



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK
DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru KAYA

Samsun

Temmuz-2018



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK
DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru KAYA

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA**

**Samsun
Temmuz-2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebru KAYA tarafından Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA Danışmanlığında hazırlanan “**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi**” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 02/07/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Mehtap TAN, Atatürk Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDIKEN ALKAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

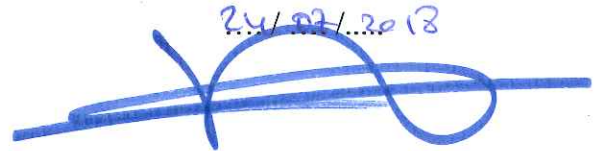


Üye : Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

24/07/2018


Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, ilgisini, sevgisini her zaman yanımda hissettiğim, zorlandığım zamanlarda beni yeniden ayağa kaldıran, mesleki ve bireysel duruşuyla daima örnek aldığım, çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırma evrenimi oluşturan, zorlu çalışma şartlarında vakit ayırıp araştırmama katkıda bulunan fedakar meslektaşlarıma, lisansüstü eğitimimde desteklerini benden esirgemeyen ismini burada sayamayacağım değerli çalışma arkadaşlarıma,

Lisansüstü eğitim sürecine birlikte yola çıktığım değerli arkadaşım Ebru BABA'ya,

Mesleki ve özel yaşamımda karşılaştığım zorluklarla desteğini her zaman yanımda hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Hayriye ERDOĞAN ve Melike ASLAN'a,

Hayatımın her anında yanımda olan sevgilerini, desteklerini esirgemeyen varlıklarıyla bana daima güç veren değerli aileme sonsuz teşekkür ederim.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.17.011 kodlu proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK DÜZEYLERİNİN ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumlarına etkisini belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Samsun il merkezinde yer alan Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 4 hastanede Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında 171 yoğun bakım hemşiresinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, "Ahlaki Duyarlılık Anketi" ve "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, bağımsız örnekler t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) toplam ortalama puan değeri $77,5 \pm 18,8$ 'dir. Hemşirelerin ADA alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması $19,4 \pm 6,2$ ile otonomi, en düşük puan ortalaması $8,6 \pm 3,8$ ile oryantasyon alt boyutuna aittir. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) toplam puan ortalaması $115,1 \pm 20,2$ 'dir. En yüksek puan ortalaması $63,7 \pm 13,1$ ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme iken en düşük puan ortalaması $18,8 \pm 6,7$ ile kaçış kabullenme alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyleri ve ölüme karşı tutumları orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının yarar sağlama, uygulama alt boyutları ile ahlaki duyarlılık düzeyinden olumlu etkilendiği belirlenmiştir. Yoğun bakım gibi kritik alanlarda hizmet veren hemşirelere sık periyodlarla etik ve ölüme ilişkin eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik duyarlılık; Hemşire; Ölüme karşı tutum.

Ebru KAYA, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Temmuz - 2018

ABSTRACT

THE EFFECT OF MORAL SENSITIVITY LEVELS OF INTENSIVE CARE NURSES ON THEIR ATTITUDES TOWARDS DEATH

Aim: This study was conducted as a descriptive one to determine the effects of moral sensitivity levels of intensive care nurses on their attitudes towards death and to examine the factors affecting them.

Material and Method: The study was carried out with the participation of 171 intensive care nurses between March 2017 and July 2017 in 4 hospitals affiliated with the Health Directorate located in the city center of Samsun. The data were collected using a descriptive data form prepared by the researcher, "Moral Sensitivity Questionnaire" and the "Death Attitudes Profile-Revised". Frequency, mean, standard deviation, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, independent samples, T-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Spearman correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: The total mean score of the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) is 77.5 ± 18.8 . The highest score average of the nurses' MSQ sub-dimensions belongs to the autonomy sub-dimension with 19.4 ± 6.2 and the lowest score average belongs to the orientation sub-dimension with 8.6 ± 3.8 . The total mean score of the Death Attitudes Profile-Revised (DAP-R) was 115.1 ± 20.2 . While objective acceptance and approach acceptance have the highest score average with 63.7 ± 13.1 , the lowest score average belongs to the escape acceptance sub-dimension with 18.8 ± 6.7 .

Conclusion: As a result of the research, the moral sensitivity levels of the nurses and their attitudes towards death were found to be moderate. It was determined that the nurses' attitudes towards death were positively affected by benefit, practice sub-dimensions, and moral sensitivity level. It is recommended that nurses who serve in critical fields of health service such as intensive care should be trained in the subjects related to ethics and death on a frequent basis.

Key Words: Attitude toward death; Moral sensitivity; Nurse.

Ebru KAYA, Master's Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, July - 2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	:Ahlaki Duyarlılık Anketi
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
ICN	:Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council Of Nurses)
ÖKTÖ	:Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
SBÜ	:Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
THD	:Türk Hemşireler Derneği
TDK	:Türk Dil Kurumu
TTP	:Türk Tabipler Birliği
ark.	:Arkadaşları
F	:Tek Yönlü Varyans Analizi
X²	:Kikare Test İstatistiği
Max	:Maximum
Min	:Minimum
n	:Olgu Sayısı
p	:Anlamlılık Düzeyi
t	:t testi
U	:Mann-Whitney U Testi
%	:Yüzde

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Etik.....	5
2.2. Hemşirelikte Etik Kodlar	6
2.3. Etik İlkeler	7
2.3.1. Yararlılık-Zarar Vermeme İlkesi	7
2.3.2. Özerklik/Bireye Saygı İlkesi.....	7
2.3.3. Dürüstlük ve Doğruluk	8
2.3.4. Adalet ve Eşitlik İlkesi.....	8
2.3.5. Gizlilik-Güvenilirlik-Mahremiyet	8
2.4. Bakım Etiği	8
2.5. Etik Duyarlılık	10
2.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılığı.....	11
2.6. Etik İnkilem ve Etik Karar Verme	12
2.7. Yoğun Bakımda Karşılaşılan Etik Sorunlar.....	13
2.7.1. Bilgilendirilmiş Onam	14
2.7.2. Yaşam Desteğini Kısıtlamak ya da Kesmek.....	15
2.7.3. Resüsitasyon/Yeniden Canlandırma Yapmamak.....	16

2.7.4. Faydasız/Boşuna Tedavi Uygulamak	16
2.7.5. Tıbbi Kaynakların Adil Paylaşımı	17
2.7.6. Çift Etki.....	17
2.7.7. Fiziksel Tespit.....	18
2.8. Ölüm Kavramı	18
2.9. Ölüm Türleri	19
2.9.1. Biyolojik Açıdan Ölüm.....	19
2.9.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm.....	19
2.9.3. Kültürel Açıdan Ölüm	19
2.10. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler	20
2.10.1. İnkâr (İzolasyon-Yadsıma)	20
2.10.2. Öfke-Kızgınlık	21
2.10.3. Pazarlık	21
2.10.4. Depresyon	22
2.10.5. Kabullenme	22
2.11. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları	23
2.12. Etik Duyarlılık-Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki ve Hemşirelik Yaklaşımları	24
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Ön Uygulama.....	27
3.4. Verilerin Toplanması	29
3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi.....	29
3.4.2. Veri Toplama Araçları	29

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	33
4.BULGULAR	34
5.TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
6.1. Sonuçlar	70
6.2. Öneriler.....	71
KAYNAKLAR	72
EKLER	78
EK 1 TANITICI BİLGİ FORMU	78
EK 2 AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ	80
EK 3 ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ	84
EK 4 Etik Kurul Onayı	86
EK 5 Kamu Hastaneler Birliği İzni.....	87
EK 6 Ahlaki Duyarlılık Anketi İzni.....	89
EK 7 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İzni	90
ÖZGEÇMİŞ	91

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yoğun bakım ortamı, hayati tehlikesi olan hasta bireylerin 24 saat boyunca düzenli aralıklarla takip edildiği, yaşamsal işlevlerinin desteklendiği, birçok teknolojik cihazın kullanıldığı özel kliniklerdir (Ergün, 2017). Yoğun bakım ortamının en önemli öğelerinden birisi kritik hastanın gözleminden, teknolojik cihazların kullanımından, sağlığın korunması, geliştirmesi ve rehabilite edilmesinden sorumlu yoğun bakım hemşireleridir (Ergün, 2017). Diğer bir ifadeyle yoğun bakım hemşireliği kritik hasta bakımı, tedavisi ve izlemine kapsayan, ileri teknoloji ile donanımlı özelleşmiş alanlarda, yüksek düzeyde bilgi ve beceri isteyen, doğru karar verme ve verilen kararların uygulanmasını sağlayan önemli bir uzmanlık alanıdır (Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013).

Etik, kavram olarak bireylerin davranışlarını “iyi-kötü”, “doğru-yanlış” olarak ortaya koyan teorik ve aynı zamanda pratik bir bilimdir. Etik neyin, nasıl yapılacağı konusunda diğer mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleğine de rehber bir bilimdir (Tosun, 2011). Ülkemizde 2009 yılında Türk Hemşireler Derneği (THD) mesleki uygulamaları gerçekleştirmek, bakım verdiği bireyleri ve diğer sağlık profesyonellerini bilgilendirmek amacıyla hemşirelerin etik ilke ve sorumluluklarını yayınlamışlardır. Geçmiş yıllarda tekrar düzenlemeler yapılarak internet sitesinde güncellenmiştir (THD, 2009).

Yoğun bakım hemşirelerinin etik problemleri belirlemesi, tanımlayabilmesi ve yoğun bakım hemşireleri tarafından etik kararların alınması için etik duyarlılıklarının gelişmiş olması beklenmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin etik karar verme, etik duyarlılık düzeyinin yüksek olması hemşirelikte profesyonelliğin yanı sıra hemşirelik bakım kalitesini de arttırmaktadır (Dikmen, 2013). Etik duyarlılık; eğitim ile gelişmekte, mesleğin etik kodlarının devam ettirilmesi ile sağlanmaktadır (Pekcan, 2007).

Hasta bakımında yaşanan değişimler, yapılan araştırmalar, yatak sayısı yetersizliği, personel sayısının az olması, bakım ve tedavi maliyetinin artması, teknolojinin pahalı olması, insan hakları konusunda eksikliklere bağlı olarak hasta bireye temel yaklaşımı “yarar sağlama” olan yoğun bakım hemşirelerini birçok etik problemle karşı karşıya bırakmıştır. Bu durum ancak sağlık profesyonellerinin mesleki etik

değerlerini ön plana çıkarması ve uygulamasıyla çözümlenebilmektedir (Başak ve ark., 2010; Akyıl, 2017).

Karşılaştıkları etik sorunları tanıma ve doğru kararları almak, doğru kararların alınmasını sağlamak için kritik hasta grubuna bakım veren hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin gelişmiş olması gerekmektedir. Etik duyarlılık çelişkilerle dolu durumlarda kişinin var olan sorumluluklarının farkına varması, etik ikilemi önleyebilmesi, sorunlara açıklık getirmesi ya da ahlaki değerler olarak tanımlanmaktadır (Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013; Filizöz ve ark., 2015).

Etik karar verme etik duyarlılığın gelişmesine, ahlaki olarak düşünebilmeye bağlı olarak gerçekleşmektedir. Etik karar verme tüm seçenekler, seçeneklerin olumlu ya da olumsuz sonuçlarının belirlenmesi, kararı kimin nasıl vereceği, beklenen hedef ve sonuçların belirlenmesi gibi kavramları içermektedir. Etik karar verme bir süreçtir etik komite, mesleki kodlar gibi birçok alanın kullanılmasını, iletişime geçilmesini kapsamaktadır (Öztürk, 2010).

Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan ölüm olgusu sağlık profesyonellerini birçok etik ikileme karşı karşıya bırakmaktadır. Tıbbi tedavinin devamı, faydasız tedavi, yaşamsal destek sağlanması, hasta ve yakınlarından aydınlatılmış onam alınması, hastaya gerçeğin söylenmesi, ağrı ve acı hissini dindirilmesi, canlandırma, hastalar arasında önceliğin belirlenmesi, tıbbi cihazın öncelikli hangi hastaya uygulanacağı gibi kararlarla baş başa kalınması sağlık profesyonellerinin yükünü arttırmakta ve etik problem oluşturmaktadır (Demir, 2011). Ayrıca bir diğer etik problem ise ölüm ve ölüm sonrası bakıma ilişkin yaşanmaktadır.

Ölümlerle sonlanan birçok hastalık ilerleyen teknoloji ve yoğun bakım hizmetleri ile tedavi edilebilir hale gelmiştir. Fakat bazı hastalık durumlarında teknolojiye sınırlı kalmaktadır. Yapılan aynı girişim bir hastayı hayata tekrar bağlarken başka bir hastanın ölüm sürecini uzatarak hasta bireyin yaşadığı ağrı ve acıyı arttırmaktadır (Tel, 2012).

Çobanoğlu ve Algier'in belirttiği üzere yoğun bakımda oluşan etik sorunlar öncelikli olarak yoğun bakım ünitelerinin yüksek maliyetli olması, yaşam-ölüm kavramları ile sürekli karşılaştırılması ve giderek artan hasta taleplerinin karşılanmakta güçlük çekilmesi olarak ifade edilmiştir (Aktaran: Öztürk, 2010).

Literatürde sağlık profesyonellerinin kendi ölümlülüklerini kabul edememeleri, modern yaşamla ölümlerin daha çok hastanelerde yaşanması, ölümü yaklaşan hasta ve

yakınları ile ne konuşulacağıının bilinmemesi, aynı zamanda gelişen teknolojiyle hasta bireylerin ölümünün gerçekleşmemesi gerektiği, ölümün yenilmesi gereken düşman olduğu algısının olması sağlık profesyonellerini ölümü yaklaşan hasta ve yakınlarının olduğu birimlerde çalışmak istememe, çalışmak zorunda kaldığında ise onlardan uzaklaşma, hak ettikleri bakımı onlardan esirgeme gibi davranışlarda bulunduğu belirtilmektedir. Sağlık profesyonellerinin kaçınmaya yönelik tutumu hasta bireylerin kendilerini değersiz, terk edilmiş, bütünlükleri ve özerklikleri ihlal edilmiş hissettirmektedir (Ross, 2010).

Etik, sağlık bakım sistemlerinde yaşam ve ölüm arasındaki ayrım noktasında ortaya çıkan sorunlarda etkisini ortaya koymaktadır. Etik, modern tıpta her hastanın yaşatılması gerektiği düşüncesinin ortaya koyduğu yararsız tedavi, acı, ağrı gibi etik sorunları ortaya koymakta, bunun için gösterilen çabaya dikkat çekmekte ve yalnız başına bırakılmış ölümü yaklaşan hastaların durumunu ortaya koymaktadır (Kavas, 2008). Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin etik duyarlılığa sahip olması ve profesyonel yetkinliklerini kullanması gerekmektedir (Akyıl, 2017). Etik kavramının, profesyonel mesleklerde benimsenmesi, bakım ve tedavide uygulanır yol haritası olması sağlık profesyonellerinin ölümü yaklaşan hastaya bakım ve tedavisinde hastaya bütüncül bakım vermesini sağlamakta, ölümün kapalı kapılar ardında tabu olarak görülmesini önlemekte, gerekli desteğin hasta ve yakınlarına verilmesini, bireylerin kendileri ifade etmelerini bakım ve tedaviye katılmalarını sağlamakta, ölümün sağlık profesyonelleri üzerindeki başarısızlık hissini ortadan kaldırmakta, toplum için ölümün gerçekliğini ve yaşanılacak doğal süreç olduğunu ortaya koymaktadır (Kavas, 2008).

Yoğun bakım hemşireleri ölüm ile sık karşılaşmakta, ölmek üzere olan bireye bakım vermektedir. Bu durum yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları etkilemektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyen değişkenler arasında hastanın hastanede yatma süresi, yoğun bakıma başvuruların sıklığı, hastanın ailesinin rolü, hastanın ölümle başa çıkma şekli ve sağlık profesyonellerinin bilinçaltı gibi faktörler sayılabilir (Demir, 2011).

Literatürde hemşireler üzerinde etik duyarlılık kavramının incelendiği araştırmalar bulunmasına rağmen (Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013; Filizöz ve ark., 2015) yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan araştırmaların sınırlı olduğu bilinmektedir (Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013).

Ölüm ve ölen hasta kavramı ile sık karşılaşılan hemşirelik disiplininde yapılan araştırmalarda ölmek üzere olan bireye bakım verme, ölüm kavramı gibi konular incelenmiştir (İnci ve Öz, 2012; Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Yoğun bakım hemşireliği için önemli iki kavram olan etik duyarlılık ve ölüme karşı tutuma ilişkin literatürde araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinde bu iki kavramın ilişkisi incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumları üzerine etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

1. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıkları ne düzeydedir?
3. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm kavramına karşı tutumları ne düzeydedir?
4. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik, mesleki özellikleri ve etik-ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre etik duyarlılık düzeyleri nasıl farklılık göstermektedir?
5. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik, mesleki özellikleri ve etik-ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ölüme karşı tutumları nasıl farklılık göstermektedir?
6. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve ölüme karşı tutumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik

Etik, yunanca “ethos (töre, gelenek, alışkanlık)” kelimesinden türetilmiştir (Tosun, 2005). Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre etik “töre bilimi”, çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü”, “etik bilimi”, “ahlaki, ahlakla ilgili” anlamlarında tanımlanmıştır (TDK, 2011). Etik, yaşamsal değerlerle sorunları çözmeye rehberlik etmekte, eylemleri doğruya ve iyiye yönlendirip, ahlaki normları, nedenlerini araştırıp anlamlandırmak için kuramlar geliştiren bilimsel ve insancıl bir alandır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Ayrıca kişilerin davranışlarını iyi-kötü, doğru-yanlış olarak ifade etmekte, merkezinde bireye yarar sağlama ilkesini barındırmasıyla toplumsal yaşamı düzenleyen uygulamalı bir bilimdir (Tosun, 2011).

Etiğin ana konusu eylemdir. Eylemin içinde yapıldığı durumlar, eylemin yöneldiği kişi-kişiler, yapılan eylemin sonuçları, eylemin doğruluğu/yanlışlığı ve eylemin doğruluğunun temellendirilmesi etiğin alanını oluşturur. Bazı etik görüşler, bir eylemin “yapılması gereken” olduğunun nasıl belirleneceğini araştırırken, bazıları “bir eylemin nasıl temellendirilebileceğini” araştırmışlardır (Terakye ve Ocakçı, 2013).

Etik, sağlık mesleklerinin kurallarının ve amaçlarının belirlenmesinde rol oynamaktadır. Etik ilkeler, sağlık mesleklerinin “neyi, nasıl yapılacağını, en doğrusunun nasıl yapılacağını” içeren soruları cevaplayarak sağlık profesyonellerine rehber olmaktadır (Tosun, 2011).

Hemşirelik etiği; iyi hemşirelik uygulamalarının nelerden oluştuğunu ve bunun önündeki engellerin, sorumlulukların neler olduğunu inceleyen, hemşirelerin mesleki eylemlerine yönelik sorumluluklarının neler olduğunu inceleyen uygulamaları bir etik alanıdır. Hemşirelik etiği “açıklayıcı, tanımlayıcı ya da normatif/kuralcı” olabilmektedir (Okuroğlu ve ark., 2014). Hemşirelik etiği, etik ilkeleri içermektedir. Etik ilkelerin yasalar, profesyonel davranış kuralları, ahlaki ilkeler ve temel değerler gibi birçok kaynağı vardır. Hemşirelik etiğinin kaynağını oluşturan bu unsurlar arasında öncelik, önemlilik sırası olmadığı gibi hangisinin daha güvenilir olduğu yönünde de herhangi bir netlik yoktur. Belirtilen durumların ışığında hemşirelerin profesyonel bakım vermelerini, etik karar vermelerini sağlamak için hemşirelikte etik kodlar oluşturulmuştur (Korhan, 2017).

2.2. Hemşirelikte Etik Kodlar

Kod, “belirli bir grupta insanların nasıl davranması gerektiğini belirten yazılı kurallar” diğerk bir ifade de “genel ilkeler olarak kabul edilen kurallar topluluğı” olarak tanımlanmaktadır (Tosun, 2005). Etik kodlar, etik kurallardan üretilmekte daha somut ve daha özelleşmiş kavramlardır (Cerit, 2010).

Etik kodlar, diğerk mesleklerde olduğı gibi hemşirelikte de kritik bir öneme sahiptir. Hemşirelik etik kodları, hemşirelik mesleğinin değerlerinin ve temel hedeflerinin dile getirilmiş halidir. Hemşireler mesleğe başladıkları anda hemşirelik etik kodlarına, ahlaki yükümlülöklere bağılı kalacaklarını kabullenmişlerdir. Etik kodlar hemşireleri, mesleki kararlar verirken hemşirelik ilke ve sorumluluklarını temel almaya yöneltmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Hemşireliğin ilk etik kodları 1893 yılından Florence Nigtingale tarafından yazılan “Florence Nigtingale Andı”dır. 1950 yılında Amerikan Hemşireler Birliğı (ANA), 1953 yılında da International Council of Nurses (ICN) hemşirelik kodlarını belirlemiştir. Daha sonraki yıllarda tekrar revize edilerek en son 2005 yılında tekrar yayınlanmıştır. Aynı zamanda birçok ölkenin mesleki örgütleri kendi ölkelerinin durumuna ve hemşireliğin yapısına göre hemşireler için etik ilkeler yayınlamıştır. Ölkemizde hemşirelere rehberlik amacıyla 2009 yılında THD tarafından “Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar” yayınlanmıştır (THD, 2009; Akyıl, 2017).

THD etik ilke ve sorumlulukların amacı; hemşirelerin mesleki uygulamalarını sağlamak, hizmet verdiğı aynı ekipte yer aldığı bireylere ve topluma etik ilke ve sorumlulukları hakkında bilgi vermektir. THD tarafından belirlenen etik kodlar; zarar vermeme-yararlılık ilkesi, özerklik/bireye sayğı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklamadır (THD, 2009).

2.3. Etik İlkeler

2.3.1. Yararlılık-Zarar Vermeme İlkesi

ICN'in 2001 yılında yaptığı tanıma göre hemşirelerin hasta bireylere karşı yarar sağlayacak şekilde davranması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin profesyonel rolleri gereği yarar sağlayıcı eylemlerde bulunma ve yararlı davranma yükümlülükleri bulunmaktadır (Öztürk, 2010). Yarar sağlama ilkesinin temeli Hipokrat'ın "öncelikle zarar verme" sözünden geldiği belirtilmekte, "mutlak yararlılık" ve "yarar ve zararın dengelenmesi" kavramlarını da içinde barındırmaktadır (Taş, 2017).

Yararlılık ilkesinin üç temel özelliği; iyilik yapmak/iyiliği desteklemek, zararı önlemek, kötülük ve zararı ortadan kaldırmaktır (Okuroğlu ve ark, 2014).

Zarar vermeme ilkesi, yararlılık-yarar sağlama ilkesi ile ilişkilidir. Zarar vermeme ilkesi; kasıtlı zarar, zarar verme riski ve yararlılık ilkesinin uygulanması esnasında oluşan zararları içinde barındırmaktadır. Hemşireler hasta bireylere bakım verirken zarar vermeme ilkesine uygun bakım vermeli, zarar vermekten kaçınmalıdır. Etik bilimcilerin çoğu Hipokrat geleneğinde olduğu gibi hiçbir zararın verilmemesi/ zarar vermeme ilkesini temel almaktadır. İyilik yapma amacıyla yapılan eylemlerin sonucunda oluşabilecek zararlardan kaçınılması gerekmekte ve eylemin sonucunda oluşacak yararın oluşabilecek zarardan fazla olması beklenmektedir (Tosun, 2011; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

2.3.2. Özerklik/Bireye Saygı İlkesi

Özerklik kavram olarak bireylerin kendi kendilerini yönetmesidir. Bireylerin kendi yaşamlarıyla ilgili konularda özgürce düşünmesi, kararlar alabilme ve uygulayabilmesi durumudur. Özerklik, bireye saygı gösterme ilkesi ile bütünlük oluşturmaktadır. Bireye saygı ilkesi, bireylerin başka bireylerinde sonsuz saygıya değer bireyler olduğunu ifade etmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Özerklik ilkesi dört temel unsurdan oluşmaktadır. Birincisi, özerkliğin sağlanması konusunda mutlak gerekli olan özerk bireyin saygınlığıdır. İkincisi, özerk bireyin kendi kişisel hedeflerini belirlemesidir. Üçüncü unsur, özerk bireyin eylemleri ile ilgili karar verme yetisinin olmasıdır. Son unsur olarak özerk birey kendi seçimleri doğrultusunda eylemde bulunma özgürlüğüne sahip olmasıdır (Daşbilek, 2016).

2.3.3. Dürüstlük ve Doğruluk

Dürüstlük, davranışlarda doğruyu ifade etmekle ilişkilidir. Doğruluk evrensel bir erdem olarak belirtilmektedir. Filozoflar ve hemşireler doğruluk ve dürüstlük kavramlarının temel alınması gerektiğini savunmaktadır. Ancak bazı biyoetikçiler her durumda doğrunun söylenmesi konusunda aynı fikirde değildirler. Hemşireler, dürüstlüğün bireysel hakları desteklediğini, bireye saygı/özerklik ilkelerine saygı gösterdiğini ifade etmektedirler (Okuroğlu ve ark., 2014).

2.3.4. Adalet ve Eşitlik İlkesi

Sağlık alanında adalet ilkesi, kaynakların adil, gereksinimlere göre eşit ve dürüst dağıtılmasını içermektedir. Adalet ilkesi tüm bireylerin sağlıkta eşit haklara sahip olduğunu belirtmektedir (Cerit, 2010).

Eşitlik, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımı sınırlı kaynakların paylaşımı hususunda rehberlik eden ve sağlık hizmeti sunumunun adil olmayı gerektiren temel bir etik ilkedir (Akyıl, 2017).

2.3.5. Gizlilik-Güvenilirlik-Mahremiyet

Gizlilik, güvenilirlik ve mahremiyet kavramları birbirini tamamlayan kavramlardır. Mahremiyet, kişisel bir haktır. Kişinin kendine ait bilgi ve sırlarının başkaları tarafından bilinme durumunu kontrol etme hakkını ifade eder. Gizlilik, kişinin başka bireylerin mahremiyetini gözetmesini içerir. Bunların sonucu olarak hemşire-hasta ilişkisinde güven duygusu gelişmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

2.4. Bakım Etiği

Bakım kavramı, hemşireliğin sanatı, geleneği, insan onurunun korunmasına yönelik ahlaki ideal, ahlaki bir olgu, duyarlılık/farkındalık, özelleşmiş teknik beceri aynı zamanda motivasyonu ve akılcı davranışı barındıran erdem olarak ifade edilmektedir (Dinç, 2010).

Virginia Held, bakımı değer ve uygulamalar birlikteliği, bakım veren kişiyi ise farklı bireylere karşı bakım verme gücüne sahip etkin bakım davranışlarını uygulayan kişi olarak ifade etmiştir. Bakım etiği, ahlaki bir sorunla karşılaşıldığında herkes tarafından kabul edilebilir, mantık içeren ilkelere göre değil bireylerin kişisel ve içinde buldukları durumları temel alarak karar verilmesi gerektiğini belirtir (Held, 2006).

Gastmans, bakım etiğini etik teori değil; ahlaki bakış açısı ve ahlaki bir boyut ve yönelim olarak tarif etmektedir (Gastmans, 1999). Bakım etiğine göre insan bedeni, duyguları, düşünceleri, çevresiyle ilişkileri ile doğuştan bağımlı, bakıma gereksinimi olan, örselenebilen bir varlıktır (Held, 2006). Hemşirelik bakımı ahlaki bir davranış olup, yardıma muhtaç olan, zor durumdaki bireylere ve durumlara yönelik farkında, duyarlı, destekleyici bir olgudur (Gastmans, 1999). Buna göre bakım etiği insanın bağımlı, örselenebilir, ilişkilerinde özerk bir birey olarak kabul etmesiyle hemşireliğin amacına uygun bir anlayıştır (Dinç, 2017).

Bakım etiğine göre; her bireyin içinde bulunduğu durum, kişisel ilişkileri özgündür. İkilem yaşanan konularda ahlaki karar vermek gerektiğinde bireyin kişilik yapısı, düşünce ve duyguları, fiziksel-psikolojik-sosyal durumu, çevresi, bulunduğu konum, kişiler arası ilişkileri, etkilendiği konular gözden geçirilerek sonuca varılmalıdır (Held, 2006).

Bakım etiği, mevcut bakım ve bakımı etkileyen faktörlerin araştırılması, asimetrik güç ilişkilerinden kaynaklanan şiddet, istismar ve sömürünün engellenmesi, toplumsal faydanın, mevcut kaynakların adil dağıtılmasına yönelik anlayışı savunmaktadır. Bundan dolayı bakım etiğinin sınırları önceden belirlenmiş her duruma genellenebilir. Belirli kurallar içeren basamakları yoktur. Bu yönden etik teorilere bakılacak olursa bakım etiği özgün bir teori değildir. Bakım etiğini ayrıcalıklı kılan birey ve bireyler arası ilişkilere yönelik farklı anlayışının olmasıdır. Özgün bakım uygulayıcısı hemşireler bakımın değerini anlayıp, içselleştirmeli, uygulamalarında göstermeli, bakımlarını etkileyen faktörlere eleştirel olarak bakabilmelidir (Dinç, 2017).

Bakım etiği;

- Davranışları ve sorumluluğu belirler
 - Hastalık ve sağlıkta sorunların görülmesini, doyum, motivasyon, tutarlılık, meslek içinde dayanışma ve dinamiklik sağlar
 - Baskı altında kalmasını ve önyargılı olmayı önler
 - Mesleğin statüsünü güçlendirir
 - Karar vermeyi diğer ifadeyle özgürlük ve otonomi sağlar
- (Aksu ve Akyol, 2011).

2.5. Etik Duyarlılık

TDK'ya göre duyarlı “dış etkenlere karşı duyarlılığı olan, duygun, hassas”, duyarlılık ise “duyarlı olma durumu, duygunluk, duyarlı, hassaslık” anlamına gelmektedir (TDK, 2011).

Etik duyarlılık kavramı literatürde şefkatli bir yanıt, bakımın etik boyutunu fark etme becerisi, hoşgörü, başkalarının rahatı, iyiliği konusunda sezgi ve ahlaki bakımın bir parçası olarak betimlenmiştir. Belirtilen kavramların temelinde de bireysel farklılık bulunmaktadır (Weaver, 2007; Korhan, 2017).

Etik duyarlılık; etik sorunları saptayabilme yeteneğidir (Tosun, 2005). Sağlık profesyonellerinin hasta bireylerin kaygılarını tanımlaması, yorumlaması ve bunlara uygun bir cevap geliştirmesi; var olan sorunların farkına varabilme, bu sorunların bireyler için önemini kavrama yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (Korhan, 2017).

Etik duyarlılık, hemşirelerin bakım verdikleri hasta-sağlıklı bireyleri anlamaları, gereksinimlerini saptamaları, mevcut durumu yorumlayabilme, durumun farkında olmaları ve uygun cevabın verilmesini sağlamaktadır (Aksu ve Akyol, 2011).

Bu bilgiler doğrultusunda etik duyarlılık kavramı eğitim, kültür, ırk, cinsiyet, din, yaş, manevi değerler ve bireylerin yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir (Tosun, 2005; Korhan, 2017). Etik duyarlılık eğitim ile gelişmekte, mesleki yeterliliğin sürdürülmesi ve mesleki etik kodlara uygun davranışlarla devam ettirilmektedir (Pekcan, 2007).

Çoğu araştırmacı etik duyarlılık kavramının hayati bir önemi olduğu kararına varmıştır ancak etik duyarlılık kavramının tanımı, özellikleri, oluşması için net kurallar çizilememiş/fikir birliğine varılamamıştır (Weaver, 2007).

Kavram olarak etik duyarlılık sürekli değişim içerisinde. Sağlık alanının yanında felsefe ve işletme gibi farklı disiplinler içinde etik duyarlılık kavramı oldukça önemli bir kavramdır. Birçok disiplinde etik duyarlılık kavramı, içerisinde çatışmalar bulunan bir ortamda oluşan etik değerlerin farkında olunması, etik değerlere önem verilmesine ve mevcut durumda bireyin kendi rol ve sorumluluklarının bilincinde olmasına odaklanmaktadır (Huang ve ark., 2016).

Sağlık profesyonellerinin duyarlılık düzeyleri, hasta bireyin hastalığı ile ilgili deneyimlerini anlamının temelinde yatmaktadır. Sağlık profesyonelleri “başkası için var olma”, “onun yanın da olma”, “onun için olma” gibi kavramların sorumluluğuna sahip

olmalıdır. Bu sorumluluk duyarlılık kavramıyla yakından ilişkilidir. Aynı zamanda etik duyarlılık kavramı önem verme durumuyla bir bütün oluşturmaktadır (Tosun, 2011).

2.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılığı

Sağlık bakım sistemleri içerisinde etik sorunlarla sık karşılaşılan alanların başında yoğun bakım üniteleri gelmektedir. Hastanın durumunda ortaya çıkan ani ve acil durumları ilk fark eden ve acil durumlarda sağlık ekibi içerisinde hızlı karar alması gerekliliği nedeniyle yoğun bakım hemşireleri birçok etik sorunla karşı karşıya kalabilmektedir (Arslan, 2017).

Yoğun bakım hemşirelerinin bakımlarını sürdürmek için birçok konuda etik karar vermesi gerekmektedir (Tel, 2012). Etik karar verme durumu, etik duyarlılık düzeyiyle yakından ilişkilidir. Hasta-sağlıklı bireyin durumunun içerdiği etik değerleri bilme, farkında olma durumu hemşirelerin etik duyarlılığını ortaya koymaktadır (Tosun, 2005; Başak ve ark., 2010).

Yoğun bakımda çalışan hemşireler mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirirken etik değerleri esas almalı, etik sorunları tanıyabilmeli ve gelişmiş etik duyarlılık düzeyine sahip olmalıdır. Etik sorunun farkında olması ve doğru kararlar alması için yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Etik duyarlılıklarının yüksek olması meslekte profesyonelleşmeye olumlu katkı sağlarken hemşirelik bakımının kalitesini de arttıracaktır (Dikmen, 2013).

Yoğun bakım hemşireleri karşılaştıkları etik sorunlarla etik ilkeleri temel alarak çözüm yolları üretmeli, bir başkasının faydasına olma/yarar sağlama ilkesini, başkası için var olma yaklaşımını hissettirmelidir. Ekip üyelerinden hekimlerle yaşanan sorunlar, yönetici ile yaşanan çatışmalar, hasta hakları, aydınlatılmış onam, kısıtlı malzemenin paylaşılması, terminal dönem hasta bakımı, diğer hemşirelerin etik olmayan ya da yasa dışı davranışları yoğun bakım hemşirelerinin en sık karşılaştığı sorunlar olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2010). Yoğun bakım hemşiresi öncelikle karşılaşılabileceği sorunların farkında olmalı, sorunla karşılaştıklarında mevcut durumun bir etik sorun olduğunu bilmeli çözüm yolları aramaları ve sonuçlandırmalıdır. Bu durum etik bilgisi ve aynı zamanda etik duyarlılık kavramını gerektirmektedir (Pekcan, 2007).

2.6. Etik İkilem ve Etik Karar Verme

Etik ikilem

Ortaya çıkan bir durumda iki ya da daha fazla seçeneğin olması, ahlaki ve etik değerlerin karşı karşıya gelmesi ve bu durumda hangisinin seçileceğinin karar verme güçlüğüdür. Etik ikilemlerin cevapları kesin olarak bilinmeyen problemler olup etik ikilemlerin çözülmesi için net doğrular yoktur (Cerit, 2010).

Sağlık bakım profesyonelleri hasta/sağlıklı bireyin bakım ve tedavisinin sürdürülmesi sorumluluğu nedeniyle etik ikilemler yaşanmaktadır. Kısıtlı kaynakların paylaşımı, yaşam desteğinin sonlandırılması/başlanmaması, terminal dönem hastalarının bakımı, bilgilendirilmiş onam, hemşirelerin kendi meslektaşları ve hekimlerle yaşadığı sorunlar ve daha birçok etik ikilemle karşı karşıya gelinmektedir. Etik ikilemin çözülebilmesi için öncelikle etik olarak bir sorunun varlığına karar verilmelidir (Tosun, 2011).

Etik karar verme

Birbiriyle çatışan durumların varlığında sistematik düşünme yöntemiyle ahlaki olarak en doğru eyleme karar verilmesini sağlayan mantıksal bir süreci kapsar, etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki düşünme yeteneğine bağlıdır (Öztürk, 2010; Tel, 2012).

Etik karar verme süreci, karmaşık durumların açık şekilde ortaya konulmasını ve sağlık profesyonellerinin geçmiş deneyimlerinden yararlanarak hasta/sağlıklı birey için en doğrusunun yapılmasını sağlamaktadır (Tosun, 2011). Etik karar verme süreci hemşirelik sürecine benzer bir prosedür izlemektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Etik karar verme basamakları;

- Problemin tanımlanması

Etik bir problem olduğu düşünüldüğü anda etik karar verme süreci başlamaktadır. Tanılama aşamasında sağlık bakım profesyonelleri mesleki değerlendirmeleri ve hastanın ifadeleri ile geniş çaplı bir öykü almalıdır. Öncelikle yaşanan durumda hasta/sağlıklı bireyin hayatını etkileyen durumlar ve sorunun nedeni belirlenmelidir. Sonrasında ise yapılacak girişimler için hangi bilgi ve becerilerin önemli olduğu belirlenmelidir (Tosun, 2011; Akyıl, 2017).

- Verilerin toplanması

Etik ikileme neden olan, birbirleriyle çelişen ahlaki durumların belirlenmesi bu sürecin bir parçasıdır. Etik ilkeler, değerler, haklar, bağlılıklar, inançlar, bilgi eksiklikleri açısından değerlendirilmelidir (Akyıl, 2017).

- Planlama

Hasta/sağlıklı bireyin kişisel durumu ve gereksinimlerinin belirlenmesi ve problemlerin açıkça ortaya konulmasıyla bakım ve tedavi girişimlerine yönelik eylem planı hazırlanır. Eylem süreci planlanırken ileriki aşamalarda yaşanabilecek soruna ilişkin alternatif eylem planları da hazır bulundurulmalıdır (Cerit, 2010).

- Uygulama

Uygulama; yarar sağlama, zarar vermeme ilkesi önderliğinde yapılmalıdır. Uygulamanın başarısı alınan kararların uygulanmasıyla ilişkilidir. Değişen durumlara plana sadık kalarak uyum sağlanmalıdır (Tosun, 2011; Akyıl, 2017).

- Değerlendirme

Değerlendirme basamağı etik karar verme sürecinin tüm basamaklarını kapsar. Değerlendirme; bireysel adımların nasıl ve ne durumda “iyi” olarak tanımlanmasını, uygulamanın etik ilkeler için bütüncül yaklaşımla analiz edilmesini sağlamaktadır (Tosun, 2011).

Yoğun bakım hemşireleri karşılaştıkları etik sorunlarla etik ilke ve değerleri temel alarak, etik değerlerle açıklanabilecek çözümler üretmelidir. Yoğun bakım hemşirelerinin hastalarla asimetrik ilişki içinde olması aynı zamanda hasta savunuculuğu rolünün olması nedeniyle etik problemlere karşı daha duyarlı olması gerekmektedir. Problemlerin çözümünde yoğun bakım hemşireleri mesleki görev ve sorumlulukları, etik ilkeler ve kodlar, etik karar verme süreç ve modelleri, kanun ve yasaları temel almalıdır (Akyıl, 2017).

2.7. Yoğun Bakımda Karşılaşılan Etik Sorunlar

Yoğun bakım üniteleri yaşamsal fonksiyonların tamamının ya da bir kısmının kaybedildiği, hayati tehlikesi olan hastalara yaşam desteği sunan, hastanın hayatta kalması için sürekli izlem ve gözlemlerin yapıldığı, hasta bakımı ve tedavisi açısından ayrıcalık taşıyan çok yönlü bir ekiple hizmet verilen özelleşmiş alanlardır (Öztürk, 2010; Akyıl, 2017). İleri teknoloji, tanı ve tedavi sürecindeki gelişmeler, güncel yaklaşımlar, yaşam desteği sağlayan teknolojik cihazların kullanılması, günümüzde hasta haklarına/bireylerin özerkliğine verilen önemi artması, yaşam ve ölüm kavramlarına

kontrolün artmasıyla bu kavramlarla ile sık sık karşı karşıya gelinmesi nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla etik sorunlarla karşılaşabilmektedir (Öztürk, 2010). Yoğun bakım ekibinin önemli görevlerinden birisi de karşılaştıkları etik sorunları, etik ilke ve sorumlulukları temel alarak çözümünü sağlamaktır (Tel, 2012).

Yoğun bakımda sağlık çalışanlarının karşılaştığı etik sorunlar

- Bilgilendirilmiş onam
- Yaşam desteğini kısıtlamak ya da kesmek
- Resisütasyon/yeniden canlandırma yapmamak
- Faydasız/boşuna tedavi uygulamak
- Tıbbi kaynakların adil paylaşımı

(Öztürk, 2010; Üstündağ ve Aslan, 2010; Tel, 2012; Akyıl, 2017)

- Çift etki (Akyıl, 2017)
- Fiziksel tespit (Akyıl, 2017)

olarak sıralanabilir.

2.7.1. Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam; hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi, bilgilerin anlaşılır şekilde açıklanması, bilgilerin anlaşılmasını ve hasta birey zorlanmadan karar vermesini ifade etmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Akyıl, 2017). Bilgilendirilmiş onam yasal temelleri olmakla birlikte aslında uyulması gereken etik bir zorunluluktur (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla iletişim kurulamayan, bilinci kapalı olan hastaların olması nedeniyle özerklik/bireye saygı ilkesinin uygulanması zor olabilmektedir. Yaşamı tehdit eden durumlarda yarar sağlama ve özerklik/bireye saygı ilkesi ile karşı karşıya gelinebilmektedir. Böyle durumlarda verilen karar bilgilendirilmiş onamın önüne geçebilmektedir. Hayati durumlar haricinde bilgilendirilmiş onam kavramına uyulmalıdır (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Yoğun bakım ünitelerinde hastanın rızasının alınmadığı, hastanın bilincinin kapalı olduğu acil müdahale edilmesi gereken hayati organ ya da fonksiyon kayıplarının gerçekleşebileceği durumlarda hastaya tıbbi müdahalede bulunmak için hastanın rızası şart değildir. Böyle bir durumda mümkünse hastanın yasal vekili ya da yakını bilgilendirilmeli rızası alınmalı, mevcut durumda mümkün değilse hastaya müdahale

yapıldıktan sonra bilgilendirilmelidir. Hastanın bilinci açıktır ise mevcut durumlar anlatılarak rızasına başvurulur (Hasta Hakları Yönetmeliği, 2016). Hastanın ya da yasal vekilinin tedaviyi reddetme/durdurma hakkı vardır. Böyle durumlarda hasta ve yasal vekili bilgilendirilerek yazılı belge alınması gerekir. Hastanın tedaviyi ret kararı ile ilgili oluşabilecek istenmeyen sonuçlardan sağlık profesyonellerinin sorumluluğu bulunmamaktadır (Akyıl, 2017).

2.7.2. Yaşam Desteğini Kısıtlamak ya da Kesmek

Günümüzde ileri teknoloji ile birlikte yoğun bakım ünitelerinde daha önceleri ölümle sonuçlanacak birçok durum artık yaşam süresinin uzamasına sebep olmaktadır. Terminal dönem ve geri dönüşsüz hastalığı olan hasta bireylerde yaşam desteğinin kesilmesi, kısıtlanması kavramlarını kabul edilebilir bir duruma getirmiştir. Yaşam desteğinin kısıtlanması, yararlı olmayacağı düşünülen tedavinin uygulanmaması; yaşam desteğini kesmek, hastaya uygulanan çeşitli tedavilerin durdurulmasını ifade etmektedir. Mevcut teknoloji ve tedavi imkanlarıyla bir kişinin ölümü hemen hemen neredeyse yaşam desteğinin kısıtlanması ve ya kesilmesine bağlı gerçekleşmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010; Tel, 2012; Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Akyıl, 2017).

Yaşam desteğinin kısıtlanması ve ya kesilmesi ile ilgili, etik ve yasal görüşler öncelikle hasta için yarar sağlama ilkesini göz önünde bulundurmaktadır. Buradaki temel amaç hastaya yarar sağlayacak tıbbi tedavilerin yapılması, hastaya yarar sağlamayacak tıbbi tedavilerin başlatılmaması, kısıtlanması veya sonlandırılmasıdır. Bu durumda tartışılan etik konular yaşam desteğinin kesilmesi ya da başlatılması arasında fark olup olmadığıdır. Felsefi ve hukuk yorumcuları yasal ve etik açıdan fark olmadığını belirtmekte, modern etikte bunu kabul etmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Akyıl, 2017).

Sağlık profesyonelleri için en zor kararlardan biri yaşam desteğinin kısıtlanması ya da kesilmesine karar vermek ve bu kararın kimin vereceğidir. Bu durumda dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta sağlık profesyonellerinin dini inançlarının, mesleki, etnik köken ve sosyal statülerinin farklılık gösterebileceğidir. Bu tarz kararlar alınırken sağlık profesyonellerinin özerklik/bireye saygı, yaşama saygı gibi değerlerinin, mesleki sorumluluklarının, sağlık bakımında hedeflerinin ve önceliklerinin gözden geçirmelerine neden olmaktadır (Üstündağ ve Aslan, 2010; Tel, 2012; Akyıl, 2017).

Yoğun bakım ünitesinde yaşam desteğinin sonlandırılması, hasta bireye verilmesi gereken bakımın sonlandırılması anlamına gelmemektedir. Hemşire, hasta birey ölene kadar bakım vermektten ve hasta bireyi rahatlatmaktan sorumludur (Akyıl, 2017).

2.7.3. Resüsitasyon/Yeniden Canlandırma Yapmamak

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), kardiak ve pulmoner arrest olan hastalarda yapılan yaşam kurtarıcı müdahaledir. KPR, uygulama ve ani karar verme gerektiren bir durumdur. KPR, istemi olan tüm hastalarda KPR uygulanmaktadır. Resüsitasyon uygulamasının hastaya ne kadar yarar sağlayacağını değerlendirilmesinde; hastanın terminal dönemde olmama, yaş, kardiyopulmoner arrestte kalma süresi, hastanın ek tanıları, komplikasyonların varlığı, hastanın kişisel özellikleri göz önünde bulundurulmasıyla “canlandırma yapılması” istemi gündeme gelmektedir (Akyıl, 2017).

Canlandırma yapılması kararı alınması tüm tedavilerin yapılmaması anlamına gelmemektedir. Canlandırma yapılması kararı; kardiyopulmoner resüsitasyon, inotropik destek ve defibrilasyonu kapsamaktadır. Resüsitasyon/canlandırma yapılmamasına yönelik kararlar alınmasında temel alınan ilkeler özerklik/bireye saygı ve zarar vermeme ilkesidir (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Avrupa ülkelerinde hasta bilinçli iken KPR uygulanmaması kararına katılmış, yazılı istem verilmiş, hasta tarafından imzalanmış ve hasta dosyasına eklenmiş olması gerektiği ifade edilmektedir. Türkiye’de bu kararı kim vermelidir, hekimin böyle bir karar verme yetkisi bulunmakta mıdır soruları gündeme gelmektedir. 2009 yılında Türk Tabipler Birliği (TTB) II. Etik Bildirgeler Çalıştay Raporu’na göre hastaya yaşam desteği sağlandığında hastanın yaşam niteliğinde iyileşme olmayacaksa hastanın canlandırılmayabileceği belirtilmiştir (Türk Tabipler Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştay, 2009). Hukuk sistemimiz de bu konuyla ilgili bir hüküm olmamasıyla birlikte ötenazi de hastanın tedaviyi reddetme hakkı olarak ele alınabileceğine yönelik görüş bulunmaktadır (Tel, 2012).

2.7.4. Faydasız/Boşuna Tedavi Uygulamak

Yapılan tedavinin hasta bireyin iyileşmesinde, yaşamın kalitesinde bir değişiklik yoksa bulguların sona ermesi ya da azaltılmasında bir faydası yoksa ve beklentilere cevap verme ihtimali taşımadığında o tedavi faydasız/boşuna tedavi olarak ifade edilmektedir.

Terminal dönem hastalarında yaşam destek tedavilerinin hastanın durumunda düzelme sağlamadığı, fizyolojik faydası olmadığında bunların aksine ağrı ve acıyı daha da arttırdığı durumlarda faydasız tedavinin yapılmaması etik açıdan savunulabilir. Hastaya yapılan uygulamaların yarar-zarar dengesi değerlendirilmeli bunların en azından birbirini dengelemesi sağlanmalıdır. Tedavinin uzun süre hastaya fayda sağlamadığı durumlarda tedavinin sonlandırılması hasta bireye zarar vermeme ve özerklik ilkelerinin temel alınmasıyla gerçekleşmektedir (TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayı, 2009; Üstündağ ve Aslan, 2010).

2.7.5. Tıbbi Kaynakların Adil Paylaşımı

Yoğun bakım ünitelerinde tıbbi kaynakların adil paylaşımı nedeniyle adalet ilkesi gündeme gelmektedir. Sağlık profesyonelleri aynı anda resüsitasyon yapılması gereken hastalardan önce hangisine müdahale etmeli, sınırlı kaynaklar hangi hasta için ne kadar kullanılacak gibi sorularla sık sık karşılaşmaktadır. Böyle durumlarda hasta hakları ve adalet ilkesi karşı karşıya gelmektedir. Yoğun bakım yatak sayısının, hemşire ve diğer sağlık personellerinin sayısının yetersiz olması, sınırlı kaynaklar gibi nedenlerden dolayı yoğun bakım ünitelerinde hastaların seçilmesine (triyaj) neden olmaktadır. Seçim; yaş, hastaların prognozu, yaşama şansı, yaşam kalitesine göre yapılmaktadır. Tıbbi kaynakların sınırlı olması nedeniyle hasta triyajının doğru şekilde yapılması gerekmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010; Akyıl, 2017).

2.7.6. Çift Etki

Tedavi sürecinde bir durumun sonucunu iyileştirmek amacıyla yapılan bir tedavinin beklenenin aksine kötü sonucunun çıkması ya da iyi ve kötü olarak değerlendirilebilen iki sonucun ortaya çıkmasıdır. Genellikle palyatif amaçlı uygulanan bir tedavi yönteminin istenenin dışında başka bir fizyolojik etki nedeniyle yaşamı sonlandırmak ya da ölümü hızlandırması durumudur. Ağrı ve acıyı kesmek için uygulanan tedavi yöntemleri ölümü hızlandıracağı göz önünde bulundurulmadan uygulanmalıdır. Hastaya yapılan uygulamadan doğan istenmeyen etkiye yönelik tıbbi önlemler alınmalıdır. Etik ilkelerde yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri ağrı ve acının dindirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Yapılan eylemler etik açıdan insan öldürme olarak değerlendirilmemelidir (TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayı, 2009; Akyıl, 2017).

2.7.7. Fiziksel Tespit

Fiziksel tespit, fiziksel ya da mekanik aletlerle hastanın vücudunun bağlanması, sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel güç uygulanarak hastanın hareketlerinin kontrol altına alınmasıdır. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların tüp, dren gibi tıbbi araç-gereçleri çekmesini önlemek, konfüze hastaların yataktan düşmelerini önlemek, hastaları sakinleştirmek, kendilerine zarar vermelerini önlemek için uygulanmaktadır. Fiziksel tespitin terapötik amaçla uygulanmasına karşın; hastaların saygınlığına, mahremiyetine, özerkliğine müdahale sayılmakta ve etik ikilem yaratmaktadır. İkilemin yönetiminde, yarar zarar dengesi belirlenmeli, alternatif yöntemler denenmeli, fiziksel tespitin koruyuculuğu göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Hastanın mahremiyetinin korunması için hasta ya da yakınlarının katılımı sağlanmalı bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (Akyıl, 2017).

2.8. Ölüm Kavramı

Ölüm, varlığın var olma halinin sonlanması, nitel ve nicel olarak biçim değiştirmesidir (Demir, 2011). Ölüm, tüm varlıklar için evrensel, kaçınılmaz bir olaydır, canlı olma halinin son bulması, yaşamın son evresi ve yaşamın doğal bir parçasıdır (Ay, 2001; Cimete, 2002; Demir, 2011). Fizyolojik, psikolojik, kültürel, sosyal, spiritüel boyutları ile ölüm karmaşık bir durumdur (İnci ve Öz, 2012).

Ölüm kavramının temel özellikleri

- Ölüm kavramı gelişimsel düzeyde görecelidir. Ancak her zaman kronolojik yaş bireyin gelişimsel düzeyiyle paralel olmayabilir.
- Ölüm kavramı gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.
- Ölüm, bir kaç görüşle açıklanamayacak kadar karmaşık bir durumdur.
- Ölüm kavramı tam olarak anlaşılammıştır. Oluşum süreci devam etmektedir. Ölümle ilgili var olan kanılar daha çok değer yargılarıdır.
- Ölüm kavramı, içinde bulunulan durumdan etkilenir. Bu durum seçici bir şekilde zihinde bulunan birçok ölüm türü içerisinden birini ortaya çıkarır.
- Ölüm, davranışlarımızı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir.

(Demir, 2011).

2.9. Ölüm Türleri

2.9.1. Biyolojik Açıdan Ölüm

Biyolojik ölüm, solunum ve kalp atımı gibi yaşamsal işlevlerin sona ermesidir. 1950'lerden sonra gerçekleşen yeniden canlandırma, yoğun bakım müdahaleleri, organ nakli gibi gelişmeler ölüm tanımını değiştirmiştir. İlerleyen yıllarda beyin ölümü gerçekleşen birinin kalp atımının devam etmesi üzerine ölüm ve yaşam arasındaki sınırı belirlemek için daha kesin bir ölçüte gereksinim duyulmaya başlanmıştır. Günümüzde ölüm kararı verilmesinde daha çok beyin ölümü ölçüt alınmaya başlanmıştır (Demir, 2011).

2.9.2. Psikolojik ve Sosyal Ölüm

Psikolojik ve sosyal ölüm tanımları net olarak belirlenememiştir. Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli işlevlerini yapamaması; sosyal ölüm, bireyin bilincinin yerinde olmamasına rağmen tıbbi teknolojinin yardımıyla bireyin fiziksel işlevlerini yerine getirdiği, başka bireylerle iletişim kuramama gibi sosyal işlevlerini gerçekleştiremediği bir durumdur (Önsöz, 2013).

2.9.3. Kültürel Açıdan Ölüm

Ölüm, tüm kültürlerde yaşanan evrensel bir olgudur. Kültürel yapıyı önemli ölçüde etkileyen din kavramının etkisiyle ölüm her dinde farklı bir anlam ifade etmiştir. Yahudilikte ölüm kaçınılmaz bir gerçek ve yaşanan cezaların en ağırı olarak ifade edilmiştir. Hristiyanlıkta ölüm ile yaşam sona ermemekte, hayat daha güzel bir şekle bürünmektedir. Hristiyanlığa göre ölüm sadece bedendedir. İslamiyette ise insan ruhunun bedenden ayrılıp Allah katına yükselmesidir (Işık ve ark., 2009; Karakuş ve ark., 2012).

Ölüm eski kültürlerde ilgi konusu olmaktaydı ancak günümüzde modern toplumlardan ölüm kavramı dışlanmakta, gündelik yaşam içerisinde yok sayılmakta, ölümü hatırlatacak durum ve davranışlardan uzak durmak normalleştirilmiştir. Ölüm utanç verici bir olgu olarak düşünülmekte; hasta bireyin ölümü yadsınması, aşması gereken bir engel olarak algılanmaktadır. Bundan dolayı ölüm hastanelere taşınmakta, ölümün duygusal yükünden uzak durmaya çalışılmaktadır (Karakuş ve ark., 2012).

Eski toplumlarda ölen kişileri kıyafetleri, eşyaları, yiyeceklerle gömmeleri, ölen kişinin bedeninin muhafaza edilmesi, ölüm korkusu, ölüm düşüncesini bastırmak, ölümsüzlük kavramıyla ilişkilendirilmiştir (Ross, 2010; Karakuş ve ark., 2012).

2.10. Ölüme Karşı Verilen Tepkiler

Elizabeth Kübler Ross, beklenen kayıp ve ölüme karşı verilen tepkileri beş aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar tüm bireylerde aynı şekilde yaşanmayabilir. Hasta bireylerin çoğunluğu iki-üç aşamayı aynı zamanda yaşayabilmektedir. Sadece ölümü yaklaşan birey değil kaybı yaşayan yakınları da aynı aşamaları yaşayabilir. Ross, bu aşamalarda umudu önemli ve sürekli bir etken olarak görmektedir. Burada bahsedilen umut sadece iyileşme umudu değil, ölümü kabul ederek ölme umududur (Ross, 2010).

2.10.1. İnkâr (İzolasyon-Yadsıma)

Bireylerin ölüme karşı verdikleri ilk tepki inkardır. “Hayır ben değilimdir, ben olamam, bu bana olamaz, bu doğru değildir, bir yanlışlık olmalı” gibi cümleler inkar döneminde olan kişilerin tipik konuşmalarıdır (Ay, 2001). Birey ölümcül hastalık tanısının doğru olmadığını duymak için başka hekimlere başvurabilir, tetkiklerin tekrar tekrar yapılmasını isteyebilir. Hastalık hakkında konuşmama, hastalığının henüz tanılanmadığını söylemesi, hastalıkla ilgili sorular sormaması inkarın yaşandığını gösterir (Cimete, 2002). İnkâr beklenmeyen haberden sonra hasta bireyi koruyucu eylemdir, bireyin savunma mekanizmaları yapabileceği alternatifleri ortaya çıkarması ve uyum sağlaması için fırsat verir (Demir, 2011). İnkâr geçici, güçlü bir savunma mekanizmasıdır kısa sürede yerini kabullenmeye bırakacaktır (Cimete, 2002; Ross, 2010).

Hasta bireyin inkarı yaşama süresi ve inkarın derecesi, gerçeğin hasta bireye söylenme şekli, gerçeği kabullenmek için sahip olduğu zaman, stresle baş etme yöntemleri, sahip olduğu destek sistemleri ve çevresindeki bireylerin hastalığa yaklaşım şekline göre farklılık göstermektedir (Cimete, 2002).

Hemşireler bireyin inkar döneminde olduğunun farkında olmalı, hasta bireyin inkardan çıkması için zorlayıcı olunmamalı, bireyin inkarı kabul edilmeli ancak inkar desteklenmemelidir. Hasta birey inkar ile baş başa bırakılmamalıdır, güven ilişkisi geliştirilerek inkarla yüzleşme gücü verilmelidir (Ay, 2001; Cimete, 2002). Bu dönemde kişi zihinsel olarak durumu fark etmesine rağmen duygusal olarak reddetmektedir. Bu dönemde hasta birey ve yakınlarında fiziksel yakınmalar sıklıkla görülmektedir. İnkâr döneminde hasta bireyin sosyal destekleri arttırılmalı, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirilme yapılmalı, hastaya zaman tanınmalıdır (Demir, 2011).

Hasta birey gerçeği kabullenmeye başladığında ölümlle ilgili konuşmak isteyebilir, bunun ipuçlarını verebilir. Ailesi ve çevresi bu durumda hasta bireyin

duygularını açıklamasını engelleyebilir. Hemşire, hasta bireyin duygularını açıklaması için desteklemelidir. Hasta birey inkarı bırakmasına rağmen ailesi ve çevresi inkar döneminde ise aile ve çevresine destek sağlanarak baş etmeleri sağlanmalıdır (Cimete, 2002; Demir, 2011).

Bazı hastalar ölümlerine kadar inkar yaşayabilir. İnkâr hasta bireyin tedavi olmasını engelliyorsa, hastalığın daha da kötüleşmesini neden oluyorsa yeni baş etme yöntemleri öğretilmelidir (Cimete, 2002).

2.10.2. Öfke-Kızgınlık

İlk inkar süreci çok uzun sürmediği durumlarda yerini öfke, kızgınlık, kıskanma ya da kırgınlık duyguları alır. Bundan sonraki soru “Neden ben?” dir. (Ay, 2001; Ross, 2010). Bazen hastalığın kendine bir ceza olarak verildiği düşüncesiyle hasta birey öfkeyi kendisine yöneltebilir (Demir, 2011). İnkâr aşamasına göre bu aşama ile başa çıkmak sağlık profesyonelleri ve aile için oldukça zordur. Öfke her yöne, rastgele çevreye yansıtılır. Hasta bireylere göre bu dönemde sağlık profesyonelleri bilgi olarak yetersizdir, yaptıkları her şey yanlıştır. Hastanın öfkesine en çok hemşireler maruz kalmaktadır (Ross, 2010).

Hasta birey yakında öleceğinin düşünerek yüksek seste bir şeyler ister, şikâyet edip ilgi ister bu onun “ben yaşıyorum, bunu unutmayın, sesimi duyabilirsiniz, henüz ölmedim” deme şeklindedir (Ross, 2010). Öfke bazen tanrıya da yöneltebilir. “Neden ben?”, “Ben iyi bir insandım hep iyilik yaptım, günah işlemedim, o kadar kötü insan varken neden ben?” şeklinde ifadelerle isyanda bulunabilir (Cimete, 2002).

Sağlık profesyonelleri hastanın öfkesini kişiselleştirmek yerine öfkenin nedenlerini aramalıdır. Hasta bireyin yaşamını kontrol etmesine daha fazla izin verilmelidir, güven duygusu güçlendirilmelidir (Demir, 2011).

2.10.3. Pazarlık

Pazarlık aşaması çok yaygın bir aşamadır, kısa süreliğine görülmesine rağmen hasta için faydalı bir aşamadır. İnkâr aşamasında kötü gerçekle yüzleşilmediyse, öfke aşamasında öfke insanlara ve tanrıya yöneltiydiyse bu aşamada hasta birey kaçınılmaz olan ölümün ertelenebileceği bir pazarlık içerisine girer. Pazarlığın nedeni, iyi bir davranış karşısında ödül bekleme inancıdır (Ross, 2010). Hasta bireyin yaşadığı umutsuzluk, çaresizlik duygularına karşı çocuksu bir güçlülük duygusu vardır. Hasta

birey daha önce kaybettiği kişilerden bahseder, onların başına ne geldiğinden ve onların nedenlerini anlamaya yönelik davranışlar sergiler (Ay, 2001).

Pazarlık döneminde “neden ben, neden o, ne yaptım da hak ettim?, bütün bunlar benim yüzümden düşünceleri hakimdir”. Pazarlık aslında bir ertelemedir. Çocuğunun evlendiğini görmek, torunun doğduğunu görmek gibi isteklerde bulunabilir. Hasta birey ölmek için arayış içindedir. Huzursuzluk, sabırsızlık ve aşırı uyarılmışlık vardır. Fiziksel şikayetler görülebilir (Cimete, 2002).

Hasta birey sağlık profesyonelleri tarafından konuşmaya teşvik edilmelidir. Dinsel destekler sağlanmalıdır. Korku, günahkarlık, suçluluk gibi duyguların ortadan kaldırılmasında hastaya yardımcı olunmalıdır. Hasta bireyin suçluluk duymasına yol açacak tutumlar sergilenmemeli, daha önceki davranışlar eleştirilememeli, yargılanmamalıdır. “Keşke..” içeren cümlelerden uzak durulmalıdır (Demir, 2011).

2.10.4. Depresyon

Bu aşama hastalık sürecinin uzaması, fiziksel durumun kötüleşmesi, hastalık belirtilerinin artması inkar, öfke, pazarlık davranışlarının anlamsızlaşmasıyla derin kayıp duygusu ve depresyon görülmeye başlanır. Hasta birey bu dönemde “evet ben” demektedir (Ross, 2010).

Bu dönemde depresyonun iki farklı yönü vardır. Reaktif depresyon, hasta bireyin ve ailesinin yaşadığı maddi sıkıntılara bağlı suçluluk duygusuna ve işlevselliğin kaybına bağlı olarak gerçekleşir. Diğeri ise ölüme karşı hazırlığın yarattığı depresyondur. Bu aşamadaki hasta bireylerin diğer aşamalara göre intihar düşünceleri ve riskleri diğer dönemlere göre çok fazladır. Sağlık profesyonelleri bu dönemde hastanın duygularını ifade etmesine imkan sağlamalı, hasta etkin şekilde dinlenerek desteklenmelidir. Hasta bireye teselli cümleleri kurmak yerine yanında olduğumuz hissi verilmelidir. Bu süreçte bireyin düşünmesine, gerçekleşecek kayıpları için yas tutmasına izin verilirse ve aile destekleri sağlanırsa birey kabullenme evresine daha çabuk geçer (Cimete, 2002; İnci ve Öz, 2009; Demir, 2011).

2.10.5. Kabullenme

Kabullenme aşaması hasta birey için mutlu ya da mutsuz olunan bir aşama değildir neredeyse hissizleşilen bir dönemdir (Ay, 2001). Bireyin ölüm olgusuna hazırlanmak için yeteri kadar zamanı olduysa ve önceki aşamaları sağlıklı bir şekilde

atlatılabilmek için yardım aldıysa kabullenme aşamasına ulaşacaktır (Cimete, 2002). Kabullenme aşamasında hasta birey için artık sanki ağrı yoktur, savaş bitmiştir bu aşama uzun yolculuktan önceki dinlenme evresidir (Ross, 2010).

Bu dönemde daha çok bireyin ailesinin yardıma, desteklenmeye ihtiyacı vardır. Hasta birey bu aşamada biraz huzur bulmuştur, ölmek kavramına alışmıştır ancak daha çok yalnız kalmayı, daha az ziyaretçi gelmesini ister, ziyaretçilerle az konuşur. İletişim daha çok sözsüzdür, birlikte olmayı sadece elinin tutulmasını isteyebilir. Bu zamanlar birey ve ailesi için oldukça anlamlıdır (Ay, 2001; Ross, 2010). Kabullenme aşamasında hasta birey yarım kalan işlerini tamamlamaya çalışır, ölümünden sonra yapılmasını istediği şeyleri yakınlarına iletir (Demir, 2011).

Kabullenme aşamasıyla hastanın yenilgiyi kabul edip geri çekilmesi karıştırılmamalıdır. Destekleyici tedaviyle uzun süre yaşayabilecek hastalarla gerçek kabullenme dönemine ulaşan hastalar birbirinden ayırt edilmelidir. Kabullenme dönemindeki birey daha çok dinlenmeyi ve huzur içinde olmayı isteyecektir. Bu dönemde tedavi programlarına katılmaları için hasta bireyler cesaretlendirilmelidir (Cimete, 2002).

2.11. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları

Ölmek üzere olan hastaya uzun süre bakım veren, hastayla uzun zaman geçiren meslek üyesi yoğun bakım hemşirelerdir. Yoğun bakım hemşireleri ölüm olgusuyla çok sık karşılaşmaktadır (Önsöz, 2013). Ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşireler hasta birey ve ailesinin yaşadığı gibi inkar, öfke, suçluluk, kaygı, depresyon yaşarlar. İnkâr, bir süre rahatlama sağlamasına rağmen bu aşama hemşireyi daha çok tedavi ve teknik işlemlere yöneltir ve böylelikle hasta bakımının eksik kalmasına sebep olmaktadır. Hasta bireyin yakında öleceğini kabullenemeyen hemşireler hasta için faydasız tedavinin sürdürülmesinde ısrarcı olabilir ve bu durum hasta bireyin daha çok acı çekmesine neden olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri ve hasta bireyin yakınları ölümü yadsımakta, görmezden gelmeye çalışıp hasta birey olarak tedavi etmeye çalışmaktadır (Cimete, 2002; Ross, 2010; Demir, 2011).

Yoğun bakım hastalarının yapılan bakım ve tedaviye rağmen durumunun daha da kötüleşmesi yoğun bakım hemşirelerinin hastaya karşı ve hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için kendilerine öfkelenmesine neden olabilmektedir (Cimete, 2002).

Teknolojinin gelişmesiyle yaşamın neredeyse sona ermemesi durumu oluşmuştur. Bu durum özellikle yoğun bakım hemşirelerinde ölümün yenilmesi gereken

bir olgu olduğu düşüncesini oluştururken, ölüm gerçekleştiğinde ise başarısızlığı düşündürmektedir. Oysa ölmek üzere olan hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesi hasta bireyi uzun süre yaşatmak değil, acı çekmesini önlemek ve yaşamı süresince yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır (Demir, 2011; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Ölmek üzere olan hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin birçok konuda bilgili, becerikli ve stresle uygun şekilde baş edebilmeleri gerekmektedir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hastalığa ve ölüme yükledikleri anlam oldukça önemlidir, bu durum açıklanmalıdır. Kendi ölümleri ile yüzleşip bu gerçeği kabul edemeyen yoğun bakım hemşireleri ölümü beklenen hasta birey ve ailesinden uzaklaşır veya kendi ölüm korkularını da bireylere yansıtmaktadırlar (İnci ve Öz, 2012).

Yoğun bakım hemşirelerinin ölmek üzere olan hasta bireye karşı tutumlarını desteklemenin teknik olarak bir zorluğu bulunmamakta fakat insani olarak zorluğu bulunmaktadır (İnci ve Öz, 2012). Ölüme karşı tutum kavramı ölüm olgusuna karşı bir tepkidir. Bu tepki tehdit, korku ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinin ölmek üzere olan hasta bireye bakım verirken sergilediği tutumlar; yoğun bakım hemşiresinin aile yapısı, kültür, din, sosyal çevre, teknoloji, iletişim, eğitim ve deneyimle yakından ilişkilidir (Zaybak ve Erzincanlı, 2016).

2.12. Etik Duyarlılık-Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki ve Hemşirelik Yaklaşımları

Ölümlerle iç içe olan insan ölüm kavramını düşünerek ölüme ilişkin tutumlar geliştirmektedir (Menekli ve Fadıloğlu, 2014). Her birey, karşılaştığı ölüm olaylarına bağlı geliştirdiği kişisel tecrübelerine, yaş dönemine göre gelişimsel özelliklerine, dini inancı ve kültürel değerlerine göre ölüme yönelik algılar gelişmektedir ve her bireyin ölüm algısı diğer bireylerden bağımsızdır (Öz, 2004; Karakuş ve ark., 2012). Literatürde ölümle karşılaşan hemşirelerin kendi deneyimledikleri düşünce ve duyguların ölüme ilişkin değer ve inançlarını etkilediği belirtilmektedir (Çevik, 2010).

Ölmek üzere olan hastaya verilen bakım hemşirelerin ölüme karşı tutumlarından etkilenebilir (Rooda, 1999). Ölmek üzere olan hasta bütüncül, bireyselleştirilmiş ve duyarlı bir bakım alma hakkına sahiptir. Yaşam ve ölüm kavramlarına farkındalığı olmayan, ölüme yönelik kendi duygularını tanımayan, beklenen ölüme ilişkin tepkilerini anlamlandıramayan hemşireler ölmek üzere olan hastaya bakım verirken zorluk

yaşamaktadır (Önsöz, 2013). Yapılan araştırmalarda hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya bakım vermektan kaçtıkları, bakım vermek durumunda kaldıklarında ise hasta bireyi eşya gibi tedavi ettiği, hasta bireyle konuşmaktan kaçtđı, donuk yüz ifadesi takınma, hasta birey ve ailesi ile duygusal ilişkiden kaçınma, hasta bireyin durumuna ilişkin çok az bilgi verme ve hasta birey ve ailesi için zamanı olmadığı hissi yaratma gibi davranışlarda bulunduğu belirtilmektedir (Demir, 2011). Literatürde ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin daha çok stres, anksiyete, tükenmişlik, başarısızlık, suçluluk, benlik saygısında azalma, ajitasyon, kendini yetersiz hissetme gibi durumlar yaşadıkları ifade edilmektedir (Çevik, 2010; İnci ve Öz, 2012).

Ölüm olgusu aynı zamanda sağlık profesyonellerini özellikle birebir hasta bireyle ilgilenen hemşireler için birçok etik sorunu beraberinde getirmektedir (Demir, 2011; Akyıl, 2017). Literatürde hemşirelerin etik sorunlarla yüzleştiği, etik sorunların ise daha çok yaşamın sonu ile ilgili karar verme hakkında olduğu belirtilmiştir (Kinoshita, 2007).

Karar verme, bir sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargıyı ifade etmektedir (Tel, 2012). Etik karar verme ise etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki alanlarda düşünme yetisi ile ilişkilidir (Öztürk, 2010). Etik duyarlılık, hasta bireyin durumunun yorumlanması, hissedilmesi olarak da algılanmalıdır. Çünkü hasta bireye acı veren durumun o insan için yaşanan bir gerçek olduğu unutulmamalıdır (Tosun, 2005). Etik duyarlılık kavramı, yoğun bakım hemşirelerinin sık karşılaştığı etik ikilem ve etik sorunların belirlenmesi, uygun çözüm yollarının değerlendirilmesi için gereklidir (Daşbilek, 2016).

Etik duyarlılık kavramı hemşirelerin yaşam deneyimlerinden, eğitimlerinden, kültürel ve dini özelliklerinden etkilenmekte etik duyarlılık kavramının temelini yarar sağlama ilkesi oluşturmaktadır (Tosun, 2005). Ölüme karşı tutum kavramı da benzer şekilde bireylerin yaşam deneyimleri, kültürel ve dini özelliklerinden etkilenmektedir (Karakuş ve ark., 2012). Ölüme karşı kendi duygularının farkında olmayan hemşireler hem hastaya hem de kendilerine zarar verecektir (Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesi ile ilişkilidir (Okuroğlu ve ark., 2014). Yoğun bakımda uygulanan invazif yöntemler arttıkça yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri çatışır duruma gelmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010). Hemşirelerin bakımı altındaki bireylerin tıbbi uygulamalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde

bulunması gerekmektedir (THD, 2009). Buna yönelik hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının olumlu düzeyde (Işık ve ark., 2009) ve etik duyarlılıklarının yüksek olması beklenmektedir (Tosun, 2005). Hemşirelerin lm ve ölmek üzere olan hastanın bakımına yönelik eğitilmeleri ve i gr kazanmaları gerekmektedir (nsz, 2013). lme ilişkin eğitimin amacı hemşirelerin farkındalık geliştirmesi; ölüme, ölmek üzere olan hastanın bakımına yönelik olumsuz tutumların değişmesi olmalıdır (evik, 2010).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Samsun il merkezinde bulunan Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yerleşkesi, SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nde Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında (Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Samsun Gazi Devlet Hastanesi, SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yerleşkeleri) belirtilen kurumların erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 244 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- En az 6 aydır yoğun bakım ünitesinde çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek
- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde yoğun bakım ünitesinde çalışıyor olmak (yıllık izin, doğum izni v.b. olmamak)

şeklinde belirtilmiştir.

Ön uygulama yapılan 10 hemşire, araştırma kriterlerini sağlamayan 63 hemşire (araştırmaya katılmak istemeyen 34, altı aydan kısa süreli yoğun bakımda çalışan 16 ve doğum izni, yıllık izinde olan 13 hemşire) araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma dahil edilme kriterlerine uyum sağlayan 171 hemşireyle yürütülmüştür.

3.3.1. Ön Uygulama

Tanıtıcı bilgi formunun anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla veri toplamaya başlamadan önce toplam 10 yoğun bakım hemşiresine ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre tanıtıcı bilgi formu üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmış ve ön

uygulamaya alınan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Örnekleme dahil edilen hemşirelerin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Örneklem dağılım tablosu

Sağlık Kurumunun Adı	Bölüm	Ünitedeki Hemşire Sayısı	Ulaşılan Hemşire Sayısı
SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kadın Erişkin Yoğun Bakım	2	2
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yerleşkesi			
SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Genel Yoğun Bakım	9	6
Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi Yerleşkesi	Dahili Yoğun Bakım	12	7
Gazi Devlet Hastanesi	Genel Yoğun Bakım	14	6
	Dahili Yoğun Bakım	25	8
	Koroner Yoğun Bakım	14	9
	Cerrahi Yoğun Bakım	14	12
SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Acil Yoğun Bakım	9	8
	Genel Yoğun Bakım	11	9
	Nöroloji Yoğun Bakım	20	10
	Dahili Yoğun Bakım	35	31
	Koroner Yoğun Bakım	16	16
	Yanık Yoğun Bakım	10	8
	Cerrahi Yoğun Bakım	41	32
	Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	12	7
Toplam		244	171

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi

Araştırmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi, Ölüm Karşı Tutum Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce kliniklerde çalışan sorumlu hemşireler ile görüşülmüş ve kliniklerde 08.00-16.00 saatleri arasında iş yoğunluğunun en az olduğu uygun bir saat belirlenmiştir. Verilerin toplanmasında hemşireler araştırmacı tarafından çalıştıkları kliniklerde ziyaret edilmiş ve araştırmanın amacı anlatılmıştır. Belirlenen zaman içinde, kliniklerde anket formu araştırmacının gözetiminde hemşireler tarafından doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri, ölüm ve etik kavramına ilişkin bilgileri içeren tanıtıcı bilgi formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüm Karşı Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ait özellikler aşağıda sunulmuştur.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Ay, 2001; Ross, 2010; Tosun, 2011; Tel, 2012) hazırlanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini içeren 11 soru (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalıştığı birim, çalışma süresi vb.) ölüm kavramı hakkındaki düşüncelerini sorgulayan 11 soru (kendi ölümünü düşünme sıklığı, daha önce kayıp yaşama durumu, ölüm eğitimi alma durumu vb.) etik kavramına ilişkin özelliklerini içeren 5 soru (etik eğitimi alma durumu, etik ikileme karşılaşma durumu, etik problemi çözme şekli, kurumda etik komite varlığını bilme durumu) olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ) (EK 2)

Kim Lutzen tarafından geliştirilen Ahlaki Duyarlılık Anketi, 1994 yılında İsveç Stockholm Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde ilk olarak psikiyatri kliniklerinde sonrasında diğer kliniklerde çalışan hemşire ve hekimlerin etik duyarlılıklarını belirlemek amacıyla uygulanmıştır (EK 2).

Türkçe'ye geçerlik güvenilirlik çalışması Tosun tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Tosun, 2005). ADA, 30 maddeden oluşan 7'li likert tiptedir ve katılımcıdan anketteki ifadeleri 1 puan "tamamen katılıyorum" ile 7 puan "hiç katılmıyorum" arasında derecelendirilmesi istenmektedir. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. Ahlaki duyarlılık anketinden alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 210'dur. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise etik açıdan düşük duyarlılığı göstermektedir (Tosun, 2005).

ADA 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

- **Otonomi:** Otonomi ilkesine, hasta bireyin tercihlerine saygı duymayı, hemşirenin kendi kendine karar verme becerisini ifade eder (10., 12., 15., 16., 21., 24., 27. maddeler).
 - **Yarar Sağlama:** Hasta bireyin yararını arttırmaya yönelik eylemleri ve hemşirenin hasta bireye yapacağı uygulamalarda zarar vermeme amacını ifade eder (2., 5., 8., 25. maddeler).
 - **Bütüncül Yaklaşım:** Hemşirenin her bireyin diğer bireylerden farklı niteliğe sahip olduğunu kabul etmesiyle birlikte, hem hastaya zarar vermeyecek hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade eder (1., 6., 18., 29., 30. maddeler).
 - **Çatışma:** Hemşirenin hasta bireyin kendi hakkında karar vermesi gereken konularda ikilem yaşamasını ifade eder. İçsel bir etik çatışma deneyimini yansıtır (9., 11., 14. maddeler).
 - **Uygulama:** Hemşirenin hasta birey için etik olduğu düşünülen eyleme karar verme ve uygulamasında etik boyutu düşünmeyi gösterir (4., 17., 20., 28. maddeler).
 - **Oryantasyon:** İyi bir bakım için hasta bireyin katılımının sağlanmasını ve sağlık bakım profesyonellerinin hasta bireyle ilişkileri etkileyecek eylemlerini ifade eder (7., 13., 19., 22. maddeler)
- (Tosun, 2005).

Alt boyutlarda yer almayan 3., 23. ve 26. maddeler Lutzen'in faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almamıştır (Tosun, 2005).

ADA'nın Cronbach Alpha değeri Tosun'un araştırmasında 0,84 olarak bildirilmiştir (Tosun, 2005). Bu çalışmada ise cronbach alpha değeri 0,845 olarak belirlenmiştir.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği-ÖKTÖ (Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R) (EK 3)

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, ölümün var olduğu görüşüne dayanan ve ölüme karşı tutumları ölçen bir ölçektir. Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Işık ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (Işık ve ark., 2009).

ÖKTÖ, 26 maddeden oluşmaktadır. 7'li “kesinlikle katılıyorum-kesinlikle katılmıyorum” likert tipi ölçektir (EK 3). Ölçekte ters maddeler (2., 3., 6., 7., 9., 12., 13., 14., 15., 17., 18., 20., 21., 25.) yer almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe ölüme karşı olumlu tutum olarak değerlendirilmektedir (Işık ve ark., 2009).

ÖKTÖ; ölüm korkusu, ölümden sakınma, ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşım kabullenme ve kaçışı kabullenme olmak üzere beş boyutu vardır. Her bir boyut için puan alınabileceği gibi ölçek toplam puanı da elde edilebilmektedir (Işık ve ark., 2009).

Ölçek güvenilir geçerlilik çalışmasında 3 alt boyuta indirgenmiştir ve bu çalışmada da değerlendirmeler bu gruplandırma üzerinden yapılmıştır.

Ölçek alt boyutlarının tanımı aşağıda yer almaktadır:

- **Tarafsız Kabullenme-Yaklaşım Kabullenme:** “tarafsız kabullenme” ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanma, “yaklaşım kabullenme” ölüm olgusunun ölümden sonraki hayata geçiş olduğuna inanma olarak ifade edilmektedir (4., 6., 8., 12., 13., 14.,15., 19., 21., 22., 23., 25. maddeler).
- **Kaçış Kabullenme:** Ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanmayı ifade etmektedir (5., 9., 11., 20., 24. maddeler).
- **Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma:** Bir kimse ölüme yaklaştığında hissettiği korku “ölüm korkusu”, “ölümden kaçınma” ise bireyden kaynaklı ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizması olarak ifade edilmektedir (1., 2., 3., 7., 10., 16., 17., 18., 26. maddeler) (Işık ve ark., 2009).

ÖKTÖ Cronbach Alpha değeri Işık ve arkadaşlarının araştırmasında 0,81 (tarafsız

kabullenme-yaklaşım kabullenme; 0,82, kaçış kabullenme; 0,72 ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma; 0,70) olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise ÖKTÖ Cronbach Alpha değeri 0,846 (tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme; 0,89, kaçış kabullenme; 0,782 ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma; 0,807) olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum vb), mesleki özellikler (çalıştığı birim, birimde çalışma yılı, toplam çalışma yılı vb), ölüm kavramına ilişkin bilgiler (kendi ölümünü ne sıklıkla düşündüğü, daha önce yakınlarında herhangi bir kayıp yaşama, ölümü yaklaşan bireye bakım vermeyi isteme, yoğun bakımda ölüm anında yapılan bakımı yeterli bulma vb), etik kavramına ilişkin bilgiler (mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili bilgi alma durumu, çalıştığı kurumda etik komite varlığını bilme vb), oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA), Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) ortanca ve ortalama puanları oluşturmaktadır.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 23 (Statistical Package For The Social Sciences Version 23.0 for Windows) programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunda Shapiro Wilk testi ve çarpıklık basıklık değerleri incelenerek karar verilmiştir. Normal dağılmayan ADA ölçeği değerlerinin tanıtıcı bilgilere göre karşılaştırılmasında parametrik olmayan yöntemlerden Mann Whitney U testi ile Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ÖKTÖ ölçeği için ise parametrik testlerden bağımsız örnekler t testi ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelenmiş, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma sonuçları Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Samsun il merkezindeki hastanelere ait erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırma kriterlerine uyum sağlayan yoğun bakım hemşireleri ile sınırlandırılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul (27.01.2017/sayı; B.30.2.ODM.0.20.08/6671175) kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur (EK 4). Verileri toplamak amacıyla, Samsun İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterlięi'nden yazılı izin alınmış (EK 5) ilgili kurum ve birim yöneticileri sözel olarak bilgilendirilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırmanın amacı anlatılarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır.



4.BULGULAR

Tablo 2. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=171)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	141	82,5
Erkek	30	17,5
Yaş (32,7 ± 6,4)		
18-27 yaş	40	23,4
28-37 yaş	82	48,0
38 ve üzeri yaş	49	28,7
Medeni durum		
Evli	121	70,8
Bekar	50	29,2
Öğrenim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	16	9,4
Ön lisans	43	25,1
Lisans	91	53,2
Yüksek lisans-Doktora	21	12,3
Çalıştığı Birim		
Dahili Birimler	154	90,1
Cerrahi Birimler	17	9,9
Birimde Çalışma Yılı		
0-2 Yıl	65	38,0
3-5 Yıl	44	25,7
6-8 Yıl	35	20,5
9 yıl ve üzeri	27	15,8
Toplam çalışma yılı		
0-2 Yıl	12	7,0
3-5 Yıl	23	13,5
6-8 Yıl	48	28,1
9 yıl ve üzeri	88	51,5
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu		
Evet	89	52,0
Hayır	82	48,0

Tablo 2. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=171) (devam)

Çalıştığı birimden memnuniyet durumu		
Evet	146	85,4
Hayır	25	14,6
Yoğun bakım sertifikası		
Var	96	56,1
Yok	75	43,9
Toplam		
	171	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %82,5’inin kadın, %70,8’inin evli, %53,2’si lisans mezunu olduğu belirlenmiş olup hemşirelerin yaş ortalaması $32,7 \pm 6,4$ dır.

Hemşirelerin %90,1’i dahili birimlerde çalıştığını, %38’i 0-2 yıldır buldukları birimde çalıştığını, %51,5’i toplam çalışma süresinin 9 yıl ve üzeri olduğunu, %52’si çalıştığı birimi isteyerek seçtiğini, %85,4’ü çalıştığı birimden memnun olduğunu ve %56,1’i yoğun bakım sertifikasına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özellikleri Tablo 3’te yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin içerisinde %60,2’si kendi ölümünü bazen düşündüklerini ve %80,1’i herhangi bir yakınını kaybettiğini ifade etmiştir. Ölen kişilerin yakınlık derecesi sorgulandığında ise %56,9’u 2.derece yakınını kaybettiklerini belirtmiştir. Hemşirelerin %44,4’ü ölüm haberi verme sorumluluğu kendilerine verildiğinde normal bir olay kabul edip söyleyeceklerini, %78,9’u ölüm haberini hekimin vermesi gerektiğini ve %70,2’si ölümle karşılaştığında üzüntü yaşadıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin %71,3’ü ölümle karşılaştıklarında hastanın yaşına ve hastalığına göre verdikleri tepkinin değiştiğini, %65’5’i ölümden diğer hastaların etkilenmesini kısmen önlediklerini, %78,9’u ölümü yaklaşan bireye bakım vermeyi istediklerini, %89,5’i ölüm anında verilen bakımı yeterli bulduğunu bildirmiştir.

Ölüme ilişkin eğitim alma durumu sorgulandığında ise hemşirelerin %40,9’u ölüm sonrası bakım konusunda eğitimini kısmen yeterli bulduğunu ve %77,2’si ölüm hakkında hizmet içi eğitimin gerekli olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=171)

Özellikler	n	%
Kendi ölümünü düşünme sıklığı		
Çok sık	46	26,9
Bazen	103	60,2
Hiç	22	12,9
Bir yakınını kaybetme durumu		
Hayır	34	19,9
Evet	137	80,1
Cevabı evet ise derecesi (n=137)		
1.derece yakını	45	32,8
2.derece yakını	78	56,9
3.derece yakını	31	22,6
Ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde		
Normal bir olay kabul eder söylerim	76	44,4
Nasıl söyleyeceğime karar veremem	75	43,9
Kendimi geri çekerim	20	11,7
Ölüm haberini veren sağlık profesyoneli		
Hekim	135	78,9
Hemşire-Hekim	36	21,1
Ölümlle karşılaştığında hissedilen duygu		
Çaresizlik	34	19,9
Korku	17	9,9
Üzüntü	120	70,2
Ölümlle karşılaştığında verilen tepki		
Kendi ölümümü düşünürüm	8	4,7
Hastanın yaşına ve hastalığına göre değişir	122	71,3
Sık karşılaştığım için alıştım	41	24,0
Ölümden diğer hastaların etkilenmesini önleme durumu		
Evet	41	24
Hayır	18	10,5
Kısmen	112	65,5
Ölümü yaklaşan bireye bakım vermeyi isteme durumu		
Evet	135	78,9
Hayır	36	21,1

Tablo 3. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=171) (devam)

Ölüm anında bakımı yeterli bulma durumu		
Evet	153	89,5
Hayır	18	10,5
Ölüm sonrası bakımda eğitimini yeterli bulma		
Yeterli	35	20,5
Yetersiz	66	38,6
Kısmen yeterli	70	40,9
Ölüm hakkında hizmet içi eğitimin gerekli bulma		
Evet	132	77,2
Hayır	39	22,8
Toplam	171	100

Tablo 4. Hemşirelerinin etik kavramına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Etik eğitimi alma durumu		
Evet	131	76,6
Hayır	40	23,4
Mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma durumu		
Hizmet içi eğitimde aldım	107	62,6
Oryantasyon programında aldım	25	14,6
Eğitim almadım	39	22,8
Mesleki yaşantıda etik ikilem ile karşılaşma durumu		
Sıklıkla	61	35,7
Nadiren	104	60,8
Hiç	6	3,5
Etik problemi çözme şekli		
Tek başına	7	4,1
Yardım alarak	35	20,5
Bazen tek bazen yardım alarak	123	71,9
Etik problem ile karşılaşmadım	6	3,5
Kurumda etik komite varlığı		
Evet	31	18,1
Hayır	39	22,8
Bilgim yok	101	59,1
Toplam	171	100

Hemşirelerin etik kavramına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Hemşirelerin %76,6'sı etik eğitimi aldığını, %62,6'sı mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim içinde etik eğitimi aldığını %60,8'i mesleki yaşantısında nadiren etik ikilemele karşılaştığını, %71,9'u etik problemi bazen tek bazen yardım alarak çözdüğünü ve %59,1'i kurumlarında etik komite olmasına ilişkin bilgilerinin olmadığını bildirmiştir.

Tablo 5. ADA ve ÖKTÖ toplam, alt boyut puan ortalamaları, standart sapma puan değerleri

		Ölçekten alınabilecek	
Ölçek ve Alt Boyutlar		$\bar{x} \pm S.S$	Min - Max
ADA	Otonomi	19,4 ± 6,2	7 - 49
	Yarar Sağlama	12,5 ± 4,1	4 - 28
	Bütüncül Yaklaşım	12,4 ± 5,0	5 - 35
	Çatışma	13,3 ± 3,4	3 - 21
	Uygulama	11,5 ± 4,1	4 - 28
	Oryantasyon	8,6 ± 3,8	4 - 28
	ADA toplam	77,5 ± 18,8	30 - 210
ÖKTÖ	Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme	63,7 ± 13,1	12-84
	Kaçış Kabullenme	18,8 ± 6,7	5-35
	Ölüm Korkusu ve Ölümünden Kaçınma	32,6 ± 10,8	9-63
	ÖKTÖ toplam	115,1 ± 20,2	26-182

* \bar{x} : Aritmetik ortalama, S.S: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Hemşirelerin ADA ve ÖKTÖ toplam, alt boyut puan ortalamaları, standart sapma puan değerleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 77,5±18,8 olarak belirlenirken, en yüksek puan ortalaması 19,4±6,2 ile otonomi, en düşük puan ortalaması 8,6±3,8 ile oryantasyon alt boyutuna aittir. Hemşirelerin ÖKTÖ toplam puan ortalaması 115,1 ± 20,2 olarak saptanmıştır. En yüksek puan ortalaması 63,7±13,1 ile tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme iken, en düşük puan ortalamasının 18,8±6,7 ile kaçış kabullenme alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Cinsiyet							
Kadın	19 (7 - 45)	12 (4 - 25)	11 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	74,5 (43 - 161)
Erkek	17,5 (10 - 33)	14 (6 - 21)	12,5 (8 - 19)	14 (10 - 21)	11,5 (4 - 23)	8 (4 - 17)	80,5 (56 - 125)
	U=2018,5 p=0,695	U=1588,5 p=0,036	U=1578,5 p=0,029	U=1644,5 p=0,055	U=2050,0 p=0,791	U=1975,0 p=0,567	U=1611,0 p=0,046
Yaş							
18-27 yaş	19 (11 - 36)	13 (6 - 21)	13 (6 - 21)	13 (6 - 21)	11 (4 - 23)	8 (4 - 17)	78,5 (49 - 125)
28-37 yaş	19 (10 - 45)	12 (4 - 25)	11,5 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	7 (4 - 28)	74 (48 - 161)
38 yaş ve üzeri	17 (7 - 43)	12 (4 - 25)	10 (5 - 32)	14 (5 - 19)	11 (4 - 26)	8 (4 - 23)	73 (43 - 159)
	$\chi^2= 3,9$ p=0,142	$\chi^2= 1,6$ p=0,457	$\chi^2= 6,3$ p=0,050	$\chi^2= 0,8$ p=0,677	$\chi^2= 0,5$ p=0,777	$\chi^2= 2,8$ p=0,247	$\chi^2=3,9$ p=0,145
Medeni durum							
Evli	18 (7 - 45)	12 (4 - 25)	12 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (45 - 161)
Bekar	19 (10 - 33)	12 (4 - 20)	11 (6 - 26)	13 (5 - 21)	11 (4 - 23)	8 (4 - 18)	75 (43 - 125)
	U=2932,5 p=0,753	U=2816,5 p=0,609	U=2925,5 p=0,735	U=2984,0 p=0,889	U=2837,5 p=0,523	U= 2971,5 p=0,855	U=2889,0 p=0,795

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Öğrenim durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	17,5 (9 - 25)	13 (4 - 21)	11 (6 - 19)	14 (7 - 19)ab	10,5 (4 - 20)	7 (4 - 13)ab	75,5 (53 - 99)ab
Ön lisans	20 (11 - 45)	13 (8 - 21)	14 (6 - 35)	14 (6 - 21)a	11 (6 - 26)	9 (4 - 28)a	84 (55 - 161)a
Lisans	19 (7 - 43)	12 (4 - 25)	11 (5 - 32)	13 (5 - 21)ab	11 (4 - 26)	8 (4 - 23)a	74 (43 - 159)b
Yüksek lisans-Doktora	18 (10 - 28)	11 (5 - 16)	10 (5 - 17)	12 (5 - 21)b	9 (4 - 20)	7 (4 - 12)b	66 (45 - 93)b
	$\chi^2= 3,1$ p=0,379	$\chi^2= 4,4$ p=0,218	$\chi^2= 7,8$ p=0,051	$\chi^2= 10,7$ p=0,013	$\chi^2= 3,4$ p=0,341	$\chi^2= 17,0$ p=0,001	$\chi^2= 12,1$ p=0,007
Çalıştığı birim							
Dahili Birimler	19 (7 - 45)	12 (4 - 25)	12 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (43 - 161)
Cerrahi Birimler	20 (10 - 33)	12 (7 - 18)	11 (6 - 18)	14 (8 - 21)	11 (6 - 23)	8 (4 - 16)	73 (56 - 125)
	U= 1213,5 p=0,621	U= 1158,0 p=0,457	U= 1138,0 p=0,376	U= 1287,5 p=0,911	U= 1272,5 p=0,850	U= 1245,5 p=0,742	U= 1194,0 p=0,580
Birimde çalışma yılı							
0-2 yıl	19 (9 - 36)	12 (4 - 21)	12 (5 - 27)	13 (6 - 21)	10 (4 - 21)	7 (4 - 18)	75 (49 - 124)
3-5 yıl	18,5 (7 - 43)	13 (6 - 25)	12 (5 - 32)	14 (6 - 21)	11 (4 - 26)	9 (4 - 23)	77 (48 - 159)
6-8 yıl	19 (10 - 45)	12,5 (5 - 21)	12 (7 - 35)	13 (5 - 18)	12 (7 - 26)	7 (4 - 28)	75,5 (48 - 161)
9 yıl ve üzeri	17 (8 - 27)	11 (4 - 17)	11 (5 - 26)	13 (6 - 19)	10 (4 - 18)	8 (4 - 17)	68 (43 - 113)
	$\chi^2= 1,2$ p=0,753	$\chi^2= 3,7$ p=0,300	$\chi^2= 3,8$ p=0,285	$\chi^2= 2,1$ p=0,562	$\chi^2= 6,3$ p=0,099	$\chi^2= 1,9$ p=0,598	$\chi^2= 3,5$ p=0,323

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Toplam çalışma yılı							
0-2 yıl	22 (16 - 25)	12 (6 - 21)	14 (8 - 20)	13 (6 - 16)	11 (7 - 15)	8,5 (4 - 15)	82 (49 - 102)
3-5 yıl	19 (13 - 33)	14 (8 - 25)	13 (6 - 21)	13 (7 - 21)	12 (7 - 23)	9 (4 - 16)	80 (56 - 125)
6-8 yıl	18 (10 - 36)	12 (5 - 21)	11 (5 - 27)	13 (6 - 21)	10 (4 - 18)	7 (4 - 18)	73,5 (43 - 126)
9 yıl ve üzeri	18 (7 - 45)	12 (4 - 25)	11 (5 - 35)	14 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	74 (45 - 161)
	$\chi^2=4,8$ p=0,184	$\chi^2=2,0$ p=0,570	$\chi^2=5,3$ p=0,152	$\chi^2=1,5$ p=0,682	$\chi^2=4,2$ p=0,245	$\chi^2=2,3$ p=0,504	$\chi^2=5,2$ p=0,156
Çalıştığı birimi isteyerek seçme							
Evet	18 (7 - 43)	12 (4 - 25)	11 (5 - 32)	13 (5 - 21)	10 (4 - 26)	7 (4 - 23)	73 (43 - 159)
Hayır	20 (10 - 45)	13 (5 - 21)	12 (5 - 35)	13 (6 - 21)	11 (6 - 26)	8 (4 - 28)	78 (48 - 161)
	U= 2987,0 p= 0,040	U= 3352,0 p=0,429	U= 3043,5 p=0,060	U= 3458,5 p=0,554	U= 3164,0 p=0,132	U= 3306,5 p=0,287	U= 2861,5 p=0,020
Çalıştığı birimden memnuniyet							
Evet	18 (7 - 45)	12 (4 - 25)	11 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	7 (4 - 28)	73,5 (43 - 161)
Hayır	22 (13 - 34)	12,5 (6 - 20)	16 (6 - 27)	13 (7 - 19)	12 (8 - 18)	11 (4 - 18)	86,5 (54 - 126)
	U=996,0 p=0,001	U=1730,0 p=0,921	U=990,5 p=0,001	U=1805,5 p=0,932	U=1362,5 p=0,042	U=1172,5 p=0,004	U=1006,0 p=0,001

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Yoğun bakım sertifikası							
Var	18 (7 - 45)	12(4 - 21)	11 (5 - 35)	14 (5 - 21)	11 (4 - 26)	7 (4 - 28)	73 (43 - 161)
Yok	20 (8 - 43)	13 (4 - 25)	12 (6 - 32)	13 (6 - 21)	11 (6 - 26)	9 (4 - 23)	78,5 (48 - 159)
	U= 2819,5	U= 3252,0	U= 2659,0	U= 3458,5	U= 3155,5	U= 2555,0	U= 2743,0
	p=0,015	p=0,344	p=0,003	p=0,658	p=0,165	p=0,001	p=0,011

Ortanca(min-mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kikare test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 6’da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ADA toplam ortanca puan değerlerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; otonomi alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu, çalıştığı birimden memnun olma ve yoğun bakım sertifikası olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin, birimden memnun olanların ve yoğun bakım sertifikası olanların ortanca puan değerleri düşük bulunmuştur.

Araştırmada yarar sağlama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların yarar sağlama ortanca puan değeri erkeklerden düşük bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile cinsiyet, çalıştığı birimden memnuniyet ve yoğun bakım sertifikası olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların, çalıştığı birimden memnun olanların ve yoğun bakım sertifikası olanların ortanca puan değeri düşük bulunmuştur.

Çatışma alt boyutuna bakıldığında; yüksek lisans-doktora mezunu olan hemşirelerin ortanca puan değerleri diğer gruplardan düşük bulunurken, çatışma alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile sadece öğrenim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Uygulama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile çalıştığı birimden memnun olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalıştığı birimden memnun olanların ortanca puan değerlerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Oryantasyon alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile öğrenim durumu, çalıştığı birimden memnun olma durumu ve yoğun bakım sertifikası olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; yüksek lisans-doktora seviyesinde öğrenim durumuna sahip olan, çalıştığı birimden memnun olan ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin ortanca puan değerleri düşük bulunmuştur.

ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile cinsiyet, öğrenim durumu, çalıştığı birimi isteyerek seçme, çalıştığı birimden memnun olma ve yoğun bakım sertifikası olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre kadın, yüksek lisans-doktora mezunu, çalıştığı birimi isteyerek seçen, çalıştığı birimden memnun ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin ADA toplam ortanca puan değeri düşük bulunmuştur.

Tablo 7. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde							
Normal bir olay kabul eder söylerim	18 (7 - 45)	13 (4 - 25)	11,5 (5 - 35)	14 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (45 - 161)
Nasıl söyleyeceğime karar veremem	19 (9 - 36)	12 (4 - 25)	12 (5 - 26)	13 (5 - 21)	11 (4 - 20)	8 (4 - 18)	76,5 (48 - 123)
Kendimi geri çekerim	18 (8 - 27)	11 (4 - 18)	11 (6 - 21)	12 (6 - 17)	11 (6 - 18)	8 (4 - 17)	72 (43 - 111)
	$\chi^2=3,0$ p=0,218	$\chi^2=6,2$ p=0,050	$\chi^2=0,3$ p=0,850	$\chi^2=4,6$ p=0,098	$\chi^2=0,8$ p=0,675	$\chi^2=0,4$ p=0,826	$\chi^2=1,5$ p=0,478
Ölüm haberini veren sağlık profesyoneli							
Hekim	18 (7 - 45)	12 (4 - 25)	12 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (43 - 161)
Hemşire-Hekim	20 (11 - 29)	12 (5 - 18)	11,5 (5 - 26)	13 (5 - 18)	12 (4 - 18)	8 (4 - 17)	76,5 (45 - 113)
	U= 2236,0 p=0,462	U= 2108,5 p=0,245	U= 2287,5 p=0,588	U= 2147,0 p=0,281	U= 2196,0 p=0,374	U= 2424,5 p=0,983	U= 2390 p=0,933
Ölümlerle karşılaştığında hissedilen duygu							
Çaresizlik	18,5 (11 - 34)	12 (5 - 18)	12 (5 - 27)	13 (8 - 21)	12 (4 - 23)	8,5 (4 - 18)	77,5 (45 - 126)a
Korku	19 (12 - 32)	11 (5 - 17)	11 (6 - 27)	13 (5 - 18)	10 (6 - 21)	7 (4 - 18)	73,5 (48 - 124)b
Üzüntü	18,5 (7 - 45)	12,5 (4 - 25)	11 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (43 - 161)ab
	$\chi^2= 1,6$ p=0,445	$\chi^2= 2,4$ p=0,306	$\chi^2= 1,2$ p=0,544	$\chi^2= 0,4$ p=0,808	$\chi^2= 0,4$ p=0,805	$\chi^2= 2,1$ p=0,345	$\chi^2=52,4$ p=0,001

Tablo 7. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Ölümlle karşılaşıldığında verilen tepki							
Kendi ölümümü düşünürüm	19 (13 - 32)	9,5 (5 - 16)a	10,5 (6 - 19)	13,5 (6 - 21)	9,5 (6 - 12)	7,5 (4 - 14)	72 (43 - 101)a
Hastanın yaşına ve hastalığına göre değişir	18 (8 - 45)	12 (4 - 25)ab	12 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (48 - 161)ab
Sık karşılaştığım için alıştım	19 (7 - 30)	13 (4 - 25)b	11 (5 - 21)	14 (6 - 19)	11 (4 - 20)	7 (4 - 16)	76 (45 - 109)b
	$\chi^2=0,325$ p=0,850	$\chi^2=6,792$ p=0,033	$\chi^2=0,993$ p=0,609	$\chi^2=1,702$ p=0,427	$\chi^2=2,770$ p=0,250	$\chi^2=1,914$ p=0,384	$\chi^2=14,304$ p=0,001
Ölüm anında bakımı yeterli bulma							
Evet	18 (7 - 45)	12 (4 - 25)	12 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (43 - 161)
Hayır	19,5 (9 - 34)	12 (4 - 21)	11 (7 - 27)	12,5 (5 - 18)	12 (4 - 18)	8 (4 - 18)	77,5 (48 - 126)
	U=1248,0 p=0,515	U=1129,5 p=0,225	U=1365,5 p=0,954	U=1167,5 p=0,289	U=1249,5 p=0,520	U=1347,0 p=0,879	U=1365,0 p=0,988
Ölüm sonrası bakımda eğitimini yeterli bulma							
Yeterli	17 (7 - 29)a	12 (5 - 20)	11 (5 - 19)	13 (5 - 21)	10 (4 - 20)	7 (4 - 17)	72 (45 - 99)
Yetersiz	18 (8 - 45)ab	13 (4 - 25)	12 (5 - 35)	14 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	77 (43 - 161)
Kısmen yeterli	20 (9 - 36)b	12 (6 - 21)	12 (5 - 26)	13 (7 - 21)	11 (4 - 23)	8 (4 - 17)	76 (55 - 125)
	$\chi^2=7,9$ p=0,019	$\chi^2=0,4$ p=0,819	$\chi^2=2,4$ p=0,299	$\chi^2=0,8$ p=0,681	$\chi^2=1,0$ p=0,601	$\chi^2=5,3$ p=0,072	$\chi^2=3,4$ p=0,182

Tablo 7. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Ölüm hakkında hizmet içi eğitimi gerekli bulma							
Evet	19 (7 - 45)	12 (4 - 25)	11 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	75 (43 - 161)
Hayır	19 (10 - 33)	13 (6 - 21)	12 (5 - 19)	15 (5 - 21)	11 (4 - 23)	7 (4 - 17)	78 (48 - 125)
	U=2441,0	U=2238,5	U=2348,5	U=1976,5	U=2536,5	U=2233,0	U=2323,5
	p=0,624	p=0,240	p=0,405	p=0,027	p=0,890	p=0,207	p=0,392

Ortanca(min-mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kikare test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 7’de hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA ortanca puan değerlerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; otonomi alt boyutu ortanca puan değerinin ölüm sonrası bakımda eğitimini yeterli bulanlarda diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Otonomi alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile sadece ölüm sonrası bakımda eğitimini yeterli bulma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yarar sağlama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile ölümlle karşılaşıldığında verilen tepki arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “kendi ölümümü düşünürüm” ifadesini bildiren hemşirelerin yarar sağlama ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile sorgulanan değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çatışma alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile sadece ölüm hakkında hizmet içi eğitimi gerekli bulma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve hizmet içi eğitimi gerekli bulan hemşirelerin ortanca puan değerlerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Uygulama ve oryantasyon alt boyutlarına ait ortanca puan değeri ile ölüme ilişkin değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile ölümlle karşılaşıldığında hissedilen duygu ve verilen tepki değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; ölümlle karşılaştığında “korku” hissedilen ve tepki olarak “kendi ölümümü düşünürüm” diyen hemşirelerin ADA toplam ortanca puan değerleri diğer gruplara göre düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin etik kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA alt boyutları ortanca puan değerlerinin dağılımı Tablo 8’de gösterilmektedir. Buna göre; otonomi alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve hizmet içi eğitim aldığını bildirenlerde diğer gruplara göre otonomi ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur. ADA toplam ve otonomi alt boyutu dışındaki alt boyutlarına ait ortanca puan değeri ile sorgulanan etik kavramına ilişkin değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Hemşirelerin etik kavramına ilişkin özelliklerine göre ADA ortanca puan değerleri ile karşılaştırılması

Özellikler	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Etik eğitimi alma durumu							
Evet	19 (8 - 43)	12 (4 - 25)	11 (5 - 32)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	7 (4 - 23)	75 (43 - 159)
Hayır	19,5 (7 - 45)	13 (4 - 25)	12 (5 - 35)	14 (6 - 21)	11 (6 - 26)	8,5 (4 - 28)	76,5 (48 - 161)
	U= 2491,5	U= 2497,0	U= 2560,5	U= 2313,5	U= 2509,5	U= 2283,0	U= 2340,5
	p=0,639	p=0,704	p=0,828	p=0,261	p=0,686	p=0,216	p=0,340
Mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma durumu							
Hizmet içi eğitim	18 (7 - 45)a	12 (4 - 21)	11 (5 - 35)	13 (5 - 21)	11 (4 - 26)	8 (4 - 28)	73 (43 - 161)
Oryantasyon eğitimi	23 (11 - 43)b	13 (9 - 25)	14 (7 - 32)	14 (7 - 21)	12 (5 - 26)	7 (4 - 23)	80 (51 - 159)
Eğitim almayan	19 (9 - 29)a	12 (4 - 25)	11 (5 - 21)	13 (6 - 19)	11 (4 - 18)	8 (4 - 16)	77 (45 - 109)
	$\chi^2= 7,1$	$\chi^2= 0,2$	$\chi^2= 3,0$	$\chi^2= 0,6$	$\chi^2= 4,0$	$\chi^2= 0,8$	$\chi^2=5,3$
	p=0,028	p=0,890	p=0,218	p=0,740	p=0,138	p=0,658	p=0,071

Ortanca(min-mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kikare test istatistiği a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 9. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin dağılımı

Özellikler	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam
Cinsiyet				
Kadın	62,5 ± 13,4	18,4 ± 6,8	33,5 ± 11,1	114,4 ± 21,1
Erkek	69,4 ± 9,4	20,9 ± 6,3	28,3 ± 8,4	118,6 ± 15,7
	t= -2,7	t= -1,9	t= 2,4	t= -1,0
	p=0,008	p=0,062	p=0,016	p=0,299
Yaş				
18-27 yaş	20,5 ± 5,3	13,1 ± 3,5a	13,3 ± 3,7	120,2±17,8
28-37 yaş	19,4 ± 6	12,5 ± 4ab	12,1 ± 4,8	114,3±15,8
38 yaş ve üzeri	18,5 ± 6,9	12 ± 4,6b	11,9 ± 6,2	112,4±27,2
	F= 0,611	F= 3,468	F=0,378	F=1,8
	p=0,544	p=0,033	p=0,686	p=0,167
Medeni durum				
Evli	63 ± 14	17,8 ± 6,5	32,8 ± 11,4	113,5 ± 21,4
Bekar	65,5 ± 10,4	21,4 ± 6,8	32,1 ± 9,4	118,9 ± 16,8
	t=-1,2	t=-3,3	t=0,4	t= -1,6
	p=0,254	p=0,001	p=0,695	p=0,114
Öğrenim durumu				
Sağlık Meslek Lisesi	69,4 ± 13,7	24 ± 8a	29,2 ± 11,5	122,6 ± 23,8
Ön lisans	60,4 ± 15,1	17,8 ± 6,3b	33,2 ± 9,1	111,5 ± 21
Lisans	64,3 ± 12,5	18,8 ± 6,2b	32,5 ± 10,7	115,6 ± 18,6
Yüksek lisans-Doktora	63,5 ± 9	17 ± 7,5b	33,9 ± 13,8	114,4 ± 22,4
	F=2,0	F=4,2	F=0,7	F= 1,2
	p=0,112	p=0,007	p=0,567	p=0,304
Çalıştığı birim				
Dahili Birimler	62,9 ± 13,4	18,8 ± 6,8	32,3 ± 10,8	113,9 ± 20,6
Cerrahi Birimler	71,5 ± 6	19,1 ± 5,9	35,1 ± 10,6	125,6 ± 13,4
	t= -4,773	t= -0,158	t= -1,025	t= -2,3
	p=0,001	p=0,875	p=0,307	p=0,023

Tablo 9. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam
Birimde çalışma yılı				
0-2 yıl	63,2 ± 12	19,4 ± 6,5	32,8 ± 10	115,5 ± 18,9
3-5 yıl	63,5 ± 14,8	17,6 ± 7	33 ± 10,6	114,1 ± 23,1
6-8 yıl	64,1 ± 10,9	19,3 ± 5,9	33 ± 11,2	116,3 ± 15,2
9 yıl ve üzeri	64,9 ± 15,7	18,8 ± 8	30,7 ± 12,8	114,3 ± 24,7
	F=0,1 p=0,955	F=0,7 p=0,558	F=0,3 p=0,805	F=0,1 p=0,962
Toplam çalışma yılı				
0-2 yıl	67 ± 7,3	21,9 ± 2,8a	33,6 ± 9,3	122,5 ± 13,5
3-5 yıl	64,9 ± 12,1	21,4 ± 7,1ab	33,2 ± 8,5	119,6 ± 15,2
6-8 yıl	65,6 ± 10,1	19,4 ± 6,6ab	32,1 ± 11,1	117,1 ± 15,7
9 yıl ve üzeri	61,9 ± 15,1	17,4 ± 6,8b	32,5 ± 11,5	111,8 ± 23,7
	F=1,2 p=0,313	F=3,6 p=0,016	F=0,1 p=0,967	F=1,9 p=0,138
Çalıştığı birimi isteyerek seçme				
Evet	62,3 ± 14,6	18,1 ± 7,4	31,3 ± 11,2	111,7 ± 22,1
Hayır	65,3 ± 11	19,6 ± 5,9	34 ± 10,3	118,8 ± 17,4
	t=-1,5 p= 0,142	t=-1,5 p=0,145	t=-1,7 p=0,099	t=-2,3 p=0,020
Çalıştığı birimden memnuniyet				
Evet	63,6 ± 13,4	18,5 ± 6,9	32,4 ± 11	114,5 ± 20,9
Hayır	64,3 ± 10,9	20,4 ± 5,9	33,8 ± 9,8	118,5 ± 16,1
	t=-0,2 p=0,819	t=-1,3 p=0,204	t=-0,6 p=0,539	t=-0,9 p=0,369
Yoğun bakım sertifikası				
Var	63,6 ± 13,9	18,1 ± 6,8	31,4 ± 11,7	113,1 ± 21,8
Yok	63,8 ± 12	19,7 ± 6,6	34,1 ± 9,5	117,6 ± 17,9
	t=-0,1 p=0,919	t=-1,5 p=0,144	t=-1,7 p=0,100	t=-1,4 p=0,153

Ortalama ± standart sapma, t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 9’da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre KT alt boyut ortalama puan değerlerinin dağılımı yer almaktadır.

Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile cinsiyet ve çalışılan birim değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; erkek hemşirelerin ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Kaçış kabullenme alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve toplam çalışma yılı değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 18-27 yaş grubu hemşirelerin, bekar hemşirelerin ve sağlık meslek lisesi mezunlarının kaçış kabullenme puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Toplam alışma yılı arttıkça kaçış kabullenme ortalama puan değeri azaldığı ve 0-2 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0,016$).

Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutuna ait puan ortalamasına bakıldığında; cinsiyet değişkeni ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve kadınların puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KT toplamına ait ortalama puan değerine bakıldığında ile çalışılan birim ve çalıştığı birimi isteyerek seçme değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre cerrahi birimlerde çalışan ve çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçmeyen hemşirelerin KT toplam ortalama puan değerleri diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin dağılımı

Özellikler	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam
Ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde				
Normal bir olay kabul eder söylerim	64,4 ± 15,3	19,8 ± 7,5	29,4 ± 11,2a	113,6 ± 23,7
Nasıl söyleyeceğime karar veremem	63 ± 10,9	18,1 ± 6	34,6 ± 9,7b	115,7 ± 16,8
Kendimi geri çekerim	63,9 ± 11,7	17,9 ± 6,2	37,1 ± 10,6b	118,8 ± 17,9
	F=0,2 p=0,817	F=1,4 p=0,256	F=6,7 p= 0,002	F=0,6 p=0,562
Ölüm haberini veren sağlık profesyoneli				
Hekim	63,7 ± 13,4	18,7 ± 6,8	31,6 ± 10,4	114 ± 19,9
Hemşire-Hekim	63,8 ± 11,7	19,6 ± 6,8	36,2 ± 11,9	119,3 ± 21,4
	t=-0,027 p=0,978	t=-0,548 p=0,585	t= -2,292 p= 0,023	t=-1,4 p=0,159
Ölümlle karşılaşıldığında hissedilen duygu				
Çaresizlik	64,1 ± 14,7	18,8 ± 7,5	33,2 ± 11,5	116,1 ± 23,5
Korku	61,6 ± 16,2	20,9 ± 8,4	32,1 ± 10,3	114,7 ± 26
Üzüntü	63,9 ± 12,1	18,5 ± 6,2	32,5 ± 10,8	114,9 ± 18,5
	F=0,242 p=0,786	F=0,968 p=0,382	F=0,074 p=0,929	F=0,1 p=0,946
Ölümlle karşılaşıldığında verilen tepki				
Kendi ölümümü düşünürüm	65,8 ± 8,5	17,9 ± 7,4	37,5 ± 15,4a	121,1 ± 22,7
Hastanın yaşına ve hastalığına göre değişir	64,3 ± 12,7	18,9 ± 6,4	33,5 ± 10,1ab	116,6 ± 18,4
Sık karşılaştığım için alıştım	61,7 ± 14,7	18,9 ± 7,7	28,8 ± 11,1b	109,4 ± 24,2
	F= 0,689 p=0,503	F =0,080 p=0,923	F =3,902 p= 0,022	F=2,4 p=0,097

Tablo 10. Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin dağılımı (devam)

Özellikler	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam
Ölüm anında bakımı yeterli bulma				
Evet	62,6 ± 13,1	18,4 ± 6,7	33,1 ± 10,8	114,1 ± 20,6
Hayır	72,9 ± 7,7	22,6 ± 5,7	28,4 ± 10,5	123,9 ± 14,2
	t=-3,3 p=0,001	t=-2,5 p=0,012	t=1,7 p=0,083	t=-1,9 p=0,051
Ölüm sonrası bakımda eğitimi yeterli bulma				
Yeterli	60,5 ± 16,1	18,5 ± 7,4	30,9 ± 11,7	109,9 ± 25,3
Yetersiz	63,8 ± 12,9	18,7 ± 7	34,3 ± 10,7	116,9 ± 20,6
Kısmen yeterli	65,2 ± 11,3	19 ± 6,2	31,7 ± 10,4	116 ± 16,6
	F=1,5 p=0,225	F=0,1 p=0,930	F=1,5 p=0,216	F=1,5 p=0,228
Ölüm hakkında hizmet içi eğitimi gerekli bulma durumu				
Evet	64 ± 12,7	19 ± 6,8	33,2 ± 11,3	116,3 ± 20,9
Hayır	62,6 ± 14,2	18,2 ± 6,8	30,4 ± 8,9	111,2 ± 17,7
	t=0,6 p=0,557	t=0,6 p=0,524	t=1,5 p=0,147	t=1,4 p=0,172

Ortalama ± standart sapma, t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 10’da hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin özellikleri ile ÖKTÖ alt boyut ortalama puan değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarına ait ortalama puan değeri ile sadece ölüm anında verilen bakımı yeterli bulma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ölüm anında verilen bakımı yeterli bulmayan hemşirelerin tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile ölüm haberi verme sorumluluğu, ölüm haberini veren sağlık profesyoneli, ölümlle karşılaşıldığında verilen tepki değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ölüm haberini verme sorumluluğu hemşireye verildiğinde “kendimi geri çekerim”, ölüm haberini “hemşire ve hekim” birlikte vermeli ve ölümlle karşılaşıldığında verilen tepkide “kendi ölümümü düşünürüm” diyenlerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. ÖKTÖ toplamına ait ortalama puan değeri ile ölüm kavramına ilişkin sorgulanan değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Hemşirelerin etik kavramına ilişkin özelliklerine göre ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin dağılımı

Özellikler	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Toplam
Etik eğitimi alma durumu				
Evet	65,2 ± 11,4	18,9 ± 6,9	32,4 ± 10,8	116,5 ± 18,7
Hayır	59 ± 16,8	18,4 ± 6,5	33 ± 11	110,4 ± 24,2
	t=2,184 p=0,034	t=0,414 p=0,679	t=-0,272 p=0,786	t=1,7 p=0,091
Mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma durumu				
Hizmet içi eğitim	63,5 ± 13,5	18,7 ± 6,5	31,3 ± 10,3a	113,4 ± 20
Oryantasyon eğitimi	66,7 ± 8	17,9 ± 6,7	32,4 ± 9,9ab	117 ± 15,1
Eğitim almayan	62,5 ± 14,3	19,8 ± 7,4	36,3 ± 12,2b	118,5 ± 23,6
	F= 0,826 p=0,440	F= 0,631 p=0,533	F=3,127 p=0,046	F=1,1 p=0,354

Ortalama ± standart sapma, t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği

Hemşirelerin etik kavramına ilişkin özellikleri ile ÖKTÖ alt boyut ortalama puan değerlerinin dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile etik eğitimi alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve etik eğitimi alan hemşirelerde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,034$).

Kaçış kabullenme alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile sorgulanan etik kavramına ilişkin değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$), ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayanların ortalama puan değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,046$).

Tablo 12. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği arasındaki ilişki

ÖKTÖ	Tarafsız Kabullenme- Yaklaşım Kabullenme	Kaçış kabullenme	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	ÖKTÖ Toplam
ADA				
Otonomi	-0,106	-0,033	-0,011	-0,097
Yarar Sağlama	-0,217**	-0,161*	-0,031	-0,264*
Bütüncül Yaklaşım	-0,114	-0,119	0,016	-0,136
Çatışma	0,093	-0,077	-0,051	-0,014
Uygulama	-0,093	-0,182*	-0,050	-0,162*
Oryantasyon	-0,223**	-0,084	0,113	-0,131
ADA toplam	-0,154*	-0,147	-0,013	-0,200*

* $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı, ** $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı

Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 12’de sunulmuştur. Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme ile yarar sağlama, oryantasyon ve ADA toplam ortalama puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki, kaçış kabullenme ile yarar sağlama ve uygulama alt boyutlarına ait ortalama puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ile ADA alt boyut ortalama puanları ve ADA toplam ortalama puanları arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. ÖKTÖ ortalama toplam puanına bakıldığında ise yarar sağlama, uygulama ve ADA ortalama toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Bu araştırma sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin Ahlaki Duyarlılık Anketi'nden aldıkları toplam puan ortalaması $77,5 \pm 18,8$ iken, en yüksek puan ortalaması otonomi, en düşük puan ortalaması oryantasyon alt boyutuna aittir (Tablo 5). Ölçek değerlendirmesi düşünüldüğünde, yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde etik duyarlılığa sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 5). Kahriman ve Çalık (2017)'in araştırmasında klinik hemşirelerin etik duyarlılıkları yüksek olarak belirlenirken, yoğun bakımda yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin etik duyarlılık seviyelerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013; Arslan, 2017). Çin'de yapılan bir araştırmada hemşirelerin etik duyarlılık seviyeleri yüksek bulunurken (Huang ve ark., 2016), Brezilya'da (Dalla Nora ve ark., 2017) ve İran'da (Imani ve ark., 2013; Borhani ve ark., 2017) yoğun bakım hemşireleri ile yapılan araştırmalarda orta düzeyde bulunmuştur. Jamshidian ve ark. (2018) kritik bakım alanlarında çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini orta olarak bildirmiştir. Bu araştırma sonucunun hemşirelerin etik duyarlılıklarına ilişkin yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (Tosun, 2005; Aksu ve Akyol, 2011; Jaafarpour ve Khani, 2012; Ertuğ ve ark., 2014; Filizöz ve ark., 2015; Tazegün ve Çelebioğlu, 2016; Arslan ve ark., 2017; Fırat ve ark., 2017; Temiz ve ark., 2017).

Bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $115,1 \pm 20,2$ 'dir. Araştırmada en yüksek puan ortalaması tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme alt boyutuna ait iken en düşük puanı ortalamasının kaçış kabullenme alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ölçek değerlendirilmesine bakıldığında hemşirelerin ölüme karşı tutumları orta düzeyde bulunmuştur. Zaybak ve Erzincanlı (2016)'nın araştırmasında, Yılmaz ve Vermişli (2015)'nin yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin ölüme karşı tutumları orta derecede bulunmuştur.

Maria ve ark. (2011)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin en çok tarafsız kabullenme, en az kaçış kabullenme yaklaşımında oldukları belirlenmiştir. Benli ve Yıldırım (2017)'in hemşirelerin yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hemşirelerin en çok tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme yaklaşımında olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde benzer sonuçlar gösteren araştırmalara rastlanmaktadır (Lange ve ark., 2008; Gama ve ark., 2012). Buna karşın Çin'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin ölümden kaçınma ve tarafsız kabullenme puan ortalamaları düşük bulunmuş; ölümlü, ölümden sonra mutlu bir yaşama geçiş olarak belirten yaklaşım kabullenme boyutu puanı yüksek bulunmuştur (Wang ve ark., 2018). Bir diğer çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin en az tarafsız kabullenme tutumunu benimsedikleri belirtilmiştir (Yılmaz ve Vermişli, 2015). Bu araştırma sonucu daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (Lange ve ark., 2008; Maria ve ark., 2011; Gama ve ark., 2012; Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Bunun yanında araştırma sonuçları ile ilgili farklı sonuçlara da rastlanmıştır (Yılmaz ve Vermişli, 2015; Wang ve ark., 2018). Literatürde farklılık gösteren çalışmaların bulunması hemşirelerin sosyal, kültürel, dini ve kişisel özellikleri ile ilişkilendirilmiştir.

Hemşirelerin Sosyo-Demografik, Mesleki Özellikleri ve Etik-Ölüm Kavramına İlişkin Özelliklerine Göre ADA Bulgularının Tartışılması

Sosyo-demografik ve mesleki verilere göre ADA alt boyutları incelendiğinde; otonomi alt boyutuna ait ortalama puan değerinin sosyo-demografik değişkenlerden etkilenmediği; çalıştığı birimi isteyerek seçen, çalıştığı birimden memnun olan, yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerde otonomiye ilişkin duyarlılığın yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (Tablo 6) ($p<0.05$). Araştırma sonucu daha önce yapılan araştırma sonucu ile uyumlu bulunmuştur (Arslan, 2017). Kahrman ve Çalık (2017)'in çalışmasında mesleğini severek yapan hemşirelerin otonomi boyutuna ait yüksek duyarlılık gösterdikleri ancak etik konusunda eğitim alan hemşirelerin otonomiye ilişkin duyarlılıklarının düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Otonomi, hemşirenin hastasını değerlendirmesi, uygun hemşirelik uygulamalarını belirlemesi ve yapabilmesi için mesleki değerleri doğrultusunda özgür karar vermesini ifade eder (Daşbilek, 2016). Literatürde mesleğin özelliği ve sorumlulukları ne olursa olsun, bireyin kendi isteği doğrultusunda çalışması ve mesleğini sevmesi bireyin motivasyonunu dolayısıyla

otonomisini arttırdığı belirtilmiştir (Tosun, 2005). Bu bağlamda bakıldığında çalıştığı birimden memnun olan, çalıştığı birimi isteyerek seçen ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin otonomi duyarlılıklarının yüksek olması beklenen sonuçlardandır.

Yarar sağlama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve kadın hemşirelerin yarar sağlamaya ilişkin duyarlılıklarının erkek hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Literatürde cinsiyet değişkeninin yarar sağlamaya ilişkin duyarlılık üzerine etkisi olmadığını bildiren araştırmalar vardır (Arslan, 2017; Kahrıman ve Çalık, 2017). Gilligan, kadınların ahlaki karar verme sürecinde erkeklere göre başka bireylerin bakım ve korunmasını göz önünde bulundurmaya, onları incitmekten sakınmaya daha eğilimli olduklarını belirtmiştir (Aktaran: Çam ve ark., 2012). Dolayısıyla araştırmada kadın hemşirelerin yarar sağlama duyarlılık düzeylerinin yüksek bulunması hem kadınların bu özellikleri hem de örnekleme kadın hemşire sayısının erkek hemşire sayısından fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

Kadın hemşirelerin, çalıştığı birimden memnun olanların ve yoğun bakım sertifikası olanların bütüncül yaklaşım duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Sorgulanan bu değişkenlerle bütüncül yaklaşım alt boyutu ortanca puan değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Arslan (2017)'ın araştırmasında kadınların bütüncül yaklaşım duyarlılık düzeyi yüksek bulunmuş ancak kurs, sertifika gibi eğitim programlarının etkisi olmadığı bildirilmiştir. Hemşireler ile yapılan bir diğer araştırmada mesleği sevme durumunun bütüncül yaklaşımı etkilediği ve mesleğini severek yapanların bütüncül yaklaşım duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Kahrıman ve Çalık, 2017). Bütüncül yaklaşım, hemşirelerin hem hastaya zarar vermeyecek hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemlerini ifade etmektedir. Kadınlar karşılaştıkları ahlaki ikilemlere karar verirken insanların gereksinimlerini göz önünde bulundurmaya daha fazla eğilimlidir. Gilligan, kadınların kişiler arası ilişkilerde, duygusal bağlılığın devam ettirilmesinde; bakım sorumluluğunu üstlenme gibi ahlaki özellikler gösterdiğini belirtmiş ve bu durumun çocukluk dönemindeki eğitimle ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Gilligan ve Wiggins, 1987). Kadın hemşirelerde bütüncül yaklaşım duyarlılığının bu nedenle yüksek olduğu düşünülmüştür. Benzer şekilde çalıştığı birimden memnun olma ve yoğun bakım sertifikasına sahip olma

durumu çalışılan ortama adaptasyonu kolaylaştırmakta, mesleki öz güveni pekiştirmektedir. Bu durumun sonuçları etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmada çatışmaya ilişkin duyarlılığın, yüksek lisans-doktora mezunu olan hemşirelerde yüksek olduğu ve öğrenim durumu değişkeni ile çatışma alt boyutu ortanca puan değeri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6). Araştırmanın sonucu Arslan (2017)'in yapmış olduğu araştırma sonucu ile tutarlı bulunmuştur. Literatürde istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın ön lisans ve lisans mezunlarının sağlık meslek mezunlarına göre çatışma duyarlılık düzeyinin yüksek olduğunu bildiren araştırmalar vardır (Kahriman ve Çalık, 2017; Temiz ve ark., 2017). Hemşirelik eğitiminde özellikle lisans ve lisansüstü düzeyde etik ve çatışma yönetimine ilişkin dersler müfredat içerisine dahil edilmiştir. Dolayısıyla çatışmaya ilişkin duyarlılığın bu gruplarda yüksek bulunması bu durum ile ilişkilendirilmiştir.

Uygulama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile çalıştığı birimden memnun olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0,05$) çalıştığı birimden memnun olanlarda uygulama duyarlılık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Pekcan'ın araştırmasında mesleğini severek yapan ve çalıştığı birimi kendi seçen hemşirelerin uygulama alt boyut duyarlılıkları yüksek bulunmuştur (Pekcan, 2007). Uygulama alt boyutu, eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi ifade etmektedir. Hemşireler karar verme davranışlarının yüksek olduğu iş ortamlarını seçmekte, bu ortamlarda eyleme karar vermede daha başarılı, uygulamalarda daha atılğan olmaktadır (Azak ve Taşçı, 2009). Bu durumun sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Bu araştırmada öğrenim durumu yüksek olan, çalıştığı birimden memnun olan ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerde oryantasyon duyarlılık düzeyi yüksek bulunmuş (Tablo 6) ve sorgulanan bu değişkenler ile oryantasyon alt boyutu ortanca puan değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde benzer şekilde yüksek lisans-doktora mezunlarının oryantasyon duyarlılıklarının yüksek olduğunu gösteren araştırmalar vardır (Aksu ve Akyol, 2011; Arslan, 2017; Temiz ve ark., 2017). Pekcan (2007)'in araştırmasında da mesleğini severek yapan hemşirelerin oryantasyon duyarlılıkları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın bu sonucu literatür ile uyumludur.

Araştırmada ADA toplamına bakıldığında kadın hemşirelerin, yüksek lisans-doktora mezunu olan, çalıştığı birimi isteyerek seçen, çalıştığı birimden memnun olan ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Cinsiyet, çalıştığı birimi seçme, çalıştığı birimden memnun olma ve yoğun bakım sertifikası olma değişkenleri ile ADA toplam ortanca puan değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde etik duyarlılık ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar (Tosun, 2005; Kahriman ve Çalık, 2017) olmasına rağmen bu araştırmada olduğu gibi Borhani ve ark. (2015)'nin hemşirelerle yaptıkları araştırmalarında benzer şekilde kadınların etik duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyinin artmasıyla etik eğitime verilen önem artmaktadır bununla ilişkili olarak alınan eğitimle paralel olarak etik duyarlılık artmaktadır. Ertuğ ve ark. (2014)'nin araştırmasında da öğrenim durumu arttıkça etik duyarlılık düzeyi arttığı belirtilmiştir. Palazoğlu ve Koç (2017)'un acil servis hemşireleri ile yaptıkları araştırmada çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin etik duyarlılıkları yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Bu araştırmada elde edilen ilgili sonuç literatür ile paraleldir.

Araştırmada ADA alt boyutlarından, otonomi alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile ölüm sonrası bakımda eğitimini yeterli bulma değişkeni, yarar sağlama alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile 'ölümle karşılaşıldığında verilen tepki' değişkeni, çatışma alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile 'ölüm hakkında hizmet içi eğitimi gerekli bulma' değişkeni arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarına ait ortanca puan değeri ile sorgulanan değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 7). Buna göre ölüm sonrası bakıma ilişkin eğitimini yeterli bulan hemşirelerin otonomi duyarlılıkları yüksek bulunmuştur. Literatürde ölüm eğitiminin ölüm olgusu karşısında hemşirenin farkındalık geliştirmesini sağlayarak, gerekli olan bilgi, psikososyal beceri ve kültürel duyarlılığın kazanılmasında yararlı olabileceği belirtilmektedir (Yılmaz ve Vermişli, 2015). Dolayısıyla konuya ilişkin farkındalığın gelişmesi o duruma ilişkin otonomiye desteklemektedir. "Kendi ölümümü düşünürüm" diyenlerin yarar sağlama duyarlılık düzeyi yüksek bulunmuştur. Kendi ölümünü düşündüğünü ifade eden hemşireler karşılaştıkları ölüm durumlarında empatik davranabilmektedir. Empati, klinik karar vermenin önemli bir göstergesi ve bakım

sürecinde etik duyarlılığın yansımasıdır. Klinik empati, hastanın gereksinimlerinin belirlenerek yarar sağlayıcı olmaya yardımcı olur (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017). Araştırmada ölüm hakkında hizmet içi eğitimi gerekli bulan hemşirelerin çatışma duyarlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Ölüm eğitimi okul müfredatında verilmesine rağmen mezuniyet sonrası da desteklenmesi gerekmektedir (İnci ve Öz, 2012). Ölüm hakkında verilen hizmet içi eğitimlerde yas, kötü haber verme ve çatışma yönetimine ilişkin konular yer almaktadır. Dolayısıyla bu eğitimin gerekliliğine inanan hemşirelerin çatışmaya ilişkin duyarlılıklarının yüksek olması literatür ile uyumludur.

Hemşirelerin ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile ölümlle karşılaştıklarında hissettikleri duygu ve verdikleri tepki değişkenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Ölümlle karşılaştıklarında korku hissedenlerin ve ölümlle karşılaştığında kendi ölümünü düşünenlerin ahlaki duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Literatürde korkunun tehlike düşüncesinden oluşan duygusal bir tepki olduğu ifade edilmektedir. Birey kontrolü dışında bir durumda olduğunu düşündüğünde daha çok duyguya odaklı baş etme tarzını seçmektedir ve birey olay üzerinde hakimiyeti olmadığını düşünerek çaresizlik ve korku yaşamaya başlar. Birey, ileri derecede korku ve çaresizlik yaşadığında olaylardan mümkün olduğunca kaçma davranışına yönelmektedir (Gençöz, 1994). Bu iki sonuç birbiri ile ilişkili olabilecek niteliktedir. Ölüm olgusuyla karşılaşan hemşire empati kurarak kendi ölümünü düşünerek korku hissine kapılabilir. Bu hemşirelerin Ahlaki duyarlılıklarının yüksek bulunması, empati yeteneği ile açıklanabilir.

Araştırmada ADA ve alt boyutlarına ait ortanca puan değeri ile etik eğitimi alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) sadece otonomi alt boyutuna ait ortanca puan değeri ile mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve hizmet içi eğitimde etik eğitimi alanların otonomi duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Yapılan araştırmalarda etik eğitiminin ADA ve alt boyutlarını etkilemediği gösteren araştırmalar (Pekcan, 2007) olmasına karşın etkilediğini bildiren araştırmalar da vardır (Daşbilek, 2016). Bu durum verilen etik eğitiminin içeriği, süresi ile ilişkilendirilebilir. Kurumlara göre eğitim içeriğinin, süresinin farklılık göstermesi etik duyarlılığı etkilediği dolayısıyla literatür sonuçlarında değişkenliğe neden olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin Sosyo-demografik, Mesleki Özellikleri ve Etik-Ölüm Kavramına İlişkin Özelliklerine göre ÖKTÖ Bulgularının Tartışılması

Araştırmada tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme yaklaşımına ait ortalama puan değeri ile cinsiyet ve çalışılan birim değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve erkek hemşirelerin, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme tutumunu benimsedikleri belirlenmiştir (Tablo 9). Yunanistan'da yapılan bir araştırmada daha çok erkek hemşirelerin yaklaşım kabullenme tutumunu benimsedikleri bildirilirken (Maria ve ark., 2011), Portekiz'de yapılan bir araştırmada kadın hemşirelerin yaklaşım kabullenme tutumunu gösterdikleri bildirilmiştir (Gama ve ark., 2012). Bilge ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmasında kadınların tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmalardaki farklılıkların toplumsal farklılıklar ve özellikle kültürün cinsiyete yüklediği görevler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme tutumuna ait puan ortalamalarının çalışılan birim ile karşılaştırıldığında cerrahi yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin bu tutumu daha fazla benimsedikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bir başka araştırmada göğüs kalp damar cerrahisi-koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tarafsız kabullenme tutumunu benimsedikleri ve çalışılan birim ile tarafsız kabullenme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve Vermişli, 2015). Menekli ve Fadılloğlu (2014)'nin araştırmasında dahili birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere göre ölümü kabul edilmesi gereken zorlu bir süreç olarak ifade ettikleri bildirilmiştir. Cerrahi birimlerin özellikli alanlar olması, cerrahi hastalarının yoğun bakım yatışlarının dahili hastalara göre daha kısa sürmesi, cerrahi birimlerde hasta sirkülasyonun fazla olması gibi nedenlerden dolayı bu birimlerde çalışan hemşirelerin tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme tutumunu daha çok benimsedikleri söylenebilir.

Kaçış kabullenme alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve toplam çalışma süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9). 18-27 yaş grubunda, bekar olanlarda, sağlık meslek lisesi mezunlarında ve toplam çalışma yılı 0-2 yıl olanlarda kaçış kabullenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Literatürde genç yaş

grubunun kaçış kabullenme puanlarının yüksek bulunduğu araştırmalara rastlanmaktadır (Lange ve ark, 2008; Benli ve Yıldırım, 2017). Buna karşın Ürdün’de yapılan bir araştırmada 30-39 yaş grubunun kaçış kabullenme puan ortalaması, 20-29 yaş grubunun puan ortalamasından yüksek bulunmuştur (Abu Hasheesh ve ark., 2013). Yaşın kaçış kabullenme boyutunu etkilemediğini belirten araştırmalarda bulunmaktadır (Wafa ve ark., 2010; Maria ve ark., 2011; Gama ve ark., 2012; Yılmaz ve Vermişli, 2015; Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Araştırmada genç hemşirelerin ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik acısından kurtaracağına inandıklarını, ölümün acıdan kaçış olduğunu düşündüklerini görölmektedir. Ölüme karşı tutumlar bireysel farklılıklara, topluma ve kültüre göre farklılık göstermektedir (Karakuş ve ark., 2012), literatürde farklı sonuçların olması bu durumla ilişkilendirilebilir.

Menekli ve Fadiloğlu (2014)’nın araştırmasında da evli hemşirelerin bekarlara göre ölümü kabul edilmesi gereken zorlu süreç olarak gördükleri bildirilmiştir. Bu araştırmanın aksine Önsöz (2013)’ün çalışmasında evli hemşirelerin daha çok kaçış kabullenme tutumunu benimsedikleri bulunmuştur. Gama ve ark. (2012)’nin araştırmasında medeni durumun ölüme karşı tutum üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu araştırmanın bulgusu literatür ile farklılık göstermekte, bekarların kaçış kabullenmede daha olumlu bir tutuma sahip olduğu görölmektedir (Tablo 9). Bu durum bekarların sorumlulukları ile baş başa kaldıkları, bu süreçte bir eř desteği olmadığı için ölümü acıdan kaçış olarak algıladıkları şeklinde yorumlanmıştır. Evliler için ölümlerinden sonra geride eř ve çocuklarını bırakacak olmaları, yarım kalmış bir aile yaşamının olması gibi etkenler ölüme karşı olumsuz tutum geliştirmelerine sebep olabilmektedir (Karakuş ve ark., 2012). Öğrenim durumu ile bu araştırmanın aksine literatürde öğrenim düzeyi arttıka kaçış kabullenme alt boyutunda olumlu tutum geliştiğini gösteren çalışmalar yer almaktadır (Işık ve ark., 2009; Wafaa ve Nahed, 2010; Benli ve Yıldırım, 2017). Araştırmada toplam çalışma yılı azaldıkça kaçış kabullenme tutumunu benimseme durumu artmaktadır. Literatürde de mesleki deneyimin kaçış kabullenme alt boyutunu etkilediği belirtilmektedir (Işık ve ark., 2009; Gama ve ark., 2012). Abu Hasheesh ve ark. (2013)’nin çalışmasında da mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hemşirelerin kaçış kabullenme puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Lange ve ark. (2008)’nin 355 onkoloji hemşiresi ile yaptıkları araştırmada ise 11 yıldan daha fazla

çalışan hemşirelerin kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma boyutuna ait ortalama puan değeri ile cinsiyet değişkeni arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve kadın hemşirelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Araştırmanın bu bulgusu Benli ve Yıldırım (2017)'ın araştırmasını destekler niteliktedir. Maria ve ark. (2011)'nin araştırmasında erkek hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları yüksek bulunmuştur. Abu Hasheesh ve ark. (2013)'nin araştırmasında erkek hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalamaları kadınlardan yüksek bulunmuştur. Ölümün varlığı birey için korku vericidir. Hayatta var olan ya da olması istenen roller arttıkça ölüm korkusunun düzeyi artmaktadır (Sezer ve Paya, 2009). Araştırmada bireyin ölüme yaklaştığında ortaya çıkan kaygı ve korku hissinden korunmak için kadın hemşirelerin ölüm hakkında düşünmekte ve konuşmakta daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmektedir. Bu durum toplumumuzda kadınların duygularını daha kolay ifade edebilmesi erkeklerin daha çok duygularını içlerinde yaşamalarıyla, toplumsal ve kültürel yapı ile ilişkilendirilmiştir.

ÖKTÖ toplam puan ortalaması ile çalışılan birim ve çalıştığı birimi seçme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), cerrahi birimde çalışan ve çalıştığı birimi kendi seçmeyen hemşirelerin ÖKTÖ ortalama puan değerlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Ay ve Öz (2018)'ün araştırmasında yetişkin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüme karşı daha olumsuz tutum geliştirdikleri bildirilmiştir. Bunun aksine Dunn ve arkadaşlarının cerrahi ve onkoloji hemşireleri ile yaptıkları araştırmada ölmekte olan hastalara daha çok maruz kalan hemşirelerin daha pozitif tutumlar sergilediklerini bildirmiştir (Dunn ve ark., 2005). Ülkemizde Çevik (2010)'in araştırmasında onkoloji kliniği ve cerrahi yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumunun diğer kliniklere göre daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada olduğu gibi yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir araştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen çalıştığı birimi kendi seçmeyen hemşirelerin ölüme karşı tutum puanları yüksek bulunmuştur (Önsöz, 2013). Ceyhan ve arkadaşlarının araştırmasında yoğun bakımda çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin ölüm ve ölümlü yaklaşan hastaya bakım konusunda daha olumlu tutum geliştirdikleri bildirilmiştir (Ceyhan ve ark., 2018). Literatürde

çalışılan birimin ölümcül hastaya tutumu etkilemediğini belirten araştırmalar da vardır (İnci ve Öz, 2009; Benli ve Yıldırım, 2017). Konuya ilişkin literatürde farklı sonuçlarla karşılaşılması çalışılan birimin mevcut hasta ve hastalık seyri, ölümlerle karşılaşma sıklığı, birimin çalışma koşulları, hemşirelerin profesyonellikleri ve kişisel özelliklerinin ölüme karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada ölüm anında yapılan bakımı yeterli bulmayanların tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme alt boyutlarında puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Tarafsız kabullenme- yaklaşım kabullenme alt boyutuna ait puan ortalaması ile ölüm anında yapılan bakımı yeterli bulma değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Hemşirelerin ölüme ilişkin tutumu hastaya verilen bakımı etkilemekte (Öz, 2004), ölüme karşı olumsuz tutuma sahip olması ölmekte olan hasta ve yakınının hak ettiği bakımı almasını engellemektedir (İnci ve Öz, 2009). Literatürde kendi ölümlülükleri ile yüzleşemeyen ve ölüm gerçeğini kabullenemeyen hemşirelerin ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermektan kaçındığını, kendi ölüme ilişkin olumsuz tutumlarını onlara yansıttığı belirtilmektedir (Demir, 2011). Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir araştırmada ölüm sürecinde yapılan bakımı hemşirelerin %42'si yetersiz bulmuş ve hemşire sayısının az olması, yoğun bakım ünitelerinde huzurlu ölüme elverişli ortamın olmaması, hasta ve yakınlarıyla yeterli iletişimin sağlanamaması neden olarak belirtilmiştir. Aynı araştırmada hemşirelerin çoğunlukla ölüm sürecinde olan hastalara bakım vermelerinin ölümü kabullenmelerini sağladığı ifade edilmiştir (Özdemir ve Çelik, 2010). Bu bilgiler doğrultusunda ölüme karşı olumlu tutum geliştiren hemşirelerin ölüm sürecinde verilen bakım beklentilerinin daha fazla olduğu, ölüm sürecindeki yetersizliğin ise çalışma koşullarından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırmada ÖKTÖ toplam puan ortalaması ile ölüm kavramına ilişkin sorgulanan değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutuna ait ortalama puan değeri ile ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde, ölüm haberini veren sağlık profesyoneli ve ölümlerle karşılaşıldığında verilen tepki değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde “kendimi geri çekerim”, ölüm haberini hemşire ve hekim beraber vermeli ve “ölümle karşılaştığımda kendi ölümümü düşünürüm” diyen hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma tutumunu benimsedikleri belirlenmiştir (Tablo 10). Çevik'in araştırmasında hemşireler

ölmek üzere olan hastaya bakım verirken hasta ve ailesinin ölüm kavramına ilişkin sorulara, yaşamın son günlerinde verilecek bakıma ilişkin kendilerini yetersiz hissettiklerini, ölüm hakkında ne konuşacaklarını bilemediklerini bundan dolayı hekimlerin konuşmasının daha uygun olacağını ifade etmişlerdir (Çevik, 2010). Ölümle iç içe olan yoğun bakım hemşireleri ölüm kavramını düşünerek ölüme ilişkin tutumlar geliştirmektedir (Bilge ve ark., 2013).

Ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşireler ölüm olgusuna tanıklık ederken, kendi ölüm gerçeklikleri ile de karşı karşıya kalmaktadır (Şahin ve ark., 2016). Ölümün doğal bir süreç olduğunu ve kendi ölümlüklerini kabullenen hemşirelerin ölüme karşı daha olumlu tutum geliştirirken mesleki yaşantılarına da aktarabildikleri söylenebilir. Kendi ölüm gerçekliğini kabullenmeyen, baş edemeyen hemşireler ölüm hakkında olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olmakta, ölüm hakkında düşünmekten ve konuşmaktan kaçmaktadır (Demir, 2011).

Tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme alt boyutuna ait puan ortalaması ile etik eğitim alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0,05$) etik eğitimi alan hemşirelerin tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Tarafsız kabullenme; ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğu fikrinin benimsenmesi, yaklaşım kabullenme ise ölümün ölümden sonraki hayata geçiş olduğuna inanmak biçiminde tanımlanmaktadır. Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayanların ise ölüm korkusu ve ölümden kaçınma tutumunu benimsedikleri, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutuna ait puan ortalaması ile mezuniyet sonrası etikle ilgili eğitim alma değişkeni arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), kaçış kabullenme alt boyutuna ve ÖKTÖ toplamına ait puan ortalaması ile etik eğitimine ilişkin özelliklerle ilgili sorgulanan değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 11). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir araştırmada hemşirelerin çoğunlukla yaşam sonu hakkında karar vermeye yönelik etik sorunlar yaşadıkları belirtilmiş, hemşirelerin yaşadığı stres düzeyinin, yaşamı uzatma tedavisi kaygısının neden olabileceği belirtilmiştir (Kinoshita, 2007). Dolayısıyla etik ile ilgili eğitimi hemşirelik eğitimi sırasında alan hemşirelerin etik ile ilgili donanımları nedeniyle tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme davranışını gösterdikleri düşünülmüştür. Mezuniyet sonrası etik ile

ilgili eğitim almayan hemşirelerin ise ölüme ve ölüme ilişkin konuları düşünmekten kaçınarak savunma mekanizması geliştirdikleri söylenebilir.

Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılıkları ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme puan ortalaması ile yarar sağlama, oryantasyon alt boyutu ve ADA toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ADA ölçeği hesaplanması dikkate alındığında (yüksek puan düşük etik duyarlılığı göstermektedir) tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme tutumunu benimseyen hemşirelerin aynı zamanda yarar sağlama, oryantasyon ve ahlaki duyarlılıklarının da paralel hareket ettiği belirlenmiştir. Kaçış kabullenme yaklaşımını benimseyen hemşirelerin yarar sağlama ve uygulama duyarlılıkları paralel ilerlediği söylenebilir. ÖKTÖ toplam puanına bakıldığında yarar sağlama, uygulama ve ahlaki duyarlılık toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir. Bu sonuç ölüme karşı olumlu tutum geliştiren bireylerin benzer paralellikle yarar sağlama, uygulama ve ahlaki duyarlılıklarının daha iyi olduğunu bildirmektedir.

Rooda ve ark. (1999)'nın yaptıkları araştırmada, bu araştırma sonucuna benzer şekilde ölüm korkusu yüksek olan hemşirelerin ölümü yaklaşan hastaların bakımında daha az pozitif tutuma sahip olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde Çevik (2010) tarafından yapılan araştırmada da yüksek ölüm korkusuna sahip hemşireler ölmekte olan hastaya bakım vermeye yönelik tutumları daha az olumlu olduğu belirtilmiştir.

Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin kendi duygularının farkında olması gerekmektedir; aksi takdirde kendi ölümlülüğünün farkına varmayan/kabullenemeyen hemşire, bakımı esnasında bunu hastaya da yansıtacaktır (Cimete, 2002; Demir, 2011). Bu durumda hem hastaya hem de kendine zarar verecektir (Zaybak ve Erzincanlı, 2016). Zarar vermeme ve yararlılık ilkesi birbiriyle paralellik göstermektedir. Yararlılık ilkesi, zararın önlenmesi, ortadan kaldırılması ve iyiliğin artırılmasını hedeflemektedir (Tosun, 2005). Hemşirelerin hastaya yararlı bir şekilde davranma yükümlülüğü vardır aynı zamanda yararlılık ilkesi hemşirelerin hastaya yarar verici şekilde davranmasını gerektirir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Yoğun bakım hemşireleri, hemşirelik bakımında en çok ölüm sürecindeki hastaya insani bakım verme, yarar sağlama-zarar vermeme ilkelerinin uygulanması, karar verme sorumluluğu ve verilen kararın uygulanması konusunda etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Tosun, 2005; Demir, 2011; Akyıl, 2017). Öztürk ve ark. (2009)'nın hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı incelediği araştırmasında yoğun bakım ünitelerinde yarar sağlama duyarlılığın düşük olduğu belirtilmiştir. Alan ve arkadaşlarının araştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen yoğun bakım hemşirelerinin yarar sağlama ve uygulama duyarlılıkları ameliyathane hemşirelerinden yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerinde yaşam ve ölüm arasında beklenmeyen, ani gelişen olaylarda hemşirelerin hasta yararını gözeterek hızlı karar vermesi ve uygulaması gerekmektedir (Alan ve ark., 2017).

Ölüme karşı tutum, bireysel, dini, kültürel özelliklere, toplum yapısına göre farklılık göstermektedir. Benzer şekilde bireyin kendisinin ölümü veya başkalarının ölümü olasılığına karşı da yaşanmaktadır. İnsanlar çoğunlukla çevresinde deneyimledikleri ölüm olaylarına göre ölüme karşı tutumlarını geliştirmektedir (Karakuş ve ark., 2012). Benzer şekilde etik duyarlılık kavramı da bireylerin yaşam deneyimlerinden, bireylerin aldıkları eğitimden, kültürel ve dini özelliklerinden etkilenmektedir. Aynı zamanda yarar sağlama ilkesi de etik duyarlılık kavramının temelini oluşturmaktadır (Tosun, 2005).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumları üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bu araştırma sonucunda hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin ve ölüme karşı tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin cinsiyet, öğrenim durumu, çalıştığı birimi seçme, çalıştığı birimden memnuniyet ve yoğun bakım sertifikası olma özelliklerinden etkilendiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın, yüksek-lisans doktora mezunu, çalıştığı birimi isteyerek seçen, çalıştığı birimden memnun olan ve yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin ahlaki duyarlılıkları yüksek bulunmuştur.
- Ölüm ve etik ile ilişkili kavramlara bakıldığında; ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile ölüme karşı tutumla karşılaştırıldığında hissedilen duygu ve verilen tepki arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ancak etik ile ilgili sorgulanan değişkenler ile ahlaki duyarlılık düzeyi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ölümle karşılaştığında korku hissedenlerin ve tepki olarak kendi ölümünü düşünürüm diyenlerin ahlaki duyarlılıkları yüksek bulunmuştur.
- Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarına ait ortanca puan değeri ile çalışılan birim ve çalıştığı birimi seçme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Cerrahi birimlerde çalışan ve çalıştığı birimi seçmeyen hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.
- Bu araştırma sonucunda Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık Anketi puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumlarının ve ahlaki duyarlılık düzeylerinin paralel düzeyde artış gösterdiği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin ve ölüme karşı tutumlarının daha iyi düzeye getirilmesi önerilebilir. Bu kapsamda mezuniyet sonrası etik ve ölüme ilişkin eğitimlerin devam etmesi ve bu eğitimlerin yoğun bakım gibi kritik alanlarda hizmet veren hemşireler için daha sık periyotlarda yapılması gerekmektedir.
- Hemşirelik eğitimi içerisinde ölüm, ölümü yaklaşan bireye bakım ve etik kavramına ilişkin konuların tüm derslere yayılması önerilebilir.
- Ahlaki duyarlılık düzeyini ve ölüme karşı tutumu etkileyen sosyo-demografik özellikler göz önünde bulundurularak hemşirenin otonomisi ve karar verme süreçlerine aktif katılımının sağlanması önerilebilir. Değiştirilebilir nitelikteki özelliklerin dikkate alınarak sorumlu ve daha üst basamaklarda yönetici konumunda olan hemşirelerin çalışan hemşirelerde otonomi ve motivasyonu gözlemlemesi gerekmektedir.
- Hemşirenin ölümle yüzleşmesi, ölümü hasta ve hasta yakını ile konuşabilecek güç ile donatılması için kendi ölümünü düşünüp, ölüme yüklediği anlamları fark etmesinin desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Abu Hasheesh MO, Abozeid S, El-Said SG, Alhujaili AD. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Sci J* 2013; 7(4): 384-394.
- Ağaçdiken S, Aydoğan A. Hemşirelerde Empatik Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi. *GUSBD* 2017; 6(2): 122 – 129.
- Alan H, Şen HT, Şıpkın S. Yoğun Bakım ve Ameliyathane Hemşirelerinin Etik İkilemlere Karşı Duyarlılıkları: Üniversite Hastanesi Örneği. *Cumhuriyet Hem Der* 2017; 6(1): 26-33.
- Aksu T, Akyol A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2011; 19(1): 16-24.
- Akyıl RÇ. Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Etik İkilemler ve Karar Verme Süreci. Akyol AD. Editör, *Yoğun Bakım Hemşireliği*, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 2017; 401-414.
- Arslan G. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2017.
- Arslan S, Taylan S, Gözüyeşil E. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017; 2(2): 21-26.
- Ay F. Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001; 5(1): 44-47.
- Ay MA, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nurs Ethics* 2018; 20(10): 1-16.
- Azak A, Taşçı S. Klinik karar verme ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2009; 17(3): 176-183.
- Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2010; 52: 76-81.
- Benli SB, Yıldırım A. Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki. *GÜSBD* 2017; 6(4): 167-179.
- Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(3): 119-124.
- Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics* 2017; 24(4): 474-482.

- Borhani F, Keshtgar M, Abbaszadeh A. Moral Self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *J Med Ethics Hist Med* 2015; 8(4): 1-7.
- Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. Çeviri editörleri, 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 24-538.
- Cerit B. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ile Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010: 24-32.
- Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran M. How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies* 2018; 42(10): 667-672.
- Cimete G. Yaşam Sonu Bakım Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 1-186.
- Çam Z, Çavdar D, Seydoğulları S, Çok F. Ahlak gelişimine klasik ve yeni kuramsal yaklaşımlar. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2012; 12(2): 1211-1225.
- Çevik B. Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010: 31-58.
- Dalla Nora CR, Zoboli EL, Vieira MM. Validation of a Brazilian version of the moral sensitivity questionnaire. *Nurs Ethics* 2017; 20(10): 1-10.
- Daşbilek F. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Demir Y. Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı. Ay FA, editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 698-722.
- Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hem Der* 2013; 2(1): 1-7.
- Dinç L. Bakım Etiğinin Hemşirelik Uygulamaları Açısından Önemi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2017; 3(1): 1-8.
- Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 17(2): 74-82.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E, Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32(1): 97-104.
- Ergün YA. Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları. Akyol AD. Editör, Yoğun Bakım Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 2017; 13-25.

- Ertuğ N, Aktaş D, Faydalı S ve Yalçın, O. Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital setting. *Acta Bioethica* 2014; 20 (2): 265-270.
- Fırat B, Karataş G, Barut A, Metin G, Sarı D. Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *DEUHFED* 2017; 10(4): 229-235.
- Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bahcıvan E. Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. *İş Ahlakı Dergisi* 2015; 8 (1): 47-66.
- Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18(6): 267-273.
- Gastmans C. Care as a moral attitude in nursing. *Nurs Ethics* 1999; 6(3): 214-23.
- Gençöz T. Korku: Sebepleri, Sonuçları ve Başetme Yolları. *Kriz Dergisi* 1994; 6(2): 9-16.
- Gilligan C, Wiggins G. The emergence of morality in young children. In J. Kagan and S. Lamb, editors. *The origins of morality in early childhood relationships*. Chicago, University of Chicago Press. 1987; 277-305.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. TC Sağlık Bakanlığı 2016. <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeliği.html>
Erişim: 10.11.2017
- Held V. *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. New York, Oxford University Press. 2006.
- Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics* 2016; 23(5): 507-522.
- Imani Elzadi A, Khademi Z, Asadi Noughabi F, et al. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. *Iran J Med Eth* 2013; 6(2): 43-56.
- İşık E, Fadıloğlu Ç, Demir, Y. Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009; 2: 28-43.
- İnci F, Öz F. Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009; 10: 253-260.
- İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(2):178-187.
- Jaafarpour M, Khani A. Evaluation of the nurses' job satisfaction and its association with their moral sensitivities and well-being. *J Clin Diagn Res* 2012; 6(10): 1761-1764.
- Jamshidian F, Shahriari M, Aderyani MR. Effects of an ethical empowerment program on critical care nurses' ethical decision-making. *Nurs Ethics* 2018; 20(10): 1-9.

- Kahriman İ, Çalık KY. Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. GÜSBBD 2017; (6)3: 111-121.
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012; 21(1): 42-79.
- Kavas MV. Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım Konusundaki Etik Eğitiminde Anlatsal Uygulamaların Etkililiği. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Ankara, 2008.
- Kinoshita S. Respecting the wishes of the patients in intensive care units. Nurs Ethics 2007; 14(5): 651-664.
- Korhan EA. Hemşirelik Etiğinde Büyük Bir Sorun: Duyarsızlık. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2017; 3(1): 15-21.
- Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. Oncol Nurs Forum 2008; 35(6): 955-959.
- Maria M, Pavlos S, Kiriaki S, Tatiana S, Kostantinia K, Eleni M, Eleni T. Greek Nurses Attitudes Towards Death. Global Journal of Health Science. 2011; 3(1): 224-230.
- Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(4): 222-228.
- Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. Felsefe ve Hemşirelik Etiği. Klikya Felsefe Dergisi 2014;1: 53-61.
- Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Öz F. Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, İmaj Yayınevi. 2004; 276-313.
- Özdemir Z, Çelik SŞ. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2010; 2(1): 32-41.
- Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B. Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009; 13(2): 77-84.
- Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2010; 18(3): 183-191.
- Palazoğlu CA, Koç Z. Ethical sensitivity, burnout, and job satisfaction in emergency nurses. Nurs Ethics 2017; 20(10): 1-14.

- Pekcan SH. Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(10): 1683–1687.
- Ross EK. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Uşaklı E, çeviri. 1. Baskı, Ankara, A.P.R.I.L. Yayıncılık. 2010; 11-269.
- Sezer S, Paya P. Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 13: 151-165.
- Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016; 7(3): 135-141.
- Taş F. Kronik Hastalıklarda Etik ve Yasal Sorumluluklar. Ovayolu N ve Ovayolu Ö. Editör, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 2. Baskı, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2017; 513-526.
- Tazegün A, Çelebioğlu A. Çocuk Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2016; 6(2): 97-102.
- Tel H. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar. *Cumhuriyet Hem Der* 2012; 1: 30-38.
- Temiz Z, Öztürk D, Ünver S, Tohumat ŞG, Akyolcu N, Kanan N, Nur F. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 20(2): 83-89.
- Terakye G, Ocakçı AF. Etik Konulardan Seçmeler. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 3-172.
- Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2005.
- Tosun H. Sağlık Uygulamalarında Etik ve Değerler. Ay FA. Editör, *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 60-70.
- Türkçe Sözlük. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu. 11.Baskı, Ankara, Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu Yayınları. 2011;1-2763.
- Türk Hemşireler Derneği (THD). Hemşirelik İçin Etik İlke ve Sorumluluklar 2009. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf> Erişim: 27.09.2017

- Türk Tabipler Birliği Yaşamn Sonuna İlişkin Etik Bildirge. Türk Tabipler Birliği II.Etik Bildirgeler Çalıştayı. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri 2009. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf
Erişim:10.11.2017
- Üstündağ H, Aslan FE. Yoğun Bakım Ünitesinde Etik İkilemler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010; 14(1): 26-30.
- Wafaa G, Nahed S. Nurses' Attitudes Toward Caring For Dying Paatient in Mansoura University Hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciences 2010; 1: 16-23.
- Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. Int J Palliat Nurs 2018; 24(1): 33-39.
- Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. Nurs Ethics 2007;14(2): 141-155.
- Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. CBU-SBED 2015; 2(2):41-46.
- Zaybak A. Erzincanlı S. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları. UHD 2016; 6: 16-29.

EKLER

EK 1 TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma siz yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumlarınıza etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Sizden gönüllülük esasına dayalı olarak kendinizi tanıtıcı bir form, ölüme karşı tutum ölçeği ve ahlaki duyarlılık anketini kendinize uygun şekilde doldurarak bu çalışmaya katılımınız rica edilmektedir. Bu çalışma amacıyla elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Ebru KAYA
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

1. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
 2. Yaşınız:.....
 3. Medeni Durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekar
 4. Öğrenim Durumunuz:
 - a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans-Doktora
 5. Çalıştığınız birim:.....yoğun bakım
 6. Ünvanınız nedir?
 - a) Hemşire
 - b) Ebe
 - c) Diğer.....
 7. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz?
 - a) 0-2
 - b) 3-5
 - c) 6-8
 - d) 9 ve üzeri
 8. Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 9. Çalıştığınız birimden memnun musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 10. Kaç yıldır hemşirelik mesleğini yapıyorsunuz?
 - a) 0-2
 - b) 3-5
 - c) 6-8
 - d) 9 ve üzeri
 11. Yoğun bakım hemşireliği sertifikanız var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- ÖLÜM KAVRAMINA İLİSKİN BİLGİLER**
12. Kendi ölümünüzü ne kadar sıklıkla düşünürsünüz?
 - a) Çok sık
 - b) Bazen
 - c) Hiç
 13. Daha önce bir yakınımı kaybetme durumu;
 - a) Evet ise; yakınlık derecesi.....(Lütfen belirtiniz)
 - b) Hayır
 14. Ölüm haberi verme sorumluluğu verildiğinde;
 - a) Normal bir olay kabul eder ve söylerim
 - b) Ne söyleyeceğime karar veremem
 - c) Kendimi geri çekerim

15. Sizce, ölüm haberini veren sağlık profesyoneli kim/kimler olmalıdır?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Hemşire-Hekim birlikte
- d) Diğer.....

16. Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaştığınızda hissettiğiniz duygu nedir?

- a) Çaresizlik
- b) Korku
- c) Üzüntü
- d) Diğer.....

17. Ünitenizde ölümle karşılaştığınızda verdiğiniz tepki nedir?

- a) Kendi ölümümü düşünürüm
- b) Hastanın yaşına ve hastalığına göre değişir
- c) Sık karşılaştığım için alıştım
- d) Diğer.....

18. Ünitenizde yaşanan hasta ölümlerinden diğer hastaların etkilenmelerini önleyebiliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kısmen

19. Ölümü yaklaşan bireye bakım vermeyi ister misiniz ?

- a) Evet
- b) Hayır

20. Yoğun bakımda ölüm anında yapılan bakımı yeterli buluyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Ölüm sonrası bakım konusunda, okulda aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- a) Yeterli
- b) Yetersiz
- c) Kısmen yeterli

22. Hemşirelere ölüme yaklaşım ve ölüm anında bakıma ilişkin hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi gerekli mi?

- a) Evet
- b) Hayır

ETİK DUYARLILIK KAVRAMINA İLİŞKİN BİLGİLER

23. Mesleki eğitiminiz sırasında etik eğitimi aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

24. Mezuniyetinizden sonra etik ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

- a) Hizmet içi eğitimde aldım
- b) Oryantasyon programında aldım
- c) Eğitim almadım
- d) Diğer.....

25. Mesleki yaşantınızda etik ikileme/problemlerle karşılaştınız mı?

- a) Sıklıkla
- b) Nadiren
- c) Hiç

26. Karşılaştığınız etik ikilemi/problemi nasıl çözersiniz?

- a) Tek başına
- b) Yardım alarak
- c) Bazen tek başıma, bazen yardım alarak
- d) Etik ikileme/problemlerle karşılaşmadım

27. Çalıştığınız kurumda etik komite var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilgim Yok

EK 2

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (ADA)

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir.

Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz sayıyı daire içine alarak belirtiniz.

1. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktadır.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

2. Hastalarımın bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

3. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

6. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

7. İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşıyorum.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

13. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

15. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

16. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

26. Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

27. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

28. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

29. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

30. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

EK 3 ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
13. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
14. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
15. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
16. Yoğun bir ölüm korkum var.							
17. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							
18. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
19. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
20. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece Katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.							
21. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
22. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
23. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
24. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
25. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
26. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

EK 4 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

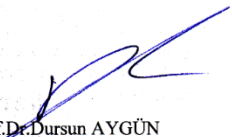
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/6671175

05.10.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr.Afitap ÖZDELİKARA

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine** Etkisi başlıklı OMÜ KAİK 2017/15 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 12.01.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 5 Kamu Hastaneler Birliği İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
01022017 1536 - 48669339 - 604.02 - E.796



00040375552



Sayı : 48669339-604.02
Konu : Araştırma İzni (Ebru KAYA)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İliği : 24/01/2017 tarihli ve 48669339-2178 sayılı yazınız.

İliği tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebru KAYA'nın "Yoğun bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi" konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dr. Kamil FURTUN Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi, Çarşamba Devlet Hastanesi, Havza Devlet Hastanesi, Terme Devlet Hastanesi, Vezirköprü Devlet Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde yapmaları uygun görülmüş olup, araştırmaların yapılabilmesi için ilgili kişi ile "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EK:

1. Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü
2. Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu

Elektronik İmza
06 Mart 2017

Gülersin HONÇA
Tıbbi Sekreter

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/ Araştırma ve Geliştirme
(Ar-Ge) Merkezi
100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28

Adalet Mahallesi

Bilgi için:KURŞAT YURDAKOŞ

e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2c4b40c6-d894-44e9-ac11-18cdb2240206 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T. C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

<u>Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararları</u>	<u>Oturum Tarihi</u>	<u>Oturum sayısı</u>
	18.04.2017	2017/ 7

Karar sayısı: 45

Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitelerinde planlanan ve Yrd. Doç. Dr. Afıtap ÖZDELİKARA'nın sorumlu araştırmacısı ve Hastanemiz hemşirelerinden Ebru KAYA'nın Yardımcı Araştırmacısı olduğu "Youn Bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi" isimli çalışmaya ait başvuru formu ve ekleri incelenmiş olup, çalışmanın yürütülmesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından uygun görülmüştür.

TUEK ÜYELERİ	
Doç. Dr. Fatih ÖZKAN (Başkan)	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Derya DEMİRAĞ (Eğitim Koordinatörü)	İMZA
Doç. Dr. Mustafa Kemal ATILLA	İMZA
Doç. Dr. Zahide DOĞANAY	İMZA
Doç. Dr. Yasemin KEMAL	İMZA
Doç. Dr. Mahir İĞDE	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Elif ÇOLAK	İMZA

EK 6 Ahlaki Duyarlılık Anketi İZni

10.03.2017

RE: Ahlaki duyarlılık ölçeği - ebru kaya

RE: Ahlaki duyarlılık ölçeği

Hale Tosun <htosun@bezmialem.edu.tr>

10.3.2017 (Cum) 13:01

Gelen Kutusu

Kime: ebru kaya <ebrukey93@hotmail.com>;

Sn Kaya,

Tarafımdan geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan Ahlaki Duyarlılık Anketini

"Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölüme Karşı Tutumları Üzerine Etkisi"

başlıklı yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

From: ebru kaya [mailto:ebrukey93@hotmail.com]
Sent: Friday, March 10, 2017 11:13 AM
To: Hale Tosun <htosun@bezmialem.edu.tr>
Subject: Ahlaki duyarlılık ölçeği

Merhaba Hale Hanım,
Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans yapıyordum. Sizin içinde uygunsa "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölüme Karşı Tutumları Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmamda Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapıp olduğunuz Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'ni kullanmak istiyordum, teşekkür ederim, iyi çalışmalar.

EBRU KAYA

[Android için Outlook](#) uygulamasını edinin



Bu e-posta ve muhtemel ekinde verilen bilgiler sadece gönderilen kişiye özel ve gizlidir. Bezmialem Vakıf Üniversitesi bu mesajın içeriği ve ekinin ile ilgili hiçbir hukuki sorumluluk kabul etmez. Yetkili alıcı değilse, bu mesajdaki herhangi bir bilginin herhangi bir şekilde ifşa edilmesi, kullanılması, kopyalanması, yayılması veya mesajın içeriği ile ilgili olarak herhangi bir işlem yapılması kesinlikle yasaktır. Bu durumda hemen mesajın göndericisini bilgilendiriniz ve mesaj sisteminizden siliniz. Bezmialem Vakıf Üniversitesi olarak elektronik mesajlar üzerinde yapılmış herhangi bir değişiklik veya sonuğan ile e-posta mesajındaki hata ve/veya eksiklikten, virüs içermesinden ve bilgisayar sisteminize verebileceği herhangi bir zarardan sorumluluk kabul etmeyeceğimizi de bildiririz.<<<<<

This e-mail and any information included within any attached document are private and confidential and intended solely for the addressee. Bezmialem Vakıf University does not accept any legal responsibility for the contents of this message and any attached documents. If you are not the intended addressee, it is forbidden to disclose, use, copy, or forward any information within the message or engage in any activity regarding the contents of this message. In such case please notify the sender and delete the message from your system immediately. Bezmialem Vakıf University also states that it shall not accept any legal responsibility for any amendments made on the electronic message and the outcome of these amendments, as well as any error and/or defect, virus content and any damage that may be given to your system.

EK 7 Ölüme Karşı Tutum Ölçeği İzni

09.02.2017

Re: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği - ebru kaya

Re: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Nur Demir <nurdem35@gmail.com>

23.1.2017 (Pzt) 11:56

Gelen Kutusu

Kime: ebru kaya <ebrukey93@hotmail.com>;

1 ekin (109 KB)

ölüm ölçeği- bilgilendirme dosyası.doc;

Sayın Kaya,

Planladığınız çalışmanızda Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'ni kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. Takıldığınız bir nokta olursa her zaman yazabilirsiniz. Sonuçları bizimle de paylaşsınız seviniriz.

İyi çalışmalar dilerim.

19 Ocak 2017 21:13 tarihinde ebru kaya <ebrukey93@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Yurdanur Hanım,

Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktayım. Sizin içinde uygunsu "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölüme Karşı Tutumları Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmamda Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'ni kullanmak istiyorum, teşekkür ederim, iyi çalışmalar.

EBRU KAYA

Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN

Associate Professor, Sakarya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi | Hemşirelik Bölümü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

Phone: +90 264 295 74 28 e-mail: nurdem35@gmail.com / dikmen@sakarya.edu.tr

Adress: Sakarya Üniversitesi Esentepe Kampüsü 54050 Serdivan/ Sakarya

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ebru KAYA

Doğum Yeri: Akkuş/ORDU

Doğum Tarihi: 27.10.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2015

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dahili Yoğun Bakım Ünitesi 2015-halen

E-posta: ebruky93@hotmail.com

