



**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN SAHİP OLDUĞU HEMŞİRELİK
İMAJININ AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Cemile BİÇER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2020

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
SAHİP OLDUĞU HEMŞİRELİK İMAJININ AHLAKİ SIKINTI
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Cemile BİÇER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ŞERİFE KARAGÖZOĞLU

SİVAS-2020

“Akut Acil Durumlarda Hastaların Acil Servise Başvurmadan Önce Yaşadığı Probleme Yönelik İlaç Kullanma Davranışları ve Bireysel Uygulamalarının Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU




Üye

Doç. Dr. Gülay YILDIRIM



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN



ONAY

Bu tez çalışması, 08/04/2020 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte bana her konuda destek olan, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren Tez Danışmanım, Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU 'na,

Tez çalışmam süresince büyük yardımlarını ve desteğini aldığım uzman görüşünde bulunan tüm Değerli Hocalarıma,

Çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen, çalışmaya katılma duyarlılığı gösteren tüm Meslektaşlarım'a,

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan, motive eden, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, varlığımı borçlu olduğum çalışma sürecinde beni yalnız bırakmayan, en karamsar anlarımda bıkmadan ve yorulmadan beni yüreklendiren sevgili eşim İbrahim BİÇER' e ve hayattaki en büyük şansım oğlum Mehmet Furkan BİÇER'e

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

Cemile BİÇER

SİVAS, 2020

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAHİP OLDUĞU HEMŞİRELİK İMAJININ AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Cemile BİÇER

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2020, 57 sayfa

Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisini belirlemektir.

Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup, kesitsel bir özellik taşımaktadır. Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 107 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplamak için Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşirelik İmajı Ölçeği (HIÖ) ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu (TrMDS-ICU-R) olmak üzere üç form kullanılmıştır. Araştırmada veri analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden, farklılık testlerinden ve regresyon modelinden faydalanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %53.3'ü 26-35 yaş aralığında, %64.5'i kadın ve %59.8'inin eğitim düzeyi lisanstır. Katılımcıların %29'unun meslekte çalışma yılı 5-8 olup, %32.7'si 0-1 yıldır yoğun bakımda hizmet vermektedir. Araştırma kapsamında yer alan yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik imajı toplam puan ortalaması 71.54 ± 6.03 (ölçek puan aralığı: 28-84), ahlaki sıkıntı toplam puan ortalaması ise 77.42 ± 29.08 (ölçek puan aralığı: 0-336)'dır. Hemşirelik imajı iletişim alt boyutunun regresyon modeli kapsamında ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyutuna etkisinin istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği, buna

karşın hemşirelik imajı alt boyutlarının ahlaki sıkıntı sıklık alt boyutuna etkisinin olmadığı ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda yoğun bakım hemşirelerinin olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu ve düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığı, hemşirelerde hemşirelik imajı alt boyutu olan iletişimde yetersizlik durumunda ahlaki sıkıntı düzeyinin artırdığı söylenebilir. Araştırma sonuçlarına göre yoğun bakım hemşirelerinin olumlu mesleki imajlarının sürdürülmesi ve güçlendirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası hemşirelik organizasyonları faaliyetlerinin artırılması, yoğun bakım ortamlarında çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamasında iletişim problemlerinin önemli bir etken olduğu göz önüne alınarak; ekip içinde iletişimi güçlendirecek hizmet içi eğitim ve çeşitli programların düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik İmajı, Ahlaki Sıkıntı, Yoğun Bakım Hemşiresi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF NURSING IMAGE ON NURSING LEVELS OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS

Cemile BİÇER

Master Thesis

Department of Principles of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2020, 57 pages

The aim of this study is to determine the effect of nursing image of nurses working in intensive care units on moral distress levels.

The research is descriptive and has a cross-sectional feature. The sample of the study consisted of 107 nurses working in intensive care units of Sivas Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital.

Three forms were used to collect data, namely Introductory Information Form, Nursing Image Scale (HIS) and Turkish Version of Intensive Care Moral Distress Scale (TrMDS-ICU-R). In the research, data analysis was done in SPSS 22 package program. Descriptive statistics, indifference tests and regression model were used to analyze the data. 53.3% of the nurses participating in the research are between the ages of 26-35. 64.5% are women and 59.8% are education. 29% of the participants have 5-8 years of employment in the profession and 32.7% of them have been serving in intensive care for 0-1 years. The total image average of the nursing image of the intensive care nurses within the scope of the study is 71.54 ± 6.03 (scale point range: 28-84), and the total score of moral distress is 77.42 ± 29.08 (scale point range: 0-336). It was determined that the effect of nursing image communication sub-dimension on the moral distress sub-dimension was statistically significant within the scope of the regression model, whereas the nursing image sub-dimensions did not affect the moral distress frequency sub-dimension ($p < 0.05$). In line with these findings obtained from the research, it can

be said that intensive care nurses have a positive nursing image and experience low level of moral distress, and increase the level of moral distress in case of insufficient communication in nurses with a sub-dimension of nursing image. Considering the results of the research, considering the increase in the activities of national and international nursing organizations aimed at maintaining and strengthening the positive professional images of the intensive care nurses, communication problems are an important factor in the nurses working in intensive care environments. In-service training and various programs that will strengthen communication within the team are proposed.

Keywords: Nursing Image, Moral Distress, Intensive Care Nurse.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar	xi
ÇİZELGELER	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yoğun Bakım	4
2.2. Hemşirelik İmajı.....	6
2.3. Ahlaki Sıkıntı	7
2.4. Ahlaki Sıkıntı ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Tipi	13
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri	13
3.4. Veri Toplama Araçları	13
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	15
3.6. İstatistiksel Analiz.....	15
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	16
4. BULGULAR	17
4.1. Tanıtıcı Bilgilere Yönelik Bulgular	17
4.2. Hemşirelik İmajının Ahlaki Sıkıntı Düzeylerine Etkisin Yönelik Bulgular	18
4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Hemşirelik İmajı Algısı ve Ahlaki Sıkıntı Düzeyinin Değerlendirilmesi	20
5. TARTIŞMA	22
5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hemşirelik İmajı ve Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Tartışılması	22

5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İmajı ve Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Tartışılması	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	26
6.1. Sonuçlar	26
6.2. Öneriler	27
7. KAYNAKLAR	28
EKLER	35
Ek-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	35
Ek-2. Hemşirelik İmajı Ölçeği/HİÖ	36
Ek-3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress Scale, MDS-R)	37
Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	39
İZİNLER.....	41
Ek-5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu	41
ÖZGEÇMİŞ	43

TABLolar

Sayfa No

Tablo 1: Hemşirelik İmajı Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	16
Tablo 2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=107)	17
Tablo 3: Hemşirelerin Hemşirelik İmajı, Ahlaki Sıkıntı Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki Durumu	18
Tablo 4: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Sıklık Alt Boyutuna Hemşirelik İmajının Etkisi. 19	
Tablo 5: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Rahatsızlık Alt Boyutuna Hemşirelik İmajının Etkisi.....	19
Tablo 6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İmajı ve Ahlaki Sıkıntı Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı...	20

ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 1: Yoğun Bakım Ünitelerine Kabul Edilen Hasta Profili	5
Çizelge 2: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Yaşamalarına Neden Olan Bazı Klinik Durumlar	8
Çizelge 3: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Yaşamalarına Neden Olan Bazı Kişisel Durumlar	9



KISALTMALAR

HIÖ	Hemşirelik İmajı Ölçeği
Max.	Maksimum
MDS-R	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
Min.	Minimum
N	Örneklem
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Program
SS	Standart Sapma
Std.	Standart
X	Ortalama

1. GİRİŞ

Bu bölüm kapsamında, araştırmanın konusunu oluşturan problemin tanımı ve önemi, ardından araştırmanın amacı ele alınmıştır.

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Hemşireler sağlık sektörünün birçok alanında etkin görevler almakta ve bakım hizmeti sunmak amacıyla önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Bu bağlamda yoğun bakım üniteleri hayati fonksiyonlarının hepsini ya da bir bölümünü yitiren ciddi haldeki hastalara destek vererek onların iyileşmelerini hedefleyen, hasta bakımında önemli etkileri olan ve bununla birlikte hastaların 24 saat hayati göstergelerinin takip edilebildiği, üst düzey teknolojik araçların kullanıldığı birimlerdir (İliçin ve ark., 2003; Şahinoğlu, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastaların kritik durumda olmaları bu birimlerde çalışan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin her an dikkatli olmasını, hasta ve yakınları ile güven ilişkisi içinde nitelikli bir etkileşim sürdürmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda yoğun bakım ortamlarının kompleks yapısı içinde bakım hizmetinin niteliğini belirleyen önemli unsurlardan birisi de hemşirelik imajıdır (Kocabaş ve Erdem, 2019).

Türk Dil Kurumu'na göre imaj kelimesinin anlamı görüntüdür (<https://kelimeler.gen.tr/imaj-nedir-ne-demek-163883>. Erişim Tarihi: 05.01.2020). İmaj, bir kişi veya kurumun diğer kişi veya kurumların zihinlerinde bırakmış olduğu anlayış ve izlenimler olarak da tanımlanabilir (Aşçı, 2017). Hemşirelik imajı ise temelde hemşirelere yönelik sahip olunan anlayış ve izlenimler olarak açıklanabilir. Bu yönüyle hemşirelik imajı sağlıklı bir iyileştirme ortamının yaratılması ile güvenilir ilişkiler kurulması açısından önemli bir alt yapı sağlar (Vicdan, 2010; Clavelle ve ark., 2013). Dolayısı ile yoğun bakım ortamlarında hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile kuracakları etkileşimde sahip olunan hemşirelik imajının önemli bir payı vardır. . Hasta hemşire ilişkilerinde güvenin önemli olduğu ve bunun sağlık hizmeti kalitesini doğrudan etkileyebildiği düşünüldüğünde hemşirelik imajının önemi daha da artmaktadır.

Günümüzde hemşirelerin anaç, şefkatli, bakım veren, fedakâr gibi anılan erdemli hemşire imajından yola çıkarak bilgi odaklı hemşire imajına ulaşmaları gerektiği ifade

edilmektedir. Bununla birlikte mevcut koşullarda var olan pek çok hemşirelik algısının hemşirelik hizmetlerinin negatif ve gerçek olmayan biçimlerde değerlendirilmesinden kaynaklanabilmektedir (Gordon ve Nelson, 2004). Aslında her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de sosyal yapı çerçevesinde pozitif ve negatif görüş ve düşünceler yer almaktadır. Tüm hemşirelerin hem mesleklerini hem de kendilerinin bir algılama biçimi bulunmaktadır. Söz konusu benlik algısı hemşirenin fonksiyonlarına, işine ve mesleki uygulamalarına yönelik tutum ve davranışlarını belirleyici niteliktedir. Bu nedenle hemşirelerin kendilerini ve mesleklerini nasıl algıladıkları önem kazanmaktadır (Dinç, Kaya ve Şimşek, 2007; Dost ve Bahçecik 2015).

Çınar ve Demir (2009) çalışmalarında sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik mesleğine yönelik toplumsal imajın önemine vurgu yapmıştır. Ancak yapılan birçok çalışmada hemşirelik mesleğine yönelik geçmişten günümüze kadar gelen olumsuz toplumsal imajın da hala devam ettiği bildirilmektedir (Çakmakçı ve Aycan 2003; Tan ve ark 2005; Bozkır ve ark., 2008). Toplum gözünde hemşireliğin nasıl algılandığının bilinmesi kadar, bu konuda meslek mensuplarının bireysel imajlarının da bilinmesi sunulan hizmetin kalitesinde önemli bir yer tutar. Literatürde hemşireliğe yönelik toplumsal imajı inceleyen ulusal (Dinç, Kaya ve Şimşek, 2007; Ertem, Dönmez ve Oksel, 2009; Vicdan, 2010; Karanikola ve ark., 2011; Sabancıoğulları ve Doğan, 2011; Karabacak ve ark., 2012; Dost ve Bahçecik 2015) ve uluslararası (Gordon ve Nelson, 2004; Fletcher, 2007; Varaei ve ark., 2012; Rezaei-Adaryani ve ark., 2012; Varaei ve ark., 2012; Rezaei-Adaryani ve ark., 2012; Clavelle, Goodwin ve Tivis, 2013) çalışmalar bulunmasına karşın, hemşirelik mesleğine yönelik hemşirelerin kendi imajlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Her mesleğin olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de nitelikli hizmet sunumunda bazı engelleri bulunmaktadır. Bunların başında hemşireler tarafından sıklıkla yaşanan ahlaki sıkıntı gelmektedir. Ahlaki sıkıntı iç ve dış sınırlamaların bireyin uluslararası alanda olduğunu düşündüğü ve hissettiği bir davranış biçimini sürdürmesini engelliği zamanlarda ortaya çıkan duygusal veya fiziksel acı olarak ifade edilmektedir (Pendry, 2007; Ulrich, 2010; Sannino ve ark., 2015; Oğuzhan ve Aydın, 2019).

Sağlık sektöründe ahlaki sıkıntı, önemli problemlerden biri olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarında ve yöneticilerinde ahlaki sıkıntının yaygın görülen bir problem olduğu bildirilmektedir (Hamric ve Blackhall, 2007; Hamric ve ark., 2012; Piers ve ark., 2012). Uluslararası alanda yapılan birçok

çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıkları ifade edilmiş (Radzvin ve ark., 2011; Maluwa ve ark., 2012), hemşirelerde ahlaki sıkıntının emosyonel sıkıntı, öfke ve engellenme duygusu gibi problemlere neden olduğu vurgulanmıştır.(Mobley ve ark., 2007; Wiegand ve Funk, 2012). Hamric ve Blackhall (2007) çalışmalarında hemşirelerin ahlaki sıkıntı algılarının yüksek olduğunu belirtmiş bu durumun bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediğini dile getirmiştir.Yıldırım ve ark. (2013) da çalışmalarında Türkiye’de sağlık alanında ahlaki sıkıntının önemli bir durum olduğunu belirtmiş, ahlaki sıkıntının bireysel ve kurumsal birçok sıkıntıyı beraberinde getirdiğini bu durumda sağlık personelinin iş doyumunun azaldığını, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin arttırdığını ifade etmiştir.

Bu bağlamda hemşireler olumsuz hemşirelik imajı gibi bireysel ve kanuni sınırlamalar, kurumsal politikalar, hiyerarşik yapı, yeterli olmayan destek sistemleri gibi kurumsal engeller nedeni ile ahlaki sıkıntı yaşayabilmekte, kendileri güçsüz ve yetersiz hissedebilmektedir (Corley, 2002; Hamric ve Walter, 2006). Literatürde hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıyı inceleyen çok sayıda çalışma (Lützen ve ark., 2003; Elpern, Covert ve Kleinpell, 2005; Corley ve ark., 2005; Pauley ve ark., 2009; Piers ve ark., 2012; Repenshek, 2009; Cronqvist ve Nyström, 2007) olmasına karşın, yaşanan ahlaki sıkıntıyı hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajı ile ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1.Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik imajı düzeyi nedir?
- 2.Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi nedir?
- 3.Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajı ve ahlaki sıkıntı düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 4.Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerinin hemşirelik imajı ve ahlaki sıkıntı düzeyleri üzerine etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım, organlar veya organların işlevlerinin tamamen veya kısmi olarak yitirildiği hallerde negatif etkilerin ortadan kaldırılncaya kadar, söz konusu fonksiyonları geçici şekilde yerine getirmek veya desteklemek ve hastalık sebeplerini ortadan kaldırabilmek maksadıyla multidisipliner bir ekibin görev yaptığı özel üniteleri ifade etmektedir (Şahinoğlu, 2011).

Yoğun bakım üniteleri hastaların yakından izlendiği, hastaların diğer birimlerinde kalmış oldukları sürelerden daha uzun kaldığı, invaziv girişimlerin oldukça fazla yapıldığı ve morbidite ile mortalite düzeylerinin daha yüksek oranlarda görüldüğü birimleri ifade etmektedir (Akdeniz ve Ünlü, 2004). Bu ünitelerde hastalar genel olarak tedavi ihtiyaçları, patolojik durumları ve monitörizasyon hallerine göre gruplandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008):

I. Basamak yoğun bakım birimleri ve hasta nitelikleri: Sıvı ve kan replasmanı ile temel monitör takibinin birlikte gerçekleştirildiği, bununla birlikte hastanın ilk stabilizasyonun yerine getirildiği birimlerdir. Organ yetmezliği olmayan, mekanik ventilasyon desteğine gereksinim duyulmayan, ancak olağan tedavi ile takip uygulamalarının yeterli gelmediği hastaların kabul edildikleri ünitelerdir. Gerekli durumlar ortaya çıkarsa hasta 2. ve 3. basamak yoğun bakım ünitelerine sevk edilebilmektedir.

II. Basamak yoğun bakım birimleri ve hasta nitelikleri: Yoğun/acil takip ve tedavi gerektiren ve üst düzey monitörizasyona gereksinim duyabilecek hastaların tedavi gördüğü birimlerdir. Solunum desteğine ihtiyaç duyan, invaziv monitörizasyon gerektiren, üst düzey hemşirelik bakımı ile farklı hayati tedaviler gerektiren vakalar bu birimlerde takip edilmektedir.

III. Basamak yoğun bakım birimleri ve hasta nitelikleri: Prognozu iyi olmayan ve mortalite riski yüksek olan hastaların bakım ve tedavilerinin en üst seviyede uygulandığı birimler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinin üst düzey hizmet verebilmesi açısından bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Söz konusu özelliklerin ise şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Tekeli, 2002):

1. Bakım sürecinin maksimum verimlilikte sürdürülebilmesi için istekli ve donanımlı bir yoğun bakım ünitesi ekibiyle birlikte uygun cihazlar ve araç-gereçlerin bulunması gerekmektedir.
2. Yoğun bakım ünitesi içinde en az dört tane en fazla ise 12 tane yatak bulunmalıdır.
3. Yoğun bakım ünitelerinin meydana getirilme süreçlerinde planlı bir ekibin var olması gerekmektedir. Bu ekip üyelerinin yoğun bakım ünitelerinin amaçlarını, hastaların kalacakları ortalama süreyi ve ne tipteki hastaları kabul edeceklerini belirlemeleri gerekmektedir.

İfade edilenler doğrultusunda yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hasta profili Çizelge 1 de yer almaktadır.

Yoğun bakım üniteleri multidisipliner bir ekip hizmeti kapsamında sıklıkla invaz girişimlerin uygulandığı birimler olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinin ölüm ve yaşam arasında olan hastaların söz konusu olması, hemşirelik bakımını daha önemli bir hale getirmektedir (Karagözoğlu ve ark., 2014). Yoğun bakımın içerdiği risk ve sorumluluklar, bu alanda çalışan hemşirelerin sorumluluklarını arttırmaktadır. Bu nedenle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çok özel eğitim ve uygulama bilgisine sahip olması beklenmektedir. Ayrıca güvenli hasta bakımını yerine getirebilmesi için yüksek motivasyona sahip olması, hastada ortaya çıkabilecek acil durumlara karşı hazırlıklı olmaları ve profesyonel şekilde davranış sergilemeleri gerekmektedir. Bu nedenle yoğun bakımlarda gerekli özel eğitimi almış, yüksek motivasyona sahip ve profesyonel davranış sergileyebilen hemşirelere ihtiyaç bulunmaktadır (Kavaklı ve ark., 2009).

Çizelge 1: Yoğun Bakım Ünitelerine Kabul Edilen Hasta Profili

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Kardiyovasküler yetersizliği olan hastalar,➤ Solunum yetersizliği yaşayan hastalar,➤ Akut metabolizma yetersizliği olan hastalar,➤ Renal yetersizliklere sahip hastalar, |
|---|

- Tetanozla karşı karşıya kalan hastalar,
- Ameliyat sonrası komplaskasyonları olan hastalar,
- Pıhtılaşma-kanama bozukluğu olan hastalar,
- Eklempsi,
- Çoklu travmalar,
- Reanimasyon ardından karşılaşılan problemlere sahip hastalar,
- Asit-baz ve sıvı-elektrolit bozuklukları ile karşı karşıya kalan hastalar,
- Zehirlenmiş olan hastalar,
- Gastrointestinal kanaması olan hastalar,
- Destek alması gerekli olan farklı durumlara sahip olan hastalardır

Eti Aslan ve Çakır, 2016; Hatipoğlu, 2002

2.2. Hemşirelik İmajı

Hemşirelik imajı yapısal açıdan oldukça kompleks, devamlı olarak gelişim gösteren ve pek çok etmenden etkilenen, tüm kalıplaşan hemşirelik atıflarını içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Temelde bu kavram içerisinde hemşirelerin öz imajları ile hemşirelerin davranışları da yer almaktadır. Bu yönüyle hemşirelik imajı hemşirelerin düzgün iyileştirme ortamları sağlaması ile güvenilir ilişkiler kurabilmesi açısından son derece önemli olmaktadır (Clavelle Goodwin ve Tivis, 2013; Rezaei-Adaryani ve ark., 2012).

Hemşirelik kapsamında genel anlamda iki imajın varlığından bahsedilmektedir. Bu imajlardan ilki yapısal olarak geleneksel ve eski görev odaklı imaj ve ikincisi ise üniversite normlarını benimseyen imajdır. Geleneksel odaklı imaj kapsamında hemşireler tıbbın yardımcıları olarak ele alınmaktayken, üniversite normlarını benimseyen imajda hemşireler bakım uzmanı olarak ele alınmaktadır (Vicdan, 2010).

Sosyal yapı kapsamında pozitif hemşirelik imajının oluşması mesleki imajın kuvvetlenmesinde etkili olan temel faktördür. Nitekim toplumda ideal hemşire algısını yansıtan duygusal ve şefkatli olma imajı ile medyada yansıtılan kalıp görüşler çelişki göstermekte ve toplumsal hemşirelik imajı bu durumdan negatif yönde etkilenebilmektedir (Varaei ve ark., 2012). Bu bağlamda hemşirelerin algılamış oldukları öz imajları ile toplumsal imaj arasındaki çelişki hemşirelerin sağlık sektöründe statü ve güç geliştirme becerileri, işten ayrılma niyetleri ve iş performanslarını doğrudan etkileyebilmektedir (Fletcher, 2007).

Toplumdaki kalıplaşmış duygu ve düşünceler bireylerinbu mesleğin tercih edilmesine engel olmakta, hemşirelerin öz imajlarına ve politika üreticilerin kararlarına da etki etmektedir (Fletcher, 2007). Toplumda hemşirelik mesleğinin negatif imajla gelecek kuşaklara sunulması çoğu zaman hemşireliğin zeki insanlar tarafından tercih edilmeyen, toplumsal statü sağlamayan ve arzu edilmeyen bir meslek olarak algılanmasına neden olmaktadır (Varaei ve ark., 2012).

Türkiye’de hemşirelerin değişik eğitim seviyelerinde eğitim görmüş olmalarına rağmen benzer sorumlulukları ve görevleri yürütmek durumunda kalmaları, iş şartlarının zorluğu, hemşire istihdamının yetersizliği, mesleki risklerin fazla olması, yetersiz otonomi, hemşireliğin düşük statülü bir meslek olarak değerlendirilmesi ve hemşireliğin bir kadın mesleği olarak algılanması hemşirelik imajını negatif yönde etkileyen faktörler arasındadır (Ertem, Dönmez ve Oksel, 2009; Achilles, 2010; Mollaoğlu ve ark., 2010; Karanikola ve ark., 2011; Dost ve Bahçecik, 2015).

Hemşirelik mesleği sağlık alanında ye alan önemli mesleklerden biri olmasına rağmen, günümüzde hak ettiği konuma ulaşamamıştır. Bu yönüyle Türkiye’de ve dünyada hemşirelik mesleği hala doktor yardımcılığı olarak algılanmaya devam etmektedir (Ertem, Dönmez ve Oksel, 2009).

2.3. Ahlaki Sıkıntı

Ahlaki sıkıntı (moral distres) sağlık bakım alanlarında çalışan profesyoneller ve yöneticilerde yaygın olarak yaşanan bir problemdir. Ahlaki sıkıntı, bir profesyonelin yapılacak doğru eylemi bildiği halde engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı bir sıkıntıdır (Nathaniel, 2006). Farklı bir tanımda ahlaki sıkıntı, iç ve dış sınırlamaların bireyin doğru olduğunu düşündüğü ve hissettiği bir davranış biçimini sürdürmesini engelliği zamanlarda ortaya çıkan duygusal veya fiziksel acı olarak açıklanmaktadır (Pendry, 2007).

Kalvemark ve ark, (2004)’nın çalışmasında ahlaki sıkıntı kavramı “ahlaki yanlış” ve ahlaki doğru biçimde iki boyutta incelenmiştir. Bu çalışmada aynı zamanda “yasal yanlış” ve “yasal doğru” kavramları üzerinden ahlaki sıkıntı kavramı ifade edilmeye çalışılmıştır. Bir tutum veya davranış yasal ve ahlaki olarak doğruysa yapılması yönünde, yasal ve ahlaki olarak yanlışsa yapılmaması yönünde tavır sergilenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bununla birlikte “yasal bir doğru” ile “ahlaki bir yanlışın” ya da “yasal bir yanlış” ile “ahlaki bir doğrunun” karşı karşıya gelmesi

halinde ortaya ahlaki sıkıntın çıkacağı belirtilmiştir. Ayrıca mevzuat ve kanun kaynaklı engeller sebebiyle ahlaki sıkıntıların oluştuğunu belirtmişlerdir.

Ahlaki sıkıntının temelde beş özelliğe sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu özellikler şunlardır; (1) algılama, (2) ağrı, (3) değer verme, (4) değişen katılım ve (5) perspektiftir (Hanna, 2005). Ahlaki sıkıntı ilk olarak kişi tarafından algılanmaktadır. Bu algının yoğunlaşması ve ahlaki sıkıntının büyümesi kişide ağrıya yani çeşitli rahatsızlıklara neden olmaktadır. Bu rahatsızlıklar kişide fiziksel olarak kendini gösterebilmektedir. Kişi ahlaki sıkıntı karşısında bir durum veya olguya değer vermektedir. Ahlaki problemden uzaklaşmaya başlama talebi içinde değişime katılım göstermektedir. Son olarak ise ahlaki sıkıntı varlığına göre bir perspektif belirlenmektedir.

Ahlaki sıkıntının ifade edilen beş özelliği dışında yapısal olarak (1) kalıcı ahlaki sıkıntı, (2) sessiz ahlaki sıkıntı ve (3) ani yaşanan ahlaki sıkıntı olmak üzere üç türünün olduğu da belirtilmektedir. Kalıcı ahlaki sıkıntı yaşayan kişiler depresyon, yorgunluk, gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı ve gibi belirtiler sergileyebilmektedirler. Sessiz ahlaki sıkıntı bireyin içsel olarak karşı karşıya kaldığı bir tecrübe olarak ele alınmaktadır. Ani yaşanan ahlaki sıkıntı ise zararlar birlikte farkedilen ilk algı ile birlikte ortaya çıkan ahlaki sıkıntıdır (Hanna, 2005).

Hemşirelik hizmetleri sırasında ahlaki sıkıntının temelde dört etik prensip sebebiyle ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Hemşireler bakım aktiviteleri sırasında hastanın iyiliği, yeterli olma, ekibe sadık olma ve hastaları istismar etmeme prensipleri doğrultusunda ahlaki karar almak durumundadır (Cumming, 2009).

Sağlık hizmetleri sırasında sağlık hizmeti sunanların ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan bazı klinik durumların olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu klinik durumlar Çizelge 2' de yer almaktadır.

Çizelge 2: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Yaşamalarına Neden Olan Bazı Klinik Durumlar

- Faydası olmayan bir tedavi seçeneği ile ölü sürecinin uzatılması,
- Kaynakların makul biçimlerde kullanılmaması,
- Yeterli bilgilendirilmeyen onam,
- Tedavi planı ile ilgili fikir birliğinin bulunmaması,

- Bakımın gerektirdiği düzeyde yeterliliği olmayan bakım sağlayıcılarla çalışmak,
- Çelişkili görevlerin bir arada olması,
- Bakımın sürekliliğinin olmaması,
- Hasta ve hasta yakınlarına boş veya yanlış umut vermek,
- Hasta ile hasta yakınlarına gerçeklerin ifade edilmemesi,
- Hastanın arzularının dikkate alınmaması,
- Ölüm sürecinin hızlandırılması

Kalvemark ve ark, 2004; Sporrang ve ark, 2006; Hamric, 2012

Hemşireler kişisel özellikleri nedeni ile de ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan kişisel durumlar Çizelge 3' de yer almaktadır.

Çizelge 3: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Yaşamasına Neden Olan Bazı Kişisel Durumlar

- Hissedilen güçsüzlük,
- Etik konuların tespit edilememesi,
- Artış gösteren duyarlılık,
- Kendinden şüphe etme,
- Durumun tümünü kavrayamama,
- Diğerlerini takip etmede zorlanma
- Sosyalleşememe
- Planlarla ilgili yeterli bilgi sahip olmama

2.4. Ahlaki Sıkıntı ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Lützen ve ark. (2003) çalışmalarında ahlaki stres kavramının önceden yapılmış çalışmalar doğrultusunda bir sentezini yapmayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda hemşirelikte profesyonel sorunlar üzerine iki farklı çalışmadan elde edilen kalitatif veriler varsayımsal-tümdengelimci yaklaşım ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular ahlaki stresin özel ön koşullardan bağımsız olduğunu ortaya koymuştur.

Elpern, Covert ve Kleinpell (2005) yoğun bakımda çalışmakta olan 28 hemşire üzerinde 38 maddelik Moral Distress Scale'yı kullanarak bir çalışma yapmıştır. Çalışanın sonucunda hemşireler genel olarak orta düzeyde ahlaki sıkıntı bildirmiştir. En yüksek ahlaki sıkıntı düzeyi bakımdan yarar beklenmeyen hastalara agresif

bakımın sağlanmasıyla ilişkili bulunmuştur. Hemşireler ahlaki sıkıntının iş doyumunu, işte kalmayı, psikolojik ve fiziksel iyilik durumunu ve maneviyatı olumsuz olarak etkilediğini belirtmiştir. Ahlaki sıkıntı deneyimi aynı zamanda kan ve organ bağışına yönelik tutumları da etkilemektedir.

Corley ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada, ahlaki sıkıntı yoğunluğu, sıklığı ve etik iş çevresi arasındaki ilişkiyi ve ahlaki sıkıntı yoğunluğu ve sıklığı ile demografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma iki büyük tıp merkezinde çalışmakta olan 106 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda hemşirelerde orta düzeyde ahlaki sıkıntı yoğunluğu, düşük düzeyde ahlaki sıkıntı sıklığı ve orta düzeyde pozitif etik iş çevresi tespit edilmiştir. Yaş ahlaki sıkıntı yoğunluğu ile negatif olarak ilişkili bulunmuştur. Etik iş çevresinin ahlaki sıkıntı yoğunluğu için bir önkoşul olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar ahlaki sıkıntı ve yoğunluğu arasındaki farkı ve ahlaki sıkıntı yoğunluğu için çevrenin önemini ortaya koymuştur.

Cronqvist ve Nyström (2007) yaptıkları çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin moral stress düzeyleri ile aldıkları destek ve yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişki durumunu incelemiştir. Çalışmanın sonunda ahlaki stresin bir problem olmasının yanında ahlaki farkındalık ve zor durumlarda kontrolü sağlayacak itici bir güç olabileceği ve bakım yeterliliğini geliştirebileceği ifade edilmiştir. Ahlaki sıkıntı ile baş etmede yoğun bakımın doğal işleyişi sürecinde farklı destek müdahalelerine yönelik organizasyonlara ihtiyaç olduğu da vurgulanmıştır.

Pauley ve ark. (2009) hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi ve etik iklim algısı arasındaki ilişki incelemiştir. Çalışmada British Columbia'da akut bakım alanında görev yapan 1700 hemşireye randomize olarak Moral Distress Scale ve Olson's Hospital Ethical Climate Survey (HECS) uygulanmış ve çalışmaya 374 hemşire geri dönüş yapmıştır. Çalışma neticesinde hemşirelerin orta düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte ahlaki sıkıntı yoğunluğu ve sıklığı ile etik iklim algısı arasında bir ilişkinin de olduğu belirtilmiştir. HECS'in her bir boyutu (meslektaşlar, hastalar, yöneticiler, hastaneler ve doktorlar) ahlaki sıkıntıyla istatistiksel olarak önemli düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Range ve Rotherham (2010) Amerika'nın güneydoğusunda kırsal alanda bulunan Katolik sanat okulundaki hemşire ve hemşire olmayan öğrenciler üzerinde bir çalışma yapmıştır. Çalışmada yer alan öğrencilerin %75'i bayan, %60'ı Katolik ve

%40'ı ise minör etnik gruplardan meydana gelmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı demografik verileri de değerlendirme altına alınmıştır. Çalışmada hemşirelik eğitimi alan ve hemşirelik eğitimi almayan öğrencilerin moral distress düzeylerinin kıyaslanması amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre hemşirelik eğitimi alan öğrenciler ile diğer meslek eğitimi alan öğrenciler arasında moral distrese yönelik tutum açısından bir farklılık bulunmamış Avrupa-Amerikan kökenli ve Katolik öğrencilerin Afro-Amerikan kökenli öğrencilere göre daha fazla moral distress yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmada etnik kökenle birlikte dini inancın da moral distressi etkilediği ifade edilmiştir.

Radzvin (2011) çalışmasında CRNA hemşireleri arasında görülen moral stress düzeyinin belirlenmesini amaçlamıştır. Bununla birlikte moral distress düzeyi ile demografik veriler arasındaki ilişkilerin de belirlenmesi hedeflenmiştir. Moral distressi ölçmek amacıyla Etik Strees Skalasından yararlanılmıştır. Çalışma neticesinde CRNA hemşirelerinin orta düzeyde moral distress yaşadıkları görülmüştür. Hemşirelerin ahlaki olarak doğru olarak bildikleri davranışları uygulayamama durumlarıyla karşılaştıklarında moral distress yaşadıkları ifade edilmiştir. Etik kararlar verememeleri halinde hemşireler moral distressin psikolojik ve ruhsal dışavurumuyla karşılaşmaktadır. Çalışmada moral distress yaşayan hemşirelere destek verici stratejilerin belirlenmesinin de yerinde olacağı ifade edilmiştir.

Wiegang ve Funk (2012) tarafından bir üniversite tıp merkezinde çalışmakta olan 204 yoğun bakım hemşiresi üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda hemşirelerin bir çoğunun ahlaki sıkıntı yaşadığı saptanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan durumların büyük bir bölümünün yaşam sonu bakımla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada ahlaki sıkıntı ile karşı karşıya kalan hemşirelerde engellenme, üzüntü, depresyon, öfke ve çaresizliğin olduğu gözlemlenmiş ve bu durumun hemşirelerde iş memnuniyetini azalttığı ifade edilmiştir.

Piers ve ark. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada Belçika'da üç akut geriatri servisi ve 12 bakımevinde hizmet vermekte olan 222 hemşirenin ahlaki sıkıntı düzeyleri ve bunlarla ilişkili faktörler incelenmiştir. Çalışma sonunda hemşirelerde en fazla ahlaki sıkıntıya neden olan durumların başında gereksiz test ve tedaviler, adil olmayan yaşam desteği ve yetersiz meslektaşların geldiği belirtilmiştir. Bununla birlikte bilinçsiz bir hastada ölümü hızlandırdığı düşünülen morfin kullanımı ile

ötenazinin en az moral sıkıntıya neden olduğu ifade edilmiştir. Bu yönüyle boşuna bakım vermenin hemşirelerde daha fazla moral sıkıntıya sebep olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada ahlaki sıkıntının hemşirelerde işten ayrılma ve tükenmişliğe yol açtığı belirtilmiştir.

Silen ve ark. (2012) İsviçre’de hizmet vermekte olan iki hastanede çalışmakta olan 249 hemşirenin moral sıkıntı düzeylerini araştırmıştır. Çalışmada Moral Sıkıntı Skalası ve Hastane Etik İklim Anketi kullanılmıştır. Çalışma sonunda genel olarak ahlaki sıkıntı düzeyi ve sıklığının düşük olduğu ancak, hemşirelerin hastalara uygun ve güvenli bakım verilmediğini düşündükleri durumlarda ahlaki sıkıntı düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır. Aynı çalışmada olumlu etik iklim algısının ahlaki sıkıntıyı azalttığı raporlanmıştır.

Repenshek (2009) hemşirelerin maruz kaldıkları ahlaki sıkıntı sorununu ahlaki roller, yaşam sonu kararı verme ve katolik normatif geleneğin etkisi üzerinden değerlendirmiştir. Ahlaki roller kapsamında hemşireler onlara yüklenen ve istenmeyen kurumsal roller nedeni ile profesyonel engellenme veya tükenmişlik yaşayabildiklerini belirtilmiştir. Çalışmada ahlaki roller kapsamında ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan farklı bir boyut da doktorlarla karşı karşıya kalmak durumunu doğuran hasta savunuculuğu olmuştur. Aynı çalışmada hastanın yaşam sonu kararı ile ilgili; umutsuz durumda olan hastanın hayatını sürdürmeye yönelik çalışmalar yapma, hastaya yarar sağlamayacağını bilmesine rağmen ailenin isteği kapsamında yaşam desteğini vermeyi sürdürme, ölüm sürecini uzatıldığının düşünüldüğü eylemlerin başlatılması, hastanenin dava açılmasından korkma nedeni ile hasta bakımında ailenin isteğinin sürdürülmesi, terminal dönemdeki hastalara gerekli olmayan tedaviler ve testler açısından doktor isteklerini yapmak durumunda olma ve doktorun ağrıyı dindirici ancak ölüme sebebiyet verici ağrı kesicileri korkmasından dolayı verememesi sonucu hastanın acısını dindirememesi gibi durumların da hemşirelerde ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olduğu bildirilmiştir. Tüm bu bulgular ile birlikte çalışma kapsamında ahlaki sıkıntı yaşanmasında etkili olabilen önemli bir öğenin de Katolik normatif gelenek uygulamaları olduğu dile getirilmiştir. Katolik normatif gelenekte yaşamın ne pahasına olursa olsun korunması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Ancak burada futility tedavi durumu ortaya çıkabilmekte ve bu durum hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile karşı karşıya kalabilmesine neden olabilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tanımlayıcı araştırma olup kesitsel bir özellik taşımaktadır

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 132 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırma 8 yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmiş olup, bu üniteler; (1) Anestezi Yoğun Bakım (n=53), (2) Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım (n=7), (3) Koroner Yoğun Bakım n=(8), (4) Cerrahi Yoğun Bakım (n=8), (5) Nöroloji Yoğun Bakım (n=10), (6) Nöroşiyurji Yoğun Bakım (n=9), (7) Pediatri Yoğun Bakım (n=11), (8) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (n=21) dir. Araştırmanın evreni aynı zamanda örnekleme oluşturmıştır.

Araştırmada tüm evrene ulaşılmak istenmiş ancak hemşirelerin yoğunlukları (5), izinde olmaları (10) ve araştırmaya katılmak istememeleri (10) nedeniyle 107 hemşire ile çalışma yürütülmüştür. Araştırmaya katılım oranı %81'dir.

3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri şu şekildedir:

- Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinin herhangi birinde hemşire olarak çalışıyor olmak,
- İzinli, raporlu olmamak,

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşirelik İmajı Ölçeği (HIÖ) ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress Scale (MDS-R) olmak üzere üç form kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form katılımcının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi, çalışma şekli, mesleğini severek yapıp yapmadığı, yoğun bakımda ortalama hasta sayısı ve bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısını içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelik İmajı Ölçeği/HİÖ (EK-2)

Hemşirelik İmajı Ölçeği toplumdaki bireylerin hemşirelik mesleği imajını ölçebilmek amacıyla 2007'de Çınar ve Demir (2009) tarafından geliştirilmiş 28 maddeden oluşan, yeterli geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracıdır. Ölçekte güvenilirlik iç tutarlılık ile Cronbach Alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçek Genel Görünüm (7 madde), İletişim (6 madde) ve Mesleki ve Eğitimsel Nitelikler (15 madde) olmak üzere üç faktörlü bir yapıya sahiptir. Ölçeğin Temel Bileşenler Analizi ile elde edilen faktör yapısının yapı-kavram geçerliğine sahip olduğu saptanmıştır. Toplumdaki kişilerin hemşirelik imajını belirlemek için kullanılan ifadeler şöyle puanlanmıştır: “Katılıyorum” (3 puan), “Kısmen Katılıyorum” (2 puan), “Katılmıyorum” (1 puan). Bu ölçekte bulunan ters yapıdaki maddelerin (4,6 ve 27. maddeler) veri kodlaması ve değerlendirilmesinde ters yol izlenerek “Katılıyorum” (1 puan), “Kısmen Katılıyorum” (2 puan), “Katılmıyorum” (3 puan) olarak puanlandırılmaktadır. Bu nedenle bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekte alt-üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “bağımsız gruplar için t-testi” analizinde iki grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=30.79$, $p=0.00$). Dolayısıyla, HİÖ'nin toplam puanının yüksek ve düşük grupları ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçekte toplam puanın yükselmesi hemşirelik imajının olumlu olduğunu göstermektedir (Çınar ve Demir, 2009). Ölçeği yanıtlama süresi ortalama 10 dakikadır. Çalışmamız kapsamında HİÖ Cronbach Alfa katsayısı 0.802 olarak saptanmış olup, bu değer çalışmamızda ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu (TrMDS-ICU-R) (EK-3)

Ölçek ilk kez 1995 yılında Corley (2001) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Hamric ve arkadaşları (2012) tarafından revize edilen ölçeğin Türk toplumuna ve Türkçeye uyarlanması Karagozolu ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ölçek 0-4 arasında likert tipi puanlanmakta olup, tek alt boyutu vardır. Her bir maddenin sıklığı (0–4) ve yoğunluk düzeyi (0–4) oranları 0 ile 16 arasındadır. MDS-R'nin Türkçe Versiyonunun madde puanı, her maddenin (0-4) frekans skorunu, her maddenin (0-4) yoğunluk skoruyla çarpılarak elde edilir. Ölçekteki bir maddenin skorunu hesaplarken, frekans ve yoğunluk skorları birbirleriyle çarpılır ve daha sonra tek bir puan elde edilir. Dolayısıyla, bir maddenin en düşük ve en yüksek puanları sırasıyla 0 ve 16 (4x4) olup, ölçeğin toplam puanı 0'dan 336'ya kadardır. Yani ölçekten alınacak toplam puan 0-336 aralığında olup, puanın yükselmesi moral sıkıntı düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı Karagözoğlu ve ark. (2018)'nin çalışmasında 0.85 bulunmuştur. Çalışmamız kapsamında MDS-R'nin Türkçe Versiyonunun Cronbach Alfa katsayısı 0.918 olarak saptanmış olup, bu değer çalışmamızda ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada katılımcılara veri toplama formlarına isim yazmamaları belirtilmiştir. Her bir profesyonele veri toplama formları kapalı bir zarf içerisinde verilmiş ve doldurulan formlar kapalı zarf içinde aynı gün geri alınmıştır. Formların profesyoneller tarafından doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada veri analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden, farklılık testlerinden ve regresyon modelinden faydalanılmıştır. Farklılık testlerinin uygulanmasında parametrik veya nonparametrik test tercihinde çarpıklık ve basıklık değerine bakılmıştır. Ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Hemşirelik İmajı Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Çarpıklık	Basıklık
HIÖ	-,574	,666
Genel görünüm	,192	-,151
İletişim	-1,063	-,331
Mesleki ve Eğitimsel Nitelikler	-,923	1,152
MDS-R	,071	,787
Sıklık	,323	,350
Rahatsızlık Düzeyi	-,027	-,381

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,96 ile -1,96 arasında olması nedeniyle parametrik testler olan t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan iki ölçek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kuruluna başvurularak etik kurul onayı ve araştırma öncesi çalışma yapılacak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırma katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı ve sürecine yönelik bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'nun prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Bilgilere Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde tanıtıcı bilgilere yönelik elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 2: Yoğun Bakım Hemsirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=107)

	Frekans	%
Yaş aralığı (Yaş ortalaması: 27.62±4.948)		
25 yaş ve altı	42	39.3
26-35 yaş	57	53.3
36 yaş ve üzeri	8	7.5
Cinsiyet		
Kadın	69	64.5
Erkek	39	35.5
Eğitim Düzeyi		
Lise	27	25.2
Önlisans	9	8.4
Lisans	64	59.8
Lisansüstü	7	6.5
Çalışma Yılı		
0-1 yıl	18	16.8
1-3 yıl	24	22.4
3-5 yıl	17	15.9
5-8 yıl	31	29.0
8 yıl ve üzeri	17	15.9
Yoğun Bakımda Çalışma Yılı (n=107)		
0-1 yıl	35	32.7
1-3 yıl	23	21.5
3-5 yıl	13	12.1
5-8 yıl	23	21.5
8 yıl ve üzeri	13	12.1
Çalışma Şekli (n=107)		
Vardiya	93	86.9
Gündüz	14	13.1
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu (n=107)		
Evet	79	73.8
Hayır	28	26.2
	Frekans	%
Yoğun Bakımda Hasta Sayısı (n=107)		
5-8	39	36.4
8-15	12	11.2
15-25	7	6.5
25 ve üzeri	49	45.8
Bakım Verilen Hasta Sayısı (n=107)		
1-3	41	38.3
3-5	41	38.3
5-8	25	23.4

Araştırmaya katılan hemşirelerin %53.3'ü 26-35 yaş aralığında. %64.5'i kadın ve %59.8'inin eğitim düzeyi lisanstır. Katılımcıların %29'unun meslekte çalışma yılı 5-8 olup, %32.7'si 0-1 yıldır yoğun bakımda hizmet vermektedir. Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %86.9'u vardiya usulü çalışmakta olup, %73.8'i mesleği isteyerek seçmiştir. Katılımcıların %45.8'i yoğun bakımda 25 ve üzeri hasta olduğunu bildirmiş iken, %38.3'ü 1-3 hastaya ve %38.3'ü 3-5 hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir.

4.2. Hemşirelik İmajının Ahlaki Sıkıntı Düzeylerine Etkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisine yönelik bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 3: Hemşirelerin Hemşirelik İmajı, Ahlaki Sıkıntı Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki Durumu

	Min.	Max.	X±SS
HİÖ Toplam Puan Ortalaması	53.00 (28.00)*	84.00 (84.00)*	71.54±6.03
Genel Görünüm Alt Boyutu Puan Ortalaması	9.00 (7.00)*	18.00 (21.00)*	13.03±2.10
İletişim Alt Boyutu Puan Ortalaması	10.00 (6.00)*	18.00 (18.00)*	16.01±2,56
Mesleki ve Eğitimsel Nitelikler Alt Boyutu Puan Ortalaması	15.00 (15.00)*	45.00 (45.00)*	42.48±3.20
MDS-R Toplam Puan Ortalaması	0.00 (0.00)*	168.00 (336.00)*	77.42±29.08
Sıklık	0.00 (0.00)*	84.00 (168.00)*	33.85±15.84
Rahatsızlık Düzeyi	0.00 (0.00)*	84.00 (168.00)*	43.57±18.98
HİÖ ve MDS-R Korelasyon	r = -0.103; p =0.291		

*Ölçeklerden alınabilecek min - max puan aralığı

Araştırmada HİÖ toplam ölçek puanı 71.54±6.03 ve MDS-R toplam ölçek puanı 77.42±29.08 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin hemşirelik imajı, ahlaki sıkıntı düzeyleri ve aralarındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık göstermeyen (p=0.291), negatif yönde ve zayıf bir ilişki (r=-0.103) saptanmıştır.

Tablo 4: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Sıklık Alt Boyutuna Hemşirelik İmajının Etkisi

Model	Katsayı	t	p
Genel görünüm	.134	-1.099	.274
İletişim	-.135	1.128	.262
Mesleki ve Eğitimsel Nitelikler	-.060	.581	.563
R ² : 0,019			

Hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı sıklık alt boyutuna etkisi regresyon modeli kapsamında incelendiğinde, hemşirelik imajı alt boyutlarının yaşanan ahlaki sıkıntı sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 5: Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Rahatsızlık Alt Boyutuna Hemşirelik İmajının Etkisi

Model	Katsayı	t	p
Genel görünüm	-.167	-1.419	.159
İletişim	-.360	3.112	.002
Mesleki ve Eğitimsel Nitelikler	-.044	-.443	.659
R ² : 0,087			

Hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyutuna etkisi regresyon modeli kapsamında incelendiğinde, hemşirelerin hemşirelik imajı iletişim alt boyutu puan ortalamasının ahlaki sıkıntı alt boyutu olan rahatsızlık puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olduğu tespit edilmiştir (p=0.002).

4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Hemşirelik İmajı Algısı ve Ahlaki Sıkıntı Düzeyinin Değerlendirilmesi

Tablo 6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İmajı ve Ahlaki Sıkıntı Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	X± SS	HIÖ		MDS-R		
		Min (28.00)*	Max (84.00)*	X± SS	Min (0.00)*	Max (336.00)*
Yaş						
25 yaş ve altı (n=42)	73.21±6.10	58.00	84.00	72.83±34.97	0.00	152.00
26-35 yaş (n=57)	70.54±6.00	53.00	80.00	80.92±24.94	37.00	165.00
36 yaş ve üzeri (n=8)	69.87±4.05	63.00	74.00	76.62±21.03	52.00	111.00
	F:2.788 p:0.066			F:0.939 p:0.394		
Cinsiyet						
Kadın (n=69)	72.49±5.54	63.00	84.00	78.63±31.59	0.00	165.00
Erkek (n=39)	69.81±6.57	58.00	80.00	75.23±24.10	52.00	111.00
	t:2.237 p:0.027			t:0.577 p:0.623		
Çalışma yılı						
0-1 yıl (n=18)	76.41±4.44	66.00	84.00	66.77±36.10	0.00	125.00
1-3 yıl (n=24)	72.12±7.07	58.00	84.00	81.95±28.50	24.00	138.00
3-5 yıl (n=17)	71.41±4.45	64.00	78.00	86.58±37.09	40.00	168.00
5-8 yıl (n=31)	71.32±5.22	60.00	79.00	75.19±20.31	36.00	117.00
8 yıl ve üzeri (n=17)	68.00±2.54	53.00	78.00	77.23±25.38	13.00	111.00
	F:2.888 p:0.026			F:1.227 p:0.304		
Yoğun Bakımda Çalışma yılı						
0-1 yıl (n=35)	73.32±5.67	60.00	84.00	69.23±34.24	0.00	168.00
1-3 yıl (n=23)	70.08±5.48	58.00	78.00	86.25±25.05	37.00	138.00
3-5 yıl (n=13)	71.84±8.06	53.00	84.00	86.53±32.16	40.00	152.00
5-8 yıl (n=23)	70.39±6.44	53.00	79.00	79.86±18.50	47.00	117.00
8 yıl ve üzeri (n=13)	71.46±4.48	63.00	78.00	72.53±28.72	13.00	111.00
	F:1.109 p:0.360			F:1.796 p:0.120		
Çalışma şekli						
Vardiya (n=93)	71.57±5.98	63.00	84.00	77.65±30.11	0.00	165.00
Gündüz (n=14)	71.50±6.57	58.00	80.00	75.92±21.84	52.00	111.00
	t:0.028 p:0.978			t:0.206 p:0.837		
Mesleği isteyerek seçme						
Evet (n=79)	72.40±5.34	63.00	84.00	77.34±28.75	0.00	165.00
Hayır (n=28)	69.10±7.21	58.00	80.00	77.67±30.55	52.00	111.00
	t:2.548 p:0.012			t:0.052 p:0.958		

Tablo 6 (Devam): Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İmajı ve Ahlaki Sıkıntı Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı Devamı

	HIÖ			MDS-R		
	X± SS	Min (28.00)*	Max (84.00)*	X± SS	Min (0.00)*	Max (336.00)*
Yoğun Bakımda hasta sayısı						
5-8 (n=39)	70.33±5.70	53.00	80.00	75.35±25.53	0.00	111.00
8-15 (n=12)	72.75±5.42	64.00	84.00	68.66±28.28	24.00	107.00
15-25 (n=7)	72.57±6.60	63.00	82.00	70.57±14.51	52.00	88.00
25 ve üzeri (n=49)	72.06±6.36	53.00	84.00	82.20±33.11	11.00	168.00
	F:0.867 p:0.461			F:0.999 p:0.397		

Bakım Verilen Hasta Sayısı						
1-3 (n=41)	69.29±6.65	53.00	84.00	77.02±35.15	0.00	168.00
3-5 (n=41)	72.51±5.31	60.00	82.00	77.19±22.34	13.00	111.00
5-8 (n=25)	73.64±5.02	63.00	84.00	78.48±29.03	11.00	125.00
	F:5.283 p:0.007			F:0.021 p:0.979		

*Ölçeklerden alınabilecek min - max puan aralığı

Yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet, çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme durumu ve bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelik imajı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış ($p<0,05$) olup, kadın (72.49 ± 5.54), 0-1 yıldır çalışan (76.41 ± 4.44) mesleğini isteyerek seçen (72.40 ± 5.34) ve 5-8 hastaya bakım veren hemşirelerin (73.64 ± 5.02) daha yüksek düzeyde olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguların yanı sıra istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, 25 yaş ve altında olan genç, yoğun bakımda çalışma yılı 0-1 ve yoğun bakımda hasta sayısı 5-8 arasında olan hemşireler de diğerlerinden daha olumlu hemşirelik imajına sahiptir.

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre ahlaki sıkıntı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0.05$), 25 yaş ve altı, erkek, toplam çalışma yılı ve yoğun bakımda çalışma yılı 0-1 olan ve gündüz çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin daha düşük, bununla birlikte mesleğini isteyerek seçen, yoğun bakımda hasta sayısı 25 ve üzerinde ve bakım verdiği hasta sayısı 5-8 olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisi değerlendirilmiştir.

5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hemşirelik İmajı ve Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmamız kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin sahip olduğu hemşirelik imajı ve yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeyini belirlemek amacıyla Hemşirelik İmajı Ölçeği (ölçek puan aralığı: 28-84) ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ölçek puan aralığı: 0-336) kullanılmıştır. Araştırmamızda yer alan hemşirelerin her iki ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları (Tablo 3) ölçek puan aralıklarına göre değerlendirildiğinde, araştırmaya dahil edilen yoğun bakım hemşirelerinin olumlu hemşirelik imajına sahip ve yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeyinin düşük olduğu, ayrıca ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde, hemşirelik imajı olumlu yönde arttıca yaşanılan ahlaki sıkıntı düzeyinin de azaldığı söylenebilir. Literatürde hemşirelik imajı (Coşkun 1993; Tortumluoğlu ve ark. 2005; Özpancar ve ark. 2008; Bozkır ve ark. 2008; Andsoy ve ark. 2012; Sis elik ve ark. 2013; Elibol 2014; Dost ve Bahçecik 2015; Özdelikara ve ark. 2015; Kızılcık Özkan ve ark. 2017; Sezer ve ark. 2017; Sarı 2019) ve hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıyı (Lützen ve ark., 2003; Elpern, Covert ve Kleinpell, 2005; Corley ve ark., 2005; Cronqvist ve Nyströ, 2007; Pauley ve ark., 2009; Piers ve ark., 2012; Repenshek, 2009) ayrı ayrı inceleyen çok sayıda çalışma olmasına karşın, yaşanılan ahlaki sıkıntıyı hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajı ile ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Literatürde araştırma bulgularımızı destekler nitelikte hemşirelik imajını inceleyen çalışmaların toplum, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri olmak üzere üç farklı popülasyon üzerinde gerçekleştirildiği görölmektedir. Bu kapsamda bazı araştırmalarda toplumdaki bireylerin büyük bir kısmının hemşirelik mesleğine yönelik iyi deneyimlere sahip olduğu ve bu durumun toplumsal hemşirelik imajını olumlu yönde arttırdığı ifade edilmiştir (Tortumluoğlu ve ark. 2005; Sis elik ve ark. 2013). Coşkun (1993)'un çalışmasında üniversiteli öğrencilerin tamamına yakınının hemşirelik mesleğini önemli gördüğü ve bu durumun hemşirelik imajını olumlu yönde etkilediği, Bozkır ve ark. (2008) alışmalarında ise lisede okuyan öğrencilerin büyük

çoğunluğunun hemşirelik hakkında olumlu düşüncelere sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan birçok çalışmada da yine olumlu hemşirelik imajının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Özpancar ve ark. 2008; Andsoy ve ark. 2012; Elibol 2014; Özdelikara ve ark. 2015; Sarı 2019).

Hemşirelerde ahlaki sıkıntı ile ilgili yapılan bazı çalışmalar (Corley ve ark. 2005; Silen ve ark. 2012) araştırma bulgularımızla paralel bir şekilde yoğun bakım hemşirelerinin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığını gösterirken, bazı çalışmalar da bulgularımızın aksine ahlaki sıkıntının orta düzeyin üstünde (Elpern ve ark., 2005; Pauley ve ark., 2009; Radzvin, 2011) veya yüksek (Shoorideh ve ark., 2012; Langley ve ark., 2015, Kızıltepe ve Koç, 2019) olduğunu göstermektedir. Birbirinden farklılık gösteren bu çalışma sonuçlarının çoğunlukla hemşirelerin farklı bireysel özellikleri ve farklı çalışma koşullarından kaynaklandığı dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajı ve ahlaki sıkıntı düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanamamış olsa da ($r=-0.103$ $p:0.291$) (Tablo 3), araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin büyük bir kısmının mesleğini isteyerek seçmiş ve lisans mezunu (Tablo 1) olmalarının sahip oldukları olumlu hemşirelik imajı ve daha düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşamaları üzerinde etkili olduğu, ayrıca olumlu çalışma koşullarının da bu etkiyi güçlendirdiği düşünülmektedir.

Hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı sıklık ve rahatsızlık alt boyutlarına etkisi regresyon modeli kapsamında incelendiğinde, hemşirelik imajı alt boyutlarının yaşanan ahlaki sıkıntı sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4), ancak Hemşirelik İmajı Ölçeği alt boyutu olan iletişim yetersizliğinin hemşirelerde ahlaki sıkıntı rahatsızlık düzeyini istatistiksel olarak önemli düzeyde artırdığı ($p<0.05$) (Tablo 5) tespit edilmiştir.

Çalışma bulgularımızı destekler nitelikte Gutierrez (2005) de çalışmasında hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyleri ile hastalarla kurdukları iletişim arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Özata ve Aslan (2010) ise hastanelerde çalışan hemşirelerin mesleki imajını incelediği çalışmasında, hemşirelerin mesleki imajı ile iletişim becerileri arasında doğrudan ilişki olduğunu vurgulamıştır. Yıldırım ve ark. (2013) da yine çalışmalarında hasta sözcülüğünü üstlenememe, yetersiz hekim hemşire iletişimi gibi durumların hemşirelerde ahlaki sıkıntıyı artırdığını belirtmiştir. Araştırmalarda ortaya konulan tüm bulgular hemşireliğin yaşadığı sorunlarla mücadele

edebilmesi ve olumlu bir hemşirelik imajı sergileyebilmesinde iletişim becerisini güçlendirmesi gerektiğini işaret etmektedir.

5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İmajı ve Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin demografik ve mesleki özelliklerine göre sahip oldukları hemşirelik imajı ve yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeyi değerlendirildiğinde, cinsiyet, çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme durumu ve bakım verilen hasta sayısını hemşirelik imajı üzerinde istatistiksel olarak önemli düzeyde etkisinin olduğu, ($p < 0,05$) . 0-1 yıldır çalışan, mesleğini isteyerek seçen ve 5-8 hastaya bakım veren hemşirelerin daha yüksek düzeyde olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). Literatür incelememizde bulgularımızla paralellik yada farklılık gösteren çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu kapsamda cinsiyet boyutuna göre, Elibol (2014) çalışmasında hemşirelik imajı alt boyutlarından olan genel görünüm boyutunda kadın hemşirelerin erkeklere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu tespit ederken, Aşçı (2017) çalışmasında erkek hemşirelerin mesleki imaj algılarının kadın hemşirelerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Baykara Mat (2016)'ın hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında ise toplumsal hemşirelik imajının kadınlarda daha pozitif olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan bazı çalışmalarda da algılanan hemşirelik imajının cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Çelik ve ark. 2013; Özkan ve ark. 2017; Sarı (2019). Bu çalışmalardan yola çıkarak hem profesyonel hem de toplumsal yaşamda hemşirelik imajının şekillenmesinde değer sistemleri ve kültürel alt yapının önemli olduğu ve hemşirelik imajının bireysel ve toplumsal özelliklere göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin hizmet yılına göre hemşirelik imajı algısı incelendiğinde, 0-1 yıldır çalışan hemşirelerin daha uzun zaman çalışanlardan daha olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu saptanmıştır ($p=0.026$) (Tablo 6). Bu bulgumuzla benzer şekilde Sarı (2019) çalışmasında 1-3 yıl çalışan hemşirelerin hemşirelik imajı algılarının daha olumlu olduğunu tespit etmiştir. Tüm bu bulgular meslekte yeni olan hemşirelerin mesleğe yönelik duyduğu heyecan ve idealist bakış açıları ile daha olumlu mesleki imajına sahip olduklarını düşündürülebilir.

Bu bulgulardan farklı olarak Aşçı (2017) çalışmasında hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça pozitif hemşirelik imajının da arttığını, Sezer ve ark. (2017) ise hemşirelerin çalışma yılı ile hemşirelik imajı arasında istatistiksel olarak önemli

düzye de bir farklılık olmadığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda mesleği isteyerek seçme durumuna göre hemşirelik imajı incelendiğinde, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin istatistiksel olarak önemli düzeyde daha olumlu hemşirelik imajına sahip olduğu saptanmıştır. ($p=0.012$) (Tablo6) Çalışma bulgumuzla benzer şekilde Sarı (2019) çalışmasında mesleği isteyerek seçen hemşirelerin hemşirelik imajının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşmıştır. Varaei ve ark. (2012) ile Sezer (2017)'in çalışmasında hemşirelerin mesleğinden memnun olması durumu ile olumlu hemşirelik imajı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Elibol (2014) çalışmasında hayalindeki meslek hemşirelik olan katılımcıların hemşirelik imajının daha olumlu olduğunu tespit etmiştir. Dost (2014) çalışmasında hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme durumu ile mesleki imaj algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiş, hemşirelerin meslekten memnun olma durumları ile hemşirelik imajı algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Karamanoğlu ve ark. (2009) ise çalışmalarında mesleğini severek yapan hemşirelerin daha olumlu mesleki imajına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda mesleğini isteyerek seçen ve mesleğini, severek sürdüren hemşirelerin mesleki imajının daha olumlu olduğunu söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelik imajı incelendiğinde, 5-8 hastaya bakım veren hemşirelerin daha az sayıda hastaya bakım veren hemşirelere göre mesleki imajının istatistiksel olarak önemli düzeyde daha olumlu olduğu belirlenmiştir. ($p=0.007$) (Tablo 6). Bu durum daha yoğun bir şekilde çalışan ve daha fazla hastaya bakım veren hemşirelerin daha yüksek sorumluluk üstlenmelerine bağlı olarak mesleki imajlarının olumlu yönde geliştiği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda:

Araştırmaya katılan hemşirelerin %53.3'ü 26-35 yaş aralığında, %64.5'i kadın ve %59.8'inin eğitim düzeyi lisanstır. Katılımcıların %29'unun meslekte çalışma yılı 5-8 olup, %32.7'si 0-1 yıldır yoğun bakımda hizmet vermektedir. Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %86.9'u vardiya usülü çalışmakta olup, %73.8'i mesleği isteyerek seçmiştir. Katılımcıların %45.8'i yoğun bakımda 25 ve üzeri hasta olduğunu bildirmiş iken, %38.3'ü 1-3 hastaya ve %38.3'ü 3-5 hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Araştırmada HIÖ toplam ölçek puanı 71.54 ± 6.03 ve MDS-R toplam ölçek puanı 77.42 ± 29.08 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin hemşirelik imajı, ahlaki sıkıntı düzeyleri ve aralarındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık göstermeyen ($p=0.291$) negatif yönde ve zayıf bir ilişki ($r=-0.103$) saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı sıklık alt boyutuna etkisi regresyon modeli kapsamında incelendiğinde, hemşirelik imajı alt boyutlarının yaşanan ahlaki sıkıntı sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4).

Hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı rahatsızlık alt boyutuna etkisi regresyon modeli kapsamında incelendiğinde, hemşirelerin hemşirelik imajı iletişim alt boyutu puan ortalamasının ahlaki sıkıntı alt boyutu olan rahatsızlık puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$) (Tablo 5).

Yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet, çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme durumu ve bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelik imajı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış ($p<0,05$) olup, kadın (72.49 ± 5.54), 0-1 yıldır çalışan (76.41 ± 4.44) mesleğini isteyerek seçen (72.40 ± 5.34) ve 5-8 hastaya bakım veren hemşirelerin (73.64 ± 5.02) daha yüksek düzeyde olumlu

hemşirelik imajına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguların yanı sıra istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, 25 yaş ve altında olan genç, yoğun bakımda çalışma yılı 0-1 ve yoğun bakımda hasta sayısı 5-8 arasında olan hemşireler de diğerlerinden daha olumlu hemşirelik imajına sahiptir (Tablo 6).

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre ahlaki sıkıntı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0.05$), 25 yaş ve altı, erkek, toplam çalışma yılı ve yoğun bakımda çalışma yılı 0-1 olan ve gündüz çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin daha düşük, bununla birlikte mesleğini isteyerek seçen, yoğun bakımda hasta sayısı 25 ve üzerinde ve bakım verdiği hasta sayısı 5-8 olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Yoğun bakım hemşirelerinin olumlu mesleki imajlarının sürdürülmesi ve güçlendirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası hemşirelik organizasyonları faaliyetlerinin artırılması,
- Yoğun bakım ortamlarında çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamasında iletişim problemlerinin önemli bir etken olduğu göz önüne alınarak; ekip içinde iletişimi güçlendirecek hizmet içi eğitim ve çeşitli programların düzenlenmesi önerilmiştir

7. KAYNAKLAR

1. Achilles K. (2010). Image of Nursing Profession As Viewed by Secondary School Students In Ilala District, Dar Es Salaam, The Dar-es-salaam Medical Students' Journal,; 12-16.
2. Akdeniz S, Ünlü H. (2004). Yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi, 4 (3), 179,185.
3. Andsoy, I.I., Güngör, T. ve Bayburtluoğlu, T. (2012). Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin hemşireliği tercih etme nedenleri ve mesleğin geleceği ile ilgili görüşleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, (1) 124-130.
4. Aşçı, B. (2017). Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik imajı ve etkileyen faktörler. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
5. Baykara Mat ST. (2016). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlananların Hemşirelik İmajına İlişkin Algıları (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı Yüksek Lisans Tezi.
6. Bozkır, G., Taşcı, N., Altuntaş, Ç., Arsak, A., Balgı, Ö., Kaya, E., & Çelik, S. (2008). Genel lise son sınıf ve sağlık yüksekokulu'ndaki erkek öğrencilerin hemşireliğe bakışı. Üniversite ve Toplum, 8(1): 54-71.
7. Clavelle JT, Goodwin M, Tivis LJ. (2013). Nursing professional attire. The Journal of Nursing Administration. 43: 172-177.
8. Corley C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics 9(6):636-650.
9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing, 33: 250-6.
10. Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing ethics, 12(4), 381-390.
11. Coşkun, A., Karanisoğlu, H., Tekin, N. ve ark. (1993). Üniversite öğrencilerinin hemşirelik mesleğini algılayış biçimleri. III. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 838-843, Sivas

12. Cronqvist, A., & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15(4), 458-465.
13. Cummings L. (2009). The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. University of North Florida, US, Master Thesis, 2-66.
14. Çakmakçı, A. ve Aycan, N. (2003). Lise son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğine bakış açıları ile mesleği tercih etme durumları; Manisa örneği. *Hemşirelik Forumu*, 6 (1): 33-42.
15. Çınar, Ş., & Demir, Y. (2009). Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 24-33.
16. Dinç S. Kaya Ö, Şimşek Z. (2007). Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Bilgi, Düşünce ve Beklentileri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1); 8.
17. Dost A, Bahçecik AN. (2015). Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği, *JAREN*, 2015;1(2):51-59.
18. Dost A. (2014). Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Geliştirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Dost (2014)
19. Elibol E. (2014). Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Yönelme, Mesleki İmaj Ve Beklenti İle Gelecek Planlarına İlişkin Görüşler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
20. Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
21. Ertem G, Dönmez YC. Oksel E. (2009). Günlük Gazetelerde Hemşirelik Haberlerin İncelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2); 70-74.
22. Eti Aslan F, Çakır M. (2016). Yoğun Bakım Ortamı. Eti Aslan F, Olgun N. (Ed.). *Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. S: 3-14.

23. Fletcher K. (2007). Image: Changing How Women Nurses Think About Themselves, *Literature Review*, 58(3); 207-215.
24. Gordon S, Nelson S. (2005). An end to angels. *The American Journal of Nursing*. 105: 62-69.
25. Gutierrez KM. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*, 24: 229-41.
26. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress. *AJOB Primary Research*, 3: 1-9.
27. Hamric B, Walter D, (2006). Childress. Moral distress in health care professionals; what is it and what can we do about it. *The Pharos*, (1):16-26.
28. Hamric B.(2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum*, 24:39-49.
29. Hamric BL, Blackhall LJ. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*, 35: 422-9.
30. Hanna R. (2005). The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. *Research and Theory For Nursing Practice*, 19(1):95.
31. Hatipoğlu S. (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44 (4), 475-479.
32. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G. (2003). İç Hastalıkları: Yoğun Bakım, 1.cilt, 2.Baskı, Güneş kitapevi, Ankara.
33. Kalvemarm S, Höglund T, Hansson G, Westerholm P, Arnetz B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*, 58(6):1075-1084.
34. Karabacak Ü, Uslusoy E, Alpar ŞE, Bahçecik N. (2012). Image of nursing held by nursing students according to gender: a qualitative study. 18: 537-544.
35. Karagozoglu S., Yildirim G., Ozden D., Çınar Z. (2018). Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 24(2):209-224.
36. Karagözoğlu, Ş., Özden, D., & Yıldırım, G. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 16(1).

37. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 14 (1): 12 - 17. Karamanoğlu ve ark. (2009)
38. Karanikola MNK, Papathanassoglou DE, Nicolaou C, Koutroubas A, Lemonidou C. (2011). Greek intensive and emergency care nurses' perception of their public image: a phenomenological approach. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 30: 108– 116.
39. Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168-173.
40. Kaya F. (2011). Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri ile Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması (Tez). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
41. Kızılcık Özkan Z, Ünver S, Avcıbaşı İM, Semerci R, Yıldız Fındık Ü. (2017). Bir Grup Hemşirelik Öğrencisinin Mesleğe Yönelik İmaj Algısı, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(1): 38-47.
42. Kızıltepe, S. K., & Koç, Z. (2019). Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı ve Nedenleri Moral Distress in Nursing and Its Causes. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 6(1): 5-12.
43. Kocabaş, D., & Erdem, R. (2019). Hemşirelik Mesleğine Yönelik Kalıpyargılar Üzerine Bir Derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(25), 650-657.
44. Lützén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-322.
45. Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nurs Ethics* 19: 196-207.
46. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 23: 256-63.

47. Mollaoğlu M, Fertelli T, Tuncay FÖ. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(15); 18-27.
48. Nathaniel K. (2006). Moral reckoning in nursing. Western Journal of Nursing Research, 28(4):419-438.
49. Oğuzhan, G., Aydın, G. Z., & Bölükbaşı, F. B. (2019). Hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6(2), 91-99.
50. Özata, M., & Aslan, Ş. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki imaj algılamalarının araştırılması. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 10 (19) , 251-268
51. Özdelikara, A., Boğa, N. M., & Çayan, N. (2015). Hemşirelik Öğrencilerine ve Sağlık Alanı Dışındaki Öğrencilere Göre Hemşirelik İmajı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2), 1-5.
52. Özpancar, N., Aydın, N. ve Akansel N. (2008). Hemşirelik 1. Sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12, (3) 9-17.
53. Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., & Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nursing ethics, 16(5), 561-573.
54. Pendry P. (2007). Moral distress: recognizing it to retain nurses. Nursing Economics, 25(4):217-221.
55. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. (2012). End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. J Am Med Dir Assoc 13: 80.e7-13.
56. Radzvin LC. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. AANA J, 79: 39-45.
57. Range, L. M., & Rotherham, A. L. (2010). Moral distress among nursing and non-nursing students. Nursing ethics, 17(2), 225-232.
58. Repenshek, M. (2009). Moral distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity?. Nursing Ethics, 16(6), 734-742.
59. Rezaei-Adaryani M, Salsali M, Mohammadi E. (2012). Nursing image: An evolutionary concept analysis, Contemporary Nurse, 43: 81-89.

60. Sabancıoğulları S, Doğan S. (2011). Professional Image and Nursing Dimension Reflected to Out of Professional Identity. *J Edu Res Nursing*, 8(2); 28-37.
61. Sağlık Bakanlığı, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/53, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-uniterinin-standartlari-genelgesi-200853.html>
62. Sannino P, Gianni M, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology* 2015;35(3):214-217.
63. Sarı, M. (2019). Hemşirelerin mesleğine yönelik imaj ve mesleğe bağlılık algısı. Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
64. Sezer TA, Esenay FI, Korkmaz G. Çocuk Hemşirelerinin Mesleki İmajları: Profesyonel mi, Geleneksel mi? *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017; 19 (3): 45 -54
65. Shoorideh Atashzadeh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses moral distress: a content analysis. *Nursing Ethics* 2012;19(4):464-478.
66. Silen, M., Kjellström, S., Christensson, L., Sidenvall, B., & Svantesson, M. (2012). What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 19(4), 501-512.
67. Sis Çelik, A., Pasinlioğlu, T., Kocabeyoğlu, T. ve Çetin, S. (2013). Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21, (3) 147-153.
68. Sporrang Kalvemark S, Høglund A, Arnetz B. (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*. 13 (4):416-427.
69. Şahinoğlu AH. (2011). Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri. In: Şahinoğlu AH. editör. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
70. Tan M., Şentürk Ö., Yuncu S., Yıldız Ö. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açılı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007 (10); 1,29

71. Tan, M., Zengin, E., Oksaş, M., Yıldız, Ö., Yuncu, S. ve Şentürk Ö. (2005). Üniversite öğrencilerinin hemşireliğe bakış açıları. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 91, Ankara: Kök Yayıncılık
72. Tekeli E. (2002). Yoğun bakım enfeksiyonlarının dünü, bugünü, yarını (değişen profili). Yoğun Bakım Dergisi, 14-34.
73. Tortumluoğlu, G., Akyıl, R., Karanlık, A., Aldaç, R., Turaneri, E., & Yılmaz, A. (2005). Erzurum ilindeki bireylerin hemşireler ile ilgili görüş ve beklentileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1), 10-19.
74. Ulrich C, Hamric B, Grady C. Moral distress: a growing problem in the health professions. Hastings Center Report 2010:21-22.
75. Varaei S., Vaismoradi M., Jasper M., Faghihzadeh S. (2012). Iranian Nurses Self-Perception -Factors Influencing Nursing Image. Journal Of Nursing Management, 2012(20); 551-560
76. Vicdan KA. (2010). Hemşirelikte Profesyonellik, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, 261-263
77. Wiegand, D. L., & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nursing Ethics, 19(4), 479-487.
78. Yıldırım, G., Özden, D., & Karagözoğlu, Ş. (2013). Ahlaki sıkıntı: Türkiye'de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. Cumhuriyet Medical Journal, 35(2), 318-325.

EKLER

Ek-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

a)Kadın b)Erkek

3)Eğitim düzeyi:

a)Lise b)Önlisans c)Lisans d)Lisans üstü

4.Çalışma Yılı:

a)0-1 yıl b)1-3 yıl c)3-5 yıl d)5-8 e)8yıl ve üstü

5)Yoğun bakımda çalışma yılı

a)0-1 yıl b)1-3 yıl c)3-5 yıl d)5-8 e)8yıl ve üstü

6)Çalışma şekli:

a)vardiya b)gündüz

7)Mesleğimi severek yapıyorum

a)evet b)hayır

8)yoğun bakımdaki ortalama hasta sayısı

a)5-8 b)8-15 c)15-25 d)25 ve üzeri

9)Bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı

a)1-3 b)3-5 c)5-8

Ek-2. Hemşirelik İmajı Ölçeği/HİÖ

	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum
GENEL GÖRÜNÜM			
1. Hemşireler bakımlı, temiz kişilerdir			
2. Hemşireler kibar ve saygılı kişilerdir			
3. Hemşireler neşeli, güler yüzlü kişilerdir			
4. Hemşireler otoriter ve sert görünümlü insanlardır			
5. Hemşireler üniformalı ve kepli kişilerdir			
6. Hemşireler genellikle çekici kadınlardır			
İLETİŞİM			
7. Hemşireler insanları dinler			
8. Hemşireler insanların soru sormasına izin verir			
9. Hemşireler sağlıklı bireyin sorularına çözüm önerisi getirir			
10. Hemşireler hasta bireyin sorularına çözüm önerisi getirir			
11. Hemşireler sır tutarlar			
12. Hemşireler yol gösterici danışmanlardır			
ÇALIŞMA KOŞULLARI			
13. Hemşirelerin çalışma koşulları ağırdır			
14. Hemşireler hastane dışında birçok kurumda çalışabilirler (fabrika, okul)			
EĞİTİM DÜZEYİ			
15. Hemşirelik eğitimi üniversite düzeyinde olmalıdır			
16. Hemşireler yönetici olabilirler			
17. Hemşireler öğretmen olabilirler			
18. Hemşireler bilimsel araştırma yapabilirler			
19. Hemşireler Doçent, Profesör olabilirler			
MESLEK			
20. Hemşireler bağımsız uygulamaları olan bir meslektir			
21. Hemşirelik bakımı, hastaların iyileşmesinde yaşamsal önem taşır			
22. Hemşirelik bilgiye dayalı meslektir			
23. Hemşirelik beceriye dayalı bir meslektir			
24. Hemşirelik hizmetlerinde birey ve toplumun sağlık eğitimi önemlidir			
25. Erkekler de hemşire olabilirler			
26. Hemşireler hasta haklarının savunucusudurlar			
27. Medyada hemşirelerin yansıtılışı gerçeklere uyumludur			
28. Hemşirelerin toplumda saygınlığı yüksektir			

Ek-3. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress Scale, MDS-R)

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

	Sıklık					Rahatsızlık Düzeyi				
	Asla		Çok sık			Hiç		En fazla		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme										
2. Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiği tanık olma										
3. Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma										
4. Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma										
5. Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmama										
6. Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama										
7. Ventilator desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme										
8. Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmediğini öğrendiğimde, gerekeni yapmama										
9. Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etme.										
10. Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım verme										
11. Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığını tanık olma.										
12. Ölüme neden olacağı endişesi nedeniyle ağrı kesici ilaç dozunun artırılmaması sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım verme.										
13. Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunun tartışılmamasına yönelik hekim isteğine uyma										

	Sıklık					Rahatsızlık Düzeyi				
	Asla		Çok sık			Hiç fazla		En		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif / uyuşturucu dozunun artırıldığına tanık olma										
15. Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dahil olan bir profesyonelin engellemesi nedeniyle gerekeni yapmama.										
16. Dava açılma korkusu nedeniyle aynı fikirde olmasam da ailenin hastanın bakımı ile ilgili isteğine uyma										
17. Hasta bakımı konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışma										
18. Ekip iletişiminin yetersizliği nedeniyle hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olma										
19. Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam alma										
20. Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olma										
21. Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyonelleri ile çalışma.										
Ahlaki sıkıntı hissettiğiniz diğer durumlar varsa lütfen onları yazıp puanlayın:										
Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan dolayı görevinizden istifa etmeyi veya ayrılmayı hiç düşündünüz mü?										
Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim _____										
Evet, İstifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım. _____										
Evet, Görevimden ayrıldım _____										
Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()										

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sahip Olduğu Hemşirelik İmajının Ahlaki Sıkıntı Düzeylerine Etkisi** dir.

Bu araştırmanın amacı, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sahip olduğu hemşirelik imajının ahlaki sıkıntı düzeylerine etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almanız için size verilen anketi doldurmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 132'dir. .

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışmada katılımcılara Tanıtıcı bilgi formu, Hemşirelik İmajı Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde araştırmacılar tarafından ilk olarak 9 soruyu içeren Tanıtıcı Bilgi Formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, çalışma yılı gibi (sosyodemografik) sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise mesleki özelliklerinizle ilgili sorular sorulacaktır. Daha sonra hemşirelik imajının olumlu olup olmadığını belirlemeye yönelik 28 soruluk Hemşirelik İmajı Ölçeği uygulanacaktır. Son olarak da yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı ölçmek amacıyla 27 soruluk Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanılacaktır. Formlardaki toplam soru sayısı 64'dir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir soru için 05305518701 numaralı telefondan araştırmacı CEMİLE BİÇER'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır..

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:CEMİLE BİÇER

Görevi:Hemşire

Adresi:Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi

Tel.-Faks:05305518701

Tarih ve İmza:15.07.2019

İZİNLER

Ek-5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ		CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sahip Olduğu Hemşirelik İmajının Ahlaki Sıkıntı Düzeylerine Etkisi			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas			
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092			
	FAKS	-			
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI/ SOYADI	Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sahip Olduğu Hemşirelik İmajının Ahlaki Sıkıntı Düzeylerine Etkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BUTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-07/37	Tarih: 04.07.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısına salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kalavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		Katılmadı
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		Raporla
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		Katılmadı
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		Katılmadı
Dr. Öğr. Üyesi Metih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Cemile BİÇER
Doğum Yeri ve Tarihi	Dört Yol/ 12.03.1985
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım
E-posta Adresi	kahremancemile@hotmail.com

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise	Payas Lisesi 2004
Lisans	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2009
Unvan	Yoğun Bakım Hemşiresi

İŞ TECRÜBESİ

2009-2012	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım
2012-2016	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Başhemşirelik Supervizör Hemşire
2016-2018	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım
2018-	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım