikasyonları SKB*=Sistolik kan basıncı. 6

Şekil 3.1 .Araştırma Uygulama Şeması..... 21



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASÖ	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
ARDS	AcuteRespiratoryDistressSyndrome(Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
BDÖ-24	Bakım Davranışları Ölçeği
CBAB	ContinuousPositiveAirwayPressure(Pozitif Havayolu Basıncı)
DNR	Do Not Resuscitate
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HFNC	High-flowNasalCannula (Yüksek Akışlı Oksijen)
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
THD	Türk Hemşireler Derneği
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

COVID-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 104 hemşire ile yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve katılımcılardan onamları alınmıştır. Çalışmanın verileri 04.04.2022- 04.07.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada Aydınlatılmış Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Ahlaki Sıkıntı Ölçek Formu ile Bakım Davranışları Ölçek Formu kullanılmıştır.

Çalışmada verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 23.0) paket programı kullanılarak iki gruplu değişkenlerde bağımsız student T-testi ve Mann Whitney U test ile çalışmanın analizleri yapılmıştır.

Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçek toplam puan ortalaması $91,75 \pm 48,80$; Bakım Davranışları Ölçek toplam puan ortalaması $5,49 \pm 0,45$ bulunmuştur. Çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,824, Bakım Davranışları Ölçeği için bu değer 0,930 bulunarak her iki ölçeğinde bu çalışmada yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır. Elde edilen verilerden hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçek ve Bakım Davranışları Ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p > 0.05$). Çalışmada hemşirelerin yaş, mesleki deneyim, kadro, kurumda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşama değişkenlerinin Bakım Davranışları "Bilgi-beceri" alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel anlamda etkilediği ($p < 0.05$), hemşirelikten istifa etmek isteyenlerin Ahlaki Sıkıntı Ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları ve hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Ahlaki sıkıntı, Bakım Davranışları, COVID-19, COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire

ABSTRACT

The Effect of Moral Distress Experienced by COVID-19 Intensive Care Nurses on Their Care Behaviors

This descriptive study was conducted with 104 nurses working in Adana City Training and Research Hospital who agreed to participate in the study to investigate the impact of moral problems of nurses working in COVID -19 intensive care units on their caring behavior. Verbal consent was obtained from the Ethics Committee Noninvasive Clinical Research of Çukurova University, the Provincial Health Directorate, and the participants to conduct the study. The data of the study were collected between 04/04/2022 and 04/07/2022. The data collection forms used in the study were the Informed Consent Form, Personal Information Form, Moral Distress Scale Form, and Caring Behavior Scale Form, which were validated and reliable in Turkish.

The SPSS program (IBM SPSS Statistics 23.0) was used for statistical analysis of the data. Independent Student's t-tests and Mann-Whitney U-tests were used in the evaluation of the obtained data.

The mean total score of the Moral Distress Scale of nurses was 91.75 ± 48.80 ; the mean total score of the Caring Behaviors Scale was found to be 5.49 ± 0.45 . In the study, the reliability coefficient of the Moral Distress Scale was found to be 0.824, and this value was 0.930 for the Caring Behaviors Scale, and both scales were found to have a high degree of reliability in this study. From the data obtained, no statistically significant relationship was found between the sociodemographic characteristics and working conditions of the nurses and the mean scores of the Moral Distress Scale and the Caring Behaviors Scale. The study found that those who wanted to leave nursing had high mean scores on the Moral Distress Scale.

As a result, it was determined that nurses working in COVID-19 intensive care units experienced low levels of moral distress, their perceptions of caring for the patient and using appropriate care behaviors were positive, and the moral distress experienced by nurses had no effect on their care behaviors.

Anahtar Sözcükler: Moral distress, Caring Behaviors, COVID-19, COVID-19 Intensive Care Unit, Nurse

1. GİRİŞ

Pandemi geniş bir alanda ya da bölgede ortaya çıkan, diğer ülkelere yayılan ve çok sayıda insanın etkilendiği salgın olarak tanımlanır. Pandemi "tüm" anlamına gelen pan ve "insan" anlamına gelen demos kelimelerinden oluşmaktadır. Pandemilerin tarih boyunca hayvanlarda enfeksiyon hastalıklarının artmasıyla ortaya çıktığı görülmektedir. Tarihte birçok insan salgın hastalıklar ve pandemiler nedeniyle hayatını kaybetmiştir (1). COVID-19 dünyayı etkisi altına alan etiyolojik ajanı SARS-CoV-2 virüsü olan solunum ve temas yoluyla bulaşan akut solunum yolunu etkileyen küresel bir salgındır (2,3). Dünya çapında 6,6 milyondan fazla insanın ölümüne neden olarak 2022 yılının sonuna kadar Avustralya, Çin, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkeleri büyük oranda etkilemiştir. Günümüzde COVID-19 salgını azalmış olsa da dünya çapında etkileri devam etmektedir (4). T.C Sağlık Bakanlığı'nın en son verilerine göre Mart 2023 tarihi itibarıyla ülkemizde vaka sayısı 31.054, vefat sayısı 85 olup pandeminin başından beri toplam vaka sayısı 17.232.066, toplam vefat sayısı 102.174 olarak bildirilmiştir (5).

Ahlaki sıkıntı; birisinin yapılması gereken doğru davranışı bildiği halde örgütsel veya kurumsal kısıtlamalar nedeniyle bu eylemi gerçekleştiremediği zaman ortaya çıkan bir olgu olarak tanımlanmıştır (6). Yapılan çalışmalarda COVID-19 salgınıyla ilgili ahlaki sıkıntı nedenleri arasında COVID-19 hastalarının sayısı ve ciddiyetinden kaynaklanan çaresizlik, yeni bir hastalığın nasıl tedavi edileceğine ilişkin bilgi eksikliği ve belirsizlik, yoğun bakım deneyimine sahip olmayan ekip arkadaşlarıyla çalışmak, artan iş yükü, virüse maruz kalma korkusunun yetersiz bakıma yol açması ve kaynakların sınırlı olması gösterilmiştir (2,7–17). Sağlık sistemlerinde meydana gelen değişiklikler ve yaşanan zorlu çalışma koşulları nedeniyle hemşirelerin etik ikilemleri fark etmeleri ve bunlarla karşılaştıklarında sağlam kararlar vermeleri beklenir (18,19). Bu süreçte hemşireler doğru davranışı yerine getirmekte zorlanarak ahlaki sıkıntı yaşayabilirler (18). Ahlaki sıkıntı yaşayan sağlık çalışanlarında başkalarını suçlama, kendini suçlama, depresyon, anksiyete, utanç, ıstırap ve alaycılık gibi olumsuz duygu ve eylemler gelişebilir. Bu sonuçlar daha sonra sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamasına neden olabilir (6). Literatürde yapılan çalışmalar pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin psikolojik problemler yaşadıklarını göstermektedir (14,20–26). Bireysel ve kurumsal nedenlere bağlı olarak hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntılar iş motivasyonlarını,

mesleğe olan bağlılıklarını ve hemşirelik bakım hizmetlerini de olumsuz yönde etkiler (16,27–29). Pandeminin başlangıç döneminde COVID-19 yeni bir hastalık olduğu için bu hastalığın bakımı konusunda da çok az şey biliniyordu(30). Bakım ve tedaviye ilişkin bilinmezliklerin yaşandığı pandemi sürecinde hemşirelerin hastalara ihtiyacı olan bakımı sağlamaları hayati önem taşımaktaydı(19). Yapılan çalışmalarda Labrauge ve ark. (2022), Gürer ve Gemlik (2020) personel eksikliği ve güvensiz çalışma ortamının, Schroeder ve ark. (2020), Silverman ve ark. (2021) artan iş yükünün, Foye ve ark. (2021), Tabah ve ark. (2020), Bergman ve ark. (2021), Lake ve ark. (2022) KKE eksikliği ve kullanımının fiziksel zorluklarının, Edis (2022), Bethel ve ark. (2022) hastalık hakkındaki bilinmezliklerin bakımın önünde engel oluşturduğu bildirmiştir(8,9,14,20,24,27,31–34). Belirli bir tedavinin olmadığı COVID-19 hastalarının bakımında hastalarla birebir ilgilenen ve salgına karşı en ön safhada mücadele eden hemşirelerin motivasyonları, işe bağlılıklarını dolayısıyla hasta bakım kalitesini etkileyebilir(35). Hastaya verilen bakımın kalitesi hastalığın prognozunu, yatış süresini, hasta memnuniyetini, ekip içi iletişimi, hasta güvenliğini etkilemektedir (36). Literatürde hemşirelerde ahlaki sıkıntı ve bakım davranışlarını inceleyen çalışmalar olsa da salgın durumunda yoğun bakım hemşirelerinde gelişebilecek ahlaki sıkıntı ve bakım davranışlarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntının bakım davranışlarına etkisi incelenerek çözüm yöntemleri geliştirilmelidir. Bu bağlamda bu araştırma COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.COVID-19 Pandemisi

COVID-19 hastalığı 7 Ocak 2020’de Çin’in Hubei eyaletinde pnömoni vakalarının hızla yayılarak ortaya çıkmasıyla Çinli yetkililer tarafından salgın olarak bildirilmiş ve halk sağlığı açısından küresel bir acil durum yaratmıştır. Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezilerine göre bu virüsün 31 Aralık 2019 ve 16 Mart 2020 arasında 139 ülkeye yayıldığı tespit edilmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) COVID-19 hastalığını pandemi olarak kabul etmiştir (37,38). COVID-19 nedeniyle dünya genelinde 2020 Haziran başı itibarıyla 6,4 milyondan fazla tanımlanmış vak’a ve 385,000 ölüm bildirilmiştir (32,38,39). DSÖ Temmuz 2022’nin sonunda, COVID-19 nedeniyle 574 milyondan fazla vak’a, 6,3 milyon ölüm bildirmiştir (40). Dünya nüfusunu kasıp kavuran bu yıkıcı pandemi, birçok ülkenin çeşitli bölgelerinde ciddi Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) yaşayan hastaların sayısında önemli derecede artışa neden olmuştur (41). COVID-19 tanısı alan çoğu hasta solunum sıkıntısı ve çoklu organ yetmezlikleri nedeniyle yoğun bakımlarda takip edilmiştir. Hastalarda en sık görülen belirtiler; hipertermi, kuru öksürük, yorgunluk ve solunum sıkıntısıdır (42–44). Tüm dünyada fiziksel mesafe kuralları, seyahat kısıtlaması ve yaşanan ekonomik sıkıntılar nedeniyle hastaneler kadar toplumu da olumsuz etkilemiştir (14).

2.2. COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesi Organizasyonu

COVID-19 salgınında halk sağlığı açısından alınan koruyucu önlemlere rağmen kentsel yaşam nedeniyle yayılımın hızlı olması hastanelerin yoğun bakım ünitelerine (YBÜ) ihtiyacı artırmıştır. Bu durum nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde kapasite arttırımı, yaşam-destek ekipmanları oluşturma ve kaynakların dikkatli kullanımı gibi planlanmalara gidilmiştir (45). COVID-19 salgının ülkeleri nasıl etkileyeceği öngörülemediği için bazı ülkeler genel yoğun bakım ünitelerini COVID-19 yoğun bakım ünitelerine dönüştürmüşlerdir (44). Pandemi sürecinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi; merkezi ve yerel yönetimlerin denetim ve yönlendirmesiyle, sağlık ekiplerince düzenlenen kriz yönetim planı ile mümkündür. Ülkemizde de diğer ülkelerde olduğu gibi mevcut sağlık yönetiminde birtakım değişikliklere gidilmiştir (46).

Türkiye’de hastanelerde oluşturulan “COVID-19 YBÜ İletişim Ağı” sistemi sayesinde günlük hasta sayısı, taburcu sayısı ve yoğun bakımyatak ihtiyacı belirlenmiştir. Bu sayısal veriler gerekli birimlere iletilerek aşağıda yer alan planlamaların yapılması sağlanmıştır (47).

- ✓ Hastaneler ivedilikle pandemiye hazır hale getirilmiştir (46–48).
- ✓ Hastanelerde yoğun bakım dışındaki birçok klinik COVID-19 yoğun bakıma dönüştürülmüştür (46–48).
- ✓ Aciliyeti olmayan ameliyatlara ertelenerek yoğun bakım yatak sayısı arttırılmaya çalışılmıştır (46–48).
- ✓ Uzun mesai saatleri içerisinde sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipmanlarla hastalara bakım vermesinin olumsuz etkileri düşünülerek iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için hemşirelerin çalışma saatleri 8 saatlik vardiya şeklinde düzenlenmiştir (12,46–48).
- ✓ Pandeminin getirdiği özel koşullar nedeniyle evlerine gidemeyen sağlık çalışanları için kalabilecekleri alanlar belirlenerek fizyolojik ihtiyaçları karşılanmıştır (46–48).
- ✓ Farklı kliniklerde çalışan sağlık çalışanları COVID-19 yoğun bakımlarda görevlendirilerek yeterli çalışan sayısı karşılanmaya çalışılmıştır (46–48).
- ✓ COVID-19 yoğun bakımlarda yeni görevlendirilen hemşirelere yoğun bakım hemşireliği belirli programlar oluşturularak ivedilikle anlatılmış ve sertifikasyon eğitimi almış deneyimli hemşireler, deneyim kazanana kadar yeni görevlendirilen hemşireleri yönlendirmişlerdir (46–48).
- ✓ Pandemi sürecinde tedavi ve bakım rehberleri yenilenmiştir. Hastane genelinde çalışan sağlığını korumak için kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımı, el hijyeni, dezenfektan kullanımı, temas edilen alanların uygun şekilde temizlenmesi ve yeterli fiziksel mesafenin korunmasına yönelik önlemler alınarak gerekli eğitimler verilmiştir (46–49).
- ✓ COVID-19 ileri evre solunum sıkıntısı yaşayan hastalar için yeterli solunum cihazının sağlanabilmesi çok önemlidir. Ülkemizde mekanik ventilatör üretilerek hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır. Mekanik ventilasyon ile

takip edilmesi gereken hastaların yoğun bakıma alınmasına önem verilmiştir (46,47).

- ✓ Yoğun bakım kliniklerinin yükünü azaltmak ve servisteki hastaların kısa sürede tedaviye yanıt vermeleri için takiplerine büyük önem verilmiştir(46,47).
- ✓ COVID-19 yoğun bakımda takip ve tedavisi süren hastaların negatif basınçlı odalarda izolasyon önlemlerine uygun şekilde kalması önerilmiş ve havalandırma sistemleri saatte 6-12 kez değişecek şekilde ayarlanmıştır (47,50).
- ✓ Toplumun sağlığını korumak için yoğun bakımlar hasta yakınlarına tamamen kapatılarak hastalarla ilgili gerekli bilgiler uygun zamanlarda tele-konferans yöntemiyle aile bireyleriyle görüşülerek verilmiştir(47,49).

Birimoğlu Okuyan ve ark. (2020)'nın çalışmasında mesleki deneyimi 6 yıl olan bir hemşire, pandemi sürecinde COVID-19 hastalar için özel alanlar oluşturulduğunu bu alanlarda görevli ekiplerin hastalara bakım verdiğini, bulaş riski açısından birimlerde kirli ve temiz alanlar oluşturulduğunu, COVID-19 hastaların cam bölme ile çalışanlardan ayrıldığını, hastanelerde çalışma saatlerinin kesildiğini ve yapılan bu düzenlemelerle hasta bakımlarının sağlandığını bildirmiştir (12). Ülkemizde olduğu gibi diğer ülkelerde de değişiklikler olmuş, İtalya'da COVID-19 salgınının yayılımını önlemek için kırmızı, sarı ve yeşil alanlar oluşturulmuştur. Kırmızı alan, kişisel koruyucu ekipmanın kullanılmasının zorunlu olduğu; sarı alan, yeşil alanlara girmeden önce önlüklerin değiştirildiği, dezenfektan kullanımı, ayakkabıların sodyum hipoklorit ile temizlenmesi gereken alanlar olarak belirlenmiştir. Yeşil alan ise personelin vardiya sonrası kullanabileceği temiz malzemelerden oluşturulmuş yerler olarak belirlenmiş ve bu şekilde bulaş riski en aza indirilmeye çalışılmıştır (44). Hollanda'da da personel sayısındaki yetersizlik nedeniyle farklı birimlerde çalışan personeller yoğun bakımlarda görevlendirilmiş, artan hasta sayısına hizmet verebilmek için yoğun bakım yatak sayıları artırılmıştır (10,51).

2.3.COVID-19 Yoğun Bakımda Hemşirelik Uygulamaları

COVID-19 salgınında hemşireler hastalığın yayılmasını engellemede en ön safhalarda yer alırken daha önce benzeri görülmemiş, tedavi ve bakım süreçlerine ilişkin yeterli bilgi olmayan bir hastalıkla mücadele etmişlerdir. Hemşirelerin hastalara kaliteli bir bakım hizmeti sunabilmesi için yenilenen bakım kriterlerini bilmeleri ve uygulamaları gerekmektedir. Hastalara verilen iyi bir hemşirelik bakımı hastalığın prognozunu ve dünya genelindeki mortalite/morbidite oranlarını etkileyebilmektedir. COVID-19 tanısı alan hastalarda ateş, kuru öksürük ve artan solunum sıkıntısı sonucu hastalığın prognozu kötüleşerek çoklu organ yetmezlikleri hastalığa eşlik edebilmiştir(3,22).COVID-19 sonucu gelişendyspnea hipoksiye neden olarak hastaların yoğun bakımda takip edilmelerini gerektirmiştir. Yoğun bakıma kabul edilme kriterleri aşağıdaki gibidir (50).

Dyspnea, solunum distresi Solunum sayısı>30/dk 5 L/dk oksijen tedavisine rağmen SpO ₂ <90 ve PaO ₂ <70 FiO ₂ <300 Laktat>2 mmol	Hipotansiyon SKB*<90 mmHg veya 40 mmHg dan fazla düşüş ve ortalama arter basıncı<65 mmHg, Taşikardi>100/ dk Akut organ disfonksiyonu İmmünsüpresif hastalar Troponin yüksekliği ve aritmi Kapiller geri dolumda azalma
--	---

Şekil 2.1.Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Endikasyonları SKB*=Sistolik kan basıncı

COVID-19 tanısı almış yoğun solunum sıkıntısı yaşayan hastalar, uygun maskelerle solutulmalıdır.Hastalara kullanılan rezervuarlı maske 10-15 L/dk hız ile %85'ten fazla oksijen desteği oluşturabilmektedir. Oksijen miktarının hastaya kontrolsüz bir şekilde verilmesi hastalarda oksijen zehirlenmesine neden olarak hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin hastaların oksijen ihtiyacına, hastanın kullanacağı maskeye ve bu maskeyi ne kadar süre kullanacağına dikkat etmeleri gerekmektedir. Bilinç durumu iyi olan ve solunum sıkıntısı yaşayan hastaların yüksek akışlı oksijen [High-flowNasalCannula(HFNC)]veya pozitif hava yolu basıncı [(ContinuousPositiveAirwayPressure(CPAP))] desteğiyle rahat soluk alıp vermesi sağlanabilmektedir(50).

Bu süreçte hemşireler hastaların solunum sıkıntısına yönelik bakım planları geliştirirken hastayı ikincil enfeksiyonlara karşı korumak zorundadır. Hastada gelişebilecek enfeksiyon; hastaya verilen kişisel hijyen, ağız bakımı, katater bakımı, foley sonda bakımı gibi işlemlerle önlenabilir(3).

Hastalarda semptomları değerlendirebilmek için vital bulgular yakından takip edilerek pozisyon, doku bütünlüğü, güvenli mesafe, izolasyon önlemleri, beslenme, komplikasyon, aldığı çıkardığı takibi, eliminasyon, emosyonel ve hijyen gereksinimlerine dikkat edilerek gerekli uygulamalar yapılmalıdır. Hastalar için uygulanan izolasyon önlemleri ve bazı işlemler hastalarındaki duygusal stres yaşamalarına neden olabilir. Hemşirelerin hastaların emosyonel durumunu anlamaları ve buna yönelik manevi bakım ihtiyaçlarının farkında olarak hastalara yaklaşmaları gerekmektedir (3,47,50,52).

2.4.COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler

Bakım ve hemşirelik arasında güçlü bir etkileşim vardır (53). COVID-19 salgını gibi istisnai bir durumda, bakım kalitesi standartları normal zamanlardaki ile aynı olmayabilir (54). Salgının gerektirdiği koşullara bağlı olarak sürekli değişen bakım kriterleri, enfeksiyon riski ve hastalıkla ilgili bilinmezlikler hemşirelik bakımını da etkilemiştir. Pandemideki politikalar (örneğin hastanelerde maske takmak) ve yeni iletişim biçimleri (örneğin rutin bakım ziyaretleri için tele tıp) gibi uygulamalar bakım süreçlerinde de değişikliklere neden olmuştur (15).

Bir yaşamın sonlanma olasılığının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakım pek çok güçlüğü içerir. COVID-19 pandemisinde hemşireler hastalara bakım verirken yaşadıkları ortak sorunlar yapılan çalışmalarda görülmektedir. Bu sorunların başında hastalığı tanımamak nedeniyle bakımın planlanamaması ve uygun girişimin ne olduğu konusunda karar verilememesi gelmiştir. KKE kullanımının fiziksel, psikolojik ve iletişim sorunları oluşturması, hastalığı taşıma-bulaşma-bulaştırma kaygısı, diğer sağlık çalışanlarının görevlerini yapmak zorunda kalma nedeniyle artmış iş yükü, KKE nedeniyle mesleki tanınırlığın güçleşmesi, hastane ortamından uzaklaşmama, terapötik temas olmaması gibi daha pek çok sorun eklenebilir (2,3,7–10,12–15,17,27,31,34,55).

Pandemide kaç hemşirenin hastalanacağı veya karantinaya alınacağı tam olarak bilinmediği için pandeminin yönetiminde mevcut hemşire sayısı önemli olmuştur(56). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN,2021)tarafından yapılan bir araştırmaya göre, COVID-19 salgınında hemşire-hasta oranlarında ortalama üç kat artışın olmasıyla birlikte hemşirelerde %80'ninyorgunluk,tükenmişlik ve stresyaşadığı görülmüştür. Kötü planlanan bir hemşire/hasta oranı hasta bakımı konusunda problemlere ve işten ayrılmalara neden olabilir (27,34,57,58). Pandemiden önce yoğun bakımlardaki hasta bakımını,hemşire/hasta oranları 1/1 veya 1/2 olacak şekilde deneyimli ve eğitimli hemşireler yapmaktayken pandemi sürecinde hasta sayısındaki artış hemşirelik işyükünüde arttırmıştır (14,17). Belçika'da üç hastanede yapılan bir çalışmada COVID-19 tanılı hastaların ölüm oranlarının daha yüksek olduğu ve yoğun bakım ünitelerinde COVID-19 tanılı hastalara bakım vermenin önemli ölçüde daha fazla zaman gerektirdiği görülmüştür. Aynı çalışmadan ideal hemşire oranının ise Belçika'da 1/3 oranında iken bu oranın COVID-19 tanılı hastalara bakarken 1/1 olması gerektiği bildirilmiştir (17).

Hemşirelik bakımına yönelik yaşanan birçok sorunun yanı sıra pandemi koşullarında hastaların yaşam sonu dönemlerinde yakınları ile vakit geçirmesine izin verilememiştir(59).Bu durum sağlık çalışanları arasında etik sorunlar yaşanmasına neden olmuştur (8).

2.5. COVID-19 Tanılı Hasta Bakımında Sık Karşılaşılan Etik Durumlar

Halk sağlığını ilgilendiren salgın durumlarında amaç toplumda en fazla sayıda insanın sağlığını koruyabilmektedir (59). Temel etik ilkeler salgın zamanlarında da geçerliğini korumaktadır. Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri kapsamında düşünüldüğünde yapılan her uygulamanın niyeti iyiye ve doğruya ulaşmaktır. Ancak adalet ve özerklik ilkelerine de bu kriz durumlarında gereken önem verilmelidir. Özerkliğe saygı ve özellikle hastaların tıbbi tedavileriyle ilgili isteklerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.

Hızla dünya genelini etkileyen ve sağlık camiasını hazırlıksız yakalayan COVID-19 pandemisi, sağlık sistemi için etik soruları gündeme getirmiştir. Bu soruların başında YBÜyatakları ve solunum cihazları gibi sınırlı kaynakların nasıl adil bir şekilde

dağıtılacağı gelmektedir. Çünkü cevap kimin yaşayıp kimin öleceğini belirleyecek kararın verilmesini içermektedir (60).

COVID-19 pandemisinde KKE eksikliği, hemşire sayısının yetersiz olması, artan iş yükü, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarının beklentileri nedeniyle görev sınırlarının çizilememesi, hastalığın ve tanı almış hastaların prognozunun tam olarak bilinmemesi nedeniyle hasta bakımındaki belirsizlikler, kaynakların yetersiz olması, hastaların izole bir odada ailelerinden uzakta günlerce kalması, vaka sayılarının bildirilmesi/bildirilmemesi etik sorun yaratabilmektedir (41,56,59–63). Önemli bir etik sorunda hastanın etiketlenerek her şeyden izole edilmesidir. Pandemi döneminde ölüm sonrası defin işlemleri konusunda alınmış olan önlemler nedeniyle hasta ya da hastalığa yakalanabilecek insanların yalnız ölme korkusu yoğun kaygı yaşanmalarına neden olmuştur. Bu durum New York Times'ta “Koronavirüs pandemisinde uygulanan kuralların hiçbiri ziyaretçi kısıtlamasıyla hastaların sevdiklerinden ayrı kalması kadar acı olamaz” şeklinde dile getirilmiştir (41,62). Hasta açısından ziyaretin psikolojik faydaları yarar sağlama zarar vermeme bağlamında düşünülmelidir. Öte yandan ziyaretçi için gereken tüm koruyucu önlemlerin alınması zorunludur. Pandemiyle birlikte getirilen ziyaretçi kısıtlaması hastalara verilen yaşam sonu bakımı etkileyerek telefonda yaşam sonu sohbetlerinin yaşanmasına ve hastaların sevdiklerinden uzakta ölmelerine neden olmuştur (56). Aile üyelerinin yas için hazırlanmaları gerekir (41). Hastaların, son nefesinde yakınlarını yanlarında istemesi hemşireler için etik ikilem oluşturmıştır (63). Aile yoğun bakım ünitesine gelemiyorsa veya gelmek istemiyorsa, hastayla son bir kez telefonda konuşmasına izin verilmesi önemlidir (41).

Pandemide, toplumun sağlığının korunmasında anahtar rol oynayan sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve hastalık halinde öncelikli tedavi ve rehabilitasyon sağlanması çoğunluğun yararına olarak düşünülmelidir. Çünkü sağlık çalışanları olmadan diğer insanlara bakım hizmeti aksayacaktır. Sağlık çalışanlarının yapılacak testler, tedaviler, aşılar ve triyaj konusunda öncelikli olduğu kaynaklarda da vurgulanmaktadır (56,60).

Yukarıda sıralanan sorunları kısmen bertaraf etmek üzere uzman gruplar tarafından özel triyaj ekipleri ve yönergeleri oluşturulmuştur(56). Triage kararlarına göre bir hayatın diğerlerinden daha değerli olduğunu değerlendirmek kolay değildir(41). Henüz evrensel olarak uygulanabilecek kılavuz da mevcut değildir (60,63).

Triyaja göre yoğun bakım hastaları için yaşam desteği sağlanırken etik ağıdan önerilen öncelik sıralaması şu şekildedir (41).

- ✓ Mevcut hastalıktan kurtulma olasılığı en yüksek olan,
- ✓ İyileştikten sonra en uzun yaşama olasılığı olan(kalıtsal hastalıkları gözönünde bulundurarak),
- ✓ Yaşı diğerlerinden daha küçük olan,
- ✓ Sosyal faydaya sahip olan,
- ✓ Durumu en ağır olan (en hasta veya en genç),
- ✓ Hizmetin geliş sırasına göre verilmesi,
- ✓ Karar verilemediğinde kura sistemiyle şans eseri seçilenlere öncelik verilmesidir.

Pandemide triyaj ilklerinin uygulanmasında da yaş kriteri tartışmalı bir konu olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan iyileşme umudu olmayan hastalar için birçok ülkede “Do Not Resuscitate (DNR)” kararı verilmiştir (59,60,64,65). Ülkemizde böyle bir uygulamanın olmadığını belirtmekte fayda vardır (59). Ancak adalet ilkesi kapsamında sınırlı kaynakların adil dağıtımında pek çok etik sorun yaşanabilmektedir. Bu durumun tartışılması yeni bir konu olmayıp bir tez konusu olabilecek kadar ayrıntılı irdelenmelidir.

COVID-19 da yaşam sonu bakım etik ağıdan başlı başına ele alınması gereken bir konudur. Yaşam sonu bakım; hastaların tıbbi tedavilere yanıt vermemesi durumunda hastanın acılarını hafifleten bakım sistemidir. Yapılan tedavi ve bakımın hastalığın prognozuna etkisinin olmamasına nafile tedavi denilmektedir. Yaşamdanda ölüme giden yaşam sürecinde kronik hastalıklar ile mücadele eden tüm bireylerin gereksinimlerini gidermeyi ve yaşam sonu bakımı da kapsayan palyatif bakım, hastaya son anına kadar kaliteli, ağrısız ve huzurlu bir yaşam sunmaya odaklanmıştır (66–68). Kaynakların kısıtlı olması nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde hizmet veren sağlık çalışanlarının hastaların hayatta kalma olasılığını değerlendirmeyi bilmeleri gerekmektedir (13,69,70). COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde yaşamda kalma şansı yüksek olan hastaların belirlenmesi dünyanın bazı bölgelerinde tartışmalı hale gelse de kısıtlı kaynakların kullanımı açısından çelişkileri ortaya çıkarmıştır(71). Bazı ülkelerdeyetersiz kaynak durumlarında ventilatör

ve[Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu (ECMO)] gibi kaynakları fayda sağlama olasılığı daha yüksek olan hastalara kullanılması gibi stratejiler belirlenmiştir (68,71–73). Ülkemizde yaşam sonu kararlarının uygulanması yasaktır. Bu durum T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. ve 14. maddesi “Her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya başkasının talebi olsa dahil kimsenin hayatına son verilemez.” şeklinde belirtilmiştir (74). Kendi isteğiyle tedavi almak istemeyen, yapılacak tedavinin bireyin yaşam kalitesine katkısı olmayarak sadece yaşam süresini uzatacağı bilinen tedavilerin esirgenmesi, triyaj ilkelerine göre etik açısından uygun olsa da sağlık çalışanları bu konuda yasal korkular yaşamaktadırlar. Hastanın bakımı yaşamının sonuna kadar en iyi şartlarda yapılmalıdır. Hemşirelerin yaşam sonu bakımında, birçok rollerinin yanı sıra bilgi verici ve savunucu rolleri de vardır (68,72). Pandemi sırasında yaşamı sürdüren tedavilerin ne zaman durdurulması ve geri çekilmesi gerektiği konusunda uluslararası tartışmalar yaşanmıştır (75). Hollanda, Belçika ve Avusturalya'da ötenazi uygulamasına yönelik mevzuatta herhangi bir değişiklik olmamıştır. Ancak pandemiden bu yana Hollanda'nın ötenazi konusundaki uzmanlık merkezi kapatılmıştır (57,71). Ölüm süreci yakın olan hastalarda yaşam sonu bakım farmakolojik yöntem, farmakolojik olmayan yöntem, yaşam sonu bakımının sağlanması şeklinde sıralanabilir (52). Palyatif sedasyon; semptomların tedaviye dirençli olduğu durumda hastanın bilincinin farmakolojik ilaçlar yardımıyla azaltılmasıdır ve bu işlem hasta yakınlarından yazılı onam alınmasını gerektirmektedir. Palyatif sedasyon ölümü hızlandırmayıp yalnızca ölüm sürecinde acı çekmeyi engellemektedir. Wong ve ark. (2021)Avusturalya'da yaptıkları çalışmada COVID-19 hastalarda yaşamlarının son günlerinde semptomların yönetimi için ilaca ek olarak destekleyici tedaviler kullanıldığını belirtmişlerdir(76). ABD de yapılan bir çalışmada organ yetmezliği görülen COVID-19 hastası için uzman ekipler ve aile ile görüşülerek yaşam desteğinin geri çekilmesi kararı alınarak hastanın yaşam sonu acı çekmemesi için yüksek dozda sedasyon uygulanmıştır (70). İsveç'teyapılan bir çalışmada ise huzurevlerinde ve hastanelerde COVID-19'a ilişkin hasta ve yakınlarıyla yaşam sonu kararları, hastaların yalnız ölümü ve aile üyelerine yas desteği verilip verilmediği incelenerek pandemiden önceki yıl ile karşılaştırılmıştır. Hastanelerde yatan hastaların %89'u yaşam sonu kararlarını hayatlarının son anlarına kadar korurken huzurevlerinde bu oran %54 olarak görülmüş ve 2020 yılında COVID-19 tanısı almış hastalarda daha az yaşam sonu kararı tartışmaları

yaşanmıştır (77). Yapılan bir çalışmada katılımcılar yaşam sonu müdahaleleri istememe nedenleri olarak tedavi yanıtının düşük olması, hastanın yaşam süresini ve kalitesini etkilememesi, evrensel sağlık hizmetinin olmadığı ülkelerde aileye beklenen duygusal ve finansal desteğinin sağlanamaması gibi durumları sıralamışlardır (78). Batı Virjinya’dayapılan bir çalışmada değişikliklerden en dikkat çekici olanı 2020’nin ilk altı ayında DNR kartlarında %77,18’lik artış yaşanmış olmasıdır(79). Bu artış insanların COVID-19’a yakalanırlarsa hayatlarının sonuna dair endişelerini yansıttırıyor olabilir. Yukarıda sıralanan araştırmalar bağlamında yaşam sonuna ilişkin karar vermede sadece sağlık çalışanları değil aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının da endişelerinin olduğu ve onurlu belki de nispeten daha kolay bir ölüm istedikleri söylenebilir.

2.6.COVID-19 Pandemisinin Sağlık Profesyonelleri Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Koronavirüs önemli mortalite ve morbidite oranlarının yanı sıra normal olan yaşam ve hastane rutinlerini değiştirmiştir.Bu durum sağlık çalışanlarında psikolojik sorunlara neden olmuştur (25,80). Hastane çalışanlarında COVID-19 sırasında yaşanan psikolojik sorunlar enfeksiyon, iskemik kalp hastalığı, ventriküler aritmi, koronoer kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet ve ani kardiyak ölümle sonuçlanabilir (25,81).

COVID-19 pandemisinde hemşirelerin psikolojik sorunlar yaşamasının nedenleri aşağıda sıralanmıştır. Hemşireler, hastaların en yakınındaki kişiler olmuş ve yaşamlarının son anlarına tanıklık etmişlerdir. Hastaların bakım ve tedavileri sırasında hemşirelerin KKE kullanımı nedeniyle fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamamış, aşırı terlemelerine bağlı sıvı elektrolit dengesi bozuklukları yaşamalarına neden olmuştur (2,3,27,41,82). Kişisel koruyucu ekipmanların uzun süre kullanımı sosyal medyada da yer almış hemşireler hastalarla ve meslektaşlarıyla zor iletişim kurduklarınıve uzun vardiya boyuncakullandıkları ekipmanların yüzlerinde ağrı, yara oluşturduğunu ifade etmişlerdir (22). Sağlık çalışanları KKE ile ilgili eksiklik yaşandığında farklı malzemelerden önlük, bone, maske yaparak kendilerinin ve toplumun sağlığını korumaya çalışmışlardır (2,3,12,41,80,82). İş ortamında yaşanan bu sıkıntılara ek olarak sağlık çalışanları toplumda hastalık bulaştırıcıları olarak damgalanmış, hastalığı bulaştırma riski nedeniyle sevdiklerinden ayrı yerlerle izolasyon altında konaklamışlardır (2,12,80).

Yapılan çalışmalarda pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının bilgi karmaşası ve tükenmişlik yaşadıkları, hastalığı aile bireylerine taşıma ve enfeksiyon kapma korkusunun yaygın olduğu, KKE yetersiz olması ve KKE kullanımının susuzluk, baş ağrısı ve yorgunluk gibi rahatsız edici etkilerinin olması, farklı birimlerden gelen hemşirelerin oryantasyon sürecinde zorluklar yaşadıkları görülmüştür (14,20,23–25,32).

Hemşireler hastane yönetimi tarafından desteklenmediklerinde yaşadıkları problemlerle baş etmede güçlük çekerek kendilerini yalnız hissedebilirler (12,81). Hemşirelerin mesleki stres seviyeleri yüksek olduğunda desteklenmeleri önemlidir (22). Türk Hemşireler Derneği (THD) hastalıkla ilgili güncel bilgileri derlemiş ve hasta bakımında görev alan hemşirelerle paylaşmıştır (83). COVID-19 salgınına yönelik “Yoğun Bakım Ünitesinde Görevlendirilen Hemşireler için Kaynak Kitapçık” oluşturulmuştur (83). Bazı Avrupa ülkelerinde sağlık çalışanları her akşam saat 20.00’de halk tarafından alkışlanmışlardır (41). Ancak bu eylem sadece manevi destek olarak algılansa da sağlık çalışanlarının yaşadıkları işe yönelik sorunların çözümüne katkısı pek olmamıştır. Türkiye’de de eş zamanlı yapılan alkışlamanın sağlık çalışanlarınca yeterli bulunmadığı, özlük hakları konusunda problemlerinin olduğu bildirilmiş “Her şeye rağmen mücadeleye devam ediyor, pes etmiyoruz, kendi canımızdan çok karşıdakinin canını düşünüyoruz.” şeklindeki sözleriyle bu süreçteki emeğin önemini vurgulamışlardır (12). Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik güzel bir örnek İngiltere’de yaşanmış, onların stresini ve mental sağlığını korumaya yönelik finansal yardımın yanı sıra çevrim içi terapiler, grup konuşmaları ile personellere destek verilmiştir (22).

COVID-19 pandemisinde yazılan gazete haberlerine hemşirelerin okullar kapalı olduğu için çocuklarına kalacak yer ve bakacak kişi bulamamaları, bu süreçte çocuklarından ayrı kalmaları, sevdiklerini kaybetmeleri, iki çocuk sahibi olan bir annenin COVID-19 nedeniyle vefat etmesi, bir hemşirenin kendisi çalışırken evde iki çocuğunun yanarak öldüğü yansımıştır (84–89). Hemşirelerin uygun şekilde dinlenebileceği alanlar sağlanmalı, çocukları olan sağlık çalışanlarına gerekli olanaklar verilmeli ve hemşirelerin hastaneye işe gelip gitme konusundaki sorunlarına çözüm bulunmalıdır (90). Bu dönemde sağlık çalışanlarınca yaşanan sorunların ve duyulan ihtiyaçların yalnızca fizyolojik olmadığı, sosyoekonomik boyutunun olduğu ve bunların tamamının psikolojik etkileri olduğu unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları desteklenirken birey olarak bütüncül yaklaşılmalı ve istekleri göz ardı edilmemelidir. Bu toplum sağlığı için bir zorunluluk

olarak kabul edilmelidir. Aksi takdirde giderilmemiş ihtiyaçlar ve beklentiler ahlaki sıkıntılar doğurabilir.

2.7. COVID-19 Pandemisinde Sağlık alışanlarının Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntılar ve Nedenleri

Ahlaki sıkıntı ilk kez 1984'te Andrew Jameton tarafından kurumsal engeller nedeniyle bir hemşirenin ahlaki aıdan yapması gereken doğru davranışı bildiği halde gerçekleştirmemesi olarak tanımlanmıştır (6).Hamric ve Epstein'egre ahlaki sıkıntı, sağlık çalışanlarının etik olmayan bir eyleme istemeden suç ortağı olduklarını anladıklarında durumu değiştirmeye glerinin yetmeyeceğini hissettikleri zaman ortaya çıkar.Ahlaki sıkıntı yaşayan birey yapılması gereken doğruyu bilir fakat kendisinde bunu yapabilecek gc bulamaz. Sahip olduğu değerleri sorgular. Görev ve yetkilerini yerine getiremeyeceğini hisseder ve etik ikilem yaşadığı durumları yönetemez (16,31). Pandemide hasta merkezli bakım anlayışı toplum merkezli bir yaklaşıma doğru kayar. Bu durumda sağlık çalışanları için mevcut etik çerçeveler değişir bu değişim ahlaki sıkıntı riskini arttırır (64). Ahlaki sıkıntı bireysel veya kurumsal kaynaklı oluşabilmektedir (16). Ahlaki sıkıntı, bireylerde psikososyal sorunları da beraberinde getirerek hemşirelik bakım hizmetlerinin de etkilemektedir (16,29,91,92). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının ahlaki sıkıntı yaşama nedenleri COVID-19 tanılı hastalara bakmak, KKE eksikliği, hastalarının sayısı ve ciddiyetinden kaynaklanan çaresizlik, artan iş yükü, yeni bir hastalığın nasıl tedavi edileceğine ilişkin bilgi eksikliği ve belirsizlik, yoğun bakım deneyimine sahip olmayan ekip arkadaşlarıyla çalışmak, virüse maruz kalma korkusunun yetersiz bakıma yol açması ve kaynakların sınırlığı olarak belirtilmiştir (31,33,93).

COVID-19 pandemisiyle oluşan aşağıdaki durumlar sağlık çalışanları için ahlaki sıkıntıya neden olabilir;

- ✓ COVID-19 hakkında bilgi karmaşasının yaşanması (94),
- ✓ Sağlık alışanlarının hastalara kullandıkları ilaçların etkinliği konusundaki tereddütleri (94),
- ✓ Aşıların ne kadar süreyle bağışıklık sağlayabileceği, aşıların sağlık çalışanlarına zorunlu mu yoksa isteğe bağlı olarak mı yapılacağı (94),

- ✓ Sağlık kuruluşlarında yaşanan KKE ve yatak sayısındaki sıkıntılar, hasta başına düşen hemşire/hasta orandaki değişiklik, solunum cihazındaki ve diğer malzemelerde yaşanan zorluk ve kaynakların nasıl kullanılacağına dair belirsizlikler (16,94),
- ✓ Pandemi ilerledikçe koronavirüse bağlı ölümlerdeki artışın sağlık çalışanlarını manevi yönden etkilemesi ve ölüm korkusu/kaygısı yaşamaları (94),
- ✓ Sağlık çalışanlarının hastalığı aile bireylerine ve topluma taşıma korkusu (64,94),
- ✓ Ziyaret kısıtlaması nedeniyle sağlık çalışanlarının hastayı sevdiklerinden izole etmeyi doğru bulmadığı durumlar yaşanması ve hasta-aile-sağlık çalışanları arasındaki iletişim kayıplarını azaltmak için sanal teknolojilerin kullanılması (64,94,95),
- ✓ COVID-19 hastalığı olmayan kişilerin virüse maruz kalma korkusu nedeniyle sağlık sistemlerine erişmekten kaçınması ve sanal teknolojilerle uzaktan bakım sağlamak için geliştirilen yeni becerilere sağlık çalışanlarının uyum problemi yaşaması (64),
- ✓ Benzeri görülmemiş bu zorlu dönemde sağlık çalışanları kendi ahlaki bakış açılarını tartışamayacaklarını hissetmeleri ve başkalarına ifade edememeleri durumunda ahlaki sıkıntısı yaşayabilirler (29,64,91).

Pandemi dönemlerinde, bu sürecin takibinde birebir yer alan hemşireler için ahlaki sıkıntıların nedenleri araştırılmalı ve nedenlere yönelik çözümler üretilmelidir. Sağlık kuruluşları hastalar için güvenliği sağlamak, kaynakları adil şekilde dağıtmak, sağlık çalışanlarına karşı yükümlülüklerini yerine getirmek ve toplum için hastalığa bağlı riskleri en aza indirmek durumundadır. Sağlık kurumları sorunlara yönelik eğitim ve çalışma grupları oluşturarak hastaya ve aileye uygun bakım hizmetini sağlanmalı ve sürdürmelidir (29).

3. YÖNTEM ve GEREÇ

3.1.Araştırmanın Şekli ve Amacı

Tanımlayıcı tipte olan araştırmada COVID-19 yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin COVID-19 tanılı hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri 04.04.2022 ila 04.07.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde hastanede yoğun bakım üniteleri basamaklara ayrılmadan COVID-19 yoğun bakım üniteleri olarak belirlenmiştir. Pandemi sürecinde COVID-19 yoğun bakım ünitesinde yatak sayıları ihtiyaca göre düzenlenmiş olup, maksimum yatak sayısı zaman zaman 120'ye ulaşmıştır. Pandemi nedeniyle hemşireler çoğunlukla 24 saatlik nöbet sistemiyle çalışmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde COVID-19 yoğun bakım ünitesinde görevli 142 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçiminde ise evreni bilinen örneklem hesaplamasından yararlanılmış ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 104 hemşire örneklemi oluşturmuştur. Çalışmada raporlu, izinli ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamış olup, evrenin %74'üne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri(yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu), mesleki özellikleri ve çalışma koşullarınailişkin verileri (hemşire olarak çalışma süresi, COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi, yoğun bakım hemşiresi olarak çalışma süresi, çalışma şekli,

kadro durumları, sertifikasyon durumu, klinikteki yatak sayısı, mesaideki hemşire sayısı, terminal dönemdeki hastalara bakma, yaşam sonu kararları, yoğun bakımda çalışma durumundan memnuniyet) oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler; Ahlaki sıkıntı ölçeğinin (ASÖ)ve Bakım Davranışları Ölçeğinin (BDÖ-24) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını içermektedir.

Araştırma Soruları:

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama düzeyleri nedir?

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarını etkileyen faktörler nelerdir?

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını algılama düzeyleri nedir?

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi var mıdır?

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları, hemşirelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce hemşirelere kendini tanıtmış, araştırmanın amacı ve içeriği açıklanmıştır. Formların doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür taranarak hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (EK-2) ve Bakım Davranışları Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formunda, yaş, cinsiyet, medeni durum çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumunu içeren 5sosyodemografik soru; çalışma süresi, COVID-19 yoğun bakımda çalışma süresi, çalışma şekli, son dönem hasta bakımı yapma gibi mesleki özellikleri ve çalışma koşullarını içeren 11 soru bulunmaktadır(EK-1).

3.6.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (ASÖ)

Araştırmada Hamric tarafından 2012 yılında geliştirilen, 21 maddeden oluşan ASÖ kullanılmıştır (96). İç tutarlılık kapsamında Cronbach alphasayı 0.88 olarak bulunmuştur. Ahlaki Sıkıntı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Karagözoğlu ve ark. (2017) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach alphasayı 0.85 olarak saptanmıştır (97).Ölçek alt boyutları olmayıp katılımcıların kendi kendilerini ahlaki sıkıntı açısından değerlendirdikleri toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin hesaplanması; madde puanları, her bir maddenin sıklık skoru (0-4) ile her bir maddenin yoğunluk skoru (0-4) çarpılarak elde edilmektedir. Ölçek içindeki bir maddenin puanını hesaplarken, sıklık ve yoğunluk puanları birbiriyle çarpılır (sıklık x rahatsızlık) ve ardından tek bir puan (0-16) elde edilir. Bu nedenle, bir maddeden elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 0 ve 16'dır (4 x 4). Her bir maddenin puanları toplanarak ölçekten alınacak toplam puan elde edilir (0-336). Ölçekten alınan yüksek puanlar, Ahlaki sıkıntı ve ahlaki rahatsızlık seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir (EK 2) *.

3.6.3. Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ-24)

Çalışmada ikinci ölçek olarak yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarını belirlemek için Wu, Larrabee ve Putman tarafından 2006 yılında geliştirilen BDÖ-24 Ölçeği kullanılmıştır. Wu, Larrabee ve PutmanölçeğininCronbachalphasayı 0.82 olarak bulmuştur (98). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri Kurşunve Kanan tarafından 2012 yılında yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach alphasayı 0.94 olarak saptanmıştır (99). BDÖ-24 Ölçeği; güvence (8 madde = 16, 17, 18,

20, 21, 22, 23, 24), bilgi-beceri (5 madde = 9, 10, 11, 12, 15), “Saygılı olma” (6 madde = 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağıllık (5 madde = 2, 4, 7, 8, 14) olmak üzere 4 alt boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar için 6'lılıkert tipi skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması: Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra, 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyutların elde edilmesi, her bir alt boyut, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe o bakım davranışının sık kullanıldığını göstermektedir (EK 3).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 23.0) paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum olarak özetlenmiştir. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, iki gruplu değişkenlerde bağımsız student t-testi ve Mann Whitney u analizi uygulanmıştır. Tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden COVID-19 yoğun bakım hemşirelerini kapsamaktadır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.12.2021 tarihli 117/26 sayılı kararı ile etik kurul izni, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nün 25.01.2022 tarihli E-96172664-050.06.04-130 sayılı kararı ile kurum izni, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 14.12.2021 tarihli 37/17-4 kararı 266683 sayılı yazısı ile gerekli izni, ölçek yazarlarından mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Ahlaki Sıkıntı Ölçek yazarı Gülay Yıldırım ile görüşülmüş yazar tezin içerisinde ölçeğin yayınlanmamasını beyan ettiği için ölçek ekler kısmında belirtilmemiştir. Çalışmaya katılan hemşirelere veri formu verilmeden önce yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.





Şekil 3.1.Araştırma Uygulama Şeması

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımlar incelendiğinde; %51'inin 28 yaş ve üzerinde (ortalama: $29,58 \pm 5,96$), %63,5'inin kadın olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %52,9'unun bekar, %62,5'inin çocuk sahibi olmadığı bulunurken, %87,5'inin eğitim durumunun lisans ($n=86$) ya da lisansüstü ($n=5$), %12,5'inin ise Sağlık Meslek Lisesi (SML) ($n=6$) ve ön lisans mezunu ($n=7$) olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 1).

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

	n	%
Yaş (ortalama $29,58 \pm 5,96$, min: 22, max:45)		
27 yaş ve altı	51	49
28 yaş ve üzeri	53	51
Cinsiyet		
Erkek	38	36,5
Kadın	66	63,5
Medeni Durum		
Evli	49	47,1
Bekar	55	52,9
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	39	37,5
Hayır	65	62,5
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi+Ön Lisans	13	12,5
Lisans + Lisansüstü	91	87,5

4.2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşulları

Katılımcıların mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde; hemşirelerin çalışma yılı ortalaması $7,15 \pm 5,86$ (min:1, max:26) olup, %52,9'unun mesleki deneyiminin 6 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur. COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimleri ortalama $17,35 \pm 8,89$ (min:1, max:36) ay olup %55,8'inin 24-36 aydır adı geçen ünite de çalıştığı bulunmuştur. Katılımcıların %62,5'inin yoğun bakım deneyiminin 0-4 yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalışma koşullarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde; %61,5'inin kadrolu çalıştığı, %57,7'sinin yoğun bakım sertifikasının olmadığı bulunmuştur. Çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin yatak sayısının ortalama $12,28 \pm 2,94$ (min:10, max:18) olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların %26.9'u çalışma saatleri içerisinde üç ya da dört, %73.1 ise beş ve üzeri hemşire ile çalıştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %96,2'sinin terminal dönemdeki hastaya bakım verdiği, %72,1'inin yaşam sonu kararlara katıldığı, %88,5'inin yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olduğu, %68,3'ünün şuanda görevinden ayrılmayı düşünmediği saptanmıştır. Çalıştığı kurumda hasta bakımını yönetme şekline ilişkin ahlaki sıkıntı yaşama nedeniyle katılımcıların %22,1'i görevinden istifa etmek istemediğini belirtmiştir. Katılımcıların %16,3'ü ise çalışmanın yapıldığı dönemde görevden ayrılmayı düşündüğünü bildirmiştir (Çizelge 2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına İlişkin Dağılımlar

	n	%
Mesleki deneyim		
5 yıl ve aşağısı	49	47,1
6 yıl ve üzeri	55	52,9
COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi		
0-23 ay	46	44,2
24-36 ay	58	55,8
Yoğun bakım ünitesi deneyimi		
0-4 yıl	65	62,5
5 yıl ve üzeri	39	37,5
İstihdam şekli		
Sözleşmeli	40	38,5
Kadrolu	64	61,5
Yoğun bakım sertifikası		
Var	44	42,3
Yok	60	57,7
Çalıştıkları ünite de bulunan yatak sayısı		
10-14 yatak	85	81,7
15 yatak ve üzeri	19	18,3
Çalışma saatlerinde birlikte çalıştığı hemşire sayısı		
3-4 hemşire	28	26,9
5 ve üzeri hemşire	76	73,1
Terminal dönem hasta bakımı yapıyor musunuz		
Evet	100	96,2
Hayır	4	3,8
Çalıştığınız Yoğun bakım ünitesinde yaşam sonu kararlara katılıyor musunuz?		
Evet	29	27,9
Hayır	75	72,1
Yoğun bakımda çalışmaktan memnun musunuz		
Evet	92	88,5
Hayır	12	11,5
Bakımı yönetmede ahlaki sıkıntı nedeniyle görevden ayrılmayı isteme durumu*		
Evet, düşünüyorum	23	22,1
Hayır, düşünmüyorum	38	36,5
Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?**		
Evet	17	16,3
Hayır	71	68,3

* 61 katılımcı, ** 88 katılımcı cevaplamıştır.

4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach's Alpha Değerleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerlerine ait bilgiler Çizelge 3'te verilmiştir. ASÖ Cronbach Alpha değeri 0,824 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. BDÖ-24 için bu değer 0,930 (yüksek derecede güvenilir); "Güvence" alt boyutu için 0,866 (yüksek derecede güvenilir); "Bilgi-beceri" alt boyutu için 0,765 (oldukça güvenilir); "Saygılı olma" ve Bağlılık alt boyutu için 0,797 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur (Çizelge 3).

Çizelge 4.3.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Cronbach's Alpha Değerleri ve Puan Ortalamaları

Ölçek	Cronbach's Alpha
1.Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	0,824
2. BDÖ-24 Ölçeği	0,930
Güvence alt boyutu	0,866
Bilgi-Beceri alt boyutu	0,765
"Saygılı olma" alt boyutu	0,797
Bağlılık alt boyutu	0,797

Çalışmada kullanılan ölçeklere ait puan ortalamaları Çizelge 4'te özetlenmiştir. ASÖ puan ortalaması $91,75 \pm 48,80$; BDÖ-24 puan ortalaması $5,49 \pm 0,45$; "Güvence" alt boyutu puan ortalaması $5,51 \pm 0,50$; "Bilgi-Beceri" alt boyutu puan ortalaması $5,68 \pm 0,43$; "Saygılı Olma" alt boyutu puan ortalaması $5,47 \pm 0,54$ ve "Bağlılık" alt boyutu puan ortalaması $5,32 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4).

Çizelge 4.4.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort±ss	Min	Max
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	$91,75 \pm 48,80$	3	236
BDÖ-24 Ölçeği	$5,49 \pm 0,45$	4	6
Güvence	$5,51 \pm 0,50$	4	6
Bilgi-Beceri	$5,68 \pm 0,43$	4,20	6
Saygılı Olma	$5,47 \pm 0,54$	3,67	6
Bağlılık	$5,32 \pm 0,63$	3	6

4.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ASÖ toplam puan ortalamasına göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır. 28 yaş ve üzeri olan katılımcıların 27 yaş ve altı olan katılımcılardan, kadınların erkeklerden, bekârların evlilerden ASÖ toplam puan ortalaması daha yüksek

saptanmıştır.Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre, lisans veya lisansüstü mezuniyeti olan katılımcıların lise ya da ön lisansmezunu olan katılımcılara göre ASÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 5).

Çizelge 4.5.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
Yaş		
27 yaş ve altı	51	90,41±50,05
28 yaş ve üzeri	53	93,03±48,00
p		0,78
Cinsiyet		
Erkek	38	80,76±42,72
Kadın	66	98,07±51,22
p		0,68
Medeni Durum		
Evli	49	88,91±42,60
Bekar	55	94,27±53,99
p		0,57
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	39	89,69±43,93
Hayır	65	92,98±51,84
p		0,73
Eğitim Durumu		
Lise veya Önlisans	13	85,23±52,81
Lisans veya Lisansüstü	91	92,68±48,44
p		0,63

4.5.Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleki özellikleri ve çalışma koşulları ile ASÖtoplam puan ortalamasına göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma deneyimine göre yapılan karşılaştırmada 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcıların ASÖtoplam puan ortalamaları 5 yıl ve aşağı deneyime sahip katılımcılara aitASÖtoplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimine göre yapılan karşılaştırmada 24-36 ay COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimi olan katılımcıların ASÖtoplam puan ortalamaları 0-23 ay çalışma deneyimi olan katılımcılarınASÖtoplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimine göre yapılan karşılaştırmada 5 yıl ve üzeri deneyimi olan katılımcıların ASÖtoplam puan ortalamaları 0-4 yıl deneyimi olan katılımcıların toplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Kadro durumuna göre yapılan karşılaştırmada kadrolu katılımcılara ait

ASÖ toplam puan ortalaması sözleşmeli katılımcılara ait ASÖtoplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım sertifikası olma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, sertifikası olan katılımcıların ASÖtoplam puan ortalaması sertifikası olmayan katılımcılara ait puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Çalışılan yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısına göre yapılan karşılaştırmada, yatak sayısı 15 yatak ve üzeri olan katılımcılara ait ASÖtoplam puan ortalaması yatak sayısı 10-14 olan katılımcılara ait puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Birlikte çalıştığı hemşire sayısına göre yapılan karşılaştırmada, birlikte çalıştığı hemşire sayısı beş ve üzeri olan katılımcılara ait ASÖtoplam puan ortalaması, birlikte çalıştığı hemşire sayısı üç ya da dört olan katılımcılara ait ASÖ toplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde yaşam sonu terminal dönem hasta bakımı yapma ve yaşam sonu kararlara katılım durumlarına göre yapılan karşılaştırmada terminal dönemde hasta bakımı yapanların yapmayanlara göre, yaşam sonu kararlara katılanların katılmayanlara göre ASÖtoplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, yoğun bakımda çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların ASÖtoplam puan ortalaması, memnun olan katılımcılara ait ASÖ toplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur($p>0,05$).

Katılımcılara sorulan “Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan dolayı görevinizden ayrılmayı düşündünüz mü?” sorununun “Evet istifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım” şeklinde ifade edenlerin ASÖtoplam puan ortalaması, “Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim” şeklinde ifade edenlerin puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ($p>0,05$).

Katılımcılara sorulan “Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz? sorusuna “Evet” cevabını veren katılımcıların ASÖ toplam puan ortalamaları “Hayır” cevabını veren katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,042$) (Çizelge 6).

Çizelge 4.6.Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre ASÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
Deneyim		
5 yıl ve aşağısı	49	90±48,89
6 yıl ve üzeri	55	93,29±49,11
p		0,73
Covid-19 deneyim		
0-23 ay	46	82±47,68
24-36 ay	58	99,48±48,69
p		0,06
Yoğun bakım ünitesi deneyimi		
0-4 yıl	65	91,07±49,64
5 yıl ve üzeri	39	92,87±47,98
p		0,8
İstihdam şekli		
Sözleşmeli	40	83,15±44,58
Kadrolu	64	97,12±50,86
p		0,14
Sertifika		
Evet	44	98,93±49,5
Hayır	60	86,48±48,01
p		0,20
Birlikte çalıştığı hemşire sayısı		
3 ya da 4 hemşire	28	76,67±48,23
5 hemşire ve üzeri	76	97,30±48,13
p		0,059
Yatak sayısı		
10-14	85	88,72±49,67
15 ve üzeri	19	105,26±43,13
p		0,154
Terminal dönem hasta bakımı		
Evet	100	93,06±49,16
Hayır	4	59,0±22,75
p		0,139
Yaşam sonu kararlara katılım		
Evet	29	93,41±54,47
Hayır	75	91,1±46,8
p		0,717
Yoğun bakım memnuniyet		
Evet	92	91,13±48,77
Hayır	12	96,5±50,95
p		0,73
Bakımı yönetmede ahlaki sıkıntı nedeniyle görevden ayrılmayı isteme durumu*		
Evet,istifaetmeyidüşündüm, ayrıldım	38	106±55,32
Hayır, istifa etmeyi ya da ayrılmayı düşünmedim	23	89±53,05
p		0,26
Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?		
Evet	17	114,23±51,33
Hayır	71	87,12±47,97
p		0,042

4.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDÖ-24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında yaş değişkeninde “Bilgi-beceri” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. 28 yaş ve üzeri katılımcılara ait puan ortalaması 27 yaş ve altı katılımcılara ait puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,032$). Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim durumu değişkenleri ile BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır (Çizelge 7).

Çizelge 4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDÖ -24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	BDÖ-24 Toplam	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Yaş						
27 yaş ve altı	51	5,47±0,43	5,46±0,51	5,58±0,49	5,49±0,48	5,33±0,59
28 yaş ve üzeri	53	5,52±0,47	5,55±0,5	5,76±0,35	5,45±0,6	5,31±0,68
p		0,53	0,37	0,032	0,77	0,89
Cinsiyet						
Erkek	38	5,43±0,38	5,43±0,5	5,65±0,42	5,42±0,45	5,24±0,53
Kadın	66	5,53±0,49	5,55±0,51	5,69±0,44	5,5±0,59	5,37±0,68
p		0,26	0,23	0,61	0,45	0,28
Medeni Durum						
Evli	49	5,49±0,44	5,47±0,48	5,71±0,4	5,43±0,55	5,35±0,57
Bekar	55	5,5±0,47	5,45±0,53	5,64±0,46	5,5±0,53	5,29±0,68
p		0,88	0,49	0,40	0,49	0,60
Çocuk sahibi olma durumu						
Evet	39	5,49±0,47	5,5±0,46	5,72±0,4	5,41±0,6	5,34±0,65
Hayır	65	5,5±0,45	5,51±0,53	5,65±0,45	5,51±0,51	5,31±0,62
p		0,96	0,95	0,37	0,40	0,82
Eğitim Durumu						
Lise veya Önlisans	13	5,53±0,49	5,55±0,49	5,61±0,49	5,51±0,56	5,44±0,57
Lisans veya Lisansüstü	91	5,49±0,45	5,5±0,51	5,69±0,42	5,46±0,54	5,3±0,64
p		0,78	0,73	0,61	0,79	0,43

4.7. Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Göre BDÖ-24 Toplamı ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına göre BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında mesleki deneyim değişkeninde “Bilgi-beceri” altboyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Mesleki

deneyimi 6 yıl ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması mesleki deneyimi 5 yıl ve daha az olan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,015$)(Çizelge 8). Katılımcıların COVID-19 yoğun bakım ve yoğun bakım ünitesi çalışma deneyimleriyle BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kadro durumuna göre BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırıldığında kadrolu olma durumu değişkeninde “Bilgi-beceri” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Kadrolu katılımcılara ait puan ortalaması sözleşmeli katılımcılara ait puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,030$)(Çizelge 8).

Katılımcıların yoğun bakım sertifikası alma durumu, çalıştıkları yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı, birlikte çalışılan hemşire sayısı, terminal dönemdeki hastalara bakım verme, yaşam sonu kararlara katılıma, yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet duyma durumlarıyla BDÖ-24 toplam ve alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(Çizelge 8).

Katılımcılara sorulan “Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan dolayı görevinizden ayrılmayı düşündünüz mü?” sorununun “Evet istifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım” şeklinde ifade edenlerin “Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalamaları “Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim” şeklinde ifade edenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,01$).

Katılımcılara sorulan “Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” veya “Hayır” cevabını veren katılımcıların BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.8.Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına GöreBDÖ-24 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	BDÖ-24Toplam	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Deneyim						
5 yıl ve aşağısı	49	5,43±0,48	5,43±0,56	5,57±0,51	5,43±0,52	5,28±0,62
6 yıl ve üzeri	55	5,55±0,43	5,57±0,44	5,77±0,32	5,5±0,56	0,36±0,64
p		0,17	0,167	0,015	0,53	0,51
COVID-19 deneyim						
0-23 ay	46	5,5±0,46	5,53±0,5	5,61±0,45	5,51±0,5	5,32±0,62
24 ay ve üzeri	58	5,49±0,45	5,49±0,51	5,73±0,41	5,45±0,57	5,32±0,64
p		0,94	0,73	0,16	0,46	0,98
Yoğun bakım ünitesi deneyimi						
0-4 yıl	65	5,47±0,47	5,5±0,48	5,62±0,48	5,46±0,53	5,29±0,65
5 yıl ve üzeri	39	5,54±0,42	5,53±0,45	5,77±0,31	5,49±0,56	5,37±0,6
p		0,48	0,94	0,12	0,54	0,54
Kadrolu olma durumu						
Sözleşmeli	40	5,48±0,42	5,52±0,51	5,57±0,49	5,5±0,46	5,29±0,58
Kadrolu	64	5,51±0,47	5,5±0,51	5,75±0,37	5,45±0,59	5,34±0,66
p		0,73	0,85	0,03	0,64	0,64
Sertifika						
Evet	44	5,48±0,48	5,5±0,49	5,6±0,47	5,45±0,61	5,38±0,64
Hayır	60	5,5±0,43	5,52±0,52	5,73±0,39	5,48±0,49	5,28±0,63
p		0,84	0,85	0,16	0,80	0,43
Birlikte çalıştığı hemşire sayısı						
3 ya da 4 hemşire	28	5,56±0,39	5,58±0,43	5,69±0,38	5,54±0,45	5,43±0,49
5 hemşire ve üzeri	76	5,47±0,47	5,48±0,53	5,67±0,45	5,44±0,57	5,28±0,67
p		0,31	0,34	0,85	0,36	0,21
Yoğun bakım memnuniyet						
Evet	92	5,5±0,45	5,53±0,48	5,68±0,41	5,46±0,56	5,31±0,64
Hayır	12	5,44±0,49	5,32±0,65	5,63±0,57	5,52±0,43	5,36±0,6
p		0,70	0,17	0,76	0,66	0,80
Yatak sayısı						
10-14 yatak	85	5,51±0,47	5,55±0,51	5,67±0,45	5,48±0,56	5,34±0,66
15 yatak ve üzeri	19	5,42±0,38	5,37±0,48	5,72±0,33	5,43±0,46	5,24±0,50
p		0,39	0,11	0,54	0,72	0,46
Terminal dönem hasta bakımı						
Evet	100	5,49±0,45	5,51±0,5	5,68±0,43	5,46±0,55	5,32±0,64
Hayır	4	5,5±0,48	5,4±0,68	5,6±0,46	5,7±0,39	5,3±0,52
p		0,95	0,71	0,78	0,72	0,72
Yaşam sonu karara katılma						
Evet	29	5,5±0,39	5,52±0,51	5,66±0,39	5,46±0,48	5,35±0,55
Hayır	75	5,49±0,48	5,51±0,51	5,68±0,44	5,47±0,57	5,31±0,66
p		0,96	0,91	0,86	0,91	0,79
Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşama durumu nedeniyle görevden ayrılma durumu						
Evet,istifa düşündüm, ayrıldım	23	5,18±0,4	5,50±0,53	5,8±0,41	5,57±0,52	5,50±0,55
Hayır, istifa etmeyi/ ayrılmayı düşünmedim	38	5,40±0,5,17	5,44±0,55	5,60±0,42	5,37±0,58	5,18±0,7
p		0,14	0,8	0,01	0,13	0,06
Görevden ayrılmayı düşünme durumu						
Evet	17	5,54±0,41	5,45±0,48	5,74±0,32	5,55±0,5	5,48±0,5
Hayır	71	5,47±0,44	5,49±0,52	5,67±0,43	5,45±0,5	5,26±0,6
p		0,53	0,76	0,54	0,45	0,19

4.8. Katılımcıların ASÖ ile BDÖ-24 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde ASÖ ile BDÖ-24 ve alt boyutları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. BDÖ-24 ile “Güvence”, “Saygılı olma” ve “Bağlılık” alt boyutlarında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde; “Bilgi-beceri” alt boyutunda ise pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. “Güvence” alt boyutu ile “Bilgi-beceri” alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde; “Saygılı olma” ve “Bağlılık” alt boyutları arasında ise pozitif yönde ve yüksek düzeyde, “Bilgi-beceri” alt boyutu ile “Saygılı olma” ve “Bağlılık” alt boyutları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, “Saygılı olma” alt boyutu ile “Bağlılık” alt boyutu arasında ise pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur (Çizelge 9).

Çizelge 4.9. ASÖ ile BDÖ-24 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçekler		ASÖ	BDÖ-24	Güvence	Bilgi-beceri	Saygılı olma	Bağlılık
ASÖ	r	1	-,083	-,141	,114	-,089	-,094
	p		,400	,153	,250	,368	,344
BDÖ-24	r		1	,866**	,735**	,908**	,911**
	p			,000	,000	,000	,000
Güvence	r			1	,537**	,667**	,662**
	p				,000	,000	,000
Bilgi-beceri	r				1	,561**	,594**
	p					,000	,000
Saygılı olma	r					1	,872**
	p						,000
Bağlılık Toplam	r						1

4.9. ASÖ İfadelerinin Toplam Puan Ortalama Dağılımları

Katılımcıların yanıtlarına göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeğindeki puan ortalamaları Çizelge 10’da verilmiştir. Buna göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeğindeki ifadelerden en yüksek puan ortalamasına sahip üç ifade sırasıyla; “Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama”, “Ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme”, “Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma” ifadeleri olmuştur. En düşük puan ortalaması ise “Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığına tanık olma” ifadesinde bulunmuştur (Çizelge 10).

Çizelge 4.10. ASÖİfadelerinin Puan Ortalaması Dağılımı

İfade	Puan Ortalaması (±ss).
1.Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme	2,51±4,24
2. Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine "boş ümit" verdiğine tanık olma	2,09±3,54
3. Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma	4,41±4,96
4. Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma	6,11±5,63
5. Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmama	4,30±5,17
6. Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama	7,38±5,52
7. Ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme	6,22±5,92
8. Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmediğini öğrendiğimde, gerekeni yapmama	3,19±3,75
9. Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etme	5,32±4,85
10. Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım verme	4,92±5,59
11. Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığını tanık olma	2,04±3,73
12. Ölüme neden olacağı endişesi nedeniyle ağıri kesici ilaç dozunun arttırılamaması sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım verme	3,54±4,03
13. Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunu tartışılmamasına yönelik hekim isteğine uyma	3,71±4,72
14. Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif/uyuşturucu dozunun arttırıldığına tanık olma	3,88±4,95
15. Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dahil olan bir profesyonelin engellenmesi nedeniyle gerekeni yapmama	3,66±4,58
16. Dava açılma korkusu nedeniyle aynı fikirde olmasam da ailenin hastanın bakımı ile ilgili isteğine uyma	3,38±4,66
17. Hasta bakımı konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışma	5,25±5,73
18. Ekip iletişimim yetersizliği nedeniyle hasta hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olma	5,41±5,21
19. Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam alma	4,17±5,03
20. Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olma	4,75±5,20
21. Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyoneli ile çalışma	5,50±5,60

4.10. BDÖ-24 İfadelerinin Toplam Puan Ortalama Dağılımları

Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre Bakım Davranışı Ölçeğindeki ifadelerin puan ortalamaları Çizelge 11’de verilmiştir. Ölçekte puan ortalaması en yüksek olan üç ifade sırasıyla; “Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme”, “Hastaya ait bilgileri gizli tutma” ve “Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama” ifadeleri olmuştur. En düşük puan ortalaması ise “Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama” ifadesinde bulunmuştur (Çizelge 11).

Çizelge 4.11.BDÖ-24 İfadelerinin Puan Ortalamaları

İfade	Puan Ortalaması (±ss).
1. Hastayı dikkatle dinleme	5,42±0,78
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme	5,36±0,82
3. Hastaya bir birey olarak davranma	5,68±0,62
4. Hastaya zaman ayırma	5,50±0,68
5. Hastaya destek olma	5,53±0,76
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma	5,36±0,86
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma	5,38±0,75
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma	5,31±0,83
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme	5,79±0,56
10. Hastaya güven verme	5,54±0,72
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme	5,69±0,55
12. Araç-gereci beceriyle kullanma	5,61±0,59
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme	5,41±0,79
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama	5,08±1,11
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma	5,78±0,55
16. Hastaya istekle gitme	5,27±0,95
17. Hastayla konuşma	5,51±0,69
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme	5,50±0,72
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama	5,44±0,78
20. Hastanın çağrısına hemen yanıt verme	5,35±0,77
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme	5,66±0,55
22. Hastaya ilgi gösterme	5,50±0,73
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama	5,77±0,46
24. Hastanın semptomlarını hafifletme	5,55±0,65

5. TARTIŞMA

Bu çalışma COVID-19 yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. COVID-19 yoğun bakım biriminde çalışmaya katılan hemşireler ile yapılan çalışma sonucu elde edilen bulgular, ilgili bilimsel literatür ışığında karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ASÖ Tartışması

Çalışmamızdahemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur.Çalışmamızda kullanılan ölçeğin orijinalindenuyarlayarak yapılan çalışmalarda Haikali ve ark. (2016) ile Wilson ve ark. (2013)hemşirelerin düşük düzeyde, Sucu Çakmak ve ark. (2022)orta düzeyde, Donkers ve ark. (2021) yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır (100–103). Farklı ölçek kullanarak yapılan çalışmalarda hemşirelerin Miljeteig ve ark.(2021) düşük düzeyde,Lake ve ark. (2022), Özden ve ark. (2012), Silverman ve ark. (2021) yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir (31,33,93,104). Çalışmamızda hemşirelerin ASÖ toplam puan ortalamalarının düşük olmasının sebeplerinden biri çalışmanın pandeminin son dalgasında yapılmış olmasıile ilgili olabilir. Bu değerlendirmenin ana kaynağı yaygınlaşankoruyucu önlemlerin etkisiyle azalan hasta sayısı vebuna bağlı güncellenen prosedürlerle birlikte azalan iş yükü ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik değişkenleri ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmamıştır.Çalışma sonucumuza benzer olarak Donkers ve ark. (2022),Wilson ve ark. (2013)’ı yaş değişkeninin, Kayar ve Erdem (2017), Kızıltepe ve Keskin (2019), Elçelik (2021)medeni durum ve eğitim durumunun ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediğini belirtmişlerdir (101,103,105–107). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Miljeteig ve ark. (2021)ileSpilg ve ark. (2022)’ı kadınların, Gülfidan (2022) ise eğitim düzeyi lisans/lisans-üstü olan hemşirelerin ASÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirilmişlerdir (26,104,108). Hemşirelerin sosyodemografik değişkenlerinin ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilememesinin nedeni yarar sağlama duygularının ön planda olmasına, hasta ve hastalığa duyarlı bakış açılarına bağlanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin mesleki özellikleri ve çalışma koşulları ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Gülfidan (2022), Donkers ve ark. (2022)'ı mesleki deneyim süresinin ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediğini, Lake ve ark. (2022)'ı mesleki deneyim arttıkça ahlaki sıkıntı yaşama durumunun azaldığını, Maluwa ve ark. (2012)'ı mesleki deneyim arttıkça hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile baş etme mekanizmalarının daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (33,103,108,109). Literatürde yapılan çalışmalarda COVID-19 tanılı hastaları kabul eden hastanelerde uzun süre görev yapan sağlık çalışanlarının ahlaki sıkıntı yaşadıkları görülmüştür (26,33,104). Dodek ve ark. (2016)'ı yoğun bakım deneyim yılı arttıkça ASÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığını bulmuştur (110). Kızıltepe Keskin (2019) kadro durumunun, Wilson ve ark. (2013)'ı sertifikasyon alma durumlarının ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediğini bildirmişlerdir (101,106). Çalışmamızda hemşirelerin çalışma şartlarının ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilememesinin nedeni hemşirelerin etik ikilemlerle karşılaşma durumunda uygun baş etme yöntemlerini kullanarak sorumluluklarının bilincinde olmalarına bağlanabilir. Pandeminin son dalgasında hasta/hemşire oranları düzenlenmiş, KKE sorunun ortadan kalkmasıyla hemşirelerin güvenli bir ortamda hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamış olması ahlaki sıkıntı yaşamalarını engellemiş olabilir. COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda tedavi ve bakım yapılan hastalarda mortalite oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda iyileşme umudu olmayan hastaların ailelerine destek olunması, ailenin hastasını onurlu bir şekilde uğurlamasına izin verilememesi, terminal dönemde hasta bakımını ve hastalara uygulanana yaşam sonu müdahalelerin hastanın yaşam süresi/kalitesine etkisinin olmaması, ailelere gerekli duygusal ve finansal desteğin sağlanamaması, ahlaki sıkıntı nedenleri olarak belirtilmiştir (72,93,100,103,107,111). Hastanın destek tedavilerle yaşaması ve tedavinin kesildiği durumda hayatını kaybedecek olması sağlık çalışanlarına tedavilerin yararsız olduğunu düşündürerek ahlaki sıkıntıyı ortaya çıkarabilir (68). Çalışmamızda bu ölçekte ahlaki sıkıntıya neden olabilecek durumlar için hemşirelerin en çok kullandıkları ifadelerin; “Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama”, “Ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme”, “Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma” olması, en az ise “Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler

yaptığına tanık olma” ifadesinin olması çalışmamızı destekler niteliktedir. Kızıltepe Keskin (2019)’in çalışmasında ASÖ ifadelerden en yüksek puanı “Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile çalışmak”, en düşük puanı ise “Hastanın ölümünü hızlandırabileceğini inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif/opiod dozlarını arttırmak” ifadesi almıştır (106). Çalışmamızdan aile tedaviye ilişkin ifadelerin yüksek puanlarda olması kaynakların kısıtlı, bulaşma riskinin yüksek, iş yükünün normal zamanlardan daha fazla olduğu olağanüstü durum olan pandemide hemşirelerde ahlaki sıkıntı yaşaması nedeniyle olabilir. “Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığına tanık olma” ifadesinin en düşük puanı almasının nedeni ise COVID-19 pandemisi sürecinde öğrencilerin uzaktan eğitim görmelerine bağlı olarak uygulama amaçlı klinikte bulunmamalarıyla açıklanabilir.

Hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntılar psikolojik problemler yaşamalarına işten istifa etmelerine neden olabilir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarına bakan hemşirelerin yorgunluk, stres, tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür (14,20–25,109). Çalışmamızda hemşirelerin %36,5’i hasta bakımından kaynaklı ahlaki sıkıntı nedeniyle görevinden ayrılmayı hiç düşünmediğini, %22,1’i istifa etmeyi düşündüğünü bildirmiştir. Aynı nedenden dolayı Sucu Çakmak ve ark. (2022), Gülfidan (2022) da çalışmalarında hemşirelerin işlerinden ayrılmayı düşündüklerini, Kızıltepe Keskin (2019) ise acil hemşirelerinin %24,6’sının istifa etmeyi düşündüğünü, %2,8’inin ise istifa ettiğini bildirmiştir (102,106,108). Çalışmamızda da istifa etmeye yönelik benzer bir sonucun olması ülke genelinde olduğu gibi pandeminin getirdiği zorlu çalışma koşulları karşısında hemşirelerin yönetim tarafından maddi ve manevi olarak yeterli desteği hissedememelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda veri toplama formlarının doldurulduğu gün itibarıyla görevinden ayrılmayı düşünen hemşirelerin ASÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Sucu Çakmak ve ark. (2022) görevden ayrılmayı düşünme durumunun ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediğini bildirmiştir (102). Çalışmamızda hemşirelerin görevlerinden ayrılamamalarının nedenleri geçim kaynaklarının bu işe bağlı olması, pandemi sürecinde istifa etmenin yasaklanmış olması ve işten ayrılma durumunda ise gelecek kaygısının ortaya çıkması olabilir (112).

5.2.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24 Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Çalışmamızda hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ortalaması olumlu anlamda yüksek düzeyde bulunmuştur. Cerit ve Coşkun (2018), Erol (2016), Gülfıdan (2022), Kılıç(2014), Elçelik (2021)yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamışlardır (107,108,113–115). Hajibabae ve ark. (2022), Shalaby ve ark. (2018), Soriano ve ark. (2019) çalışmamızdan farklı ölçek kullanılarak yaptıkları çalışmalarda bakım davranışı ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (19,28,116). Çalışmamızda BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının yüksek olması COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerinin yaşadıkları zorlu çalışma koşullarına rağmen sorumluluklarının bilincinde olarak bakım uygulamalarını sürdürmeleriyle açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik değişkenleri ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Altın (2019), Darvishpour ve Fastahmi (2023), Gülen veZaybak (2023), Shalaby ve ark. (2018) yaş ve cinsiyetdeğişkenlerinin,Eroğlu ve ark. (2018), Göğüş (2016), Poyraz (2021), Taylan ve ark. (2021) medeni durum değişkeninin BDÖ-24 toplam puan ortalamalarını etkilemediğini saptamışlardır (30,116–122). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Elahi ve ark. (2021) ileTaylan ve ark. (2021) eğitim düzeyi arttıkça BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır (121,123). Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik değişkenlerine göre BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının yüksek olması bireylerin günlük hayattaki rol ve görevleri farklılık gösterse de ortak bir amaç ve bakım prosedürleri ile hasta bakım hizmeti sunmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma mesleki özellikleri ve çalışma koşulları değişkenleri ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Altın (2019) da yaptığı çalışmada mesleki deneyim, çalışma şekli, sertifikasyon alma,çalışılan birimden memnuniyet durumları ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmamıştır (117). Erol (2016) mesleki deneyimi 1-5 yıl olanların,Shalaby ve ark. (2018) yoğun bakım ünitesinde çalışma deneyimi fazla olanların, Poyraz (2021)pandemi servisinde çalışanların ve çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerinBDÖ-24 toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir (113,116,120).Bulut ve Kızılırmak

(2022) ise çalışma yılı arttıkça BDÖ-24 toplam puanının anlamlı düzeyde azaldığını bulmuştur (53). Çalışmamızda hemşirelerin mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına göre BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının yüksek olması pandeminin ilk dalgasına oranla hemşirelerin korku ve kaygılarının azalmasına, hasta/hemşire oranlarının yasal düzenlemeler çerçevesinde oluşturulmasına, yoğun bakımlarda hasta bakım prosedürlerinin COVID-19'a göre düzenlenmesine bağlanabilir. Ancak COVID-19 yoğun bakım hastalarının çoğunun hastalığın doğasına bağlı olarak tablolarının hızla bozulması ve terminal döneme girmeleri beklenen bir durumdur. Çevik(2010) hemşirelerin %62.3'ünün terminal dönemdeki hastalara bakım verirken olumsuz duygular yaşadıklarını ve bakım verme rolünü yerine getirirken isteksiz olduklarını bildirmiştir (124). Rostami ve ark. (2019)hemşirelerin %65.7'sinin hastaya uygulanan yetersiz tedavilerin bakım davranışlarını olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (125). Wilson ve ark. (2013)'nın çalışmasında katılımcılardan biri nafie tedavilerin azaltılması ve bakım kalitesinin artırılması gerektiğini vurgulamıştır (101).Falco-Pegueroles (2020)hemşirelerin yaşam sonu kararları ve yaşam sonu bakımının önemi konusundaki sorumluluklarının farkında olduklarını saptamıştır (54).Ağgün (2021) hemşirelerin hastaların son dönemlerinde bakım verme konusunda kendilerini %62.2 yeterli bulduklarını bildirmiştir (66).Hemşirelerin yaşam sonu bakım ve yaşam sonu kararlara katılım durumunun BDÖ-24 toplam puan ortalamalarını etkilememesi ülkemizde yaşam sonu kararlar ile ilgili yeterli yasal düzenlemelerin olmaması, hemşirelerin hekim istemi olmadan tedaviyi başlatma ve durdurma yetkilerinin olmamasıyla da açıklanabilir.

5.2.1.Hemşirelerin Tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 “Bilgi-beceri” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda BDÖ-24 alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının “Bilgi-beceri” alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Cerit ve Coşkun (2018), Erol (2016), Gülfidan (2022), Hajibabae ve ark. (2022), Elçelik (2021)de “Bilgi-beceri” alt boyutunun en yüksek puanı aldığını bildirmişlerdir (19,107,108,113,114). Çalışmamız literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda 28 ve üzeri yaştaki,6 ve üzeri yıl mesleki deneyimli vekadrolu olan hemşirelerin “Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucumuzdan farklı

olarak Darvishpour ve Fastahmi (2023), Eroğlu ve ark. (2018), Erol (2016), Gülen ve Zaybak(2023), Kılıç (2014), Poyraz (2021), Shalaby ve ark. (2018) yaş değişkeninin, Altın (2019) ile Koca (2022) ise hizmet yılı değişkeninin“Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalamalarını etkilemediğini bildirmişlerdir (30,113,115–118,120,122,126). Literatür incelendiğinde kadro durumu ile BDÖ-24 ölçek puanları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yaş, mesleki deneyim süresi ve kadro durum değişkenleriyle “Bilgi-beceri” alt boyutundaki puanların doğru orantılı bir şekilde artması hemşirelerin meslekte geçirdikleri sürenin bilgi ve becerilerini pozitif yönde etkileyerek problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olduğu söylenebilir. Aynı zamanda yoğun bakım üniteleri hasta bakımı konusundaki bilgi ve becerilerin geliştirilmesinde uygun ortamlardır. Burada çalışıyor olma hemşirelerin kendilerini hasta bakımında yeterli hissetmelerini sağlamıştır. Çalışmada hemşirelerin, bu alt boyutta hastalara bakım hizmeti sunarken en sık kullandıkları bakım davranışı olarak “Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme” ve “Hastaya ait bilgileri gizli tutma” ifadelerinin olması bu düşüncemizi desteklemektedir. Kılıç (2014)’ın çalışmasında da aynı ifade en sık kullanılan davranış olarak belirtilmiştir (115). Çalışmamızda hemşirelerin intravenöz işlemler ve hasta gizliliği gibi ifadeleri sık kullanmalarının nedeni yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin bilinçli olmaları ve intravenöz girişimleri çok sık kullanmalarıyla açıklanabilir.

Hemşirelere sorulan “Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamamızdan dolayı görevinizden ayrılmayı düşündünüz mü veya ayrıldınız mı?” soruna “Evet istifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım” şeklinde cevap verenlerin “Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalaması “Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim” şeklinde ifade edenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gülfidan (2022) yaptığı çalışmada hemşirelere sorulan bu soruya verilen cevapların ölçek puanlarını istatistiksel olarak etkilemediğini bildirmiştir (108). Hemşirelerin bulundukları kurumda ahlaki sıkıntı yaşamaları bakım davranışlarını etkileyebilir. Bizim çalışmamızda da istifa etmeyi düşünüp mesleğini bırakmayan hemşirelerin “Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni yoğun bakım ortamının yüksek düzeyde bilgi ve beceri gerektirmesiyle açıklanabilir.

5.2.2. Hemşirelerin BDÖ-24 “Bağlılık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızdahemşirelerin en düşük puan ortalamasının“Bağlılık” alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu alt boyuta ilişkin sonuç literatürde Cerit ve Coşkun (2018), Erol (2016), Gülfidan(2022) veKılıç (2014)’inyaptıkları çalışmalardaki gibidir (108,113–115).Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ve çalışma koşullarıile “Bağlılık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.Altın (2019)da hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, mesleki deneyim, sertifikasyon alma ve çalışılan klinikten memnuniyet değişkenleri ile “Bağlılık” alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır (117). Çalışmamızda ölçeğin alt boyutlarında en düşük puan ortalamasının “Bağlılık” alt boyutunda olması yoğun bakım hemşirelerinin KKE’lerinfiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkileri ile korunma önlemlerine yönelik uygulamalara ayrılan sürenin hastaya ayrılan zamanı azaltması, hastanın eğitim ve gelişimine yardımcı olma, ona sabır gösterme, hastanın bakıma katılımını sağlama konusunda kendilerini yeterli hissetmemelerinden kaynaklı olabilir. Ayrıca bakım ihtiyacı olan hasta sayısının artışına bağlı olarak iş yükünün artması sonucu hemşirelerin aşırı yorgunluk ve tükenmişlik yaşıyor olabilme ihtimalleri gösterilebilir.Çalışmada hemşirelerin, bu alt boyutta hastalara bakım hizmeti sunarken en sık kullandıkları bakım davranışı olarak “Hastaya zaman ayırma” ifadesinin olması bu düşüncemizi desteklemektedir. Kılıç (2014)’ın çalışmasında da aynı ifade en sık kullanılan davranış olarak belirtilmiştir (115). Her ne kadar Kılıç(2014)’ın yaptığı çalışma yıl, teknolojik donanım ve örneklem grubu açısından farklı ise de hastaya zaman ayırma konusunda ekstra bir durum olan COVID-19 hastalarına bakım veren hemşirelerde de aynı olması yoğun bakım hastalarının ani durum değişiklikleri nedeniyle açıklanabilir.

5.2.3. Hemşirelerin BDÖ-24 “Saygılı Olma” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik özellikleri,mesleki özellikleri ve çalışma koşullarıile “Saygılı olma” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Altın (2019), Darvishpour ve Fastahmi (2023), Eroğlu ve ark. (2018), Gülen ve Zaybak (2023), Shalaby ve ark. (2018)'ı da yaş, cinsiyet değişkenleri ile "Saygılı olma" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamıştır (30,116–118,122). Erol(2016)ise hemşirelerin yaşı arttıkça "Saygılı olma" alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını bulmuştur (113). Poyraz (2021)kadınların, Göğüş (2016)evlilerin, Gülen ve Zaybak (2023) ön lisans mezunu olanların, Erol (2016)mesleki deneyimi 1-5 yıl olanların ve Kılıç (2014) çalıştıkları birimden memnun olan hemşirelerin "Saygılı olma" alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır (113,115,119,120,122). Hemşirelik mesleği doğası gereği yaşama ve insana saygı bağlamında hizmet sunmaktadır. Tek ve değerli olan insan her türlü özeni hak etmektedir. Hemşireliğin eğitim sürecinden itibaren mesleki yaşantıda da bu özeni bireye göstermesi benimsediği faydacılık felsefesine dayanmaktadır. Aynı zamanda özgecilik üzerine şekillenen bir mesleki uygulamalar bütünü olan hemşirelik hayatın her alanında önce ihtiyacı olanı düşünmeye odaklanmaktadır. Bu nedenle hemşireliğe gönül vermiş hemşirelerin saygı bağlamında özellikle hastalarına olumsuz bir tutum sergilemeleri çok çok nadirdir. Bu nedenle de hemşirelerin "Saygılı olma" alt boyutunda yer alan hastaları dinleme, destek olma, empati yapma, hastanın ifade ettiği ve edemediği tüm ihtiyaçlarını karşılama gibi ifadelerin olumlu anlamda pozitif olduğu görülmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin, bu alt boyutta hastalara bakım hizmeti sunarken en sık kullandıkları bakım davranışı olarak "Hastaya birey olarak davranma" ifadesinin olması bu düşüncemizi desteklemektedir Kılıç (2014)'ın çalışmasında da aynı ifade en sık kullanılan davranış olarak belirtilmiştir (115). Çalışmamızda hemşirelerin bireysel bakımın hastanın iyileşmesine ve memnuniyetine olumlu etkisinin bilincinde oldukları söylenebilir.

5.2.4. Hemşirelerin BDÖ-24 "Güvence" Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik özellikleri,mesleki özellikleri ve çalışma koşulları ile "Güvence" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Altın (2019), Darvishpour ve Fastahmi (2023), Gülen ve Zaybak (2023), Poyraz (2021) yaptıkları çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum; Eroğlu

ve ark. (2018),Erol (2016),Kılıç (2014) eğitim durumu ile “Güvence” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamıştır (30,113,115,117,118,120,122). Bu sonuçlardan farklı olarak Taylan ve ark. (2021)eğitim düzeyi arttıkça “Güvence”alt boyut puan ortalamasının arttığını saptamıştır (121). Pandemi süreci boyunca izolasyon altında günlerce yakınlarını hiç göremeyen hastalara bakım veren hemşireler güvene dayalı bir ortamda hastaların birinci derece yakınları konumunda olduklarının ve güven ortamının iyileşme sürecini hızlandıracağına farkındadırlar. Çalışmamızda hemşirelerin, bu alt boyutta hastalara bakım hizmeti sunarken en sık kullandıkları bakım davranışı olarak “Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama” ifadesinin olması bu düşüncemizi desteklemektedir. Kılıç (2014)’ın çalışmasında da aynı ifade en sık kullanılan davranış olarak belirtilmiştir (115). COVID-19 hastalığına ilişkin yazılı,görsel,sosyal medyada ölümcül olduğuna dair pek çok paylaşımın olması bu hastalık nedeniyle yoğun bakım ünitesinde bulunmak zorunda kalan hastalar için yoğun kaygı ve korku unsuru olmuştur. Hastaların içinde bulundukları yoğun bakım ünitesininkendisi değil aslında hastalığın prognozuna ilişkin özellikle ölüm korkusu hastaların en fazla yaşadıkları korku olmuştur.Bukorkunun yok edilebilmesi hastanın ortama ve çalışanlara güven duymasıyla sağlanabilir. Çalışmada kullanılan ölçeğin “Güvence” alt boyunda yer alan hemşirenin hasta çağırdığında zamanında ve istekle yanına gitmesi, hastayla konuşması, hastaya gereken ilgiyi göstererek hastalığa bağlı semptomları hafifletmeye çalışması gibi ifadelerhastanın bulunduğu ortama ve hemşireye güven duymasını sağlayan davranışları ortaya koyan ifadelerdir. Bu ifadelerin hemşireler tarafından karşılanması hastadaki korku, kaygı ve çaresizlik durumlarıyla baş etmesine yardımcı olacak ve hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir. Böylece hemşirelerin ve hastaların memnuniyet düzeyleri yükselecektir.

5.3. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin BDÖ-24 Üzerine Etkisinin Tartışılması

ASÖ ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki sıkıntı ölçek puanlarının BDÖ-24 ölçek puanlarını etkilememesinin nedeni düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşamalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra pandeminin son dalgasında KKE sorunun ortadan kalkmasıyla birlikte hemşirelerin kendilerini koruyabilecekleri ortamda hastalarının

bakım gereksinimlerini karşılamış olmaları nedeniyle ahlaki sıkıntı yaşamalarının önüne geçilmiş olduğunu söylemek olanaklıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmada hemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları ve bakım davranışlarının olumlu anlamda pozitif olduğu bulunmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde ASÖ ile BDÖ-24 ve alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

COVID-19 yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, mesleki özellikleri ve çalışma koşulları değişkenlerinin ASÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı zamanda görevlerinden ayrılmayı düşünen ASÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin sosyodemografik, mesleki özellik ve çalışma koşulları değişkenlerinin BDÖ-24 toplam puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Hemşirelerden 28 yaş ve üzeri, mesleki deneyimi 6 yıl ve üzeri, kadrolu ve kurumda ahlaki sıkıntı yaşamaları nedeniyle istifa etmeyi düşünenlerin BDÖ-24 “Bilgi-beceri” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hizmet içi eğitimlerle ahlaki sıkıntı ve baş etme yöntemleri konusunda hemşirelerin farkındalıklarının sağlanması, ahlaki sıkıntıyı ve bakım davranışlarını etkileyen durumların belirlenmesine yönelik çalışmaların yaygınlaştırılarak gerekli önlemlerin alınabilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Kaur H, Garg S, Joshi H, Ayaz S, Sharma S, Bhandari M.** A Review: Epidemics and pandemics in human history. *International Journal of Pharma Research and Health Sciences*, **2020**; 8(2):3139–81.
2. **Kıraner E, Terzi B, Türkmen E, Kebapçı A, Bozkurt G.** Türk yoğun bakım hemşirelerinin COVID-19 salgınındaki deneyimleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2020**; 17(3):284–90.
3. **Kıraner E, Terzi B.** COVID-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2020**; 24(EK-1):83–8.
4. **United Nations Foundation.** A push for Global Health Progress As COVID-19 Focus Shifts, <https://unfoundation.org/blog/post/2022-in-review-a-push-for-global-health-progress-as-covid-19-focus-slips/>, Erişim tarihi: 01.06.2023.
5. **TC. Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Bilgilendirme Platformu, <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 28.05.2023.
6. **Jameton A.** The ethical issues in nursing practice: *Englewood cliffs, Prentice Hall*, **1984**.
7. **Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A.** COVID-19 in critical care units: Rethinking the humanization of nursing care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, **2020**; 39(5):239–41.
8. **Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM.** Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, **2021**; 26(6):467–75.
9. **Keten Edis E.** COVID-19 sürecinde yoğun bakım hemşirelerinin deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2022**; 11(2):476–86.
10. **Hoogendoorn ME, Brinkman S, Bosman RJ, Haringman J, de Keizer NF, Spijkstra JJ.** The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. *International Journal Nursing Studies*, **2021**; 121: 104005.
11. **Lucchini A, Iozzo P, Bambi S.** Nursing workload in the COVID-19 era. *Intensive and Critical Care Nursing*, **2020**; 61: 102929.
12. **Birimoğlu Okuyan C, Güneş E, Yeşilyurt E.** COVID-19 pozitif hastaya hemşirelik bakımı veren bir hemşirenin deneyimleri: Olgu sunumu. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 5(4):705–8.
13. **Reja M, Naik J, Parikh P.** COVID-19: Implications for advanced care planning and end-of-life care. *Western Journal of Emergency Medicine*, **2020**; 21 (5) :1046-7.
14. **Schroeder K, Norful AA, Travers J, Aliyu S.** Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, **2020**; 2: 100006.
15. **Yüksel A.** Sağlık hizmetlerinde kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımının önemi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2021**; 19(2):44–50.
16. **Korkmaz E, Korkut S.** COVID-19 pandemisi ve ahlaki sıkıntı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2021**; 8(1):3–10.

17. **Bruyneel A, Gallani MC, Jérôme T, d'Hondt A, Canipel S, Franck S, Reper P, Pirson M.** Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2021; 62: 102967.
18. **McCarthy J, Deady R.** Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 2008; 15(2):254–62.
19. **Hajibabae F, Salisu WJ, Akhlaghi E, Farahani MA, NojehDehi MM, Haghani S.** The relationship between moral sensitivity and caring behavior among nurses in Iran during COVID-19 pandemic. *BMC Nursing*. 2021; 21(58):1-58
20. **Gürer A, Gemlik HN.** COVID-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. *Journal of Health Services and Education*, 2020; 4(2):45–52.
21. **Cebeci SP, Durmaz H.** Corona virüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 10(1):46–56.
22. **Maben J, Bridges J.** COVID-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 2020; 29: 2742–2750.
23. **Özkahraman E, Ensari Özay M, Yağimli M.** COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Lokman Hekim Tıp Dergisi*, 2022; 12(3):590–599.
24. **Foye U, Dalton Locke C, HarjuSeppänen J, Lane R, Beames L, Juan NVS, Johnson S, Simpson A.** How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2021; 28(2):126–37.
25. **Yang S, Kwak SG, Chang MC.** Psychological impact of COVID-19 on hospital workers in nursing care hospitals. *Nursing Open*, 2020; 8:284–9.
26. **Spilg EG, Rushton Hylton C, Phillips JL, Kendzerska T, Saad M, Gifford W, Gautam M, Bhatla R, Edwards JD, Quilty L, Leveille C, Robillard R.** The new frontline: exploring the links between moral distress, moral resilience and mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 2022; 22(19):1–12.
27. **Labrague LJ, de los Santos JAA, Fronda DC.** Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, 2022; 30(1):62–70.
28. **Soriano GP, Aranas FCT, Tejada RSO.** Caring behaviors, spiritual, and cultural competencies: A holistic approach to nursing care. *Bedan Research Journal*, 2019; 98–115.
29. **Yıldırım G, Özden D, Karagözoğlu Ş.** Ahlaki sıkıntı: Türkiye'de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2013; 35:318–25.
30. **Darvishpour A, Mahdavi Fashtami S.** Investigation of caring behavior and caring burden and their associated factors among nurses who cared for patients with COVID-19 in East Guilan, the North of Iran. *Nursing Research and Practice*, 2023; 1-11
31. **Silverman HJ, Kheirbek RE, Moscou Jackson G, Day J.** Moral distress in nurses caring for patients with COVID-19. *Nursing Ethics*, 2021; 20(10):1–28.
32. **Tabah A, Ramanan M, Laupland KB, Buetti N, Cortegiani A, Mellinghoff J, Conway Moris A, Camporota L, Zapella N, Ellahidi M, Povoa P, Amrein K, Vidal G, Derde L, Bassetti M, Francois G, Ssi yan kai Nathalie, De Waele**

- JJ. Personal protective equipment and intensive care unit healthcare workers safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *Journal Critical Care*, **2020**; 59: 70–5.
33. **Lake ET, Narva AM, Holland S, Smith JG, Cramer E, Fitzpatrick Rosenbaum KE, French R, Clark RRS.** Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, **2022**; 78:799–809.
34. **Bethel C, Rainbow JG, Johnson K.** A qualitative descriptive study of the COVID-19 pandemic: Impacts on nursing care delivery in the critical care work system. *Applied Ergonomics*. **2022**; 102:103712.
35. **Çevirme A, Kurt A.** COVID-19 Pandemisi ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, **2020**; 7(5):46–52 .
36. **Karaca A, Durna Z.** Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, **2018**; 28(2):1–23.
37. **Budak F, Korkmaz Ş.** COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, **2020**; 1(1):62–79.
38. European Centre for Disease Prevention and Control. Situation update worldwide as 17 March 2020, https://european-union.europa.eu/contact-eu/europe-and-worldwide-offices_en, Erişim tarihi: 22.03.2022.
39. **Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MÁ, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, de Haro López C, Díaz Santos E, Escriba Barcena A, Frade Mera MJ, Igeno Cano JC, Martín Delgado MC, Martínez Estalella G, Raimondi N, Roca i Gas O, Rodríguez Oviedo A, Romero San Pío E, Trenado Álvarez J.** Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic. *Medicina Intensiva*, **2020**; 44(6):363–30.
40. World Health Organization. WHO's Response to COVID-19, 2022, <https://www.who.int/publications/m/item/who-s-response-to-covid-19-2022-mid-year-report>, Erişim tarihi: 01.01.2023.
41. **Robert R, Kentish Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J.** Ethical dilemmas due to the COVID-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, **2020**; 10:84.
42. **Arslan Ü, Özgen C, Sungurtekin H.** Yoğun bakımda COVID-19. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2020**; 13(3):833–41.
43. **Bulut Y, Özyılmaz E.** COVID-19 hastasının yoğun bakım yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2020**; 29 (Özel Sayı 1):54–9.
44. **Vargas M, De Marco G, De Simone S, Servillo G.** Logistic and organizational aspects of a dedicated intensive care unit for COVID-19. *Critical Care*, **2020**; 24: 237.
45. **Menon DK., Taylor BL., Ridley SA.** Modelling the impact of an influenza pandemic on critical care services in England. *Anaesthesia*, **2005**; 60(10):952–54.
46. **Türkmen E.** COVID-19 salgınında yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2020**; 24(EK-1):39–45.
47. **Gökmen N.** Pandemi Akılcı Yoğun Bakım Kullanımı. COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu (yayımlanmamış). Türk Tabipler Birliği, **2020**; 295–301.

48. **Toktaş G.** Koronavirüs (COVID-19) pandemisinde sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskler ve iş sağlığı ve güvenliği kapsamında hastane uygulamaları. İstanbul Rumeli üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), İstanbul, **2021**.
49. **Karabıyık L.** COVID-19 hastalarının yoğun bakım süreci. *Gazi Tıp Dergisi*, **2020**; 31: 331–6.
50. **Kebapçı A.** COVID-19 hastaların yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakım girişimlerine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **2020**; 24(1):46–56.
51. International Psychogeriatrics. Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: perspectives from five countries, 2020, <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>, Erişim tarihi: 09.01.2023
52. **Hendin A, La Rivière CG, Willisroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM.** End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *Canadian Journal of Emergency Medicine*, **2020**; 22 (4), 414–7.
53. **Bulut S, Kızıllırmak H.** COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **2022**; 10(1): 241–54.
54. **Falco Pegueroles A, Zuriguel-Perez E, Via Clavero G, Bosch Alcaraz A, Bonetti L.** Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units, *International Nursing Review*, **2020**; 181–8.
55. **Lord H, Loveday C, Moxham L, Fernandez R.** Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, **2021**; 62:102946.
56. **Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM.** COVID-19: Ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report*, **2020**; 35-9.
57. International council of nurses COVID-19 update, <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>. Erişim tarihi: 29. 12.2022
58. **Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M.** Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive Critical Care Nursing*, **2021**; 65:103059.
59. **Leblebicioğlu H, Nair Aktaş F.** COVID-19 salgınıyla mücadele: Yoğun bakım hemşireliği meslek ve kişisel etik perspektifi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2020**; 24 (EK-1):73–80.
60. **Kim SYH, Grady C.** Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different. *American Academy of Neurology*. **2020**; 94:1007–8.
61. **Turale S, Meechan C, Kunaviktikul W.** Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*, **2020**; 67(2):164–7.
62. New York time. <https://www.nytimes.com/2020/03/29/health/coronavirus-hospital-visit-ban.html>. Erişim tarihi: 20.05.2021.
63. **Akın Palandöken E.** COVID-19 pandemisi ve hemşireler için etik sorunlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 5(2):139–42.
64. **Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC.** Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, **2020**; 1–5.

65. **Miziara ID, Miziara CSMG.** Considerations about ethical and legal aspects at the end of life during the COVID-19 pandemic. *Clinics*, **2021**; 76: e2821.
66. **Ağgün G.** Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engellerin ve destekleyici davranışların belirlenmesi. Haccettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Ankara, **2021**.
67. **Seçik F.** Palyatif bakımda etik sorunlar. Göğüs Hastalıkları; 134-141.
68. **Akpınar A, Ersoy N.** Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi*, **2012**; 27(1):37–45.
69. **Buonanno P, Vargas M, Marra A, Iacovazzo C, Servillo G.** End of life in the time of COVID-19 pandemic: take care of death. *Acta Biomed*. **2020**; 91(4): e2020153.
70. **Rao A, Kelemen A.** Lessons learned from caring for patients with COVID-19 at the end of Life. *Journal of Palliative Medicine*, **2021**; 24(3):468–71.
71. **Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van Den Block L, Peisah C.** Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: Perspectives from five countries. *International Psychogeriatrics*, **2020**; 32(11): 1–8.
72. **Raftery C, Lewis E, Cardona M.** The crucial role of nurses and social workers in initiating end-of-life communication to reduce overtreatment in the midst of the COVID-19 pandemic. *Gerontology*. **2020**; 66(5):427–30.
73. **Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT.** Duty to plan: Healthcare, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. *National Academy of Medicine*, **2020**; 1–13.
74. Hasta hakları yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 20.05.2022.
75. **Bloomer MJ, Bouchoucha S.** Editorial: COVID-19 and what it means for end-of-life care in ICU: Balancing the priorities. *Collegian*, **2020**; 27(3):248–9.
76. **Wong AK, Demediuk L, Tay JY, Wawryk O, Collins A, Everitt R, Philip J, Buising K, Le B.** COVID-19 end-of-life care: Symptoms and supportive therapy use in an Australian hospital. *Internal Medicine Journal*, **2021**; 51:1420–5.
77. **Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S.** Dying From COVID-19: Loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A National Register Study. *Journal of Pain Symptom Management*, **2020**; 60(4): e2–13.
78. **Cardona M, Anstey M, Lewis ET, Shanmugam S, Hilman K, Psirides A.** Appropriateness of intensive care treatments near the end of life during the COVID-19 pandemic. *Breathe*, **2020**; 16(2):1–10.
79. **Christina Funk D, Moss AH, Speis A.** How COVID-19 changed advance care planning: Insights from the west virginia center for end-of-life care. *Journal of Pain Symptom Management*, **2020**; 60(6):5–9.
80. **Sabancı Baransel E.** COVID-19: Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. INSAC International Congress on Health Sciences; 25 Ocak **2021**; Konya.
81. **Uyar P, Özpulat F.** COVID-19 süreci ve hemşirelerde oluşturduğu yalnızlık. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, **2022**; 7(COVID-19 ek sayısı):134–44.

82. **Kiyat İ, Karaman S, İşcan Ataşen G, Elkan Kiyat Z.** Yeni koronavirus (COVID-19) ile mücadelede hemşireler. *Türk Hemşireler Derneği*, **2020**; 1(1):81–90.
83. **Terzi B, Kıraner E, Bozkurt G, Kebapçı A.** Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yoğun Bakım Ünitesinde Görev Alacak Hemşireler için Kaynak Kitapçık COVID-19 Pandemisine Özel. *Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği*, **2020**; 1–47.
84. Annesini COVID-19'dan kaybeden hemşirenin buruk anneler günü. Sabah Gazetesi, Ocak 2021; <https://ne-np.facebook.com/sabah/videos/annesini-covid-19dan-kaybeden-hem%C5%9Firenin-buruk-anneler-g%C3%BCn%C3%BC/472022644012283/>, Erişim tarihi: 02.08.2022
85. COVID-19 nöbetindeki hemşire Fatma İçüz, evinde çıkan yangında iki çocuğunu kaybetti! T24 Gazetesi, 15 Ağustos 2021, <https://t24.com.tr/haber/ttb-yanginda-cocuklarini-kaydeben-fatma-hemsireye-iliskin-aciklama-yapti,896976>, Erişim tarihi: 02.08.2022
86. Konya'da kahreden ölüm: İki çocuk annesi genç hemşire koronaya yenik düştü. Haber Türk Gazetesi, 30 Kasım 2020, <https://www.haberturk.com/iki-cocuk-annesi-genc-hemsire-koronaya-yenildi-haberler-2887290>, Erişim tarihi: 02.08.2023
87. Alan S. Sağlık çalışanları çaresizlikten çocuklarını hastaneye götürüyor. Duvar Gazetesi, 14.12.2020; <https://www.gazeteduvar.com.tr/saglik-calisanlari-caresizlikten-cocuklarini-hastaneye-goturuyor-haber-1506972>, Erişim tarihi: 01.06.2022.
88. **Aslan Başlı A, Şahin Köze B, Yavuz M.** COVID-19 pandemisinde gazete haberlerinde hemşirelik mesleği: Retrospektif tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, **2022**; 14(2):445–53.
89. **Ateş T, Önal B, Çolak Z, Öztürk H.** COVID-19 kapsamında sağlık çalışanlarına ilişkin gazete haberlerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, **2021**; 3(2):67–76.
90. **Yerköy Ateş A, Okur F.** COVID-19 pandemisinde gizli kahramanlar: Hemşire liderler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2020**; 6(3):2149–6161.
91. **Keskin Kızıltepe S, Koç Z.** Hemşirelikte ahlaki sıkıntı ve nedenleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2019**; 6(1):5–12.
92. **Hamric AB.** Moral distress in everydayethics. *Nursing Outlook*, **2000**; 48(5):199–201.
93. **Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H, Tabak E.** Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2012**; 1: 1–10.
94. **Godshall M.** Copingwith moral distressduring COVID-19. *Nursing*, **2021**; 51(2):55–8.
95. **Cacchione PZ.** Moral distress in themidst of the COVID-19 pandemic. *ClinicalNursingResearch*, **2020**; 29(4):215–6.
96. **Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG.** Development andtesting of an instrumenttomeasure moral distress in healthcareprofessionals. *AJOB PrimaryRessearch*, **2012**;3(2):1–9.
97. **Karagözoğlu Ş, Yıldırım G, Özden D, Çınar Z.** Moral distress in Turkishintensivecarenurses. *NursingEthics*, **2017**; 24(2):209–24.
98. **Wu Y, Larrabe JH, Putman HP.** Caringbehaviorsinventory: A reduction of the 42-item instrument. *NursingResearch*, **2006**; 55(1):18–25.
99. **Kurşun Ş, Kanan N.** Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2012**;15(4):229–35.

100. **Haikali S, Karanikola MNK, Margarita G, Meropi MDA, Lemonidou C, Patiraki E, Papathanassoglu EDE.** Validation of the Greek version of the revised moral distress scale in critical care nurses. *The World of Critical Care Nursing*, **2016**; 10(2):72–7.
101. **Wilson MA, Goettemoeller DM, Bevan NA, McCord JM.** Moral distress: Levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **2013**; (9–10):1455–66.
102. **Sucu Çakmak NC, Aktaş N, Çalışkan N, Çelik P.** Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı ve profesyonel değerleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2022**; 9(2):66–75.
103. **Donkers MA, Gilissen V.J.H.S., Candel M.J.J.M., Van Dijk NM., Kling H, Heijnen Panis R, Pragt E, Horst IVD, Pronk S, Van Mook WNKA.** Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC Medical Ethics*, **2021**; 22(73):1–12.
104. **Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer KO, Englund IE, Schanche E, Schaufel M, Onarheim KH.** Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing Ethics*, **2021**; 28(1):66–81.
105. **Kayar Z, Erdem R.** Hemşirelerde ahlaki sıkıntının işe adanma davranışı üzerine etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 9(22):77–103.
106. **Keskin Kızıltepe S.** Acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi (yayımlanmamış), Samsun, **2019**.
107. **Elçelik UE.** Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Nevşehir, **2021**.
108. **Gülfidan H.** Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörler, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Aydın, **2022**.
109. **Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E.** Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, **2012**; 19(2):196–207.
110. **Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, Hamric A, Rodney P, Stewart M, Alden L.** Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, **2016**; 31(1):178–82.
111. **Lawrence LA.** Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum*, **2011**; 46(4):256–68.
112. **Türk Hemşireler Derneği.** Pandemi döneminde sağlık personelinin istifa yasağı hakkında hukuki değerlendirme. <https://www.thder.org.tr/pandemi-doneminde-saglik-personelinin-istifa-yasagi-hakkinda-hukuki-degerlendirme>, Erişim: 06/06/23.
113. **Erol F.** Hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki profesyonel tutumları. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Aydın, **2016**.
114. **Cerit B, Çoşkun S.** Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, **2018**; 9(2):103–9.

115. **Kılıç M.** Cerrahi girişim geçiren hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakım algılarının karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Adana, **2014**.
116. **Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Al-harathi KM.** Assessing the caring behaviors of critical care nurses. *Journal Nursing Education Practice*, **2018**; 8(10):77–85.
117. **Altın İ.** Hemşirelerin bakım kavramına ilişkin metafor algıları ve bakım davranışları, Bozok-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Yozgat, **2019**.
118. **Eroğlu N.** Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2018**; 20(2–3):13–21.
119. **Göğüş F.** Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışı değerlendirmelerinin karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Ankara, **2016**.
120. **Poyraz A.** Pandemi sürecinde hemşirelerin COVID-19 korkusu ve tükenmişliğin bakım davranışlarına etkisi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Bursa, **2021**.
121. **Taylan S, Özkan İ, Şahin G.** Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: A descriptive study. *Perspectives Psychiatric Care*, **2021**; 57(2):734–46.
122. **Gülen D, Zaybak A.** Hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından algılanması: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. **2023**; 15(1):108–17.
123. **Elahi M, Mansouri P, Khademian Z.** The effect of education based on human care theory on caring behaviors and job involvement of nurses in intensive care units. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, **2021**; 26(5):425–9.
124. **Çevik B.** Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Ankara, **2010**.
125. **Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati JY.** Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nursing Ethics*, **2019**; 26(1):248–55.
126. **Koca R.** Cerrahi hemşirelerinin COVID-19 korkusu ile bakım davranışları arasındaki ilişki. Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), İstanbul, **2022**.

EKLER

EK 1.Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı; COVID-19 yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada kullanılan ilk form olan bu anket formu size ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Yoğun bakım kliniklerinde yaşadığınız ahlaki sıkıntıları ve hasta bakım davranışlarınız hakkında bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hem. Esra Bulmuş,

Dr. Öğr. Üyesi Serap Torun

1.Yaşınız

(.....)

2. Cinsiyetiniz? Erkek () Kadın ()

3. Medeni Durum

a) Evli () b) Bekâr ()

4.Çocuk Sahibi

a) Evet () b) Hayır ()

5. Eğitim Durumunuz

a) Sağlık Meslek Lisesi () b) Ön Lisans () c) Lisans () d) Y. Lisans ()

e).Doktora ()

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

(.....)

7.COVID-19 yoğun bakım ünitesinde ne kadar süredir çalışmaktasınız?

(.....)

8. Kaç yıldır Yoğun bakımlarda çalışıyorsunuz?

a)0-4yıl () b) 5-9 yıl () c) 10-14 yıl () d) 15-19 yıl () e) 20yıl ve üstü ()

9. Çalışma şekliniz nedir?

a) Devamlı gündüz çalışıyorum () b) Gece gündüz rotasyonla çalışıyorum ()

10.Yoğun bakım ünitesinde

Sözleşmeli () Kadrolu () olarak çalışıyorum.

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

a) Evet () b) Hayır ()

12.Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı kaçtır?

(.....)

13. MESAİDE siz hariç birlikte çalıştığınız hemşire sayısı kaçtır?

a) 1 () b)2 () c) 3-4 () d)5 ve üstü

13.Yoğun bakım ünitesinde terminal dönem hasta bakımı yapıyor musunuz?

a) Evet () b) Hayır ()

14.Yoğun bakım ünitenizde yaşam sonu kararlarına katılıyor musunuz?

a)Evet () b) Hayır ()

15. Yoğun bakımda çalışmaktan memnun musunuz?

a)Evet () b) Hayır ()

EK 2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği

*Çalışmaya başlamadan önce Ahlaki Sıkıntı Ölçek yazarı Gülay Yıldırım ile görüşölmüş yazar tezin içerisinde ölçeğin yayınlanmamasını beyan etmiştir.



Ek 3. Bakım Davranışları Ölçeği

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

Ek 4. ÇÜ. Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
117		3 Aralık 2021

KARAR NO 26- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Serap Torun yönetiminde, Esra Bulmuş tarafından yürütülmesi öngörülen, "COVID-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

EK 5. Akademik Kurul Onay Yazı

17/12/2021-269476



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-30050047-050.02.04-269476
Konu : Yönetim Kurulu Kararı / İrem COŞKUN'un
ve Esra BULMUŞ'un Tez Öneri Kabulü

17/12/2021

Sayın Dr.Öğr. Üyesi Serap TORUN

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 16.12.2021 tarih ve 37/17-3 ve 4 no'lu kararları aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 3- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 14.12.2021 tarih ve 266606 sayılı yazısı görüşüldü; Yüksek Lisans öğrencisi **İrem COŞKUN**'un "*Hemşirelerin Özgeciliği Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 4- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 14.12.2021 tarih ve 266683 sayılı yazısı görüşüldü; Yüksek Lisans öğrencisi **Esra BULMUŞ**'un "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri Hakkında Bilgilerinin İncelenmesi" olan tezinin danışman değişikliğinden dolayı iptaline yeni tez önerisinin "*Covid-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi*" olarak değiştirilmesinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Dr.Öğr. Üyesi Serap TORUN

EK 6. Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan İzin Yazısı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA İSTATİSTİK,
ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
20/01/2022 16:35 - E-96172664 - 050.06.04 - 130



Sayı : E-96172664-050.06.04
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Esra
BULMUŞ)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Esra BULMUŞ tarafından yürütülmek istenilen **"Covid-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi"** başlıklı ekte bulunan bilimsel çalışmasını SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili başvuru talebi incelenmiştir. Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinasyon Birimine sunulması koşulu ile, uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Tez İzni (Esra BULMUŞ)

EK 7. Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Ölçek Yazarlarından İzin Formu

25 Kas 2021 13:08 ☆ ↶ ⋮

Merhabalar Gülay hocam. Ben Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik alanında tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Hocam Dr.Öğr.Üyesi Serap Torun'un danışmanlığında "Covid-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezi hazırlayacağım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Ahlaki Sıkıntı" ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Bu isteğime olumlu bakarsanız ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesini benimle paylaşırsanız çok mutlu olurum. Yardım ve katkılarınız için teşekkür eder saygılarımla sunarım.

25 Kas 2021 21:16 ☆ ↶ ⋮

Duyarlılığın için teşekkür ederim. Tezinde ölçeği referans göstererek kullanabilirsiniz. Ancak tezin ekinde ölçeğin tamamını yayınlamamanızı istiyorum.

Kolaylıklar dilerim. Sevgiler,
Gülay Yıldırım

Arastirma Gelen Kutusu x

23 Kas 2021 Sal 13:07 ☆ ↶ ⋮

merhaba Hocam,ben Esra Bulmuş. Çukurova üniversitesinde yüksek lisans yapmaktayım. Hocamla birlikte izin verirsiniz geçerlilik ve güvenilirliğini aldığınız 'Bakım Davranışları' ölçeğini araştırmamızda kullanmak istiyoruz.

23 Kas 2021 Sal 14:00 ☆ ↶ ⋮

Bakım Davranışları Ölçeği-24 ü çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Ekte BDÖ-24 maddeleri yer almaktadır. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

ÖZGEÇMİŞ

