

TUĞBA DOĞAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2022



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**COVID-19 SÜRECİNDE YOĞUN BAKIM
ÜNİTELERİNDE BAKIMA YÖNELİK ALINAN
KARARLARDA HEMŞİRELERİN ROLÜNÜN ANALİZİ VE
ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TUĞBA DOĞAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. İLHAN İLKILIÇ
PROF. DR. MELEK NİHAL ESİN
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
TIP TARİHİ & ETİK**

İSTANBUL-2022

İTHAF



Canım aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Uluslararası alandaki bilimsel tecrübelerini ve eğitim konusundaki değerli birikimlerini yüksek lisans eğitimim boyunca büyük bir özen ve sabırla paylaşan ve bu tez boyunca bana bilimsel olarak refakat eden değerli danışmanım Sn. Prof. Dr. İlhan İlkılıç'a,

Bu tez çalışması için verdiği destekten ve çok değerli tavsiyelerinden dolayı değerli ikinci tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Melek Nihal Esin'e

Tez çalışmamda yer alan anket sorularını planlama aşamasında bilgi, tecrübe ve emeğini esirgemeyen değerli hocam Sn. Prof. Dr. Fatma Arın Namal'a

Tez çalışmamın analiz yöntemi hakkında, bilimsel bilgi birikimi ile rehberlik eden ve değerli tecrübelerini esirgemeyen değerli hocam Sn. Prof. Dr. Eray Yurtseven'e ve analiz program hakkında desteğini esirgemeyen diğer istatistikçi genç hoca arkadaşlara,

Tez çalışmama katılım sağlayan değerli yoğun bakım hemşirelerine,

Son olarakta her zaman en büyük destekçim olan sevgili annem Gülfidan Doğan, sevgili babam Şahbaz Doğan, canım kardeşlerime fedakârlıkları ve anlayışları için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BEYAN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
İTHAF	2
TEŞEKKÜR	3
İÇİNDEKİLER.....	4
TABLolar LİSTESİ.....	7
ŞEKİLLER LİSTESİ	9
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	10
ÖZET	11
ABSTRACT	12
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
1.1. Problemin Tanıtımı, Anlam ve Önemi	13
1.1.1. Pandemi Terimi ve İnsanlık Tarihine Etkisi Olan Pandemiler	13
1.1.2. Pandeminin Covid-19 Özelinde Anlamlandırılması	15
1.1.3. Hemşirelik Mesleği Yönünden Covid-19 Pandemisinin Önemi.....	16
1.2. Araştırmanın Amacı	18
1.3. Araştırmanın Hipotezi:	19
2. GENEL BİLGİLER	20
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....	20
2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği.....	21
2.2.1. Hemşirelik Mesleğinin Rollerı.....	22
2.3. Genel Anlamda Bakım Kavramı.....	23
2.4. Bakım Kavramının Hemşirelik Mesleği Özelinde Anlamlandırılması	25
2.5. Hemşirelik Mesleğinde Bakım Kavramının Etik Yönü	26
2.5.1. Etik ve Ahlak Kavramları	26
2.5.2. Etik Yaklaşımlar	27
2.5.3. İhtimam Etiği	28
2.5.4. İhtimam Etiğinin Gelişimi	29
2.5.5. İhtimam Etiğinin Sınırlılıklarına Yönelik Eleştiriler.....	33

2.5.6. İhtimam Etiğini Geleneksel Etik Teoriden Ayıran Özellikler	35
2.6. Etik Karar Verme Süreci	36
2.6.1. İhtimam Etiği Perspektifinden Etik Karar Verme	37
2.7. İhtimam Etiği Teorisinin Tez Açısından Temellendirilmesi	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	40
3.3. Veri Toplama Araçları.....	41
3.3.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (TBF)	41
3.3.2. Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumunu Etkileyen Faktörler Formu (YEKEFF).....	41
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.5. Betimleyici İstatistikler	42
3.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizine İlişkin Elde Edilen Bulgular.....	42
3.5.2. Normallik Testleri	43
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	45
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
4. BULGULAR	46
4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular.....	46
4.2. Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	54
4.2.1. Hekim-Hemşire ve Hasta Arasındaki İletişime Yönelik Bulgular	54
4.2.2. Hekim-Hemşire ve Hasta Arasındaki İş Birliğine Yönelik Bulgular ...	59
4.3. Hasta İle İlgili Kararlara Hemşirenin Katılmasına Yönelik Bulgular	62
4.3.1. Hemşirelerin Yetki Alanına Giren Kararlar ve Karar Verme Şartları, Durumlarına Yönelik Bulgular.....	65
4.3.2. Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımına Yönelik Bulgular	68
4.3.3. Moral Distress (Ahlaki Kaygı)	69
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. Hastanın Özerkliği ve Kendi Hakkında Karar Vermesi	72

5.2. Hemşire ve Hekim Arasında İletişim ve İş birliği	74
5.3. Etik Karar Süreci.....	75
5.4. Moral Distress.....	78
6. SONUÇ VE TAVSİYELER.....	80
KAYNAKLAR.....	85
FORMLAR.....	91
ETİK KURUL KARARI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	100
ÖZGEÇMİŞ	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1 Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi	42
Tablo 3-2 Normallik Testi Analizi	44
Tablo 4-1 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 240).....	46
Tablo 4-2 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım Ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerektiği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi	50
Tablo 4-3 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerektiği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Yoğun Bakım ile İlgili Eğitim Alıp Almadıklarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann Whitney-U Testi Analizi	51
Tablo 4-4 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerektiği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi.....	52
Tablo 4-5 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım Ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerektiği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Ne Kadar Süredir Yoğun Bakım Servisinde Çalıştığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallies Testi Analizi.....	53
Tablo 4-6 Hekim ve Hemşire Arasındaki İletişim.....	54
Tablo 4-7 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Covid-19 Enfeksiyonu Teşhisi Konulmuş Hasta ile Günde Ne Kadar Aynı Ortamda Bulunduğu İle Hekim ve Hemşire Arasındaki İletişimin Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi	55
Tablo 4-8 Hasta ile Olan İletişim	56
Tablo 4-9 Hasta ile Olan Kararlara Hemşirelerin Katılması ile Hasta ile Olan İletişimin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi.....	57

Tablo 4-10 Hemşireler Açısından Hasta ile Olan İletişim ve Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi.....	57
Tablo 4-11 Covid-19 Sürecinde Hemşire ve Hasta İlişkisi	58
Tablo 4-12 Hasta ile Olan İletişim ile Covid-19 Sürecinde Hasta ve Hemşire İlişkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	59
Tablo 4-13 Covid-19 Hastalarının Bakım Sürecinde Hemşireler ve Hekimler Arası İş Birliği.....	59
Tablo 4-14 Hasta ile Olan Kararlara Hemşirelerin Katılması ile Covid-19 Hastalarının Bakım Sürecinde Hemşireler ve Hekimler Arasındaki İş Birliğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	60
Tablo 4-15 Covid-19 Sürecinde Hastaların Tedavilerine Yönelik Uygulamalarda Hemşire ve Hekim Arası İş Birliği.....	61
Tablo 4-16 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması	62
Tablo 4-17 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması ile Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	63
Tablo 4-18 Covid-19 Hastalığı Olan Prognozu Kötü Vakalar	63
Tablo 4-19 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması ile Covid-19 Hastalığı Olan Prognozu Kötü Vakaların Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	64
Tablo 4-20 Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumları	65
Tablo 4-21 Hemşirelerin Yetki Alanına Giren Kararlar	66
Tablo 4-22 Çalıştığımız Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Uygulamalarının Yetki Alanlarına Giren Kararlar ile Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	67
Tablo 4-23 Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımının Değerlendirilmesi	68
Tablo 4-24 Covid-19 Sürecinde Moral Distress.....	69
Tablo 4-25 Hemşirelerin Covid-19 Sürecindeki Moral Distress Durumu ile Hasta Hakkındaki Kararlara Katılımının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Normallik Analizine Ait Histogram Grafiği.....	44
--	----



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

SARS-Cov-2	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Coronavirüs Tip2
AIDS	Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu
ICN	Uluslararası Hemşirelik Konseyi
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
NACNS	Ulusal Klinik Hemşire Uzmanları Birliği
TBF	Tanıtıcı Bilgiler Formu
YEKEFF	Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumunu Etkileyen
Faktörler Formu	
SPSS	Statistical Package for Social Science
N	Evrendeki Birey Sayısı
n	Örnekleme Alınacak Birey Sayısı
p	İncelenecek Olayın Görülüş Sıklığı/Anlamlılık Düzeyi
q	İncelenecek Olayın Görülmeyiş Sıklığı
t	Serbestlik Derecesi
d	Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen
r	Korelasyon Katsayısı
X	Ortalama

ÖZET

Doğan T. (2022), Covid-19 Sürecinde Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Yönelik Alınan Kararlarda Hemşirelerin Rolünün Analizi ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Ülkemizde Covid-19 pandemisi ile mücadelenin çeşitli safhalarında günlük vaka sayılarındaki yüksek artış hastanelerdeki hasta sayısına yansımış, hastane polikliniklerinde, servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde hastaların tedavi ve bakımlarını farklı açılardan olumsuz olarak etkilemiştir. Bu olumsuz etkilenmenin en önemli özelliklerinden biri kaynakların sınırlı olmasından dolayı hastaya ayrılan zamanın kısıtlanmasıdır. Bu durum ise anamnez alma için ayrılan sürenin azalmasının yanında, hastanın karar sürecine müdahil olması, hastanın değerler sisteminin bu kararlarda göz önünde bulundurulması, hasta yakınlarıyla iletişimin kalitesi ve özerklik/otonomi ilkesinin pratik hayata geçirilmesini olumsuz yönde etkilemiştir. Covid-19 özelindeki bu tabloda özellikle yoğun bakım hemşirelerinin farklı bir özelliği ön plana çıkmıştır. Hemşirelerin mesleki görev ve sorumlulukları gereği hastaları yoğun olarak gözlemlleme ve yakından değerlendirme imkanları olduğu için hastaların bakım ve tedaviye karşı yaklaşımını, arzu ve isteklerini öğrenmede ve hasta yakınlarıyla iletişimde çok önemli bir görev üstlenmişlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde zaten mevcut olan bu özellik Covid-19 Pandemisi özelinde etik boyutu da olan daha büyük bir önem kazanmıştır.

Bu yüksek lisans çalışması yukarıda açıklanan sorun çerçevesinde hemşirelerin genelde yoğun bakım ünitesindeki, özelde ise Covid-19 hastaları için ayrılan yoğun bakım ünitelerinde etik boyutu olan kararlardaki mevcut rolünü tespit ve analiz etmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda önce nicel bir yöntemle konuyla ilgili sorular anket çalışması çerçevesinde hazırlanmış ve örneklem analizine göre Türkiye genelinde yoğun bakım hemşirelerinin görüşlerini temsil etme gücü olduğu kabul edilen 240 yoğun bakım hemşiresine Online olarak şahsa ait e-posta yoluyla, Telegram ve WhatsApp programlarındaki yoğun bakım hemşire gruplarındaki kişilere sorulmuştur. Bu araştırma Covid-19 özelinde Türkiye’de bir ilk olup konuyla ilgili önemli veriler sunmaktadır.

Çalışma sadece nicel araştırma düzeyinde kalmamış olup elde edilen sonuçlar hemşirelik alanında en önemli etik teorilerden biri olan ihtimam etiği (care ethics) teorisi bağlamında ele alınıp normatif olarak değerlendirilmiştir. Anketten elde edilen sonuçlar özellikle özerklik çerçevesinde analiz edilmiştir. Diğer taraftan son zamanlarda tıp etiği tartışmalarında önemli bir yeri olan ahlaki kaygı (moral distress) da hem anket çerçevesinde sorgulanmış hem de çalışmanın tartışma kısmında ele alınmıştır. Etik açıdan önemli olan bu araştırma sonuçları etik açıdan analiz edildikten ve normatif açıdan değerlendirildikten sonra bu önemli etik boyutları olan sorunların anlaşılması, kavranması ve çözülmesine yönelik çalışmanın sonunda bazı önemli tavsiyelerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Covid-19; İhtimam etiği, Etik karar verme; Yoğun bakım hemşireliği, Yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Doğan T. (2022), Analysis of the Role Nurses and Ethical Evaluation in the Decisions taken for Care in Intensive Care Units in the Covid-19 Process, Istanbul University, Institute of Health Sciences, Department of History of Medicine and Ethics, Master's Thesis. Istanbul.

The rapid increase in the number of daily cases at various stages of the fight against the Covid-19 pandemic in our country was reflected in the number of patients in hospitals and negatively affected the treatment and care of patients in hospital polyclinics, wards, and intensive care units. One of the most significant factors of this negative impact is the restriction of time allocated to the patient due to limited resources. In addition to reducing the time allocated for medical history taking, this situation negatively affected the involvement of the patient in the decision-making process, the consideration of the patient's system of value in these decisions, the quality of communication with the relatives of the patient and the practical actualization of the principle of self-determination/autonomy. In this situation specific to Covid-19, a different feature of intensive care nurses has emerged. Since nurses have the opportunity to frequently observe and evaluate patients due to their professional duties and responsibilities, they undertake an important task in learning the approach of patients regarding care and treatment, their desires and wishes, and communicating with their relatives. This feature, which is already present in intensive care units, has gained greater importance with an ethical dimension, specifically in the Covid-19 Pandemic.

The aim of this master's study is to identify and analyze the current role of nurses in decisions with ethical dimensions in the intensive care units in general and in the intensive care units reserved for Covid-19 patients in particular, within the scope of the problem described above. In accordance with this purpose, firstly, questions on the subject were prepared within the framework of a questionnaire study with an quantitative method, and 240 intensive care nurses, who are considered to have the capacity to represent the views of intensive care nurses throughout Turkey according to the sampling analysis, were asked online via personal e-mail, to individuals in intensive care nurse groups in Telegram and WhatsApp applications. This research is a first in Turkey regarding Covid-19 and provides important data on the subject.

The study did not only remain at the quantitative research level, but the obtained results were evaluated normatively in the context of the theory of care ethics, one of the most important ethical theories in the field of nursing. The results obtained from the questionnaire were analyzed especially in the scope of self-determination. On the other hand, moral distress, which has an important place in recent medical ethics discussions, was questioned within the framework of the questionnaire and discussed in the discussion section of the study. After ethically analyzing and normatively evaluating these ethically important research results, some important recommendations are made at the end of the study to understand, comprehend, and solve these important ethical problems.

Keywords: Covid-19; Care ethic; Ethical decision-making; Intensive care nursing; Intensive care unit

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanıtımı, Anlam ve Önemi

1.1.1. Pandemi Terimi ve İnsanlık Tarihine Etkisi Olan Pandemiler

Pandemi ve salgın 17. ve 18. yüzyıllarda, çeşitli sosyal ve tıbbi bağlamlarda çoğu zaman birbirinin yerine kullanılan terimler olmuştur. Fakat anlam olarak birbirinden farklı terimlerdir. Salgın terimi, eski Yunanca’ da “üzerinde” anlamına gelen “epi” ve “halk” anlamına gelen “demos” sözcüklerinin birleşiminden türetilmiştir. Salgın; yabancı literatürde “outbreak” (daha lokalize bir bölgede gelişen salgın), “epidemi” (daha geniş bölgeler veya ülke çapında gelişen salgın) veya “pandemi” (birden çok ülke ve/veya kıtaları içeren salgın) olarak incelenmektedir. Ancak genellikle “outbreak” ve “epidemi” aynı anlamda kullanılmaktadır. Salgın, bir enfeksiyon hastalığının belirli bir toplumda, bölgede veya mevsimde beklenen normal sıklığından daha fazla görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir salgında; enfeksiyon etkeninin tipi, bulaştırıcılığı, maruz kalan toplumun özellikleri gibi (aşılma durumu, hastalığı daha önce geçirme durumu gibi) faktörlere bağlı olarak vaka sayıları değişebilir (Hacımustafaoğlu ve Önürmen 2018). Örneğin, daha önce salgın olarak kabul edilmiş Çiçek, Veba gibi virüslere bağlı gelişen tek vaka salgın olarak kabul edilmektedir. Pandemi terimi ise eski Yunanca ‘da “tüm” anlamına gelen “pan” ile “insanlar” anlamına gelen “demos” kelimelerinden türetilmiştir. Pandemi, epidemiyolojik olarak bir kıta hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara/epidemilere verilen genel bir addır (Tapısız ve Altınbaş 2020). Pandemi terimi, genel olarak dünya üzerinde aynı zamanda yaygın biçimde görülen ve çok sayıda insanı etkileyen bulaşıcı hastalıkları tasvir etmek için kullanılsa da insanlar tarafından farklı anlamlarda kullanıldığı için kabul görülmüş tek bir anlamı bulunmamaktadır. Buna yönelik, David M. Morens ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre bir anlam çıkarılırsa pandemi, bölgeler arası (dünyanın komşu iki bölgesi ve iki bitişik olmayan bölge) ve küresel olmak üzere (geniş coğrafi uzantıları olan), bir yerden bir yere izlenebilen (bulaşma yoluyla hastalık hareketliliği olan), yüksek yayılım oranı ve aynı zamanda birden fazla vakanın ortaya çıkmasına eğilim gösteren, minimum nüfus bağışıklığına sahip olunan, yeni veya mevcut organizmaların yeni varyantlarıyla ilişkili olan ve son olarak yüksek bulaştırıcılığa sahip hastalık

etkenlerinin sonucu şeklinde yorumlanabilir (Morens, Folkers ve Fauci 2009). Çeşitli tartışmalarda farklı anlamlar bulmuş olan pandemi, insanlık tarihinin en ölümcül olaylarından biri olmuştur. Tarihte birçok savaş sonucunda hastalık salgınlarının etkili olduğu ve özellikle hastalıkların insanların ölüm nedenlerinin başında geldiği için tarihi biçimlendirmede önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Diamond 2003, Özdemir 2010). Bu nedenle pandemilerin insan popülasyonunu doğrudan etkilemesi açısından nispeten uzun bir tarihsel geçmişe sahip olduğu söylenebilir. Pandemilerin tarihi süreci ve insan ölümleri üzerindeki etkileri kısaca tetkik edildiğinde, ilk olarak 541 yılında Mısır'da ortaya çıktığı bilinen 1347-51 yılları arasında Avrupa'da kaydedilen Veba\ Kara Ölüm hastalığının tarihin en ölümcül pandemilerinden biri olduğundan bahsetmek mümkündür. Veba hastalığının Avrupa nüfusunun %30-50'sinin ölümü ile sonuçlandığı bilinmektedir. 1489 yılında yine Avrupa'da ortaya çıkan Tifüs (Typhus) hastalığının ise vaka ölüm oranı %10-15 olarak kaydedilmiştir. İlk kez MS 161-62'de görülen 20. yy' a kadar etkili olan ve 1500 yılında Avrupa ve Amerika'da kaydedilen Çiçek (Smallpox) hastalığının ise Avrupa nüfusunun %30'unun Amerika nüfusunun ise %80-90'ının ölümüne sebep olduğu bilinmektedir. 1510 yılında ortaya çıkmış olan, dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde görülen ve dönemin tıp tarihçileri tarafından 'öksürme ve yüksek ateşle seyreden, kalp ve akciğerin daralması' olarak tanımlanan Grip (Influenza) hastalığı 1557-58, 1580, 1729-30, 1732-33, 1761-62, 1780-82, 1788-90, 1830-33, 1889-93, 1918-19, 1957-58, 1968, 1977-78, 2009-10 yıllarında etkili olup dünya genelinde birçok insanın ölümüne neden olmuştur (Potter 2001). 1800'lü yıllarda Asya, Amerika ve Avrupa' da kaydedilen Kolera (Cholera) hastalığının ise 50-100 milyon insanın ölümüne neden olduğu bilinmektedir. 1960 yılında ortaya çıkan 1971 yılında ilk olarak ABD'de kaydedilen HIV/AIDS (Acquired İmmun Deficiency Syndrome) hastalığının, 2017 yılında kaydedilen duruma göre 940 bin ölüm ve 1,8 milyon yeni HIV enfeksiyonu vakasına neden olduğu bilinmektedir (Tokaç 2020, Dominic 2017). Bahsi geçen bu hastalık pandemileri tarih boyunca toplulukları, şehirleri ve kıtaları harap ederek, normal zamanlarda yaşanan hastalık yükünün çok ötesinde hastalık ve ölümlere neden olduğunu söylemek mümkündür (Morens, Folkers ve Fauci 2009). Özellikle savaş sıralarında, tıbbın gelişmediği zamanlarda, yoksul ve kalabalık toplumlarda ortaya çıkmış olan pandemilerin en büyük nedeninin ise yetersiz beslenme ve yetersiz sağlık hizmeti olduğu bilinen bir gerçektir.

1.1.2. Pandeminin Covid-19 Özelinde Anlamlandırılması

Tarihten bu yana insan ile birlikte süregelen pandemiler günümüzde farklı şekillerde etkilerini göstermektedir. 2019 yılının aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve SARS korona virüsünün yeni bir türü olarak bilinen SARS-Cov-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2), solunum yolu hastalığı belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı, burun tıkanıklığı) gelişen bir hastada yapılan araştırmalar sonucunda tanımlanmıştır. SARS-Cov-2, kısa sürede hızla yayılarak küresel boyutta etkilere neden olmuştur. Bununla birlikte enfekte olan kişi sayısının ve ölüm oranının artışı, virüsün kişilerarası hızlı bir yayılım göstermesi ve geniş coğrafi uzantıları olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından SARS-Cov-2 virüsünün neden olduğu durum pandemi olarak kabul edilmiştir. Covid-19, ortaya çıkışından bugüne kadar sosyal, bilimsel, ekonomik, toplumsal, sağlık, psikolojik, mesleki vb. birçok alanda insan yaşamında çeşitli değişimlere konu olmuştur. Covid-19'un beraberinde getirdiği ölüm, maddi ve manevi yük, belirsizliklerin getirdiği stres, tedavi ve aşının olmaması insan yaşamındaki değişim ve sorunların en önemli nedenleri arasında yer almıştır.

Covid-19, dünya genelinde de birçok ülkeyi pandemiye hazırlıksız yakalanma nedeniyle olumsuz olarak etkilemiştir. Salgınla savaşın başarılı olması ancak ülkede yaşayan insanların tümünün üzerine düşen görevleri sorumluluk ve dayanışma bilinciyle yapmasına bağlıdır. Dolayısıyla normal durumlarda tercih edilebilen birey merkezli anlayış ve davranış şekilleri anlamlı ve doğru bir tavır olarak değerlendirilemez (Berberoğlu ve ark., 2021). Covid-19 etkilediği ülkelerin özellikle sağlık hizmetleri yönünden büyük sorunlar yaşanmasına neden olmuştur. Bu sorunlar, salgın hastalığa yönelik bir tedavi uygulamasının yokluğu, bakım uygulamalarının artan hasta sayısı nedeniyle etkin bir biçimde sağlanamaması, sağlık personeli eksikliği, kaynak kısıtlılığı şeklinde sıralanabilir. Sağlık çalışanları ise yükümlü olunan hasta sayısının artması nedeniyle iş yükünün artması, hastalığa yakalanma veya hastalığı bulaştırma riskinin olması, başkaları için bir tehdit unsuru olarak görülmeleri gibi Covid-19'un beraberinde getirdiği negatif unsurları yakından tecrübe etmek durumunda kalmıştır. Bu negatif unsurlar ve çalışma koşullarının yarattığı stres faktörleri, sağlık çalışanlarının kendisini yetersiz, korumasız hissetmesine ve tükenmişlik yaşamasına neden olmuştur.

1.1.3. Hemşirelik Mesleği Yönünden Covid-19 Pandemisinin Önemi

Covid-19 ile mücadele sürecinde sağlık personelleri içerisinde hastalarla en fazla zaman geçiren, hekim-hemşire-hasta-hasta yakını arasındaki iletişiminin sürdürülmesini sağlayan ve bakım süreçlerini yönetip bu sürece dahil olan meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireliğin her zaman yaşamın farklı dönemlerinde insan hayatına dokunabilen bir meslek olduğu bilinen bir gerçektir. Hemşirelik mesleğini anlamlandırırken hemşirelik tanımının birçok kuramcı tarafından farklı yönleri ile ele alınmış olduğunu görmek mümkündür. Bu tanımlar arasından Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (International Counsel of Nursing) hemşirelik tanımı; hiçbir ayırım gözetmeksizin sağlıklı ya da hasta bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını içeren, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, yardıma muhtaç ve ölmekte olan insanların bakımını kapsayan ve sağlık politikalarının oluşumuna katılımda, araştırmada, sağlıklı çevre oluşturmada savunucu, bakım ve sağlık sistemini yönetmede ve eğitimde anahtar bir role sahip olduğu üzerinde durmaktadır (ICN 2012). Geçmişten bu yana çok fazla ölüme sebebiyet veren salgın hastalıkların getirdiği hastalık yüküne yönelik, enfeksiyonları önlemede ve kontrol altına almada, ölüm oranını azaltmada ve iyileşmeyi artırmada hemşireler önemli roller üstlenmişlerdir (Göçmen Baykara ve Eyüboğlu, 2020). Günümüzde ortaya çıkmış olan Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde de mesleğinin disiplin, etik ve ahlaki değerler sistemi gereği hiçbir çıkar gözetmeksizin büyük bir özveri ile görev alarak bu rollerini yerine getirmektedirler.

Hemşirelik mesleğinin temelinde yer alan ve hemşireliğin en önemli özelliğinin bakım olduğu bilinmektedir. Bakım rolüne yönelik uygulamalar, en çok hemşirelik bakımına en fazla ihtiyacı olan hastaların bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım hemşireleri tarafından sağlanmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri, Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nin, durumları kritik olan hastalara yönelik yüksek kaliteli bakımın sağlandığı, koroner bakım, perioperatif bakım ve acil bakım gibi çeşitli uzmanlık alanlarını kapsayan profesyonel bir uygulama alanı (Elliott 2012, Williams, Chaboyer ve ark. 2012) olarak tanımladığı yoğun bakım ünitelerinde çalışan, karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların teşhisini yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu (Akbal Ergün, 2007) klinik ve etik durumların çözümünde yardımcı olabilen, karar verme, yönetim gibi özelliklere sahip sağlık profesyonelidir.

Çeşitli uzmanlık alanlarında önemli roller üstlenen yoğun bakım hemşireleri, Covid-19 pandemisi ile mücadelede sürece kısa sürede intibak ederek, iş yükünün arttığı hatta maksimum hasta kapasitesini geçtiği bu dönemde hasta bireylere güvenli ve kişisel ihtiyaçlarına uygun bakım uygulamalarını sağlamak için çalışmaktadırlar. Tedavisi henüz belli olmayan ve ölüm oranı yüksek bulaşıcı hastalığa sahip durumdaki hastalara yönelik psikolojik ve fiziki destek sağlayarak ve çoğu zaman yaşamlarının son anlarında onların yanında bulunan kişiler olmaktadır.

Covid-19 pandemi koşullarında, virüs ile enfekte olan kişi sayısı özellikle ilk dönemlerde günlük olarak yayınlanan tablolardan görüldüğü üzere her geçen gün artış göstermiştir (Worlometer, 2020). Dolayısıyla, tablolardaki artış hastanelere başvuru yapan hasta sayısına yansiyarak özellikle hekim ve hemşirelerin hastalara ayırdığı sürenin azalmasını beraberinde getirmiştir (Budak ve Korkmaz, 2020). Bu durum, hekimlerin hasta bireyleri gözlemlene ve değerlendirme durumlarının devamlılığını negatif yönde etkilemiştir. Bununla birlikte, özellikle yoğun bakımlarda görev almakta olan hemşirelerin mesleki rol ve sorumlulukları gereği hasta bireyleri devamlı olarak gözlemlenmeleri ve yakından değerlendirmeleri daha çok mümkün olmuştur. Bu husus, hasta bireylerin tedavi ve bakım uygulamalarına yönelik planlamalar düzenlenirken ve hasta birey hakkında etik kararlar alınırken hemşirelerin hastanın durumuna yönelik gözlem ve görüşlerine yer verilmesi hasta yararını arttıracak nitelikte olduğundan önemlidir. Lakin, pandemi sürecinde krizin yaratmış olduğu koşullar ve mevcut bir tedavinin olmaması nedeniyle hastaya yapılan uygulamalara yönelik yaşanan ahlaki kaygı söz konusu olduğunda hemşireler, tedavi ve bakım uygulamalarına yönelik planlama ve etik karar verme sürecine genelde dahil olamamaktadır\olmamaktadır. Bu durum ise en azından teorik olarak alınan kararlarda özerklikliğin ön planda olduğu karar süreçlerinden ziyade daha çok paternalistik karakterde karar almaları kapı aralamaktadır. Çalışma ortamındaki iletişim ve iş birliği eksikliği gibi unsurlar hekim-hemşire-hasta arasındaki paternalizmin derinleşmesine yol açmaktadır. Hekim görüşü ile hasta yararı gözetilerek çalışan bir karar mekanizması, paternalizmin derinleşmesine, hemşirelerin hastanın yararına olmayacağını düşündüğü bakımı ve tedaviyi uygulamasına ve etik açıdan uygun bulmadığı eylemlerde bulunmasına yol açabilmektedir.

Kanser hastalığı, Tüberküloz hastalığı, AIDS gibi prognozu belirli hastalıkların tedavisinde genel olarak karar verici ve tedavi düzenleyici konumunda hekim yer alır. Çünkü bu gibi hastalıklar birçok kez karşılaşılarak, bilgi ve tecrübe edinme imkânı bulunan hastalıklardır. Ne var ki, Covid-19 hastalığı yeni ortaya çıkan bir durumdur. Diğer yandan prognoz Covid-19 ile meydana gelen hastalığın ağırlığı yanında, hastanın daha önceki hastalıklarının hangi evresinde olduğu ile de ilişkilidir (Namal ve Alkan, 2021). Hemşireler bu durumda hastalık süreci boyunca hasta başında derin gözlemler yapabilme imkanına sahip olan profesyonellerdir. Bu nedenle hasta yararını en üst düzeye çıkarabilmek için hemşirelerin bu yönlerinden istifade edilip hastaya yönelik alınan kararlara katılımının sağlanması gerekmektedir. Hastaya yönelik tedavi ve bakım hakkında alınacak kararlara hastanın katılımı etik açıdan önem arz etmektedir. Covid-19 hastalarının tedavi ve bakım süreçleri planlanırken Covid-19'un yol açtığı birtakım zorluklar yüzünden hastaya yeterince açıklama yapılamadığı durumlar sıkça yaşanmaktadır. Hemşire bu gibi durumlarda hastanın haklarını koruma, değerler sistemi doğrultusunda özerk karar vermesine veya gıyabında onun faydasına olan kararların verilmesine destek sağlama imkanına sahiptir. Bakım rolüne yönelik ise bakımın kalitesi, profesyonellik ve bakım konusundaki talepleri karşılayabilmek için mesleki sorumluluk açısından hastanın karar verme sürecinde bireysel durumu ve kendi geleceğini tayin hakkı dikkate alınarak sahadaki hemşirelik personelinin uzmanlığı tüm bakım süreçlerinin tasarımına dahil edilmelidir (Jeffrey, 2020). Ayrıca, klinik tıpla ilgili alınan karar ve uygulamalar söz konusu olduğunda, öncelikle pandeminin en kötü senaryoyla gerçekleşeceği tahminiyle alınan kararlar ve uygulamalar mercek altına alınmalı ve etik açıdan gerekçelendirilmelidir (İlkılıç, 2020).

1.2. Araştırmanın Amacı

Etik perspektiften, Covid-19 hastalığının bakım ve tedavi uygulamalarında yoğun bakım hemşirelerinin karar verme sürecine etkin bir şekilde katılmalarının etik açıdan anlam ve gerekliliği bu yüksek lisans tezinin çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın amacı; Covid-19 hastalığına yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlar verilirken yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olup olmadıklarını tespit etmektir. Aynı şekilde eğer karar verme sürecine dahil oluyorsa bu dahil olmanın kalitesi ve etik anlamını ortaya koymaktır. Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerinin

görüşleri sanal ortamda yapılan kantitatif anket çalışmasıyla ortaya konmuştur. Covid-19 pandemisiyle birlikte, kendisi yoğun bakım hemşiresi olan araştırmacı pratik meslek hayatında hasta haklarına ve özerkliğine verilen önemin ikinci plana atılmış olduğu ve kararların daha çok mesleki hiyerarşi ile hızlı bir şekilde alındığı birçok vakayla karşılaşmıştır ve mesleki çevresinden bu doğrultuda teyit almıştır. Hem hasta hem de meslek ahlakı açısından birçok etik sorun ve ikilemi içeren bu tür tecrübeler bu çalışmanın ilgili sorular çerçevesinde şekillenmesine yol açmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde alınan birçok etik kararın uygulamasında rol alan hemşirelerin etik karar verirken yaşadığı kaygılar, kararlara katılma/katılmama/katılamama durumlarına etkili olan faktörlerin durum tespiti ve analizi hedeflenmiştir. Mevcut olan durumun tespitinden sonra ise etik açıdan normatif bir değerlendirmeye tabi tutulması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Çalışmamızın deskriptif ve normatif olarak iki hipotezi bulunmaktadır:

1. Deskriptif hipotez: Genelde yoğun bakım ünitelerinde özelde yoğun bakım ünitelerindeki Covid-19 hastasının bakım ve tedavilerinde yoğun bakım hemşireleri etik boyutu olan karar verme süreçlerine gerektiği kadar katılamamaktadırlar.
2. Normatif hipotez: Hemşirelerin bu tür karar verme sürecine yeteri kadar katılması sorunların anlaşılması, etik açıdan anlamlandırılması ve çözümünü kolaylaştıracaktır.

1.4. Araştırmanın Soruları

1. Genelde yoğun bakım ünitelerinde özelde yoğun bakım ünitelerindeki Covid-19 hastasının bakım ve tedavilerinde yoğun bakım hemşireleri etik boyutu olan karar verme süreçlerine gerektiği kadar katılmakta mıdır?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin bu süreçlere katılmalarının etik açıdan anlam ve önemi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölüm dahilinde; yüksek lisans çalışmasında kullanılan kavramlar tanımlanacak ve çalışmaya yönelik önemli konular ele alınacaktır.

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

“Yoğun bakım” tıp tarihinde yazılı belgelere dayanmayan tıp olarak tanımlanan tarih öncesi dönem tıbbını da dahil edersek (yazının bulunduğu M.Ö.4000 tarihine kadar olan yaklaşık otuz altı bin yıl) kavram olarak yeni bir kavramdır. Tarihte yoğun bakımın gelişimi ilk olarak Walter Edward Dandy' nin 1920'lerin sonlarında Baltimore'daki Johns Hopkins Hastanesi'nde beyin ameliyatı olmuş hastaları takip edebilmek için üç yataklı bir ünite açmasıyla başlamıştır. Daha sonra ise 1927'de Chicago'daki Sarah Morris Hastanesi, erken doğan bebeklerin bakımı için ilk yoğun bakım ünitesini açmıştır. Yoğun bakımın gelişmesine katkısı olan üçüncü durum, II. Dünya Savaşı olmuştur. Savaş ağır yaralı askerleri hayata döndürmek ve onlara bakmak için koğuşların oluşturulmasına sebep olmuş ve daha sonra hemşire sıkıntısını telafi etmek için ameliyat sonrası hastaları bir araya getirmek amacıyla iyileşme odaları açılmıştır (Holzmueller, 2019). Son olarak, 1952'de yüzlerce kişinin solunum yetmezliği yaşamasına neden olan Kopenhag çocuk felci salgını nedeniyle 1953' te pozitif basınçlı ventilasyonun salgın sırasında tercih edilen tedavi olması gerektiğini öne süren ve yoğun bakımın öncü isimlerinden olarak görülen Danimarkalı bir anestezi uzmanı olan Bjorn Ibsen'dir. Ibsen, Avrupa'daki ilk yoğun bakım ünitesini (YBÜ) kurmuş ve hastaları tedavi edebilmek için doktorları ve fizyologları bir araya getirmiştir (Kevin Fong, 2014).

Yoğun bakım ünitesi, ciddi şekilde hasta olan, yaşamı destekleyici müdahalelere ve hemşirelerin yoğun takibine ihtiyaç duyan kişilere tedavi ve takip sağlayan, uzman bir hastane tesisidir (Chu Yuan, 2021, Kevin Fong, 2014). Ayrıca, tıp alanının en hızlı gelişen alanlarından olup eskiden ölümcül olan vakaların tedavisini sağlamakta ve dolayısıyla ortalama insan ömrünün uzamasına katkıda bulunmaktadır (İlkılıç, 2016). Genel olarak, bir akut organ disfonksiyonu geliştirmiş veya geliştirme riski taşıyan kişilerin bakımına adanmış multidisipliner ve meslekler arası bir uzmanlıktan oluşmaktadır. Bu birimlerde, kişinin organ sistemlerinin işlevlerini yaşamını tehdit edecek derecede yerine getiremediği durumlarda kişinin yaşamı korumak

amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, organların geniş izlenme kapasitesine sahip olan ve çoklu fizyolojik destek yöntemlerini içeren bir teknolojiye dayanmaktadır (João V. Vieira, 2021). Tıbbi olarak sürekli izlenilmesi gereken, yüksek riskli ilaçlar kullanan, solunum desteği, dolaşım desteği, beslenme desteği, kişisel bakım ihtiyaçlarını kısmen veya tamamen karşılama desteğine ihtiyaç duyan hastalarla yönelik bakım sağlanan alanlardır. Yoğun bakım üniteleri bu desteği kendilerine mahsus olan cihazlarla ve alanında eğitim almış uzman hekim ve hemşirelerle sağlamaktadır. Yoğun bakımda, hasta kişiye yönelik müdahaleler ise; acil yaşam ve bakım desteği ve uzun süreli yaşam ve bakım desteği olmak üzere iki şekilde planlanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, bireyin yaşamını etkileyecek acil durumların en çok yaşandığı ve en çok acil müdahale gerektiren bölümlerden biridir. Bir hayatı sürdürmek veya kurtarmak için acil durumlarda hızlı hareket etmek gerekir. En acil yoğun bakım ihtiyaçları, ventilasyon için bir hava yolu oluşturmak, sürdürmek ve vücudun kritik organlarına minimum perfüzyon veya kan tedariki sağlamak için yeterli kalp fonksiyonunu sürdürmektir. Bu durum yoğun bakım ünitelerinde sağlanan acil yaşam ve bakım desteği yönüdür. Uzun süreli yaşam ve bakım desteği ise kalp yeniden başlatıldıktan sonra verilir ve esas olarak beyin ve kandaki oksijen seviyelerine duyarlı böbrekler gibi diğer organlarla ilgilidir. Akciğerlere oksijen sağlamak için ilaçlar ve mekanik ventilasyon kullanılır. Uzun yaşam desteği, organlara sürekli olarak oksijenli kan vermek için gelişmiş teknolojiyi kullanır. Vücut bu şekilde uzun süre muhafaza edilebilir. Başladıktan sonra, hasta bilinci yerine gelene veya beyin ölümü bir doktor tarafından onaylanana kadar uzun süreli yaşam desteği sürdürülür (Chowdhury D, 2017). Sonuç olarak yoğun bakım, hastanın hayatta kalabilmesi maksadıyla hayati organlarının işlevlerini sürdürebilmesi için çeşitli teknolojilerle desteklenmesi bunun sonucunda organın işlevini yeniden kazanabilmesi amaçlanan birimlerdir.

2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşireliği, 1950'li yıllarda gelişmeye başlayan en eski hemşirelik uzmanlık alanlarından biridir. Profesyonellik, hızlı karar alabilme ve duruma uygun yanıt verebilme becerisini içermektedir (Elliott, 2012). Ayrıca, ciddi bir sağlık problemiyle hastaneye başvuran bireyi ilk aşamada yaptığı tedavi uygulamalarıyla rahatlatan, sonraki aşamada bireyin mevcut durumunu, yaşam bulgularını sürekli takip eden, sağlığına kavuşması için bakım ve tedavi uygulayan, bireyin sosyal çevresini,

inancını, kültürünü yakından tanıma fırsatı olan ve bu yönde yaklaşımda bulunan, hastane koşullarına bağlı olarak yoğun bakım ünitesi çatısı altında palyatif bakım sağlamaktan sorumlu olan hemşirelerdir.

Yoğun bakım hemşirelerinin rolü Ulusal Klinik Hemşire Uzmanları Birliği (NACNS) tarafından geliştirilen üç etki alanına odaklanmaktadır. Bu etki alanları; hastalar ve aileler, hemşireler ve hemşirelik uygulamaları, organizasyon ve sistemler olarak sıralanmaktadır (Booker, 2015). Bu üç etki alanı ile yoğun bakım hemşireleri; hasta durumunu değerlendirebilir, yaralanmaları tedavi edebilir, yaşam desteği sağlayabilir, hekime yardımcı olabilir, hayati belirtileri kaydedebilir, tıbbi ekipmanın çalıştığından emin olabilir, ilaçları uygulayabilir ve ailelere eğitim ve destek sunabilir şeklinde sıralamak mümkündür. Bunun yanı sıra yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakım ekiplerinin diğer üyeleriyle yakın ve iş birliği içinde çalışmaktadır (Elliott, 2012). Bununla birlikte, hemşirelik rollerini yoğun bakımın karmaşık yapısına ve hastanın yaşamını tehdit edici sağlık problemlerine karşı özveri ile sürdürmektedirler. Genel anlamda hastanın her anında yanında olan, gerektiğinde yirmi dört saat boyunca hastayı gözlemleyen, bakımını veren, hastaya ve ailesine sosyal-manevi destek sağlayan, teknolojik cihazlar ve yoğun bakımın genel çalışma kriterlerine hâkim olan, acil durumları yöneten, donanımlı ve profesyonel hemşirelerdir.

2.2.1. Hemşirelik Mesleğinin Roller

Hemşirelik mesleği aracılığıyla ortaya çıkan uygulamalar; hemşirenin bağımsız olarak mesleğe özgü bilimsel bilgi, becerisi ve deneyimleri doğrultusunda karar verdiği, hekim tarafından verilen istemin hastaya uygulanması ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yaparak yine hekim talimatı olmakla birlikte bu talimatın yerine getirilip getirilmemesi konusunda hemşirenin hastanın durumundaki gelişmeleri göz önüne alarak karar alması şeklinde belirtilmektedir (Kadioğlu ve ark., 2012). Hemşirelik mesleğinin rolleri ise literatürde; bakım verici, savunucu, karar verici, yönetici, konfor sağlayıcı/rahatlatıcı, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, kariyer geliştirici, araştırmacı, tedavi edici, danışman, eğitici rolü olarak sıralanmaktadır (Öztunç, 2013).

Araştırmanın kapsamında ele alınan roller; bir yandan hemşireliğin özerk rollerinden biri olan diğer yandan ise tüm hemşirelik rollerinin bir alt unsuru olan karar verici roldür. Mesleki bir karar oluşturmaya yönelik olan süreçte hasta bireyin tıbbi durumunun hem onun hem de ailesinin beklentilerinin ve olanaklarının, onu izleyen

tıbbi ekibin görüşünün ve yaklaşımının dikkate alınmasını gerektirmektedir. Karar verici rolünde hemşire, hasta bireyin kendi adına karar almasını, aldığı kararı hayata geçirmesini ve sonuçlarından sorumlu olmasını; bir başka deyişle özerk davranmasını desteklemektedir. Derin koma hali gibi hasta bireyin özerkliğinin tamamen ortadan kalktığı durumlarda ise; hastanın sahip olduğu değerler göz önünde bulundurularak ve ailesi ile iş birliği yapılarak, hastanın olası isteklerine uygun kararlar alınması ve hemşirenin profesyonel özerkliğinin hayata geçmesi bakımından önemlidir. “Savunucu rol” ise Hastanın kendisini ifade etmesine ve haklarının korunmasına yardımcı olmaktadır. İş birliği ve iş bölümü içinde yürütülen çalışmaların aksamadan ve verimli bir biçimde sürdürülebilmesi için eşgüdüm gereklidir. Eşgüdümün sağlanmasının ana aracı ise iletişimdir. “İletişim ve eş güdüm sağlayıcı rol” ışığında hemşire; hasta bireyler ve aileleri, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri, toplumun diğer üyeleri ile sürekli iletişim halindedir. Bu iletişim hali, hasta bireyi ve ailesini anlama, kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerini saptama ve karşılama gibi temel görevleri yerine getirirken hemşirenin iletişim becerilerini başarıyla kullanmasını gerektirmektedir. “Tedavi edici rol” kapsamında genel olarak tanı ve tedavi süreçleri üzerinde hekimin belirleyici olması, hemşirenin ise genellikle tedavinin sadece uygulanmasında sorumluluk alması ve hekimin talimatını gözden geçirerek yerine getirmesi söz konusudur. Bunun yanı sıra; sıcak soğuk uygulamalar, masajlar, solunum egzersizleri, postüral drenaj gibi kimi tedavi işlemlerinde hemşireler kendileri karar vermektedir (Öztunç 2013, Kadioğlu ve ark. 2012). Ele alınan bu roller arasından karar verici rolü ve bakım rolü araştırma kapsamında daha teferruatlı olarak incelenecektir.

2.3. Genel Anlamda Bakım Kavramı

Bakım kavramı yabancı literatürde en sık “care” ve “maintenance” olarak kullanılmaktadır. Türkçe literatürde ise “dikkat, özen, ilgi, kaygı, itina” olarak karşılık bulmaktadır (TDK). Sözlük tanımında, “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi ve iyi bir durumda kalması için verilen emek ya da birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” (TDK) olarak anlamlandırılmaktadır. Bakım kavramı, ilk olarak 1950’lerde hemşireliği ilgilendiren bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Fakat, nitelikli araştırmacı eksikliği ve ilk yıllarda kavramın temel özelliklerini anlamada minimum ilerleme gibi olumsuz faktörler gelişimini engellemiştir. Bakım bağlamsal düşüncelere bağlı bir kavram olduğundan tanımlanması

çok zordur. Fakat, ihtimam etiğine yönelik çalışmalarda bulunan bazı felsefeciler farklı yaklaşımlarla bakım kavramını anlamlandırmaya çalışmıştır. Örneğin ahlaki, sosyal, politik ve feminist bir filozof olan Virginia Held bakımı bir uygulama ve değer olarak anlamlandırmaktadır. Held bakımın bir emek biçimi olduğunu, aynı zamanda normatif yargı ve eyleme rehberlik eden bir ideal olduğunu belirtmektedir. (Held, 2006) En yaygın bakım tanımlarından birini sunmakta olan Joan Toronto ve Bernice Fisher, bakımı en genel düzeyde dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız her şeyi içeren özel bir etkinlik olarak tanımlamaktadır. Dünya bizim bedenimizi, kendiliğimizi ve çevremizi içermektedir. Toronto ve Fisher' in bakım tanımı yaşadığımız dünyayı ve çevreyi dahil ederek bakımı insanoğlunun ötesine taşımaktadır. Yaşamımızı sürdürdüğümüz dünyayı mümkün olduğu kadar onarma fikri insani duygularımızı beslemektedir. Toronto, bakımı insan ve çevrenin hayatta kalması ve gelişmesi için gerekli görmektedir. Bakım gereksinimlerimiz konusunda kendimizi düşünmek ve bakım ilişkisine benliğin dahil edilmesi kişinin öz bakımı açısından önem arz etmektedir. Kişi, kendi öz bakımını sağladığında bakım gereksinimi olan bireye daha etkili bir bakım sunmaktadır. Bununla birlikte, bakımı süregiden bir sosyal, politik ve duygusal uygulama olarak görmektedir; sadece bir eğilim değil, aynı zamanda insan yaşamı için hayati önem taşıyan düşünce, duygu, eylem ve işi içerir. Ayrıca, iki kişi arasında var olan bir etkileşimden ziyade kolektif bakımı içeren genel bir aktivite olarak görmektedir (Michalinos Zembylas 2014, Tronto 1993). Tronto'nun tanımı, kültürel çeşitliliği kabul etmesi ve bakımı aile ve ev alanlarının ötesine taşınması nedeniyle övülmektedir. Ancak, geniş bir anlama sahip olduğu ve neredeyse her insan etkinliğini bakım olarak saydığı için eleştirilmiştir (Sander-Staudt, 2020). Literatürdeki en kesin bakım tanımlarından birini sunmuş olan Diemut Bubeck, bakımı bir kişinin ihtiyaçlarının başka bir kişi tarafından karşılanması olarak ifade etmektedir (Held, 2006). Bubeck, bakım tanımı ile kişisel etkileşimi ve bağımlılığı vurgulayarak bakımın tanımsal kapsamını daraltmaktadır. Fakat öz bakımı tanımsal olarak dışlaması eleştirilmektedir (Held, 2006). Bakım tanımında öz bakıma yer açmış olan Daniel Engster, bakımı bireylerin hayatta kalabilmeleri, gelişebilmeleri ve işlev görebilmeleri için hayati biyolojik ihtiyaçlarını karşılamalarına, temel yeteneklerini geliştirmelerine veya sürdürmelerine, acı ve ıstıraptan kaçınmalarına veya acılarını hafifletmelerine yardımcı olmak için yaptığımız her şeyi içeren bir uygulama olarak tanımlayarak bakım için bir "temel ihtiyaçlar" yaklaşımı geliştirmektedir. Bakım

kavramı, farklı olarak bir erdem veya güdü olarak da anlamlandırılmaktadır. Bu anlam, bakımı bir tür güdusel empati yaklaşımıyla özdeşleştirmiş olan Micheal Slote ve bakımı “başkalarını dinlemeyi ve kendi şartlarına göre yanıt vermeyi içeren yerleşik ahlaki muhakeme biçimleri” olarak tanımlayan Selma Sevenhuijsen tarafından desteklenmektedir. Fakat, bakımı bir erdemden ziyade bir uygulama ve değer olarak görenler tarafından reddedilmektedir (Sander-Staudt, 2020)

Bakım kavramı ihtimam etiği yazarları tarafından genel olarak emek biçimi, erdem, öz bakım, adalet, empati ve kişiler arasındaki iletişim veya etkileşim ile bağdaştırılmaktadır. Bakıma yönelik tasvirlerden yola çıkıldığında bakım kavramının bireylerin kültürel değerleri, inançları, yaşam tecrübeleri, ahlaki değerleri, ruhsal ve fiziksel sağlık hastalık durumları, yaşadıkları çevre, yaşam koşulları gibi unsurlar ile yakından ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca; dikkat, güven, duyarlılık, eşitlik, adalet, bireysel haklar ve bu hakların tutarlı bir şekilde uygulanmasına odaklanan etik ve ahlaki boyutu olan bir yön de içermektedir.

2.4. Bakım Kavramının Hemşirelik Mesleği Özelinde Anlamlandırılması

Bakım, tüm canlılar için temel bir ihtiyaç ve aynı zamanda tüm insanlar için bir yükümlülüktür. Bu yönüyle sadece hemşireliğe özgü olduğu söylenemez, ancak hemşirelik için özgün bir kavramdır. Bakımı hemşirelik bakımı olarak özgün kılan; hemşirenin doğru bilgisini (episteme), pratik aklını, yargı yetisini (phronesis), özelleşmiş teknik becerilerini ve manevra yetisini (techne) etik ilkeler ve mesleki değerler doğrultusunda birleştirebilmesi, özenli ve saygılı bir tutumla sunabilmesidir (Dinç, 2010). Hemşirelik bakımı, bir hasta ve hemşire arasındaki eylem ve etkileşimlerden meydana gelir (Gail A. Brilowski, 2005) ve birincil odağında fiziksel bakım yer almaktadır. Fiziksel bakım yapısal olarak; dokunma, mevcudiyet ve yeterlilik unsurlarını içermektedir. Bu unsurlar arasından sözel olmayan bir iletişim şekli olarak dokunma, hemşirenin niyetinden ve hastanın algılarından etkilenererek hemşire-hasta arasındaki iletişimin arttırılmasını sağlamaktadır. Bir başkasıyla ilişki kurma eylemi anlamı içeren mevcudiyet ise hasta ile aynı alanı işgal etmekten ziyade; onu dikkatlice dinlemek, paylaşımda bulunmak, zaman tanımak ve ilgi göstermek gibi benliğin dahil edilmesiyle hasta ile duygusal olarak bağlantı kurmayı içermektedir. Bu durum hasta ile birlikte bulunma ve tahammül etme yeteneğine sahip olmayı gerektirir. Yeterlilik unsuru ise hemşirelik bakımının gelişmekte olan teknolojiye zamanla daha fazla

odaklanması ile klinik bakımın yeterliliği açısından teknoloji ile birlikte artan bakım yeterliliğini içermektedir (Gail A. Brilowski, 2005). Vivien Mestecky Woodward' ın hemşirelik bakımının araçsal ve ifade edici olmak üzere iki temel bileşenden oluşabileceğini öne sürdüğü çalışmasında bu durumu desteklediği görülmektedir. Çalışmada, araçsal bileşen ile bakımın fiziksel ve teknik yönleriyle ilgili olan birincil odağını kastetmektedir. İfade edici (dışavurumcu) bileşen ile ise hastaların psikososyal ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamayı kastetmektedir (Mlinar 2010, Woodward 1997). Her ne kadar araçsal bileşen hemşirelik bakımının ilk amacı gibi görünse de bu iki temel bileşen etkili bir bakım açısından önem arz etmektedir. Dolayısıyla, hemşirelik bakımı araçsal olarak bireyin yaşam koşullarına uygun bir şekilde acısını hafifletmeyi ve ifade edici olarak bireyin değerler bütünlüğünü korumayı amaç edinmektedir.

2.5. Hemşirelik Mesleğinde Bakım Kavramının Etik Yönü

2.5.1. Etik ve Ahlak Kavramları

Ahlak kavramı, doğru ya da yanlış insan davranışlarına dair bir toplumsal sözleşme teşkil edecek kadar çok kişi tarafından benimsenmiş olan normlar olarak tanımlanmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2017) Etik kavramı ise ahlak felsefesi anlamına gelmekte ve insan eylemlerini konu olarak ele almaktadır. Buna rağmen karakteristik bir eylem kuramı olarak sayılmamaktadır. Çünkü etiğin konusunu her türlü insan faaliyetleri ve eylemleri değil, insanın ahlaki davranışları oluşturmaktadır. Ahlaki olanın özünü ve temellerini araştıran ve ayrıca insanın kişisel ve toplumsal yaşamındaki ahlaki davranışları ile ilgili sorunları ele alıp inceleyen felsefe dalı olup yaşamı çeşitli yollarla anlamaya ve açıklamaya ait geniş kapsamlı bir terimi ifade etmektedir. Bireye ahlaki eylemin anlamının yöntemsel ve sistematik biçimde aktarılması etik aracılığıyla mümkün olmaktadır. Fakat etik, ahlaki eylemin yerini tutmamakta; bu tür eylemlerin bilgiye dayalı yapısını ortaya çıkarmaktadır. Bir diğer deyişle etik, bir yandan ahlaki davranış modellerinin ve temel tutumların betimlenmesi ve çözümlenmesi, öte yandan ahlakiliğin gerekliliğinin yöntemsel açıdan (betimleyici-normatif) temellendirilmesi aracılığıyla pratiğin değerlendirilmesine yönelik eleştirel ölçütleri aktarmakta, karmaşık ahlaki eylem alanını kavramsal olarak açmakta ve insanın bu alanı aklıyla kavramasını sağlayacak hale getirmektedir (Erdemir, 2011). İnsanın ahlaki davranışını belirli bir yöntem kullanarak değerlendirmesi ve ahlaki davranışı üzerine farklı düşünceler geliştirmesi etik aracılığı ile mümkün olmaktadır.

2.5.2. Etik Yaklaşımlar

Farklı etik yaklaşımlar tarih boyunca düşünürler arasındaki görüş ayrılıklarından ileri geldiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra, etik bir değerlendirmede bulunurken ortaya çıkan insanın ahlaki davranışlarını ilgilendiren karar ve çıkar çatışmalarına yönelik farklı bakış açıları geliştirmek amacıyla başvurulmaktadır. Etik yaklaşımlar, insanların etik üzerine düşünce ve görüşlerini ortaya koyması bakımından önemli görülmektedir. Etik değerlendirme sürecindeki etik yaklaşımlar; utilitarisim, ödev etiği, haklar etiği, erdem etiği ve genel olarak tıp etiğinde kullanılan bu teorik yaklaşımlardan farklı olarak ihtimam etiğidir. Etik yaklaşımları kısaca ele almak gerekirse, sonuççu kuram türü olarak bilinen ve temelleri Jeremy Bentham (1748-1832) ve John Stuart Mill (1806-1873) tarafından atılmış olan utilitarisim (faydacı etik) genellikle, tarafsız bir perspektiften bakarak ve etkilenecek tüm kişilerin meşru çıkarlarını eşit derecede önemseyerek, en fazla sayıda kişi için en iyi sonucu verecek olanı yapma yükümlülüğü olarak tanımlanmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2017). İnsanın yapısı gereği sadece mutluluğa yönelmiş olamayacağı için geriye ödevden başka bir şey kalmadığını öne sürmekte olan ve Immanuel Kant'ın (1724-1804) felsefesi sinmiş olduğu için “Kant Etiği” olarak da adlandırılan ödev etiği (deontolojik etik), ödev de aklın sesi, dolayısıyla insanın en yüksek değerinin dile geldiğini belirtmektedir. Kant' a göre, bir eylemin iyi olabilmesi için hiç koşulsuz olarak ödevden çıkmış olması gerekmektedir; ancak ödevin belirlemiş olduğu istenç iyidir. Bir eylem dışarıda bulunan iyi bir sonuç yüzünden değil, ancak kendisine dayandığı ilke yüzünden iyi olmaktadır ve eylemin iyi olmasının ölçüsü başardığı, gerçekleştirdiği şey olmayıp dayandığı ilke olarak tanımlanmaktadır (Metin 2010, Erdemir 2011). Doğal yasa kuramı olarak Aquino'lu Thomas 'da görülmekte olan haklar/adalet etiği, insanın akli bulunduğu ve bundan dolayı bazı hakları olduğunu savunmaktadır. Thomas'a göre en yukarıdaki akıldır. Çünkü akıl değerleri bilmesi ve amaçları koymasıyla arzuya yön vermektedir. Akla dayanan düşüncelerden doğan eylemler özgür olan eylemlerdir. Erdemler iyiyi gerçekleştirme bakımından kazanılmış olan eğilimlerdir. Thomas dört ana erdem olarak; yiğitlik, ölçülülük, bilgelik ve adalet erdemlerini benimsemektedir. John Rawls ise haklar/adalet etiğini bireyin özgürlüğü, özgür bir şekilde gerçekleştirdiği eylemin iyiye ulaşmasından yana olan eylemler olarak tanımlamaktadır (Erdemir, 2011). Başlıca temsilcisi Aristoteles olan ve mutluluk ahlaki olarak bilinen erdem etiğine göre ise erdem insanın doğal özünün yapısında gelişmekte ve insanı hazzı vardırılmaktadır. Etik erdemler insana pratik akla uyma yani kararlarında

doğru bir görüşe dayanma yeteneği kazandırmaktadır. Aristoteles'e göre etik erdemler arzuların eğitilmesiyle oluşurlar. Bu eğitim sayesinde insan, doğru görüşlere dayanarak eyleme alışmaktadır (Erdemir, 2011). Carol Gilligan, Nel Noddings gibi düşünürlerin çalışmaları sonucu ortaya çıkan ihtimam etiği ise; adalete, ilkelere ve mesleki tarafsızlığa odaklanan biyoetik yaklaşımların bazı eksikliklerini gidererek hemşirelik ve bakım uygulamalarının etik yönlerini daha geniş bir şekilde aydınlatan bir mercekle olarak görülmektedir (Scott, 2017). Bu nedenle, ihtimam etiğinin evrimine genel bir bakış sunmak önem arz etmektedir.

2.5.3. İhtimam Etiği (Care Ethic)

İhtimam etiği teorisine yönelik iki farklı görüş bulunmaktadır. Bunlardan birincisi hemşire/hasta ilişkisi içindeki insan bakımının varoluşsal fenomeni içinde yer alan, geleneksel etik teorilerden uzak ve eleştirel bir yaklaşım olarak ortaya çıkmış olduğu görüşüdür. İkincinci görüş ise geleneksel etik teoriden çerçeveler kullanarak hemşirelik pratiğine uygulanmakta olduğu görüşüdür (FRY, 1989). Normatif olarak ihtimam etiği, bakım verenlerin ve bakım alanların refahını bir sosyal ilişkiler ağı içinde bağlamsallaştırarak ve teşvik ederek ilişkileri sürdürmeyi amaçlamaktadır. Çoğu zaman bir eylemden ziyade bir uygulama veya erdem olarak tanımlanan bakım, kendimizin ve başkalarının dünyasını korumayı ve onların ihtiyaçlarını karşılamayı içermektedir. Bağımlı ve savunmasız/kolay incinebilir olanlara özen gösterme güdüsü üzerine kuruludur ve hem bakım sürecinden hem de benliğin idealleştirilmesinden ilham almaktadır (Sander-Staudt, 2020).

Bakıma ve ihtimam etiğine yönelik farklı düşünce biçimleri olduğu için, ihtimam etiğinin tanımını yapmak kolay değildir. Literatürdeki en belirgin farklı düşünce biçimleri, “birinci” ve “ikinci” nesil bakım teorisyenleri olarak bilinen iki kategori arasında ortaya çıkmaktadır. İhtimam etiği, özellikle batı düşünce tarihi içerisinde 1960'lara kadar dayanan feminist düşünce hareketlerinden kaynaklanarak geliştirilmiştir (Held, 2006). Fakat 1980'lerin başında açıkça ve daha sıklıkla dile getirilmiştir. Sonrasında çok sayıda gelişim aşamasından geçerek evrilmiştir.

İhtimam etiği teorisyenleri çoğunlukla birinci nesil teorisyenler olarak gruplandırılmaktadır. Örneğin Carol Gilligan, Nel Noddings, Virginia Held birinci nesil ihtimam etiği teorisyenleri arasında yer almaktadır. Birinci nesil teorisyenler, ihtimam etiğinin epistemolojik temeli olarak toplumsal cinsiyeti açıkça ya da dolaylı olarak

merkeze almaktadır. Joan Tronto ve onun görüşlerinden etkilenmiş olan ikinci nesil teorisyenler ise bakım kavramlarını yeniden kavramsallaştıran birinci nesil teorisyenlerin yaptığı çalışmaları genişletmeye devam etmiştir. Fakat, bakımın hem ahlaki hem de siyasi bir teori olarak önemini vurgulamaktadırlar. Bakımı tüm insan yaşamı ve faaliyetlerinde merkezi olarak görmeleri bakımından birinci nesil teorisyenlerden farklıdır (Hankivsky, 2014).

2.5.4. İhtimam Etiğinin Gelişimi

İhtimam etiğinin ortaya çıkmasında etkili olan başlıca kişi Lawrence Kohlberg ve onun ahlaki gelişimin giderek daha evrensel ve ilkeli düşünceye doğru ilerlediğini öne sürmüş olduğu ahlaki gelişim teorisi olmuştur. Lawrence Kohlberg'in ahlaki gelişim teorisi önceki nesillerde ahlaki gelişimin kesin açıklaması olarak görülerek bir çok eğitimci, psikolog ve siyasetçi üzerinde etkili olmuştur. Kohlberg, 1958 yılında başlattığı araştırma ile ahlaki yargıların içeriğini değil, ahlaki muhakemenin doğasını açıklamayı amaç edinmiştir. Araştırmasında katılımcılara “Heinz İkilemi” adı verilen bir vaka sunarak katılımcıların yanıtlarında sorunun gerçek çözümüyle değil, katılımcıların kullandığı ahlaki düşünce türüyle ilgilenerek görüşlerini incelemiş ve ahlaki gelişim düzeylerini belirtmiştir (Tronto 1993, Dinç 2010).

Araştırmaya katılan görüşmecilerden biri olan on bir yaşındaki erkek çocuğu Jake insan hayatının paradan daha değerli olduğu ilkesine dayanarak bu ikilemde Heinz 'in ilacı çalması gerektiğini söylemiştir. Jake'e göre insan hayatının değerine ilişkin evrensel ahlak yasası, uzlaşım ve zaman zaman da hatalı olan toplumsal yasalardan daha üstündür. Bu soru on bir yaşındaki bir kız çocuğu olan Amy'ye sorulduğunda ise Amy görünüşte daha “kararsız” yanıtlar vererek ilacı çalıp-çalmamak dışında üçüncü bir yol aramıştır. Örneğin Heinz 'in birinden borç alması veya eczacının ilacı Heinz'a veresiye vermesi gibi farklı seçenekleri gözden geçirir. Amy'nin bu ikilemi çözmeye çalışırken gözettiği şey ise ne yasaların çiğnenmesi ne de insan hayatının değerine ilişkin evrensel bir ilkedir. Amy'yi düşündüren, Heinz 'in hırsızlık yaptığı için hapse girmesi durumunda, bakıma muhtaç olan eşinin yalnız kalacak olmasıdır. Bu nedenle Amy'ye göre Heinz ilacı çalmamalı, eşini yaşatmanın başka yollarını aramalıdır. Jake ve Amy'ye bir dizi başka soru daha sorulmuştur. Jake'in sorulara genellikle kesin ve kendinden emin yanıtlar verirken, Amy'nin bu kadar kesin konuşmadığı, neyin doğru neyin yanlış olduğunun duruma, bağlama göre değişeceğini söylediği gözlemlenmiştir.

Kohlberg'in çalışmasında Amy'nin yaklaşımı araştırmacılar tarafından bir "ahlaki olgunlaşmamışlık" ve kararsızlık göstergesi olarak yorumlanmıştır (Gilligan 1982, Çekem2020). Kohlberg araştırmanın sonuçlarına dayanarak bireylerde ahlaki gelişimin her biri kendi içinde iki evreden oluşan; gelenek öncesi düzey, geleneksel düzey ve gelenek üstü düzey olmak üzere üç düzey ve/veya altı aşamadan oluştuğunu ortaya koymuştur. Gelenek öncesi düzeyde, çocuk, iyi-kötü, doğru-yanlış gibi kural ve değerlere açıktır; ancak bunları ödül veya ceza gibi eylemin sonuçlarına ya da kuralları koyan yetki sahibi kişilerin, genellikle anne ve babanın gücüne göre öğrenmeye başlamaktadır. Geleneksel düzeyde, toplumun ve bireyin etkileşimde bulunduğu grubun değerlerine, beklentilerine ve kurallarına uymak, bunlara bağlı kalmak, başkaları tarafından onaylanmak ve takdir edilmek önemlidir. Ahlaki gelişimin son aşaması olan gelenek üstü düzeyde ise insan hakları, adalet, eşitlik ve toplum yararı göz önünde bulundurularak evrensel adalet ilkesi benimsenmektedir. Kohlberg'e göre her birey içinde yaşadığı aile ve toplumun değerleri, normları ve eğitim sürecinin etkisiyle sosyalle olurken, söz edilen bu evrelerden sırasıyla geçerek ahlaki olgunluğa erişmektedir; ancak her birey en üst evreye ulaşamayabilmektedir (Tronto 1993, Dinç 2010)

Kohlberg'in ahlaki gelişim modelini cinsiyetçi olmakla suçlayarak ve Kohlberg'in modelinde varsayılan adaletin sesinden "farklı bir ses" duyduğunu bildirmiş olan Carol Gilligan farklı bir ahlaki gelişim teorisi ortaya koyarak ihtimam etliğini dile getiren ilk feminist filozoflardan biri olmuştur. Carol Gilligan'ın yaklaşımına göre; ...kadınlar kendilerini yalnızca insan ilişkileri bağlamında tanımlamakla kalmaz, aynı zamanda bakım yetenekleri açısından da yargılamaktadır. Kadının erkeğin yaşam döngüsündeki yeri, onun güvendiği ilişki ağlarını dokuyan, besleyen, bakıcı ve yardım eden kişi olarak tanımlanmaktadır (Noddings, 1984). Carol Gilligan, hem erkeklerin hem de kadınların bakımın sesini farklı zamanlarda dile getirdiklerini, ancak kadınlar olmadan bakımın sesinin neredeyse çalışmaların dışında kalacağını belirtmektedir (Woodward, 1997). Gilligan, gerek Kohlberg'in araştırmasında, gerekse Kohlberg'in teorisine dayalı olarak yürütülen diğer bazı araştırma sonuçlarında, Kohlberg'den farklı sonuçlar elde etmiştir. Gilligan, Heinz İkilemini; Jake'in insan hayatının değerine ilişkin evrensel bir ilkedan hareketle, neredeyse bir matematik veya mantık problemi gibi çözmekte olduğunu öne sürmektedir. Amy'nin ise Heinz' in eşini ve eczacıyı bir ilişkiler ağı içerisinde

kavrayarak soruna farklı çözümler üretmeye çalışmakta olduğunu değerlendirmektedir. Amy'nin kavrayışında Heinz, Heinz 'in eşi ve eczacı, birbirinden yalıtılmış ve çıkarları birbiriyle çatışan atomize bireyler değil, birbirleriyle ilişkili ve birbirlerine karşı sorumlu insanlardır. Bu yüzden Amy'ye göre bu sorunun da bu ilişkiler ağı göz önüne alınarak, iletişim yoluyla çözülmeye çalışılması daha uygundur. Gilligan, Kohlberg'in "gelişmemişlik" gördüğü yerde, farklı bir etiğin imkanını görmektedir. Bu, Jake'in Heinz İkilemine verdiği yanıtta cisimleşen ve evrenselci, "adalet" yönelimli yaklaşıma alternatif bir yaklaşım olarak, Amy'nin yanıtında cisimleşen "ihtimam" yönelimli yaklaşımdır. Bunun üzerine kendi araştırmalarını başlatarak çalışmasının sonucunda ahlaki gelişimi ifade ederken, bakımın farklı açılarını üç evre ve iki geçiş düzeyinde tanımlamıştır. İlk evrede, kadınların kendilerini korumak ve hayatta kalmak için öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasına odaklandıklarını belirtmektedir. Bu aşamayı bencillikten uzaklaşan ve başkalarının iyiliği için sorumluluğun hissedildiği birinci geçiş dönemi izlemektedir. İkinci evrede ise kadınların, başkalarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasına odaklandığı ve sorumluluk duydukları bireylere karşı duygusal bir bağlılık, şevkat ve empati hissettiklerini belirtmektedir. Bu aşamayı ise kendilik kavramının özümsemekle sorumluluklar kapsamında yer verilmesine yönelik ikinci geçiş dönemi izlemektedir. Üçüncü evrede ise başkalarına karşı bakım sorumluluğu ile birlikte kendini de sorumluluklar kapsamına dahil etmek, etik ideal olarak kabul edilmektedir. Gilligan'a göre, bu düzey ve evrelerden kadınların ahlaki muhakeme ve yargılarına temel oluşturan "farklı bir ses" ortaya çıkmaktadır; bu ses, bakımın ahlaki sesini ortaya çıkarmaktadır. Gilligan bunun sadece kadının sesi olmadığını özellikle vurgulamıştır. (Gilligan 1982, Dinç 2010).

Bazı düşünürler, ihtimam etiğini dile getirmeye çalışan ilk kişinin Gilligan' dan ziyade Nel Noddings olduğunu ileri sürmektedir. Nel Noddings 1984 yılında "Caring: A Feminine Approach To Ethics And Moral Education" adlı kitabında ihtimam etiğini feminist etik açısından inceleyerek, ahlaki muhakeme ve eylemler için önerilen rasyonalist, evrensel ilkeleri reddetmiştir ve bakımın daima bağlamsal olduğunu öne sürmüştür (Woodward, 1997). İhtimam etiği anlayışı, kavramsal olarak annelik perspektifinden yola çıkan Noddings, şefkatli ilişkilerin insan varlığı ve bilinci için önemli olduğunu belirtmektedir. Bir annenin bebeğine hissettiği doğal duygunun, yaşamın ileri dönemlerinde bakıma muhtaç olan başkaları için de hissedilebileceğini, ihtimam etiğinin kökeninin ise bu doğal duyguya temellenen etik ideal olduğunu öne

sürmektedir. Noddings, bakım için, “caring for” (-e, bakım vermek) ve “caring about” (bakıma muhtaç olanı umursamak, önemsemek) olmak üzere iki aşama tarif etmiştir. İlk aşama, bakım hizmetlerinin fiili olarak uygulanmasıdır. İkinci aşama ise kişinin bakım fikirlerini veya niyetlerini beslediği bir durum anlamına gelmektedir. Bakım ilişkisi bakıma muhtaç olanın önemsenmesi ile başlamaktadır; bunu kendini bakım alanın yerine koyabilme yetisi “empati” izlemeli; ardından “engrossment” olarak tanımladığı ve bakım verenin kendisini bakıma muhtaç olana ithaf ettiği “yoğun duygusal bir durum” yaşanmalıdır (Noddings 1984, Dinç 2010). Noddings, bakım yükümlülüğünün kapsamının sınırlı olduğunu öne sürerek bakım yükümlülüğünün eş merkezli dairede dışı doğru hareket olarak düşünülmüştür. Bu nedenle giderek artan bir şekilde genişleyen bakım, azalan bir tikellik ve bağlamsal yargı yeteneği ile karakterize edilmektedir (Woodward, 1997).

İhtimam etiği ile ilgili birçok kitabın editörlüğünü ve yazarlığını yapmış olan ve “The Ethics of Care” (2006) adlı kitabında ihtimam etiğinin sosyal ve küresel sorunlarla ilişkisini ortaya koymakta olan Virginia Held, bakımı en temel ahlaki değer olarak yorumlamaktadır. Bakımı değerler ve uygulamalar kümesi, bakım vericiyi ise başkalarına bakım verme motivasyonuna sahip ve etkili bakım uygulamalarına katılan bir kişi olarak tanımlamıştır (Woodward, 1997). Held’ e göre ihtimam etiği bireyleri; kendine yetemeyen, başkalarına bağımlı, duygusal, ilişkisel bir özerkliğe sahip, kendi çıkarından öte başkalarının ihtiyaçlarını da düşünen kişiler olarak ele almaktadır. Bundan dolayı, belirli bir durumdaki (bağlamsal), belirli kişilerin (özgün, seçici) ahlaki talebi ve gereksinimlerinin farkında olunmasını ve bu gereksinimlere duyarlılık, yanıt verebilirlik ve sorumluluk üstlenilmesini içermektedir (Held, 2006). Bununla birlikte ihtimam etiğinin önceki teorisyenlerinden farklı olarak Held, ihtimam etiği (güven, dayanışma, karşılıklı endişe ve empatik tepki) ve adalet etiği (eşitlik, tarafsızlık, adil dağıtım ve özgürlük) perspektifini rakip olarak veya birbirini dışlayan olarak görmemektedir. Her iki perspektifinde “büyük ahlaki önem” konularıyla ilgili olduğu ve “yeterli, kapsamlı ahlaki teorinin” her iki endişeyi de içermekte olduğunu belirtmektedir (Held 2006, Toprak 2008).

İhtimam etiği, zaman içerisinde Joan Tronto'nun (1993) çalışmasının öncülüğünde ikinci nesil bakım teorisyenleri ile annelik, bakım, besleme faaliyetleri ve deneyimlerine bağlı olan kavramsallaştırmaları aşarak sosyal, siyasal ve adalete dayalı

bir etik yaklaşım olarak evrilmiştir (Hankivsky, 2014). Birinci nesil ihtimam etiği anlayışı kadınların ahlaki görüşü ve özellikle annelik, bakım ve besleme faaliyetleri ve deneyimleri ile bağlantılıdır. Tronto'nun (1993) çalışmasının öncülüğünde ikinci nesil bakım teorisyenleri, bu tür kavramsallaştırmaların ötesinde bir yol izlemektedir. Joan Toronto, ihtimam etiğini feminist teori ve siyaset bilimi ilişkilerine yoğunlaşmasıyla tanınmaktadır. Toronto, ihtimam etiği uygulamasının karmaşık olduğunu ve belirli ahlaki nitelikler gerektirdiğini belirtmektedir. Toronto'ya göre ihtimam etiği, mevcut ahlaki düşünceden farklı bir dizi ahlaki ikilem ortaya çıkarmaktadır. Tronto, bakımın fazlarını; gereksinimi fark etmek\umursamak (caring about), bakım sorumluluğunu üstlenmek (taking care of), bakım vermek (care giving) ve bakım almak (care receiving) olarak özetlemiştir. Bakımın etik öğelerini ise dikkat etmek ve ilgi göstermek (attentiveness), sorumluluk hissetmek (responsibility), bakım için yeterlilik ve yetkinliğe sahip olmak (competence) ve bakım alanın geri bildirimini (responsiveness of care receiver) içermektedir (Tronto, 1993).

2.5.5. İhtimam Etiğinin Sınırlılıklarına Yönelik Eleştiriler

İhtimam etiği teorisyeni olan Maureen Sander-Staudt, ihtimam etiğinin sınırlılıklarına yönelik; bir köle ahlakı olduğunu, ampirik olarak kusurlu olduğunu, teorik olarak belirsiz olduğunu, dar görüşlü olduğunu, özcü olduğunu ve belirsiz olduğunu öne süren altı potansiyel eleştiri önermektedir (Gallagher 2017, Woodward 1997).

Sander-Staudt'un ihtimam etiğini bir köle ahlakı "slave morality" olarak gördüğü eleştirisine göre, köle ahlakı kavramını ezilen halkların itaatkâr özelliklerini erdemler olarak yeniden tasdik eden ahlaki teoriler geliştirme eğiliminde olduğunu savunan filozof Frederick Nietzsche'den geldiğini öne sürmektedir. Bu geleneği takip eden ihtimam etiğinin bir köle ahlakı olduğu ve bakımın farklı sesi, katı bir şekilde dayatılmış cinsel iş bölümü ile karakterize edilen ataerkil geleneklerden ortaya çıktığını düşünmektedir. Bu eleştiri ayrıca, bakımın sesinin otantik veya güçlendirici bir ifade olmayabileceğini, ahlaki olgunluğu fedakârlık ve geri plana çekilme ile kıyaslayan yanlış bilincin bir ürünü olabileceğini ima etmektedir.

Ampirik olarak hatalı "empirically flawed" ihtimam etiği eleştirisinde Gilligan'ın çalışmalarının ampirik doğruluğunu ve geçerliliğini sorgulamaktadır. Gilligan'ın sonuçları çok dar ve homojen bir örneğe dayandığı ve daha geniş

örneklerin daha farklı sonuçlar verdiği için kusurlu olduğu iddia edilmiştir. Ayrıca, Gilligan'ın bakımı yalnızca kadına özgü bir uğraş olarak ele aldığını belirterek; erkeklerin de ahlaki bir duygu ve yönelimle bakım verebileceği üzerinde durmaktadır.

Dar görüşlü “parochial” olarak ihtimam etiği eleştirisi, özellikle Nel Noddings'in bakım yükümlülüklerinin öncelikle uzak insanlardan ziyade yakın olanlara yönelik olduğu iddialarından kaynaklanmaktadır. Daha geniş bir adalet duygusu olmadan, ihtimam etiğinin kişinin ailesine ve arkadaşlarına karşı kayırmacılık ve iltimas yapabileceğine dair bir endişe içermekte olduğunu savunmaktadır.

Özcü “essentialist” olarak ihtimam etiği eleştirisi ile ihtimam etiğinin anneliği fazlasıyla romantikleştirdiği ve bireylerin engin deneyimlerini yeterince temsil etmediği gerekçesiyle; bakımı, anne (bakım veren) ve çocuktan (bakım alan) oluşan ikili modele dayalı kuramsallaştırmaya karşı çıkmaktadır. Ayrıca, Sander-Staudt' ın eleştirisine göre cinsiyet grupları içindeki farklılıklar göz ardı edilmekte ve cinsel kimlik ve cinsel yönelimin karmaşıklığı önemsiz görülme eğilimindedir. Bunun yanı sıra; sınıf, ırk, yaş ve daha fazla değişkene bağlı olarak kadınlar ve erkekler bakım zincirinde farklı şekilde yer almaktadır.

Belirsiz olarak “ambiguous” ihtimam etiği eleştirisinde, ihtimam etiğinin teorik ilkelerden ve karar verme prosedürlerinden kaçındığı için genellikle gereğinden fazla belirsiz olmakla ve etik eylem için somut rehberlik sunmamakla suçlanmaktadır. Buna yönelik, ihtimam etiğinin merkezinde sayılabilecek ilkeler, ahlaki faile ilişkisel karşılıklı bağımlılığı tanıma, kendine ve başkalarına özen gösterme, dikkat, karşılık, saygı ve tamamlama becerilerini geliştirme, adil ve şefkatli ilişkileri sürdürme konusunda rehberlik etmek olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte, teorisyenler ihtimam etiğini gerçek uygulamalardan türetilen bir teori olarak tanımlamaktadır.

Teorik olarak belirsiz ihtimam etiği eleştirisinde, ihtimam etiğinin diğer etik yaklaşımlardan açıkça farklı olmadığı ve örneğin eşitlik, özerklik ve adalet gibi aynı değerlerin çoğunu paylaştığı argümanını öne sürmektedir (Scott, 2017). Bu duruma yönelik Beauchamp ve Childress, ihtimam etiği savunucularının bakım ile ilgili erdemleri hafife aldığını ve bakım bir ilgi erdemi olarak yorumladığında erdem etiğiyle belirli benzerlikleri olduğunu belirtmektedir (Tom L. Beauchamp, 2017).

2.5.6. İhtimam Etiğini Geleneksel Etik Teoriden Ayıran Özellikler

İhtimam etiği, farklı teorisyenler tarafından çalışma alanlarına özel problemler çerçevesinde ve kendi teorik çerçeveleri içerisinde yorumlanmıştır. Bununla birlikte, ihtimam etiğini diğer etik teorilerden ayıran bir takım ortak özellikler mevcuttur. Örneğin rasyonel ve otonom birey anlayışı üzerine oluşturulmuş etik teoriler insanların birbirine olan bağımlılığını ve bu bağımlılığın ortaya çıkardığı zorunlu ahlak ilişkisini öncelikli olarak dikkate almamaktadır. Soyut bir birey tanımı ve rasyonel süreçler ön planda olmaktadır. Öte yandan, ihtimam etiği Noddings'in anlayışında yer aldığı üzere insanın doğası gereği ortaya çıkan zorunlu bağımlılıktan yola çıkmaktadır. Bu zorunlu bağımlılık ya da ahlaki yükümlülük, hiçbir evrensel etik prensibe dayanmaksızın insanın doğası içerisinde kendiliğinden ortaya çıkan bir durumu yansıtmaktadır. Bu doğal ve zorunlu bağımlılık durumuna bağlı olarak, ihtimam etiği olan ile olması gereken/beklenen arasındaki ikiliğe karşı çıkmaktadır. Bu ikilik özellikle ödev etiği başta olmak üzere geleneksel etik teorilerde açıkça görülebilmektedir. İhtimam etiği, etik yaşamın doğrudan deneyimlenen dünyanın içerisinde ele alınması gerektiğini savunmaktadır. İhtimam etiğinin savunucularına göre, bakım anlayışı içerisinde ortaya çıkması beklenen ya da ortaya çıkan davranışlar her zaman ahlaki sorgulamaya ve değerlendirmeye tabidir. Bu nedenle, ihtimam etiği ilişkisel bir yaklaşımla kavramsallaştırılmaktadır. Noddings'e (2012) göre, ilk olarak bakım sağlayan kişi, bakım gösterilen kişiye yönelir ve onun ihtiyaçlarını anlamaya çalışır. Bu ihtiyaçlara yönelik olarak sergileyeceği davranışlara dair değerlendirmesi şu sorulara verilecek cevapları içermelidir: Bu ihtiyacı karşılayabilecek kadar yetkin miyim? Bu ihtiyacı karşılarken gereğinden fazla fedakârlık yapmam gerekecek mi? Bu gerçekten bakım gösterilen kişi için en iyi olan davranış olabilir mi? Bu davranışım, aramızdaki bakım ilişkisini zedeleyebilir mi? (Noddings 1984, Çelik 2016). Bu sorulara cevap veren bir birey, belirli davranışları sergileyip sergilemeyeceğine kendi aklına dayanarak karar vermektedir. Bu durum, bireyi tamamen pasif bir tanımdan çıkararak onu belirli ölçüde rasyonel ve otonom davranışlar sergileyebilen bir tanıma yerleştirmektedir. Dolayısıyla, Noddings'in bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımına yönelik ele almış olduğu sorular geleneksel etik teoride yer aldığı gibi ahlaki bir muhakeme yürütmeyi amaçlamaktadır. Fakat yürütülen ahlaki muhakeme evrensel etik teoriden farklı olarak kişiye göre değişmektedir.

Geleneksel etik teorilerde, ahlaki bir problem hakkında ortaya çıkan ahlaki akıl yürütme ne kadar soyut olursa ortaya koyacağı ahlaki prensipler de o derece tarafsız ve duruma ya da kişiye göre değişmeyen nitelikte olacağı savunulmaktadır. Bu duruma yönelik ihtimam etiği, Held'in bakış açısından yola çıkılarak; soyut ve evrenselleştirilmiş kuralların hukuk gibi alanlarda kullanılması gerektiğini öne sürmektedir. Ayrıca, aile ve arkadaşlık ilişkileri gibi alanlarda ise ortaya konacak ahlaki davranışların fiili olarak gerçekte var olan ilişkiler üzerinden değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Buna karşılık, evrensel ahlak kuralları farklı ilişki durumlarını dikkate alarak farklı ihtiyaç durumlarına yönelik davranışları göstermektense, soyut formüllerle her zaman ve her yerde aynı şekilde uygulanması gereken prensipleri ortaya koyma çabasıdadır (Çelik, 2016).

2.6. Etik Karar Verme Süreci

Etik karar verme sürecinde, etiği ilgilendiren boyut bir bireyin karar vermesi değil, bir ilişkide neye karar verdiği ve vardığı kararlar doğrultusunda gerçekte ne yaptığıdır. Bireyin vermiş olduğu karar onun hedefidir. Birey hedefe ulaştığında; istekleri tamamen veya geçici olarak gerçekleşmiş olur. Bireyin kararları ya kendisi için ya da başka birey/bireyler için verilen kararlardır. Etik kararlar, sadece bireysel tercihleri içerecek kadar basite indirgenmemelidir. Etik durumları içeren kararlar karmaşık ve çift yönlü durumlarda zor seçimleri gerektirebilir. Etik karar verme, bireyin kararlara saygılı olmasını istemek kadar onların kararlarına da saygılı olmayı gerektirir. Bireylerin etik karar verme süreçlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen birçok kıstas vardır. Bu ölçütlerden bazıları; insanlara araç değil amaç olarak bakılması, insanların özgürce seçimlerine saygılı olunması, insanların eşit haklara sahip olması, insanların eşit derecede sorumluluk duygusuna sahip olması olarak sıralanabilmektedir (Turan, 2021). Bu kıstaslar göz önünde bulundurulduğunda etik karar verme sürecinin, insanlık şerefini zedelemekten ve bireye yönelik alınan kararlar doğrultusunda bireyin özgürlüğünü kısıtlamadan, bireylerin inanç, kültür ve sosyal değerlerine saygı çerçevesinde gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Dolayısıyla, birey başka kişilere yönelik karar verirken o kişinin mevcut koşulları hakkında bilgi sahibi olması ve karar anında bu bilgiyi kullanması gerekmektedir.

2.6.1. İhtimam Etiği Perspektifinden Etik Karar Verme

Hemşirelik mesleği açısından ahlaki bir davranış veya eylemde bulunmak öncelikle kişide ahlaki bir bakış açısının mevcut olmasını gerektirmektedir. Çünkü, ihtimam etiği felsefesine göre, her birey ve içinde bulunduğu koşullar kendine özgüdür. Bu nedenle hemşirenin, bireyin mevcut koşullarını dikkate alarak ona özgü sağladığı bakım faaliyeti aynı zamanda hemşirenin etik yaklaşımını da kişiye özgü kılmaktadır. İhtimam etiği perspektifine göre, etik bir karar hemşire ve hasta arasındaki bakım ilişkisi özelinde gerçekleşmektedir. Örneğin Noddings'in bakıma ihtiyaç duyan bireye yaklaşım şekli olarak belirttiği “Bu gerçekten bakım gösterilen kişi için en iyi olan davranış olabilir mi? Bu davranışım, aramızdaki bakım ilişkisini zedeleyebilir mi?” (Noddings, 1984) soruları ile hemşire, hastaya uygulayacağı bakıma yönelik alacağı kararları etik açıdan değerlendirerek yön vermektedir. Bu etik yönelim, Toronto’nun; bakım ihtiyacını fark etmek (dikkat), birinin durumunu iyileştirmek için eylemde bulunmak (sorumluluk), bakımın amaçlarını karşılamak için gerekli bilgi, beceri ve değerlere sahip olmak (yeterlilik), bakım alan bireye ve bakımın bireyde yarattığı farka ayrıca bireyin bakıma verdiği geri bildirimlerine odaklanmak (duyarlılık) (Tronto, 1993) olarak belirttiği etik tutumları içermektedir. Hemşire-hasta arasındaki ilişkiye yansıyan bu etik tutum, kişinin bakım gereksinimi olduğunu hemşirenin fark ettiği anda başlamaktadır. Bunun yanı sıra, bakım esnasında kişinin geri bildirimine odaklanmak ihtimam etiğinin kişinin özerkliğine ve insanlık şerefine verdiği değeri açıkça ortaya koymaktadır. Bu etik tutum, hemşirenin bakıma yönelik aldığı kararlarda hastanın düşüncelerine ve isteklerine yer verildiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Held’ in görüşüne göre ihtimam etiğinde birey; kendine yetemeyen, başkalarına bağımlı, duygusal, ilişkisel bir özerkliğe sahip, kendi çıkarından öte başkalarının ihtiyaçlarını da düşünen kişiler olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle, ahlaki bir sorunla karşılaşıldığında genellenebilir mantıksal ilke ve kurallara göre değil, kişilerin özel durumları ve ilişkisel bağlantıları dikkate alınarak karar verilmesini ön görmektedir (Held, 2006). Bu noktada, bakım anında bireye yönelik doğru karar vermek maksadıyla hemşirelik mesleğinin iletişim, eşgüdüm sağlayıcı ve karar verici rollerinin önemli olduğu kanısına varılmaktadır.

2.7. İhtimam Etiğinin Tez Açısından Temellendirilmesi

Hemşirelik felsefesi, düşünme ve uygulamaya temel olarak kullanılan hemşirelikteki değerlerin ve hemşirelik hakkındaki inançların ifadeleridir (Şendir, 2013). Hemşirelik mesleğinin toplumsal bir gereksinimden doğmuş olduğu ve güven, saygıya dayalı bir ilişki biçimi olan bakım (Noddings, 1984) çevresinde gelişmiş olduğu bilinmektedir. Her şeyden önce, bakım göstermeye dayalı ilişkilerin etik bir temeli vardır ve ilişki tarafların kişisel tecrübeleriyle oluşturulan ve geliştirilen karşılıklı bağlar ile sürdürülmektedir (Noddings, 1984). Doğaldır ki sağlığı için yardım arayan bireye yardım etmek diğer sağlık disiplinleri için de söz konusudur. Hemşireliği diğerlerinden ayıran; bakım verme anlam ve eylemindeki özellikte yatmaktadır (Okuroğlu, 2014). Örneğin, bir hekim için bakım vermek hastasını en etkin şekilde tedavi etmek iken, hemşire için; dokunma, mevcudiyet ve yeterlilik unsurlarını içermektedir (Gail A. Brilowski, 2005).

İhtimam etiğinin felsefi temelleri doğal bakım, sevgi ve saygı, sorumluluklar, ilişkiler, bağlam ve deneyimleri içeren bir çerçeve çizmektedir. Çizilen bu çerçeve hemşirelerin, hastanın değerler sistemine geleneksel teoriden farklı bir açıdan giriş yapmasını beraberinde getirmektedir. İhtimam etiği felsefesinde, başkalarının içinde bulunduğu durumu idrak etmek, bakım gereksinimini hissederek başkası adına hareket etmek (kendimiz isteyerek) ve bir annenin çocuğu ile ilgilenme çabası genellikle düşünerek yapılan ahlaki bir davranıştan ziyade doğal bir davranış olarak kabul edilmektedir. Bu, Nell Noddins'in görüşüyle bakım duygusunu etkinleştirici duygu olan doğal bakım duygusunu ortaya çıkarmaktadır (Noddings, 1984). Ortaya çıkan bu doğal bakım sürecinde bireylerden biri yaşamsal dönemine ilişkin yardım arayışı içindeyken, diğeri de bu arayışa yardım sunma yanıtını verme konumundadır (Okuroğlu, 2014). Doğal bakım duygusu ile kurulan ilişki; her iki tarafın eşitliği esasına dayanarak, hiyerarşik bakımdan güçlü olan tarafın zayıf olanın isteklerini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini göz ardı etmemesini gerektirmektedir (Noddings, 1984). Bu husus, başkaları için sorumluluk almayı beraberinde getirir ve başkalarının iyiliği için olumlu düşüncelere sahip olmayı içermektedir (Gilligan, 1982).

Yukarıda bahsi geçen ve ihtimam etiğini savunan etikçiler tarafından kabul görülen; etik problemlerle ilgili olarak akıl yürütülürken sadece soyut kurallara ve ilkelere odaklanması, etik problemlerle karşılaşan bireylerin etik problemleri algılayış

biçimi ve birbirleriyle olan ilişkilerini anlamak için yeterli değildir (Gilligan, 1982). Bu nedenle ihtimam etiği bağlama dikkat etmeyi gerektirmektedir. Fakat bu bağlam yalnızca içinde bulunan durumla sınırlı değildir. Kişilerin kendilerine özgü durumlarının da hesaba katılması gerekmektedir (Tronto, 1993). Zira ihtimam etiği teorisi kişilerin ihtiyaçlarını karşılarken, kişilerin içinde bulundukları durumun özelliğini ve kişilerin kendilerine özgü yönlerini gözetecek biçimde davranmayı gerektirmektedir (Gilligan 1982, Tronto 1993). Bu nedenle ihtimam etiği felsefesi, kuralcı olarak değil, bakımı, özeni ve ilgiyi tanımlayıcı bir bağlamda karşımıza çıkmaktadır. Kuralcı yaklaşım, tıp etiği alanındaki çalışmaların çoğunda “ne yapılacak?” veya “hangi eylem veya karar alınacak?” gibi sorularla ilgilenmektedir. İhtimam etiği ise hastalara bakım sağlayan hemşirelerin bütün bir bakım sürecinden geçtiğini savunmaktadır (Gallagher, 2017). Bu nedenler dahilinde, hemşirelerin hastanın vücuduna ihtiyatlı ve saygılı bir şekilde yaklaşarak, bakıma ve tedaviye yönelik kendi çabalarına tanıklık edip buna yönelik müdahalelerde bulunabilmesi önemlidir. Bu durum, Covid-19 pandemisi ile mücadele şartlarında etik karar verme sürecinde hemşirelerin bağlamsal ve ilişkisel olarak hastaya özgü kararlar almasını beraberinde getirmektedir. Bu husus, özellikle Covid-19 enfeksiyonu ile mücadelede ihtimam etiğinde yer alan felsefi temelleri ön plana çıkarmakta ve bu tez çalışmasının ihtimam etiği çevresinde şekillenmesinde etkili bir sebep oluşturmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Covid-19 hastalığına yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlar verilirken yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olup olmadıklarını tespit edilmek istenmektedir. Aynı şekilde eğer karar verme sürecine dahil oluyorsa bu dahil olmanın özelliklerini kantitatif araştırma metoduyla ortaya koymak ve etik anlamını açıklamak çalışmanın temel hedeflerindendir. Bu bağlamda, kartopu örneklem yöntemi ile belirlenen yoğun bakım hemşirelerinin görüşlerine sanal ortamda empirik (kantitatif) olarak uygulanan anket çalışması ile ulaşılmıştır. Ardından, elde edilen veriler analiz edilerek yorumlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Ülkemizde Covid-19 sürecinde yoğun bakımda çalışan hemşire sayısı hakkında kesin bir bilgiye rastlanamamaktadır. Bu vesile ile ana kütle büyüklüğünü belirlemek adına, yoğun bakımda görev alan hemşire sayısı ülkemizde yer alan yoğun bakım yatak sayısından hareketle belirlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2018 verilerine göre yoğun bakım yatak sayısı; erişkin yoğun bakım yatak sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 11.171, üniversite hastanelerinde 4.049, özel hastanelerde 8.851 olmak üzere toplam 24.071 olarak belirtilmiştir (Uğur, 2021). Erişkin Yoğun bakımlarda hasta başına düşen hemşire sayısı; I.Düzey; günün her saatinde, serviste 5 yatağa kadar bir hemşire, II.Düzey; günün her saatinde, serviste her 3 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru, III.Düzey; günün her saatinde, serviste her 2 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru olarak belirtilmektedir (Gazete, Sayı: 27378). Bu durum göz önünde bulundurulduğunda ortalama olarak 4 yatak için en az bir hemşire bulundurulması gerekmektedir. Bu durum yaklaşık olarak 6,000 yoğun bakım hemşiresi olduğunu göstermektedir.

Literatürde $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülüne dayalı olarak evren büyüklüğüne göre; N: Evrendeki birey sayısı, n: Örneklem alınacak birey sayısı, p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı), q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p), t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer, d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir (ŞİMŞEK 2018, Recai Coskun 2017). Formüle bağlı olarak t: 1.96 (a:

0.05 de ∞ serbestlik derecesindeki t değeridir.); N: 6000; p: 0,8; q: 0.2; t: 1.96; d: 0.05 olarak kabul edilmiştir ve n: 236,222 elde edilmiştir. Bu değer ile araştırmaya alınacak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı evrenin temsil gücü ve araştırma sonuçlarının benzer gruplar için anlamlılığı bakımından önemlidir. Ayrıca, örneklemde yer alan kişilere “Kartopu Örneklem Yöntemi” kullanılarak araştırma süreci içerisinde daha önce ulaşılan kişilerin önerilerinden yola çıkarak ulaşılmıştır. Araştırmaya yönelik anket sorularına ait veriler Covid-19 sürecinin ilk dönemlerinde yoğun bakımlarda görev alan hemşirelerden, Etik Kurul Onayı’nın alındığı 22 Haziran 2021 tarihinden 30 Ocak 2022’ye kadar toplam 8 aylık bir süreç aralığında toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK 25) ve Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumunu Etkileyen Faktörler Formu (EK 26) olmak üzere iki ölçme aracı ile toplanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (TBF)

TBF 18 sorudan oluşmaktadır. 1-8’inci sorular hemşirelerin demografik özelliklerini, 9-18’inci sorular ise Covid-19 enfeksiyon süreci, kendisi veya yakın çevresine Covid-19 teşhisi konulup konulmadığı ve hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin soruları içermektedir.

3.3.2. Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumunu Etkileyen Faktörler Formu (YEKEFF)

YEKEFF 45 sorudan ve 11 alt bölümden oluşmaktadır. Bölümler sırasıyla; hekim ve hemşire arasındaki iletişim, hasta ile olan iletişim, Covid-19 sürecinde hemşire hasta ilişkisi, Covid-19 hastalarının bakım sürecinde hemşireler ve hekimler arası iş birliği, Covid-19 sürecinde hastaların tedavilerine yönelik uygulamalarda hemşire ve hekim arası iş birliği, hasta ile ilgili kararlara hemşirenin genel olarak katılması, çalışılan yoğun bakım ünitesini göz önüne alarak hemşirelik uygulamalarının yetki alanına giren kararlar, Covid-19 hastalığı olan prognozu kötü vakalar, Hemşirelerin karar verme şartları ve durumları, Covid-19 hastalığı sürecinde hastanın alınan kararlara katılımının değerlendirilmesi, yoğun bakım hemşirelerinin Covid-19 hastalığı sürecinde moral distress (ahlaki kaygı) ile ne gibi durumlarda karşılaştığını sorgulamaktadır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Covid-19 enfeksiyonuna yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlar verilirken yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olup olmadıklarını inceleyen bu araştırmada, elde edilen verilerin istatistik analizi, SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlk olarak güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Demografik bilgiler ile ilgili bulgular için frekans analizinden, ölçek dağılımını belirlemek için ortalama ve standart sapma tanımlayıcı istatistiklerinden yararlanılmıştır. Öncelikle verilerin bu ölçek skorlarında normal dağılım gösterip göstermediğini tespiti için Shapiro Wilk testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bu sebeple analizlerde non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Araştırma problemlerini cevaplandırmak için non-parametrik testlerden Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testi gerçekleştirilmiştir. Son olarak da Korelasyon analizi uygulanarak, değişkenler arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır. Tüm istatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.5. Betimleyici İstatistikler

Cronbach's Alpha güvenilirlik analizi adından anlaşılaacağı üzere Lee Cronbach tarafından 1951 yılında ortaya atılmış bir analiz türüdür. Maddeler ikili (doğru/yanlış, evet/hayır vb.) olarak kodlanmadığında yani likert tipli ölçeklerde kullanılması uygun bir iç tutarlılık analizidir (Ercan, 2004).

3.5.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizine İlişkin Elde Edilen Bulgular

Tablo 3-1 Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
745	798	45

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizlerine ilişkin verilere göre, “Cronbach's Alpha” (745), “Cronbach's Alpha Based on Standardized Items” (798) ve “N of Items” (45) ölçeklerinin alfa değerinin 0.70’den büyük olması anketin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 3-1).

3.5.2. Normallik Testleri

İstatistiksel yöntemlerin birçoğu normallik varsayımına dayanmaktadır. Anova, Regresyon, t testi gibi testler verilerin normal dağılıma sahip olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu nedenle de analize başlamadan önce veri setinin dağılımının normal olup olmadığının test edilmesi gerekmektedir. Şayet veri setinin dağılımının normal olmadığı durumlarda veri seti aşağıda gösterilen alternatif yaklaşımlardan bir tanesi kullanılarak analiz edilmektedir. Bu alternatif yaklaşımlar:

- Parametrik Olmayan Teknikler,
- Dayanıklı (Robust) Teknikler,
- Dönüşümler olarak belirtilmektedir.

Literatüre girmiş birçok normallik varsayımı testi bulunmaktadır. Bunlar şu biçimde sıralanabilir:

- Anderson – Darling Testi
- Shapiro – Wilk Testi
- Kolmogorov – Smirnov Tek Örnek Testi
- Pearson Ki Kare Uygunluk Testi
- Cramer- Von Mises Testi
- Shapiro – Francia Testi

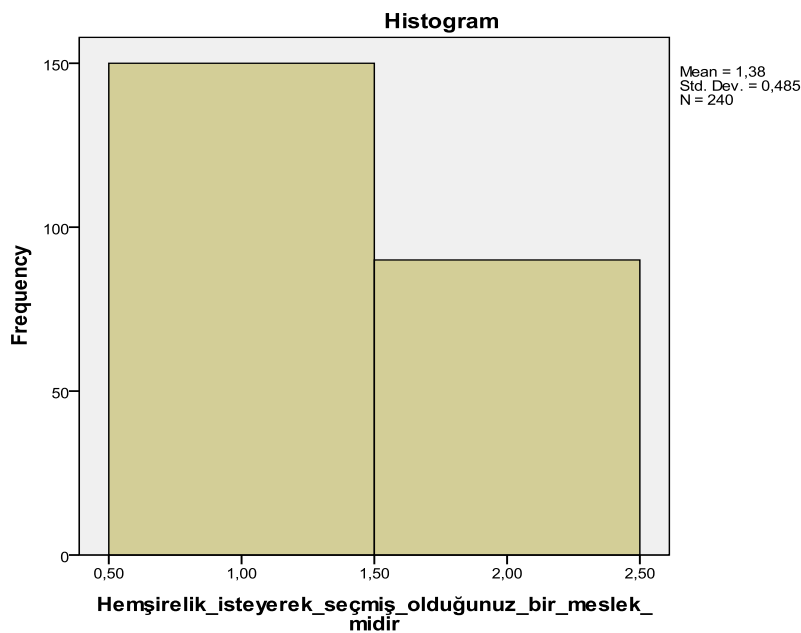
Normallik varsayımı testleri birbirinin türevi olacak şekilde çoğaltılmaktadır. Bu durum, yukarıda sıralanmakta olan listeyi daha da genişletmeyi mümkün kılmaktadır. Bunun yanı sıra, yapılan çalışmalarda Shapiro-Wilk testi ve Anderson-Darling testi diğerlerine göre daha güçlü bulunmaktadır.

Tablo 3-2 Normallik Testi Analizi

Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
İstatistik	Değişken	p	İstatistik	Değişken	p
,405	240	,000	,613	240	,000
,420	240	,000	,601	240	,000
,352	240	,000	,636	240	,000

Araştırmaya yönelik uygulanan ankette örnekleme yer alan kişi sayısının (“n” değeri) 240 olması nedeniyle bu iki test arasından Shapiro-Wilk Testi’ne bakılması gerekmektedir. Shapiro-Wilk Testi sonuçlarından yola çıkarak elde edilen anlamlılık düzeyleri, “0.05” değerinden küçük bulunduğu için verilerin normal dağılmamakta olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3-2).

Şekil 1 Normallik Analizine Ait Histogram Grafiği



Normallik analizine ait Histogram Grafiği’ne bakıldığında da grafik simetrik bir yapıda olmadığı için verilerin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir (Şekil 1). Verilerin normal dağılıma uygun olmadığı durumlar, parametrik olmayan testlerin uygulanmasını gerektirmektedir. Bu nedenle veri analizi yaparken iki değişkenli analizlerde (örneğin, hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile etik kararlara katılımı

değişkeni gibi) “Mann Whitney-U” testi ve ikiden fazla değişkene sahip analizlerde ise (hemşire hekim arasındaki iş birliği ile hemşirenin günde kaç hastaya bakım sağlamakla yükümlü olduğu değişkenleri gibi) “Kruskall Wallis” testi uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 04 sayı ve 05.04.2021 tarihli resmi izin yazısı alınmış olup çalışma etik yönden uygun bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem kapsamında, Covid-19 enfeksiyonuna yönelik hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlarda yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olup olmadıkları TBF ve YEKEFF araçlarından elde edilen verilerle sınırlıdır. Ayrıca, araştırmanın sonuçları örnekleme alınan 240 yoğun bakım hemşiresi ile sınırlıdır. Her ne kadar araştırmadaki katılımcı sayısının Türkiye açısından yoğun bakım hemşirelerini temsil etme gücü olsa da bu sonuçların ankete katılan 240 kişinin görüş ve tecrübeleri olduğu unutulmamalıdır.

4. BULGULAR

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 4-1 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 240)

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet:		
Kadın	172	71,7
Erkek	68	28,3
Eğitim Durumu:		
Önlisans	22	9,2
Lisans	165	68,7
Lisans üstü	41	17,1
Ortaöğretim	12	5,0
Medeni Durum:		
Bekar	156	65,1
Evli	84	34,9
Çocuğunuz:		
Var	40	16,6
Yok	200	83,4
Çocuk sayısı:		
0	199	73,9
1	23	18,9
2	14	5,5
3	3	1,3
4	1	0,4

Mesleki çalışma yılınız nedir?		
0-1 yıl	38	15,8
1-3 yıl	58	24,1
3-5 yıl	60	24,9
5-8 yıl	31	12,9
8 yıl ve üzeri	53	22,3
Ne kadar süredir yoğun bakım servisinde çalışıyorsunuz?		
0-1 yıl	62	25,7
1-3 yıl	68	28,2
3-5 yıl	44	18,3
5-8 yıl	32	13,3
8 yıl ve üzeri	34	14,5
Hemşirelik isteyerek seçmiş olduğunuz bir meslek midir?		
Evet	150	62,5
Hayır	90	37,5
Yoğun bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?		
Evet	115	47,9
Hayır	125	52,1
Haftalık çalışma saatiniz nedir?		
56 ve altı	98	40,8
56-64	101	42,1
64-96	36	15,0
96 ve üzeri	5	2,1
Çalıştığınız hastanenin yoğun bakım yatak sayısı adedi nedir?		
5-8	19	7,9
8-15	55	22,8
15-25	36	15,4
25 ve üzeri	130	53,9

Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinde günde kaç hastaya bakım sağlamakla yükümlüsünüz?		
	166	69,2
1-3	54	22,5
3-5	20	8,3
5-8		
Mart 2020 tarihinden bugüne kadar yaklaşık kaç adet yoğun bakım hastasına bakım yaptınız?		
	6	
0-10	18	2,5
10-50	38	7,5
50-100	178	15,8
100 ve üzeri		74,2
Covid-19 teşhisi konulmuş hasta ile ne kadar süre aynı ortamda bulunuyorsunuz?		
0-8 saat	79	32,8
8-16 saat	72	30,3
16-24 saat	67	27,8
24 saat ve üzeri	22	9,1
Size Covid-19 hastalığı teşhisi konuldu mu?		
Evet	122	51,2
Hayır	118	48,8
Ailenizde ya da yakın çevrenizde Covid-19 teşhisi konulan yakınınız oldu mu?		
Evet	200	81,7
Hayır	40	18,3
Toplam	240	100,0

Yoğun bakımda görev alan hemşirelerin demografik özelliklerine ait bulgular ile katılımcıların özellikle Covid-19 pandemisinin yoğun olduğu dönemlerde hangi şartlarda mücadele ettiklerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda elde edilen verilerden hareketle, örneklemde yer alan yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyetlerinin özellikle kadın yoğunluklu (%71,7) bir dağılıma sahip olduğu

görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin yaklaşık olarak üçte birinden fazlasının (%34,9) evli ve kayda değer bir kısmının (%16,6) çocuk sahibi olduğu bilinmektedir.

Hemşirelerin Covid-19 sürecinde yoğun bakımda çalışma koşulları incelendiğinde yarıdan fazlasının 25 ve üzeri yoğun bakım yatağı olan hastanelerde görev aldıkları belirlenmiştir (%53,9). Önemli bir çoğunluğunun ise (%69,2) günde 1-3 hastaya bakım sağlamakla yükümlü olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu değer araştırmaya daha çok üçüncü düzey yoğun bakım hemşirelerinin katılım sağladığını ortaya koymaktadır (Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, 2022). Ayrıca hemşirelerin görev aldığı yoğun bakım düzeylerinin heterojen bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun (%74,2) enfeksiyonun Türkiye’de görüldüğü ilk tarih olan Mart 2020 tarihinden bugüne kadar (birinci ve ikinci dalga dönemi olarak adlandırılan süreç) yaklaşık 100 ve üzeri yoğun bakım hastasına bakım sağlamış olduğu tespit edilmiştir. Normal şartlarda hemşirelerin günde maksimum 12 saat çalışması, haftalık çalışma saatinin ise 48 saati geçmemesi gerektiği bilinmektedir (Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, 2022). Ne var ki, Covid-19 şartlarında hemşirelerin yarıya yakınının (%42,1) haftalık 56-64 saat arasında çalışmakta olduğu belirlenmiştir. %2,1 gibi azımsanamayacak bir oranın ise haftalık 96 saat üzerinde çalıştığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu mücadele süreci içerisinde hemşirelerin üçte birinin (%32,8) hastalar ile günde 0-8 saat boyunca aynı ortamda bulunmakta olduğu belirlenmiştir. Aynı koşullarda, hemşirelerin kayda değer bir kısmının (%9,1) evlerine gidemeden Covid-19 enfeksiyonu taşıyan hasta ile 24 saatten fazla aynı ortamda bulunulan koşullarda çalıştığı görülmektedir. Diğer taraftan, örnekleme yer alan hemşirelerin yarısından fazlasına (%51,2), aile ve yakın çevresinin çoğunluğuna (%81,7) Covid-19 teşhisi konulmuştur (Tablo 4-1).

Tablo 4-2 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım Ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerekliği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi

Eğitim durumunuz nedir?	N	Ortalama	X ²	P
<i>Bakım ve Tedavi Süreci</i>				
Önlisans	22	117,66	0,513	0,916
Lisans	165	120,99		
Lisans üstü	41	122,99		
Ortaöğretim	12	110,42		
Toplam	240			

Hastalara yönelik alınan etik kararlara katılımına etkisi olduğu düşünüldüğü için yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumuna yönelik bilgiler sorgulanmıştır. Bu bilgiler ışığında, hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun lisans eğitimi almış olduğu belirlenmiştir (%68,7) (Tablo 4-1). Bu doğrultuda yapılan ikili analiz testlerinin bulgularına göre, Covid-19 hastalığına yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlar verilirken yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olup olmadığı ile eğitim durumu arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı elde edilmiştir ($p>0.0$) (Tablo 4-2). Örnekleme yer alan hemşirelerin eğitim durumu değişkenine ait özelliklerinin büyük oranda benzerlik göstermesi, bulguların istatistiki olarak anlamlı bulunmamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, bu değişkenler hemşirelerin etik kararlara dahil olma durumunu etkilememektedir.

Tablo 4-3 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerekliği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Yoğun Bakım ile İlgili Eğitim Alıp Almadıklarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann Whitney-U Testi Analizi

Yoğun bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?		N	Ortalama	Z	P
<i>Bakım ve Tedavi Süreci</i>	Evet	115	122,98	-0.536	0.035
	Hayır	125	118,22		
	Toplam	240			

Covid-19 hastalığına yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlar verilirken yoğun bakım hemşirelerinin gerektiği kadar karar verme sürecine dahil olması ile yoğun bakım ile ilgili eğitim durumu değişkenlerinin anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucu, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5). Bu anlamlılık, hemşirelerin yoğun bakım ile ilgili eğitim durumlarının karar sürecine dahil olmalarını etkilediğini göstermektedir. Fakat, eğitim durumuna yönelik bilgiler arasından, Covid-19 döneminde yoğun bakım ünitesinde görev almakta olan hemşirelerin önemli bir kısmının (%52,1) yoğun bakım eğitimi olmadan görevlerini sürdürdükleri tespit edilmiştir (Tablo 3).

Covid-19'un yeni ortaya çıktığı, aşının ve belirli bir tedavi planının bulunmadığı süreçte yoğun bakım hemşirelerinin çalışma koşullarının, yoğun bakıma aşinalık ve hakimiyet durumunun ve hemşirelerin mesleklerine yönelik yaklaşımlarının etik karar sürecine katılımlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, belirtilmiş olan hususlara yönelik durumlar sorgulanmıştır. Öncelikle meslek seçiminin kararlara aktif olarak katılıma etkili olabileceği göz önünde bulundurularak yöneltilen sorudan, araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yarısından fazlasının mesleklerini isteyerek seçtikleri tespit edilmiştir (%62,5).

Tablo 4-4 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerektiği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Meslekte Çalışma Yılına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi

Mesleki çalışma yılınız nedir?	N	Ortalama	X ²	P
0-1	38	115,75	3,719	0.445
1-3	58	134,53		
3-5	59	114,67		
5-8	31	110,26		
8 yıl ve üstü	54	121,02		
Toplam	240			

Hemşirelerin az bir kesiminin (%15,8) meslekte ilk yılı olurken, kayda değer bir bölümünün (%22,3) 8 ve üzeri yıldır hemşirelik mesleğini icra ettiği tespit edilmiştir (Tablo 3). Meslekte çalışma yılının, bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlara dahil olma durumuna etkisi sorgulandığında istatistiki olarak anlamlı olmadığı sonucu elde edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). Bu sonuç hemşirelik mesleğine aşinalık ve hakimiyet durumunun karar sürecinde anlamlı olmadığı ortaya koymaktadır.

Tablo 4-5 Covid-19 Hastalığına Yönelik Bakım Ve Tedavi Uygulamalarında Hastalarla İlgili Etik Boyutları Olan Kararlar Verilirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Gerekliği Kadar Karar Verme Sürecine Dahil Olup Olmadıklarını Ne Kadar Süredir Yoğun Bakım Servisinde Çalıştığına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallies Testi Analizi

Ne kadar süredir yoğun bakım servisinde çalışıyorsunuz?	N	Ortalama	X ²	P
0-1	64	113,29	2,238	0.0042
1-3	67	116,63		
3-5	45	127,99		
5-8	31	121,65		
8 yıl ve üstü	33	131,05		
Toplam	240			

Yoğun bakım hemşireliğine aşinalık ve hakimiyet durumu sorgulandığında, hemşirelerin %25,7'sinin yoğun bakımda çalışmalarının ilk yılı olurken azımsanmayacak bir kesimin (%14,5) 8 ve üzeri yıldır yoğun bakımda çalışmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bununla birlikte, yoğun bakım ünitesinde çalışma süresinin, bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlara dahil olma durumuna etkisi sorgulandığında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.050$) (Tablo 7). Bu anlamlılık ile yoğun bakım servisinde daha fazla çalışarak yoğun bakım uygulamalarına hakim ve yoğun bakım sürecine aşina olan hemşirelerin hastalarla ilgili etik boyutları olan kararlara daha fazla dahil oldukları belirlenmiştir. Örnekleme yer alan hemşirelerin büyük bir kısmının hemşirelik mesleği ve yoğun bakım ünitesi ile ilgili deneyim ve tecrübe sahibi olduğu dikkat çekmektedir. Bununla beraber, yoğun bakımda uzun yıllar çalışmakta olan hemşirelerin hastaya yönelik uygulama ve yoğun bakımla ilgili etik hususlara daha aşina olması nedeniyle kararlara daha fazla dahil olduğu görülmektedir. Tecrübeye bağlı ortaya çıkmış olan bu durum, ihtiyaca göre yanıt verme tecrübesi (Held, 2006) açısından ihtimam etiğinin felsefesinde de yer almaktadır. Hemşirelerin yoğun bakım ile ilgili bilgi ve tecrübeye

sahip olması hastalara uygulanacak tedavi ve bakım konusunda alınan etik kararlara katılımını olumlu yönde etkilemektedir.

4.2. Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.2.1. Hekim-Hemşire ve Hasta Arasındaki İletişime Yönelik Bulgular

Tablo 4-6 Hekim ve Hemşire Arasındaki İletişim

Hekim ve Hemşire Arasındaki İletişim	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Genellikle hekim hemşire arasında iletişim tarafların eşit bir seviyede olduğu halde saygılı bir şekilde gerçekleşmektedir.	%35,0	%33,8	%31,2	%100
Hekim hastayla ilgili bir müdahaleye karar vermeden önce genelde hemşirenin görüşünü almaktadır.	%57,0	%26,3	%16,7	%100
Hekim ve hemşire arasındaki iletişim genelde hekimin baskın olduğu hiyerarşik bir üslupla sağlanır.	%19,2	%17,5	%63,3	%100
Uygulanacak tedavi hakkında emin olamadığım konuları hekime rahatça sorabilirim.	%5,8	%22,9	%71,3	%100
Hasta ile ilgili karar verme söz konusu olduğunda hemşire olarak gerektiği kadar karar verme süreçlerine hekim tarafından dahil ediliyorum.	%35,8	%29,2	%35,0	%100
Genellikle hekim ve hemşire arasındaki iletişim emir verici bir üslupla sağlanır.	%31,3	%31,7	%37,0	%100

Hekim-hemşire ve hasta arasındaki iletişimin, hasta hakkında etik boyutu olan karar alma durumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle hekim ve hemşire

arasındaki iletişim, hekim ve hemşirenin hasta ile olan iletişimine yönelik veriler sorgulanmıştır. “Hekim ve hemşire arasında iletişim tarafların eşit bir seviyede olduğu halde saygılı bir şekilde gerçekleşmektedir.” ifadesine hemşirelerin üçte birinden fazlasının (%35,0) katılmadığı ve %33,8 gibi önemli bir kısmının ise kararsız kaldığı görülmektedir. Bu durum ile birlikte, katılımcılar çoğunlukla (%63,3) hekim ile hemşire iletişiminin hekimin baskın olduğu hiyerarşik bir üslupla sağlandığını belirtmiştir. Ayrıca, üçte birinden fazlasına göre bu üslup emir verici tarzdadır (%37,0). Bu iletişim şartlarına rağmen, hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun (%71,3) uygulanacak tedavi hakkında emin olmadığı konuları hekime sorabildiği tespit edilmiştir. Diğer yandan hekim, hasta hakkında bir müdahaleye karar vermeden önce hemşirelerin sadece %16,7’sinin hasta hakkındaki görüşlerini aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaklaşık olarak üçte birinden fazlasının (%35,8) hasta ile ilgili karar süreçlerine hekim tarafından gerektiği gibi dahil edilmediği ve %29,2 gibi kayda değer bir kısmının ise bu duruma kararsız yaklaştığı görüşünde oldukları tespit edilmiştir (Tablo 8). Bu da pandemi şartlarının beraberinde getirdiği klinisyenler arasındaki iletişim koşullarının, hasta hakkında alınacak karar ve uygulamaları etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 4-7 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Covid-19 Enfeksiyonu Teşhisi Konulmuş Hasta ile Günde Ne Kadar Aynı Ortamda Bulunduğu İle Hekim ve Hemşire Arasındaki İletişimin Karşılaştırılmasına İlişkin Kruksal Wallis Testi Analizi

Covid-19 teşhisi konulmuş hasta ile günde ne kadar süre aynı ortamda bulundunuz?	N	Ortalama	X ²	P
0-8saat	79	127,79	1,343	0,719
8-16	72	116,49		
16-24	67	117,17		
24 ve üzeri	22	117,57		
Toplam	240			

Yukarıdaki bulgular ışığında, hemşirelerinin Covid-19 enfeksiyonu teşhisi konulmuş hasta ile aynı ortamda bulunma sürelerinin hekim ile iletişim durumu arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan test sonucu istatistiki

olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.719$) (Tablo 9). Bu anlamlı olmama durumu, Covid-19 süreci özelinde değerlendirildiğinde, hemşirelerin Covid-19 enfeksiyonu bulunan hasta ile geçirdikleri sürede hasta hakkında edindiği bilgilerin etik karar sürecine katılması ve bu durumun hemşire ile hekim arasındaki iletişimi güçlendirmesi açısından oldukça önemlidir. Çünkü, Covid-19'un ilk dönemlerinde, hastalara solunum ve temas izolasyonu uygulanarak hastalar ile uzun süre temas halinde olmaktan kaçınılmıştır. Bu dönemde, hemşireler diğer meslek gruplarına kıyasla rolleri gereği hastalar ile daha fazla zaman geçirmişlerdir. Sonuç olarak bu anlamlı olamama durumu ($p=0.719$), hekimlerin bakım ve tedavi verirken hastayı anlamada ve süreci yönetmede zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir.

Tablo 4-8 Hasta ile Olan İletişim

Hasta İle Olan İletişim	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hastanın tedaviye yönelik olan kaygı ve sorularını dinler ve cevaplamaya çalışırım.	%2,5	%2,9	%94,6	%100
Tedaviye yön verici bir karar durumunda hastanın konuyla ilgili düşüncelerini etkin bir şekilde dile getirmesine yardımcı olurum.	%2,0	%11,3	%86,7	%100
Hastanın istek ve fikirlerine diğer hemşireler tarafından saygı duyulmasına çalışırım.	%2,1	%15,8	%82,1	%100

Araştırmada yer alan yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile iletişimine yönelik sorulan sorulara verdiği yanıtlar dikkate alındığında, hemşirelerin tamamına yakınının (%94,6) hastanın tedaviye yönelik kaygı ve sorularını dinleyip cevaplamaya çalıştığı tespit edilmektedir. Hatta önemli bir çoğunluğunun (%82,1) hastanın istek ve fikirlerine diğer hemşireler tarafından saygı duyulmasını sağladıkları görülmektedir. Ayrıca tedaviye yön verici bir karar durumunda hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%86,7) hastanın konuyla ilgili düşüncelerini etkin bir şekilde dile getirmesine yardımcı oldukları tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 4-9 Hasta ile Olan Kararlara Hemşirelerin Katılması ile Hasta ile Olan İletişimin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X ²	N	P
Pearson Chi-Square	34,205 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	16,482	4	,002
Linear-by-Linear Association	21,797	1	,000
N of Valid Cases	240		

Yukarıdaki bulgular ışığında, hasta ile olan iletişim durumu ile hemşirelerin hasta hakkındaki kararlara genel olarak katılmasının karşılaştırılması istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11) Bu sonuç, hemşirelerin hasta ile iletişiminin güçlü olmasının hasta hakkında alınan karara hemşirenin katılım gücünü arttırdığı anlamına gelmektedir.

Tablo 4-10 Hemşireler Açısından Hasta ile Olan İletişim ve Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X ²	N	P
Pearson Chi-Square	159,308 ^a	48	,000
Likelihood Ratio	69,461	48	,023
Linear-by-Linear Association	17,783	1	,000
N of Valid Cases	240		

Yine yukarıdaki bulgulardan hareketle yoğun bakım hemşireleri açısından hasta ile olan iletişim ve Covid-19 hastalığı sürecinde hastanın alınan kararlara katılımı karşılaştırıldığında, bu iki durum arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 12). Bu anlamlılık, Covid-19 enfeksiyonu bulunan hastalar ile

kurulan etkili iletişimin hem hasta özerkliğinin daha fazla kaale alınması hem de hastaların kendi geleceğini tayini açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4-11 Covid-19 Sürecinde Hemşire ve Hasta İlişkisi

Hemşire ve Hasta İlişkisi	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde Covid-19 hastalarının tedavi ve bakım süreçleri planlanırken farklı sebeplerden dolayı hasta yeterince bilgilendirilmemektedir.	%27,5	%30,8	%41,7	%100
Gerekli ve uygun olduğu durumlarda hastanın ailesiyle görüşebilmesi için mevcut imkanları sağlarım.	%8,8	%25,4	%65,8	%100
Hemşire olarak hasta, ailesi ve hekim arasındaki iletişim koordinasyonunu kolayca sağlarım.	%8,3	%26,7	%65,0	%100

Covid-19 sürecinde hemşire ve hasta ilişkisi incelendiğinde hemşirelerin yarıdan fazlasının (%65,0) hasta, hastanın ailesi ve hekim arasındaki iletişim koordinasyonunu kolayca sağlayabildiği tespit edilmiştir. Bu süreçte gerekli ve uygun durumlarda hastanın ailesiyle görüşebilmesi için hemşireler çoğunlukla (%65,8) mevcut imkanları sağlamaktadırlar. Ne var ki, “Covid-19 hastalarının tedavi ve bakım süreçleri planlanırken farklı sebeplerden dolayı hasta yeterince bilgilendirilmemektedir.” ifadesine hemşirelerin yarıya yakını (%41,7) katılmaktadır. Ayrıca ciddi oranda (%30,8) kararsız katılımcı bulunmaktadır (Tablo 13). Bu pandemi koşullarında hasta ve hemşire arasındaki ilişkinin oldukça iyi olduğunu ancak tıbbi uygulama süreçlerinde daha paternalist bir yaklaşımın ortaya çıktığı anlamına gelmektedir.

Tablo 4-12 Hasta ile Olan İletişim ile Covid-19 Sürecinde Hasta ve Hemşire İlişkisinin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X²	N	P
Pearson Chi-Square	83,660 ^a	36	,000
Likelihood Ratio	52,016	36	,041
Linear-by-Linear Association	20,728	1	,000
N of Valid Cases	240		

Hasta hemşire ilişkisi ile hasta ile olan iletişim karşılaştırıldığında bu iki durum arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 14). Bu istatistiki anlamlılık, hasta ile iletişim halinde olmanın hemşire hasta arasındaki ilişkiyi güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

4.2.2. Hekim-Hemşire ve Hasta Arasındaki İş Birliğine Yönelik Bulgular

Tablo 4-13 Covid-19 Hastalarının Bakım Sürecinde Hemşireler ve Hekimler Arası İş Birliği

Hekim ve Hemşire Arasındaki İş Birliği	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hastaya yönelik bakım uygulamalarımı bağımsız olarak planlarım.	%20,0	%19,6	%60,4	%100
Hastaya yönelik bakım uygulamaları planlanması genelde hekim tarafından belirlenir.	%55,4	%28,3	%16,3	%100
Hastanın bakımında ortaya çıkan etik sorunlarda tüm ilgili kişilerin katılımıyla sorunu çözmeye çalışırım.	%7,1	%18,7	%74,2	%100
Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde yüksek kaliteli ve hastaya özel sağlık hizmeti sağlanmaktadır.	%20,4	%31,3	%48,3	%100
Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde yüksek kaliteli bakıma ve hastaya özel sağlık hizmetini sağlayabilmek için iş birliğine aktif katkıda bulunurum.	%4,6	%17,1	%78,3	%100

Yoğun bakımda etik boyutu olan karar alma durumlarını etkileyebileceği nedeniyle Covid-19 hastalarının bakım süreci ve tedavilerine yönelik uygulamalarda hemşire ve hekim arası iş birliğine yönelik veriler sorgulanmıştır. Hemşirelerin yarısından çoğunun (%60,4) hastaya yönelik bakım uygulamalarını bağımsız olarak planladıklarını görülmektedir. Diğer taraftan %20 gibi azımsanamayacak bir kısmının bu duruma katılmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, hemşirelerin kayda değer bir kısmı için (%16,3) bakım uygulamalarının planlanması genel olarak hekim tarafından belirlenmektedir. Önemli bir kesim hemşirenin (%55,4) bakım uygulamalarını kendilerinin planlandığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%74,2) hastanın bakımında ortaya çıkan etik sorunları tüm ilgili kişilerin katılımıyla çözmeye çalışmaktadır. Sadece %4,6'sının iş birliğine aktif olarak katkı sağlamadıkları belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 4-14 Hasta ile Olan Kararlara Hemşirelerin Katılması ile Covid-19 Hastalarının Bakım Sürecinde Hemşireler ve Hekimler Arasındaki İş Birliğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X ²	N	P
Pearson Chi-Square	30,631 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	21,276	4	,000
Linear-by-Linear Association	27,905	1	,000
N of Valid Cases	240		

Covid-19 hastalarının bakım sürecinde hemşireler ve hekimler arası iş birliği ile hasta hakkındaki etik boyutu olan kararlara hemşirelerin katılmasının karşılaştırılmasına ilişkin analizde bu iki durum arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (p=0,000) (Tablo 16). Bu anlamlılık, iş birliğinin hemşirelerin etik boyutu olan karar sürecine katılımını arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4-15 Covid-19 Sürecinde Hastaların Tedavilerine Yönelik Uygulamalarda Hemşire ve Hekim Arası İş Birliği

Hekim ve Hemşire Arasındaki İş Birliği	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hastaya yapılan tedavinin uygun olmadığını düşündüğümde bu durumu hekime iletirsem beni dinledikten sonra yeni bir tedavi planı oluşturabilir.	%23,3	%24,2	%52,5	%100
Örneğin sıvı desteği veya sıvı kısıtlaması, oksijen desteği gibi durumlarda zararı önlemek adına müdahalede bulunur hekimi bilgilendiririm.	%3,3	%9,2	%87,5	%100
Tedaviye yönelik hekimin kararlarını sorgulamadan eksiksiz olarak yerine getiririm.	%54,6	%25,4	%20,0	%100
İş birliğinin planlanmasında, Covid-19 süreci öncesinde de ağırlıklı olarak olumsuz deneyimler yaşadım.	%22,5	%30,8	%46,7	%100

Yukarıda görüldüğü üzere, hemşirelerin yarısından fazlası (%52,5) yapılan tedavinin uygun olmadığını söylediğinde hekimin yeni bir tedavi planı oluşturabileceğini ifade etmiştir. Yine benzer bir oranda (%54,6) hemşirelerin hekimin kararlarını sorguladıklarını ve az bir kesim (%20) sorgulamadan yerine getirdiklerini ifade etmektedir. Bu da belli bir düzeyde de olsa hemşirelerin alınan kararlara eleştirel bir şekilde yaklaştıkları anlamına gelmektedir. Ayrıca, hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%87,5) yetki alanına giren tedavileri uyguladıktan sonra hekimi bilgilendirmektedir. Burada hekimlerin tedaviye ilişkin hemşirelerin sorumluluğunun bulunduğu planlamalarda hemşirenin uygulamalarına müdahalede bulunmadıklarını göstermektedir. Diğer taraftan, hemşirelerin yarıya yakın bir kesiminin (%46,7) Covid-19 döneminde ve Covid-19 öncesinde iş birliğinin planlanmasında ağırlıklı olarak olumsuz deneyimler yaşadıkları, üçte birinin ise (%30,8) bu konuda kararsız kaldığı göze çarpmaktadır (Tablo 17). Burada bakım etiğinde yer alan, bireylerin birbiriyle olan ilişkilerini ve birbirlerine karşı özel sorumluluklarını hesaba katarak sorunu çözme durumu göz önüne alındığında bu sonuç oldukça önem kazanmaktadır.

4.3. Hasta İle İlgili Kararlara Hemşirenin Katılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4-16 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması

Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hasta ile ilgili kararlara hemşirenin genel anlamda katılması hastanın refahı (well- being) açısından önemlidir.	%2,4	%6,3	%91,3	%100
Hemşire hasta hakkında daha detaylı bilgilere sahip olabildiği için bu bilgileri alınan kararlara aktarması hastanın yararına olacaktır.	%2,9	%4,6	%92,5	%100
Hasta ile ilgili alınan kararlara hemşirenin katılması alınan kararların uygulamadan önce gözden geçirilerek daha isabetli olmasını sağlar.	%2,1	%6,6	%91,3	%100

Tablodaki bilgilere göre, örnekleme yer alan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%92,5) hasta hakkında sahip olduğu detaylı bilgileri etik kararlara aktarmasının hastanın yararına olacağını ifade etmiştir. Yine benzer bir oran (%91,3), hemşirenin etik karar sürecine katılmalarının kararların uygulamadan önce gözden geçirilerek daha isabetli olmasını sağlayacağını belirtmiştir. Bu durum hemşirelerin tamamına yakınına göre, hastanın refahı (well-being) açısından önemlidir (%91,3) (Tablo 18).

Tablo 4-17 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması ile Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	χ^2	N	P
Pearson Chi-Square	11,335 ^a	4	,023
Likelihood Ratio	10,220	4	,037
Linear-by-Linear Association	6,123	1	,013
N of Valid Cases	240		

Yukarıdaki bulgular ışığında, hasta ile ilgili kararlara hemşirenin katılması ile hemşirelerin karar verme şartları ve durumlarının karşılaştırılması istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,023$). Bu anlamlılık, hemşirelerin etik kararlara katılım durumunun karar verme şartlarından etkilenmekte olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-18 Covid-19 Hastalığı Olan Prognozu Kötü Vakalar

Covid-19 Hastalığı Olan Prognozu Kötü Vakalar	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hastayı yakından gözlemleyerek hastalığının seyri açısından hekime verdiğim bilgiler karar süreçlerinde değerlendirilmektedir.	%6,0	%27,0	%67,0	%100
Hastayı gözlemleyerek sosyo-kültürel ve ailevi konularda edindiğim bilgiler hekim tarafından karar süreçlerinde değerlendirilmektedir.	%12,6	%32,6	%54,8	%100
Hastanın arzu ve isteklerinin tedavi sürecinde alınan kararlara dahil edilmesine yardımcı olurum.	%4,2	%17,9	%77,9	%100

Prognozu kötü olan vakalarda, hemşirelerin yarısından fazlasının (%67) hastalığın seyri ile ilgili hekime vermiş olduğu tıbbi bilgilerin karar süreçlerinde değerlendirilmektedir. Ancak, %27 oranında kayda değer bir kesimi bu konuda kararsız kaldığını ifade etmektedir. Ayrıca hemşirelerin yarısı (%54,8) sosyo-kültürel ve ailevi konulardaki bilgi aktarımlarının karar sürecinde değerlendirildiğini ifade etmiştir. Burada tıbbi bilgilerle sosyo-kültürel ve ailevi bilgilerin karar süreçlerinde değerlendirilmesi arasındaki fark dikkat çekmektedir. Etik boyutu olan kararlarda sosyo-kültürel bilgilerin de en az tıbbi bilgiler kadar önemli olması düşünüldüğünde bu fark etik açıdan eleştirilmesi gereken bir durumdur. Özerklik kavramında kültürel farklılıkları dikkate alan esnek bir sistem, katı evrensel normları izleyen bir sistemden daha uygulanabilir olabilir (Kara, 2007). Hemşirelerin çoğunluğu (%77,9) hastanın arzu ve isteklerinin kararlara dahil edilmesine yardımcı olmuşlardır. Bu durum ise hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun hastanın özerkliğini önemseydiğini ve imkanları dahilinde bunun pratik hayata geçirilmesi için çaba harcadıklarını göstermektedir (Tablo 20).

Tablo 4-19 Hasta ile İlgili Kararlara Hemşirenin Katılması ile Covid-19 Hastalığı Olan Prognozu Kötü Vakaların Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	χ^2	N	P
Pearson Chi-Square	280,986 ^a	70	,000
Likelihood Ratio	96,954	70	,018
Linear-by-Linear Association	29,398	1	,000
N of Valid Cases	240		

Covid-19 hastalığı olan prognozu kötü vakalar ile hemşirelerin hasta ile ilgili kararlara katılmasının karşılaştırılmasına ilişkin iki durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 21). Bu anlamlılık, hemşirelerin özellikle bilinci kapalı olan hastalardan bilinci açık olduğu dönemde edindiği bilgilerin karar aşamasına dahil edilmesinin hasta özerkliği açısından oldukça önemlidir.

4.3.1. Hemşirelerin Yetki Alanına Giren Kararlar ve Karar Verme Şartları, Durumlarına Yönelik Bulgular

En uygun ve dengeli kararları teşvik etmek için hemşirelerin ortak karar alma sürecine dahil olması gerekmektedir. Bu nedenle, katılımcı hemşirelerin karar verme şartları ve durumlarını anlamak adına bir sorgulama yapılmıştır.

Tablo 4-20 Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumları

Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumları	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Hasta için yararlı olabileceğini düşündüğüm kararları özgürce alabilmekte ve uygulayabilmekteyim.	%22,9	%36,3	%40,8	%100
Meslektaşlar ve bakım için yardımcı ekip ile iş birliğine dayanan güvenilir bir karar ortamı bulunmaktadır.	%16,2	%34,2	%49,6	%100
Hemşirelik uygulamalarında ek eğitim imkanlarının sağlanması durumunda hasta hakları yönünde hemşirelerin daha iyi karar alabileceğini düşünmekteyim.	%5,0	%14,6	%80,4	%100
Hemşirelik yönetimi hemşirelerin bağımsız karar verme imkanlarını sağlamakta önemli bir rol oynamaktadır.	%17,0	%21,7	%61,3	%100

Ankete katılan hemşirelerin %22,9 gibi azımsanmayacak bir kesimi hasta için yararlı olan kararları özgürce alamadığını ifade etmiştir. Ayrıca ciddi sayılabilecek oranda katılımcı (%36,3) bu konuda kararsız kalmıştır. Yine bu süreçte hemşirelerin %16,2 oranında kayda değer bir kesimi iş birliğine dayanan güvenilir bir karar ortamının mevcut olmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin üçte birinden fazlası ise (%34,2) bu konuda kararsız kalmıştır. Bu şartları iyileştirmek adına hemşirelerin fikirleri sorgulanmıştır. Sonuç olarak, hemşirelik yönetiminin nispeten (%61,3) hemşirelere bağımsız karar verme imkanları sağlamakta önemli bir rol oynadığı ve bu durumun yüksek oranda (%80,4) hemşirelere ek eğitim imkanlarının sağlanmasıyla iyileşebileceği görüşü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 4-21 Hemşirelerin Yetki Alanına Giren Kararlar

Hemşirelerin Yetki Alanına Giren Kararlar	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde hemşirelik uygulamalarının yetki alanına giren kararlara aktif olarak katılabilmekteyim.	%11,7	%22,0	%66,3	%100
Kararlara şu anki bulunduğum katılım düzeyinden daha fazla katılmak isterdim.	%6,7	%15,8	%77,5	%100
Covid-19 vakalarında karar alma süreçlerine katılmak isterim.	%5,0	%20,0	%75,0	%100
Covid-19 hastalığının neden olduğu kompleks vakalarda karar almayı hekimlere bırakmak isterim.	%31,3	%41,3	%27,4	%100

Tabloya göre, hemşirelerin sadece çok azı (%11,7) yetki alanına giren kararlara aktif olarak katılamadığını söylemiştir. Covid-19 vakaları söz konusu olduğunda hemşirelerin çoğunluğu (%75) karar süreçlerine katılmak istemektedir. Diğer taraftan kompleks vakalarda kararı hekimlere bırakma konusunda hemşirelerin yarıya yakın bir kısmı (%41,3) kararsız kalmaktadır. Hemşirelerin yaklaşık üçte biri ise karar almayı hekime bırakmak istememektedir (%31,3). Bununla birlikte hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun (%77,5) karar aşamasına daha fazla katılmak istediği tespit edilmiştir (Tablo 23). Bu da hemşirelerin ortak karar sürecine katılmayı çok fazla istediklerini göstermiştir.

Tablo 4-22 Çalıştığımız Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Uygulamalarının Yetki Alanlarına Giren Kararlar ile Hemşirelerin Karar Verme Şartları ve Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X^2	N	P
Pearson Chi-Square	169,001 ^a	64	,000
Likelihood Ratio	67,346	64	,363
Linear-by-Linear Association	16,112	1	,000
N of Valid Cases	240		

Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik uygulamalarının yetki alanlarına giren kararlar ile hemşirelerin karar verme şartları ve durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu analiz edilmiştir ($X^2 = 169,001^a$) (Tablo 12). Bu durum, yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile ilgili kararlara etkili bir biçimde katılmasında Tablo 22’de belirtilen %36,3 ve %22,9’luk oranın önemini ortaya koymaktadır.

4.3.2. Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımına Yönelik Bulgular

Tablo 4-23 Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımının Değerlendirilmesi

Covid-19 Hastalığı Sürecinde Hastanın Alınan Kararlara Katılımının Değerlendirilmesi	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Covid-19 hastalığının yarattığı şartlardan dolayı hastaya fikri ve kararı normal dönemlerden daha az sorulmaktadır.	%14,0	%24,0	%62,0	%100
Covid-19 hastası beni en yakın sağlık çalışanı olarak görmekte ve kendisi hakkında en fazla bilgiyi bana aktarmaktadır.	%3,3	%22	%74,7	%100
Hastaların isteklerini ifade etmeye cesaret edememelerinin nedenlerinden birinin hekimin otoritesi olduğunu düşünüyorum.	%21,2	%25,3	%53,5	%100
Covid-19 hastalarının istek ve kararlarını ifade etmeleri için daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaçları vardır.	%4,2	%12,4	%83,4	%100

Covid-19 hastalığı sürecinde hastanın kendisine yönelik alınan kararlara katılımı özerkliği açısından önemlidir. Bu durumu değerlendirmek amacıyla yönlendirilen sorulardan elde edilen verilere göre, hemşirelerin sadece %14'ü Covid-19 sürecinin hastanın kararlara katılımını etkilemediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%74,7) bu süreçte hastaların kendilerini en yakın sağlık çalışanı olarak görerek en fazla bilgiyi kendilerine aktardıklarını ifade etmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlası (%53,5) hekim otoritesinin hastaların isteklerini ifade edememesine neden olduğunu söylemektedir. Bu hususta hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%83,4) hastanın isteklerini ifade edebilmesi için daha fazla destek ve yardıma ihtiyacı olduğunu belirtmektedir (Tablo 25). Burada edinilen bulgular, kendi geleceğini tayin edebilen veya kendi geleceğini tayin edemeyen hastanın istek ve düşünceleri hakkında en fazla bilgi sahibi olan kişilerin hemşireler olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, bu süreçte paternalist bir yaklaşımın var olduğu ve hastanın özerkliğini kullanma durumunu olumsuz bir şekilde etkilediği sonucu ortaya çıkmaktadır.

4.3.3. Moral Distress (Ahlaki Kaygı)

Tablo 4-24 Covid-19 Sürecinde Moral Distress

Covid-19 Sürecinde Moral Distress Engeli ile Ne Gibi Bir Durumlarda Karşılaştınız?	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam
Çok fazla hastaya bakım verdiğim için yeterli ve gerektiği gibi bakım sağlayamadığımı düşünüyorum.	%24,0	%23,0	%53,0	%100
Etik açıdan onaylamadığım halde sadece hekim istediği için yapmak zorunda kaldığım durumlar yaşadım.	%22,0	%19,5	%58,5	%100
Bakım anında Covid-19 hastalarıyla çok zaman geçirsem aileme hastalık götürebileceğim düşüncesine kapıldım.	%13,7	%11,2	%75,1	%100
Hastalığın bana bulaşabileceğinden korktuğum için hastanın çağrısını görmezden geldiğim durumlar oldu.	%78,4	%8,7	%12,9	%100
Hastalığın bana bulaşabileceğinden korktuğum için hastaya tedavi uygulamak istemediğim durumlar yaşadım.	%74,3	%12,0	%13,7	%100
Hasta yakınlarının istek ve ısrarlarından dolayı hemşirelik etiği açısından doğru bulmadığım davranışlarda bulundum.	%63,1	%19,1	%17,8	%100

Hemşirelerin Covid-19 ile mücadele döneminde hastalara tedavi ve bakım sağlarken ahlaken doğru kabul ettiği bir davranışı farklı engellerden dolayı gerçekleştiremediği ya da ahlaken doğru bulmadığı uygulamaları yapmak zorunda kaldığı durumların hemşirelerin alınan etik kararlara katılımını etkileyebileceği düşünülmektedir (Morley, 2019). Bu hususa yönelik veriler sorgulandığında, hemşirelerin önemli bir kısmı (%58,5) yalnız hekim istediği için etik açıdan onaylamadığı durumlarda bulunduklarını ifade etmektedir. Bu süreç içerisinde, hemşirelerin sadece dörtte biri (%24) hastalara yeterli ve gerekli olan bakımı sağlayabildiği görüşündedir. Burada, hastalara uygun bakım sağlayamama düşüncesinin

yoğunluğu ve etik açıdan onaylanmayan uygulamalarda bulunma durumu hemşirelerin ahlaki kaygı yaşamasında önemli iki faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%63,1) hasta yakınlarının istek ve ısrarları olsa bile hemşirelik etiği açısından doğru bulmadığı davranışlarda bulunmadığını belirtmektedir. Diğer taraftan, hemşireler çoğunlukla (75,1) hastalarla çok zaman geçirmeleri halinde ailelerine hastalık götürebilecekleri düşüncesine kapıldıklarını ifade etmektedir. Bu durum, hemşirelerin azımsanmayacak bir kısmının (%12,9) hastanın çağrısını görmezden gelmesine ve yine %13,7 gibi ciddi bir kesiminin tedavi uygulamak istemediği durumlar yaşamasına neden olmuştur (Tablo 26).

Tablo 4-25 Hemşirelerin Covid-19 Sürecindeki Moral Distress Durumu ile Hasta Hakkındaki Kararlara Katılımının Karşılaştırılmasına İlişkin Ki-Kare Testi Analizi

	X^2	N	P
Pearson Chi-Square	100,446 ^a	60	,001
Likelihood Ratio	50,552	60	,803
Linear-by-Linear Association	,267	1	,605
N of Valid Cases	240		

Ankete katılan hemşirelerin, Covid-19 sürecinde moral distress durumları ile hasta hakkında alınan kararlara katılımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 27). Bu, hemşirelerin Covid-19 hastalığı sürecinde karşılaştıkları engellerin hasta hakkında alınan etik kararlara katılmasını negatif yönde etkilediğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin genelde çalışmış oldukları servislerde özelde ise bu servislerdeki Covid-19 özelinde etik öneme sahip olan alanlar nicel bir araştırma metoduyla incelenmiş ve sonuçlar etik açıdan normatif bir analiz metoduyla değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar etik açıdan incelendiğinde önümüze dört önemli alan çıkmaktadır. Bunlardan ilki günümüz tıp etiğinin en önemli ilkelerinden olan özerklik ve bu bağlamda hastanın kendisi hakkında karar verme konusudur. Bu başlık çalışmamızda yapmış olduğumuz normatif analizlerde öncellediğimiz ihtimam etiği açısından özellikle ilişkisel özerklik noktasında önemli olup bu normatif kavram içerisinde hemşirelerin rolü ayrı bir öneme haizdir.

Covid-19 Pandemisinde birçok etik boyutu da olan hasta bakımında hemşire ve hekim arasındaki ilişkinin şekli ve kalitesi de yine yapmış olduğumuz bu çalışmada önemli bir konu başlığı olarak tespit edilmiştir. Covid-19 enfeksiyonunun neden olduğu etik boyutları olan zorluklar bağlamında, iletişim ve iş birliği ile ortak karar vermeyi benimseyen bir yoğun bakım ekibi yüksek kaliteli bakım için önemlidir. Ne var ki, yoğun bakım ünitelerinde başarılı ekip çalışmasının genellikle hastaların bakım hedeflerine ilişkin yetersiz bilgi ve ekip üyeleri arasında iletişim, iş birliği ve karar verme eksikliği nedeniyle engellenmekte olduğu bilinmektedir (Michalsen ve diğerleri, 2019). Bu sebeptendir ki, tez araştırmasında bu eksikliğin boyutunu yeniden ölçmek, hemşirelerin karar aşamasındaki yerini gözlemlemek ve hemşirelerin karar aşamasına katılımının etik açıdan ne anlama geldiğinin sorgulanması amaçlanmış ve bu konu hemşire ve hekim arasında iletişim ve iş birliği adı altında aşağıda tartışılmıştır.

Etik açıdan yoğun bakımda en önemli alanlardan biri ise özellikle prognozu kötü olan hastalar hakkında karar verme süreçleridir. Yine çalışmamızda bu konuyla ilgili özellikle hemşirelerin rol ve sorumlulukları hakkında önemli sonuçlar elde edilmiş olduğu aşağıda ayrı bir başlık altında tartışılmıştır. Hemşirelerin stres düzeyi yüksek olan yoğun bakımda çalışırken belki daha çok bireysel olarak değerlendirebilecek fakat sonuçları itibarıyla bireyselliği birçok yönden aşan ahlaki kaygı konusu da çalışmamızın tartışma bölümünde ayrı bir başlık olarak tartışılmaya değer bulunmuştur. Her birinin etik bir çıkış noktası olan bu konu başlıkları aşağıda tartışılacaktır.

5.1. Hastanın Özerkliği ve Kendi Hakkında Karar Vermesi

Anket sonuçlarının analizi, Covid-19 bakım ve tedavi süreci sırasında oluşan özel durumlardan dolayı hastanın özerkliğinin farklı şekillerde kısıtlandığını göstermiştir. Bu kısıtlamalar özerklik ilkesi için çok önemli olan hastanın bilgilendirilmesi dahil olmak üzere, onunla gerekli konuşmalar için ayrılan zamanın azalması gibi birçok konuda kendini göstermektedir. Covid-19 ile mücadele koşullarında hastalara karar ve fikri normal dönemlerden daha az sorulmuş olduğu belirlenmiştir. Bu durum, “Hastanın salgın koşullarında özerkliğinin sınırlandırılması etik açıdan meşru görülebilir mi?” ve “Salgın koşulları hastaya yönelik bu tutumları haklı çıkarmakta mıdır?” sorularını akla getirmektedir. Ulaşılan sonuçlar ihtimam etiği perspektifinden değerlendirildiğinde karşımıza farklı tablolar çıkmaktadır. İhtimam etiği; güven, dayanışma, karşılıklı endişe ve empatik tepki gibi değerler, sosyal bağlar ve özenli ilişkiler üzerine odaklanmaktadır (Held, 2006). Ayrıca, hastaların ihtiyaçlarını gözeterek çözümler sunmaktadır. İhtimam etiğini savunan etikçilere göre, bireylerin özerkliklerinin girdikleri ilişkilerde ortaya çıktığını savunan bu yaklaşım ilişkisel bir özerklik (relational autonomy) anlayışını da beraberinde getirmektedir. Geleneksel özerklik kavrayışımıza feminist perspektiften bir eleştiri olarak ortaya çıkan ilişkisel özerklik kavramı, geleneksel özerklik kavrayışımızın erkeklere özgü bir benlik tasavvuruna dayandığı eleştirisini yaparak, benliğin ilişkisel olarak kurulduğunu söylemekte ve özerkliğin ne gibi toplumsal koşullar içerisinde ortaya çıktığını sorgulamaktadır (Michalsen, ve diğerleri, 2019). Bu noktada, Covid-19’un ilk dönemlerinde ortaya çıkan koşullar ilişkisel özerklik bakış açısıyla Noddings’in “yoğun duygusal bir durum” (Noddings, 1984) olarak tanımladığı bakım anlayışını dikkate alarak değerlendirilmelidir. Bu anlayışa göre bakım alan kişiye yaklaşırken “Bu gerçekten bakım gösterilen kişi için en iyi olan davranış olabilir mi?” (Noddings, 1984) etik düşüncesi sorgulanmalıdır. Bu düşünce ilişkisel özerklik bağlamında ele alındığında, Covid-19 döneminde hastanın arzu ve isteklerini hastalığın şartlarına bağlı olarak daha fazla pratiğe geçirilmesine izin vermektedir. İkinci olarak “Bu davranışım, aramızdaki bakım ilişkisini zedeleyebilir mi?” (Noddings, 1984) etik düşüncesi ile salgın şartlarında dahi olsa hastanın hastalığa bakış açısının alınacak kararlarda göz önünde bulundurulması ilişkisel özerklik açısından oldukça önemlidir. Örneğin, pandeminin ilk dönemlerinde hastalığa yönelik belli bir tedavi yoktur ve uygulanan tedavilerin etkililiği tam olarak bilinmemektedir. Bu durumda hasta olan kişi, hemşire

ve hekimin Noddings'in bakım anlayışını dikkate alarak kendisine sunduğu seçimleri değerlendirmektedir. Burada, genel anlamda başkalarından ayrıışmışlık ve bağımsızlık olarak yorumlanan özerklik anlayışından ziyade birlikte bağımlılığın (duygusal bağımlılık) olduğu göze çarpmaktadır (Kağıtçıbaşı, 1996). Bu durum ilişkisel özerklik kavramını, hem teorik hem de pratik anlamda Covid-19 sürecinde klasik otonomi anlayışından daha işlevsel hale getirmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada da bu tür bir özerklik anlayışının anlamlı olduğu alanlar yukarıdaki değerlendirmelerde ortaya konulmuştur.

Yoğun bakım servislerinde tedavi gören entübe veya ağrısının ve acısının hafifletilmesi amacıyla sedatize edilmiş, kendi geleceğini tayin edemeyecek durumda olan hastaların olduğu bilinmektedir. Fakat, Covid-19 hastalarının çoğu yoğun bakıma geldiklerinde bilinçli ve özerk karar alabilme kabiliyetindedirler. Hastalığın prognozunun kötü olması ve solunum yetmezliğinin derinleşmesiyle beraber entübe veya sedatize olmaktadır. Bu durumda, yoğun bakımda bakım sorumluluklarını aldığımız hastaların bir kısmı özerk olarak karar verebilecek yeterlilikte iken diğer kısmı özerk olarak karar verebilme yeterliliğine sahip olamayabilmektedir. Hastanın hastalığa karşı bakış açısı, kültürel değerler sistemi ve dini inançları gibi faktörler hakkında bilgi sahibi olunması hastanın kendi geleceğini tayini açısından önem arz etmektedir. Bu noktada, ilişkisel özerklik yaklaşımı açısından hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin rolleri gereği, hastaların özel durumları ve ilişkisel bağlantıları dikkate alınarak karar verilmesinin sağlanması gerekir. Araştırmanın bulguları, hemşirelerin hastanın kaygı ve sorunlarını dinleyip cevapladığı ve hastanın fikirlerine saygı duyduğunu göstermektedir. Ayrıca hastanın düşüncelerini etkin bir şekilde dile getirmesinde yardımcı olduklarını ortaya koymaktadır. Diğer taraftan hemşireler, hastaların hekimin otoritesi yüzünden isteklerini ifade edemediği görüşündedirler. Bu durum, ihtimam etiği perspektifinden oldukça önemlidir. Çünkü hasta bakımı başkalarını önemsemek ile başlamaktadır. Başkalarını önemsemek için "sırtımıza ahlaki sorumluluk yüklü" (Held, 2006) olduğu bilincine sahip olmamız gerekmektedir. Yine, Toronto'nun ele almış olduğu "duyarlılık etik tutumu" açısından başkalarının ihtiyaçlarını kendimizi onların yerine koyma ve/veya aynılığı varsayma perspektifinden değil, bakım alan kişinin kim olduklarını ve ne olduklarını ifade etme fırsatına sahip olduğu karşılıklı bir katılımı teşvik etmemizi gerektirmektedir. Dolayısıyla, bu tutum gereği bakım alan bireye, bakımın bireyde yarattığı farka ve

ilişkisel özerklik bağlamında bireyin bakıma verdiği geri bildirimlerine odaklanmak hekim-hemşire-hasta arasındaki otoriteden meydana gelen paternalist yaklaşımı en aza indirerek hastanın istek ve arzularının karar aşamasında ele alınmasını sağlayabilmektedir (Tronto, 1993).

5.2. Hemşire ve Hekim Arasında İletişim ve İş birliği

Karar verme süreci, hastaların veya hasta yakınlarının ve klinisyenlerin, mevcut en iyi bilimsel kanıtları ve hastanın değerlerini göz önünde bulundurarak sağlık hizmetleriyle ilgili kararları birlikte almalarına olanak tanıyan işbirlikçi (shared decision making) bir süreçtir. Ne var ki, hemşire, hekim, hasta ve hasta yakını arasındaki iletişim ve iş birliği eksikliği, hastaya yönelik tıbbi boyutları olan etik karar verme sürecini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle, hemşire-hekim ve hasta arası nitelikli iletişim ve gerçek iş birliği etkili karar vermede önemli iki unsuru oluşturmaktadır. Hiyerarşik olarak kurulan iletişim, hemşirelerin karar verme sürecine katılımına ve özellikle Covid-19 ile mücadele döneminde hasta yararına olan bilgilerin eksik aktarılmasına neden olabilmektedir. Açık bir şekilde sağlanan iletişimin önündeki en büyük engel, hemşirelerin ve hastanın sadece doktorlara itaat etmek zorunda olduğu hiyerarşik güç yapılarına dayanan bu iletişim şeklidir (Michalsen, ve diğerleri, 2019).

Yapılan anketin analizi, hekim-hemşire arasındaki iletişimin emir verici ve hekimin baskın olduğu hiyerarşik bir üslupla sağlandığını ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, hemşireler genel olarak, etik açıdan onaylamadığı halde sadece hekimin isteğine yönelik uygulamalarda bulundukları için ahlaki kaygı (moral distress) yaşadıklarını belirtmiştir. İhtimam etiğini savunan etikçiler, iletişim ve iş birliği ile kurulan ilişkilerin aynı zamanda bakımın kalitesini belirlediğini öne sürmektedirler. Bu durum, Tronto'nun (2013) bakım etiği üzerine olan yakın tarihli çalışmasında, iş birliğinin önemi ve iletişimi etik ilkeler olarak benimsemesi ile desteklenmiştir (Branicki, 2020). Bu noktada, Van den Bulcke ve arkadaşlarının yapmış olduğu (Van den Bulcke B, 2016) iş birliği ve ortak karar vermenin önemine yönelik çalışma emsal alınmıştır. Belçika'da bulunan bir yoğun bakım ünitesindeki 50 yoğun bakım klinisyenine yönelik yapılan çalışma, gözlemsel bir yoğun bakım ünitesi ekip çalışması geliştirmek amacıyla tasarlanmış ve kişiye özel bir müdahaleyi değerlendirmiştir. Müdahale, haftalık olarak planlanan klinisyenler arası toplantıları ve derinlemesine vaka tartışmalarını içermektedir. Sonuç olarak, ekip çalışması ve iş birliğinin, bakım sürecini

ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını dikkate alan kişiye özel bir müdahale ile geliştirilebilir olduğu elde edilmiştir (Michalsen, ve diğerleri, 2019). Benzer olan araştırmalar sonucunda ve aynı zamanda bizim bu tez çalışması çerçevesinde yaptığımız anket sonuçlarını değerlendirdiğimizde etik boyutu olan kararlarda veya bir etik sorunun çözümünde hekim, hemşire ve hasta arasındaki iletişim ve iş birliğinin etkin bir şekilde sağlanması önemli olduğu tespit edilmiştir.

Benzer bir şekilde, Karanikola ve arkadaşlarının (Karanikola MN, 2014) 566 İtalyan yoğun bakım hemşiresi üzerinde yaptığı kesitsel bir çalışmada disiplinler arası iş birliğinin önemini desteklemektedir. Araştırmada, hekim-hemşire arasındaki iş birliğinin ve hemşirelerin yaşam sonu kararlarına katılımının arttırılmasının hemşirelerin ahlaki kaygılarının hafifletilmesinde etkili olduğu sonucu elde edilmiştir (Michalsen, ve diğerleri, 2019). Benzer olan araştırmalar sonucunda da görüldüğü gibi bu etik sorunun çözümünde hekim, hemşire ve hasta arasındaki iletişim ve iş birliğinin etkin bir şekilde sağlanması önemlidir. Hemşirelik bakımının temel amacı, iyi bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanıyarak bakım gereksinimlerini belirlemek; bireyin sorunlarıyla etkili bir şekilde baş etmesini ve gereksinimlerini karşılamasını sağlamaktır (Tutuk ve ark., 2022). Bu nedenle, hasta hakkında alınacak tıbbi ve etik kararlar aşamasında, ortak karar süreci oluşturulmalı ve hemşirenin hastanın tıbbi gidişatı hakkında hekimi daha fazla bilgilendirmesi etkili iletişim ve iş birliği ile sağlanmalıdır.

5.3. Etik Boyutları Olan Kararlarda Srec

Covid-19 enfeksiyonunun prognoz ve tedavisinin belirsizliği hasta bireye yapılan tıbbi uygulamaların, hastalık sürecinde edinilen tecrübelere dayanarak biçimlenmesine ve enfeksiyonun salgın niteliği taşıması hasta ile ilgili alınan kararların genellikle acil bir şekilde sonuçlanmasına sebep olmuştur. Bunun yanı sıra, beklenmedik bir şekilde yoğun bakım yatak sayısının artması ile yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekim eksikliğinin ortaya çıkmasının neden olduğu iş gücü eksikliği tedavi ve bakım sağlarken hastaya yeterince zaman ayrılamamasını beraberinde getirmiştir. Yine iş gücü eksikliğinin sonucu olarak hekimlerin hastayı gözlemleme süresinin yetersizliği ve prognozun belirsizliği nedeniyle bakım ve tedavi konusunda kararsızlıklar yaşanmıştır. Hasta ile iletişim yönünden ise Covid-19 hastalarına ziyaretçi yaşağı politikası hasta bireylerin yakın çevresi ile olan ilişkisinin aksamasına neden

olmuştur. Bu durum hasta hakkında hemşirenin/hekimin yeterince bilgi edinememesi ve bazı hastaların aileleri yanlarında olmadan ölmesi gibi birbiri ile bağlantılı ve etik karar verme hususunda etkisi olan birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında hemşireler, Covid-19 pandemisi sırasında hastalığın klinik bulgularını, prognostik faktörleri, hastaların ihtiyaçlarını, kanıta dayalı bakım uygulamalarını ve hemşirelik yönetimi sorunlarını tanımak için çok değerli kaynaklara sahiptirler. Hemşireler hastaneye yatış sırasında Covid-19 olan hastalarla en çok temas halinde olan kişilerdir ve hastaların bakımı için çok zaman harcamaktadırlar. Bu nedenle, hemşirelerin Covid-19 olan bir hastanın bakım algısını açıklama, hastaların sağlığını iyileştirme ve geliştirmede önemli rolleri bulunmaktadır (Galedar, Toulabi, Aziz, & Heydari, 2020). Bu durum hemşirelerin özerklik ilkesini pratik hayata geçirmelerinin önemini arttırmaktadır.

Yukarıda açıklanan süreç göz önünde bulundurularak yapılan görüşmelerin analizi, hemşirelerin Covid-19 pandemisinin yoğun olduğu bu dönemde çok fazla hastaya bakım sağladıkları için yeterli ve gerektiği gibi bakım sağlayamadıklarını ortaya koymaktadır. Hemşireler genel olarak, Covid-19 pandemisinin yeni ortaya çıktığı dönemde normal çalışma süresinin üzerinde çalıştıklarını belirtmektedir. Bu süreçte Covid-19 hastaları ile uzun süre aynı ortamda bulunarak tıbbi bakım sağlamışlardır. Bu nedenle, Covid-19 hastaları kendilerine en yakın sağlık çalışanı olarak hemşireleri görmektedir. Bu durum araştırmanın bulgularına, hastanın kendisi hakkında en fazla bilgiyi hemşirelere iletiyor olması ile yansımaktadır. Bulgulara göre, bu etkileşimi korumak ve güçlendirmek amacıyla hemşireler hastaya uygun iletişim ve iş birliği ile yaklaşmaktadır.

Bu süreçte hekimler, işgücü eksikliği gibi nedenlerle hastalar ile genellikle hasta ziyaret zamanlarında bir araya gelebilmektedir. Bu durum, Covid-19'un yoğun olduğu dönemde daha kötü bir hal almıştır. Dolayısıyla, hekimler hastanın tıbbi durumu hakkında daha çok tıbbi laboratuvar bulguları sayesinde bilgi edinebilmiştir. Bununla birlikte, Covid-19 döneminde hasta yakınlarına ziyaret yasağının bulunması nedeniyle hastanın hastalığa bakış açısı ve kültürel yaklaşımı gibi bilgilere rolleri gereği hemşireler vasıtasıyla ulaşılabilir. Araştırmaya katılan hemşireler genel olarak hekimin hasta ile ilgili bir müdahaleye karar verirken hemşirelerin görüşlerini almakta yetersiz kaldıklarını açıkça belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, hasta ile ilgili kararlar

alınırken hemşirelerin karar verme sürecine gerektiği gibi dahil edilmediğinde hemşirelerin çoğunluğunun sahip olduğu görüş olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmanın bulgularından elde edilen bu tutumlar, Covid-19 ile mücadele şartlarında hekimin hasta hakkındaki etik boyutu olan bir tıbbi kararının büyük oranda laboratuvar bulgularının sonuçlarından etkilenmekte olduğunu göstermektedir. Fakat, bu durum hastanın değerler sisteminin ikinci plana itilmesinden dolayı etik açıdan sorunludur. Çünkü, araştırmanın bulgularında da görüldüğü üzere hekimin otoritesi, hastanın arzu/isteklerinin hemşirelerin hastalar hakkındaki görüşlerinin ve hastaya yönelik bilgilerinin etik kararlarda ele alınamamasına neden olmaktadır. Ne var ki, görüşülen hemşirelerin çoğu Covid-19 süreci öncesinde de iş birliği planlamasında ağırlıklı olarak olumsuz tecrübeler yaşadıklarını belirtmektedir. Bu konuda yapılan farklı çalışmalarda normal şartlarda yoğun bakım servislerinde karar alma aşamasının genellikle çok otoriter olduğunu ortaya çıkarmaktadır (E'lie Azoulay, 2009).

Araştırmaya katılan hemşireler, yukarıda tartışılan etik durumların çözümünün kolaylaştırılmasında hemşirelerin kararlara dahil olma durumlarının hastanın refahı açısından önemli olduğunu düşünmektedirler. Çünkü, hasta hakkında daha detaylı bilgiye sahip olduklarını ve bu durumdan etik karar alınırken faydalanılmasının hasta açısından alınan kararların daha isabetli olmasını sağlayabileceğini desteklemektedirler. Ayrıca, hemşireler bu hususun Covid-19 hastalığı bulunan prognozu kötü vakalar söz konusu olduğunda hastaların kendi geleceğini tayin durumu açısından çok daha fazla önem arz ettiğini belirtmişlerdir. Hemşireler, Covid-19 sürecinde kararlara dahil olmayı ve karar sürecine şu anki bulundukları katılım düzeyinden daha fazla katılmayı istemektedir. Covid-19 enfeksiyonun ortaya ilk çıktığı dönemlerde prognozu belli olmayan çok fazla ölüme sebebiyet veren yeni bir hastalık türü olduğu bilinmektedir. Covid-19'un ilk aşamada güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış herhangi bir spesifik tedavisinin olmadığı ve pandeminin yarattığı acil durum nedeniyle etkinliği kanıtlanmamış fakat daha önce SARS-CoV, MERS-CoV gibi viral etkenlere karşı etkili olduğu düşünülen bazı ilaçların kullanılmakta olduğu bilinmektedir (Pınar Aysert Yıldız, 2020). Bu nedenle yoğun bakımda bakıma ve tedaviye yönelik alınan kararlarda, sadece hekimler değil hemşireler ve diğer mesleklerde görev alan sağlık personelinin deneyimlerine yer verilmesi önemlidir. Çünkü, etkinliği kanıtlanmamış olan bu ilaçların hasta üzerindeki etkisinin yakından gözlemlenmesi önemlidir. Laboratuvar bulguları hasta hakkında tıbbi bir bakış açısı sağlamaktadır. Fakat, hastanın ilaca verdiği tepkiyi,

yapılan uygulamaların hasta üzerindeki olumlu\olumsuz etkilerini ve bir bütün olarak değerlendirmek amacıyla hasta ve hastalığı ilişkisel ve bağlamsal olarak ele almak gerekmektedir.

Bu noktada, karar mekanizmasına karşılık olarak Gilligan'ın araştırmasında yer edinen Amy'nin, Heinz' in eşini ve eczacıyı bir ilişkiler ağı içerisinde değerlendiren bakış açısının önemi ön plana çıkmaktadır. Amy, karşılaştığı ikilemde Henz'in eşi ve eczacıyı bir ilişkiler ağı içerisinde birbiri ile ilişkili ve birbirine karşı sorumlu insanlar olarak kavrayarak soruna farklı çözümler üretmeye çalışmıştır. Covid-19 döneminde bu ilişkisel bağı mesleki rolleri gereği hemşireler kurmaktadır. Hemşireler, hastanın arzuları ışığında Amy'nin yaptığı gibi hastaya özgün ve bağlamsal olarak farklı çözüm yollarını üretmeye çalışmaktadır. Bu yaklaşım sorunların anlaşılması, etik açıdan anlamlandırılması ve çözümünün kolaylaştırılmasında önemlidir. Özellikle, Covid-19 enfeksiyonu hakkındaki bilgi ve tecrübe eksikliği ihtimam etğinde yer alan ilişkisel ve bağlamsal tutumun önemini bu noktada ön plana çıkarmaktadır. Şöyle ki, hastaya yönelik verilen bakım ve tedavileri tasarlarken tıbbi laboratuvar bulgularının yanı sıra, hastanın bakım ve tedavilere uyum ve yanıtını gözlemlemek, hasta ile kurulan iletişim sonucunda hastanın arzularını ve hastalığa yönelik bakış açısını öğrenmek, diğer Covid-19 hastalarına uygulanan tedavi ve bakım sürecini gözlemleyerek tecrübe edinilip, hastalığın seyri açısından çıkarımlarda bulunarak kişiye özgü bakımı/tedaviyi uygulayabilmek belirsiz bir prognoza sahip olan bu hastalık açısından oldukça önemli bir yaklaşımdır.

5.4. Ahlaki Kaygı (Moral Distress)

Ahlaki kaygı (moral distress), hemşirelerin yaşamış olduğu durumlarda ahlaki olarak doğru eylem şeklini pratik hayata geçirme sırasındaki zorlukları ve engelleri kapsayan tecrübeleri içerir (McCarthy, 2008). Ankete katılan hemşirelerin, Covid-19 pandemisi şartlarında değişen bakım ve tedavi yaklaşımı, hasta ile olan ilişkilerde yaşanan aksaklıklar, hastalığın bulaşması ile ilgili belirsizlik gibi nedenlerle ahlaki olarak onaylamadığı durumlar yaşadığı belirlenmiştir. Hemşireler, özellikle gerektiği gibi bakım sağlayamadığını düşündüğü ve sadece hekimin istediği için yaptığı uygulamalarda yoğun bir şekilde ahlaki kaygı yaşamaktadır. Hemşirelerin ahlaki açıdan onaylamadığı durumlar yaşamış olması bir ahlaki zayıflığı veya ahlaki karakter kusurunu temsil etmemektedir. Aksine, ahlaki duyarlılığı ve karmaşık durumlarda etik

zorlukları algılama becerisinin olduğu anlamına gelmektedir (Wocial, 2020). Bu perspektif ile hemşirelerin karar sürecinde yer alması ve ahlaki olarak algıladığı faktör ya da eylemler hakkında söz sahibi olması ahlaki kaygıyı hafifletme açısından oldukça etkili olabileceği sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Diğer taraftan böylesi bir durum meseğini yerine getirirken bir tatmin ve mutluluğu beraberinde getireceğinden, bu durumdan kaynaklanabilecek strese bağlı diğer sağlık sorunlarını da azaltacağı unutulmamalıdır. Dolayısıyla öncelikle etik açıdan öneme sahip gibi görünen bu vakıa aynı zamanda iş sağlığı açısından da bir öneme sahiptir.

Ankete katılan hemşirelerin kayda değer bir kısmının hastalığın bulaşması ile ilgili belirsizliğin yarattığı durumdan etkilenerek hastalarla çok zaman geçirmeleri halinde ailelerine hastalık götürebilecekleri düşüncesine kapıldıklarını belirtmiştir. Benzer bir şekilde, Esin ve arkadaşlarının hemşirelere yönelik yapmış olduğu çalışmada bu durumun bir hemşire tarafından, “Benim de bir kızım var ve ona ‘acaba bir şey taşır mıyım?’ endişesi oldu. Yani çokta öyle bana bir şey olur mu duygusu yaşamadım. Kopma kaygısı yaşadım. Yani ailemden ayrı kalır mıyım? Yani aslında pozitif olmuş, iyileşmek üzere olsa birlikte kalsak bu kaygıyı o kadar yaşamazdım.” (Esin ve ark., 2021) olarak dile getirilmesi örnek teşkil etmiştir. Araştırmanın bulgularında bu gibi durumlarda hemşirelerin bazı bakım ve tedavi uygulamalarını yapmadığı ya da görmezden geldiği belirlenmiştir. Pandemi koşullarının neden olduğu bu durum hemşirelerin ahlaki kaygı yaşaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Burada, hemşirelerin ihtimam etiğinin gerektirdiği empati yaklaşımı ile karşıda bulunanların bakış açısını benimsemesi ve buna göre soruna farklı çözümler üretmesinin sorunun çözümünü kolaylaştıracağı sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ ve TAVSİYELER

Bu araştırma ile genelde yoğun bakım ünitelerinde özelde ise Covid-19 sürecindeki yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin müdahil olduğu etik boyutu olan karar ve konuların özellikleri ampirik olarak bir anket çalışmasıyla araştırılmıştır. Elde edilen veriler normatif analize tabi tutulup etik açıdan tartışılıp değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede hemşire bakımında önemli bir etik teori olan ihtimam etiği (*care ethics*) kullanılmıştır. Ankete katılan 240 yoğun bakım hemşire sayısının istatistiki ve tahmini hesaplamalara göre ülkemizdeki yoğun bakım hemşirelerinin görüşlerini temsili bir şekilde ifade gücüne sahip olması bu çalışmanın değerini daha da arttırmaktadır. Ampirik olarak kurgulanan bulgu elde etme yönteminin sonuçları konuyla ilgili en önemli etik teorilerden biri olan ihtimam etiği ile normatif olarak irdelenmiş, tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Bu alanda yukarıda açıklanan araştırma sorularıyla ülkemizde ilk defa gerçekleştirilen bu bilimsel çalışmanın sonuçları etik açıdan farklı ve önemli sonuçlar içermektedir. Gerek yoğun bakım ünitelerinin özel şartları, gerekse Covid-19 pandemisinde daha da ağırlaşan bakım şartlarından dolayı hemşirelerin hasta ile ilişkisi hem nicel hem de nitel olarak ayrı bir önem kazanmıştır. Hastanın yakınları dahil dış dünya ile bağlantılarının en az düzeye indiği ve hekimlerin personel kaynağı ve hastalığın özelliklerinden dolayı sınırlı olarak hastayla temas kurduğu bu durumda, hemşireler hem profesyonel sağlık çalışanı olarak hem de insani anlamda refakat eden bir birey olarak çok önemli roller üstlenmişlerdir. İhtimam etiğinden çok önemli bir ilke olarak karşımıza çıkan ilişkisel özerklik diğer görüşler bağlamında bu roller etik açıdan ayrı bir önem kazanmaktadır.

Hemşirelerin hastaların kaygı ve düşüncelerinin dinlenilmesi, onların istek ve fikirlerine saygı duyulması konusunda yüksek bir oranda katkıda bulundukları tespit edilmiştir. Hastanın özerkliğinin pratik hayata geçirilmesinde önemli olan bu katkı farklı sebeplerden dolayı Covid-19 sürecinde hastanın bilgilendirme kalitesinin düştüğü göz önüne alınırsa daha da önem kazanmaktadır. Yine bu bağlamda hemşireler yukarıda açıklanan hastanın hem ailesiyle hem de hekimlerle iletişimde önemli roller üstlenmişlerdir. Diğer taraftan hemşirelerin etik sorunların çözümünde tüm paydaşların katılımını sağlamaya yönelik çok yoğun olarak tespit edilen istek ve tutumları yine

bunun için gerekli iş birliğine katkıları dikkate şayandır. Bunun yanında çalışmamızda Covid-19 sürecinde hemşire ve hekim arasında ilişki, koordinasyon ve benzeri konularda önemli iletişim ve iş birliği eksiklikleri tespit edilmiş olup, bu eksikliklerin çoğunluğu gereken koordinasyon ve iyi bir organizasyonla düzeltilebilecek karakterdedir.

Çalışmamızın diğer sonuçlarına göre ankete katılan hemşirelerin neredeyse tümüne yakınının hasta refahına çok önem vermeleri ve bu önemi günlük çalışmalarında hayata geçirmeye çalışmaları hasta merkezli bir sağlık sistemi açısından önemlidir. Yine etik tartışmaların merkezinde olan hastanın kendi hakkında karar vermesi ve özerkliği konusunda hemşirelerin katkıları elde edilen sonuçlara göre vazgeçilmez olarak görülebilir. Bu durum yine ihtimam etiğinin ilişkisel özerklik teorisine göre merkezi bir değere sahiptir. Genel tıp etiği açısından da çok değerli olan bu katkı özellikle prognozu kötü olan vakalarda ayrı bir önem kazanmaktadır. Hemşireler prognozu kötü olan vakalarda hastalığın seyri ile ilgili olan durumlarda hekime vermiş olduğu tıbbi bilgiler karar süreçlerinde nispeten değerlendirilirken (%67), sosyo-kültürel ve ailevi konulardaki bilgi aktarımları ise daha az karar süreçlerine dahil edilmektedir (%54,8). Bu sonuçlar ise etik standartları yüksek olan bir bakım ve tedavi konsepti için iyileştirilmesi gereken alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine özellikle son dönemlerde tıp etiği tartışmalarında öne çıkan “hastanın sadece laboratuvar değerleri değil aynı zamanda sosyo-kültürel değerleri de önemlidir” tezi bağlamında çok değerli bir araştırma sonucudur.

Diğer taraftan Covid-19 pandemisi özelinde yukarıda genel olarak ifade ettiğimiz hastanın karar süreçlerine aktif katılımı konusunda önemli sonuçlar elde edilmiştir. Hemşirelerin sadece az bir kısmı (%14) Covid-19 sürecinin hastanın karar sürecine aktif katılımını etkilemediğini söylemiştir. Hemşirelerin önemli bir çoğunluğu (%74,7) bu özel dönemde hastalarının kendilerini en yakın sağlık çalışanı olarak gördüklerini ve dolayısıyla en fazla bilgiyi onlara aktardıklarını ifade etmişlerdir. Yine ankete katılan hemşirelerin yarıdan fazlası hastaların isteklerini ifade etmeye cesaret edememe nedeni olarak hekimin otoritesini ve bu bağlamda paternalistik tutumunu görmektedirler. Bu da ülkemizde hekimlerin paternalistik yaklaşımlarının hala sürdüğü ve bu konuda önemli adımlar atılması gerektiğini göstermektedir. Yine hemşirelerin

çoğunluğu (%83,4) hastalarının istek ve kararlarını ifade etmeleri için daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaç duydukları görüşündedirler.

Son zamanlarda sağlık hizmetlerinde daha yoğun tartışılmaya başlanılan ahlaki kaygı (*moral distress*) alanında da hemşirelerin ciddi sorunlarla karşılaştığı tespit edilmiş olup, hemşirelerin önemli bir kısmı ahlaki olarak onaylamadığı durumlar yaşamıştır. Yine ahlaken doğru bulmadığı davranışları belli bir grup hemşire yapmak zorunda kalmışlardır. Diğer taraftan Covid-19 enfeksiyonuna bağlı olarak hastalığın kendisine bulaşma korkusunun yaşandığı bununda profesyonel çalışma ve kararları etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Ahlaki kaygının sadece kişinin değerler dünyasında sınırlı bir yere sahip olmadığı, aynı zamanda çalışma hayatı kalitesi ve iş memnuniyetine etkili olduğu, bu durumun da iş sağlığı ile yakından ilişkili olduğu gerçeği göz önüne alınırsa araştırmamızın sonuçları ayrı bir önem kazanmaktadır.

Nitel bir yöntemle gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın sonuçlarını normatif bir analiz ve etik bir değerlendirmeye tabi tuttuğumuzda ve yukarıda açıklanan araştırma sonuçlarını da göz önünde bulundurduğumuzda çalışmamızın hem deskriptif hipotezi olan “Genelde yoğun bakım ünitelerinde özelde yoğun bakım ünitelerindeki Covid-19 hastasının bakım ve tedavilerinde yoğun bakım hemşireleri etik boyutu olan karar verme süreçlerine gerektiği kadar katılamamaktadırlar”, hem de normatif hipotezi olan “Hemşirelerin bu tür karar verme sürecine yeteri kadar katılması sorunların anlaşılması, etik açıdan anlamlandırılması ve çözümünü kolaylaştıracaktır” iddialarının doğrulandığını söyleyebiliriz.

Yukarıda detaylarıyla açıklanan etik anlamı olan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde bunların çözümü için aşağıdaki tavsiyelerde bulunulmuştur.

TAVSİYELER:

1. Hasta refahını merkeze alan bir sağlık sisteminde, aynı zamanda hastanın özerkliğine odaklanılmalı ve bu özerkliği sorunsuz olarak pratik hayata geçirmenin önündeki engeller kaldırılmalı ya da gerekli yeni yapılar oluşturulmalıdır.
2. Hem bakım, hem de tedavi süreçlerinde hastayla iletişimde hemşirenin profesyonel çalışma konsepti gereği hasta ile ilişkisinin yoğun olduğu gerçeği ve bu yoğun ilişkinin hastanın kendi hakkında karar verme hakkı

ve ilişkisel özerklik açısından önemli olduğu geliştirilecek yeni yapılanmalarda devamlı göz önünde bulundurulmalıdır.

3. Etik boyutları olan kararlarda hasta hakkında hem tıbbi hem de sosyo-kültürel bilgilere hemşirenin vukufiyetinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda özellikle etik boyutu olan karar verme süreçlerine aktarılması hemşirelerin görüşlerinin (daha fazla) dikkate alınması sağlanmalıdır.
4. Yukarıdaki genel çerçeve içerisinde hem normal servislerdeki hem de yoğun bakım ünitelerindeki çalışmalarda bir ekip çalışması konseptinin oluşturulması gerekmekte, elde edilen verilere göre halen mevcut olduğu tespit edilen ‘Emir-Komuta-Zinciri’ ile çalışma şekli terk edilmelidir. Yine hekim hemşire arasındaki hiyerarşik ilişkinin bu ekip konseptiyle mümkün olan en aza indirilmelidir (*sathi hiyerarşi*).
5. Yine hekimin hem paternalist yaklaşımı hem de otoriter tutumu hastanın karar süreçlerine aktif katılımını engellediği için bu konularda kısa, orta ve uzun vadede tedbirler alınmalıdır.
6. Ekip içerisi ilişkisindeki sorunlarının varlığı, sadece iyi bir iletişim ve çalışma ortamını engellememektedir. Bu durum aynı zamanda hastanın refahını da etkileyen bir etmen olarak görülmelidir. Dolayısıyla özellikle idareci ve ekip lideri olan kişiler iyi bir iletişimin sağlanması için azami gayret sarf etmelidirler.
7. Hemşirelerin çalışma hayatında özellikle Covid-19 pandemisi gibi özel durumlarda artma gösteren ahlaki kaygının azaltılmasına yönelik tedbirler alınmalıdır (süpervizyon, açık tartışma platformları, hizmet içi eğitim vb.) Bu tedbir kararları alınırken sadece çalışma hayatı kalitesi değil aynı zamanda iş sağlığı açısından da değerlendirmeler yapılmalıdır.
8. Yukarıda detaylı bir şekilde açıklanan sorun alanları, bunların önemi ve çözüm yolları hem mesleki eğitimlerde hem de hizmet içi eğitimin müfredatlarında yer almalıdır.

9. Hemşirelerin çalışma alanlarındaki etik sorunlar ile ilgili bilimsel çalışmalar için hem teşvik edilmeli, hem de ilgili kurumların maddi kaynaklarından yeterince pay ayrılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Akbal Ergün Y., D. H. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **11**, 102-113.
- Albarran, J. W. (2014). Moral Distress, Autonomy and Nurse-Physician Collaboration Among Intensive Care Unit Nurses In Italy. *Journal of Nursing Management*, **22**, 472-484.
- Aysert Yıldız, P. D. (2020). COVID-19'un Klinik Bulguları ve Tedavisi. *Gazi Medical Journal*, **31**, 255-259. Erişim 20.08.2021, <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>
- Ayşenur D. Berberoğlu, T. D. (2021). Covid-19 Pandemisinde Bir Halk Sağlığı Önlemi Olarak Sokağa Çıkma Yasağı ve Kısıtlamalarının Normatif Analizi ve Etik Açından Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, **4**, 1-18.
- Azoulay, E. T. (2009). Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **180**, 853-860.
- Beauchamp, T. L. (2017). *Biyomedikal Etik Prensipleri*. (M. Temel, Çev.) İstanbul: Pınarbaşı Matbaacılık.
- Booker Kathy, J. (Ed.). (2015). *Critical Care Nursing : Monitoring and Treatment for Advanced Nursing Practice*. Illinois: Joan Wiley & Sons.
- Branicki L., J. (2020). COVID-19, Ethics of Care and Feminist Crisis Management. *Gender, Work & Organization*, **27**(5), 872-883.
- Can Özdemir, R. I. (2022). Intensive Care Nurses'Anxiety About COVID-19, Approaches to and Attitudes Toward Dying with Dignity Principles During the Pandemic. *Omega-Journal of Death and Dying*, **0**, 1-15. Erişim 05.07.2022, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00302228221087505>
- Chowdhury D, D. A. (2017). Intensive care unit models: Do you want them to be open or closed? A critical review. *Neurology India*, **65**, 39-45.
- Chu Yuan, F. T. (2021). Post-Intensive Care Syndrome: A Concept Analysis. 1-9. *International Journal of Nursing Studies*, **114**, 1-9. Erişim 20.02.2021 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- Clancy, T. (2019). *Code of Ethics For Nurses*. Cenevre, İsviçre: ICN. Erişim 19.06.2019, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

- Coskun, R. A. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Çekem, K. (2020). Etik İle Politikanın Kesişiminde İhtimam. *HUMANITAS-Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, **8**, 66-86.
- Çelik, R. (2016). Bakım/Özen Etiği ve Eğitim Felsefesinde Feminizm Temelli Bir Yaklaşım. *Fe Dergi*, **8**, 72-85.
- Diamond, J. (2003). *Tüfek,Mikrop,Çelik*. (Ü. İnce, Çev.) Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları.
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **17**, 74-82. Erişim 10.03.2021, https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7839/103261#article_cite
- Dominic, S. (2017). Pandemic Risk Modelling. S. N. Pompella M., & N. A. Maurizio Pompella (Dü.) içinde, *The Palgrave Handbook of Unconventional Risk Transfer* (s. 463-495). London: Palgrave Macmillan, Cham.
- Elliott, D. (2012). Scope of Critical Care Practice. D., Elliott ve E. Coady (Ed.) içinde, *ACCCN's Critical Care Nursing* (s. 3-16). Australia: Libby Houston.
- Ercan, İ. İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **30**, 211-216.
- Erdemir, A. D. (2011). *Tıpta Etik ve Deontoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fatma Arın Namal, E. A. (2021). Covid-19 Hastaları ve Etik: Hekimlere Triyaj Önerileri. (A. D. Erdemir, Dü.) *Türkiye Klinikleri* **1**, 1-9.
- FRY, S. T. (1989). The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics. *Feminist Ethics & Medicine*, **4**, 88-103.
- Gail, A. Brilowski, M. C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, **50**, 641-650.
- Galedar, N., Toulabi, T., Aziz, K., & Heydari, H. (2020). Exploring nurses' perception of taking care of patients with coronavirus disease (COVID-19): A qualitative study. *Nursing Open*, 1-9.
- Gallagher, A. (2017). Care Ethics and Nursing Practic. *Key Concepts and Issues in Nursing Ethics*, **66**.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Göçmen Baykara, Z. V. (2020). Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* (Özel Sayı), 9-17. Erişim 28.06.2020, <https://dergipark.org.tr/en/pub/gsbdergi/issue/56673/790250>
- Hacımustafaoğlu, M. v. (2018). Enfeksiyon Hastalıkları Pratiğinde Salgın Tanımlanması. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, **12**, 172-173.
- Hankivsky, O. (2014). Rethinking Care Ethics: On the Promise and Potential of an Intersectional Analysis. *American Political Science Review*, **18**, 252-262.
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- İlkılıç, İ. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerindeki Kararlarda Yaşlılığın Normatif Anlamı. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topic*, **2**, 18-26.
- İlkılıç, İ. (2020). COVID-19 Sürecinde Etik Sorun Alanları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* **56**, 112-115.
- Jeffrey, D. I. (2020). Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics*, **46**, 495–498.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1996). Özerk-İlişkisel Benlik: Yeni Bir Sentez. *Türk Psikoloji Dergisi*, **11**, 36-43.
- Kara, M. A. (2007). Applicability of the Principle of Respect for Autonomy: The Perspective of Turkey. *Journal of Medical Ethics*, **33**, 627-630.
- Kelly, F. E. (2014). Intensive Care Medicine is 60 Years Old: The History and Future of the Intensive Care Unit. *Clinical Medicine*, **14**, 376–79.
- Korkmaz, F. B. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi* **1**, 62-79. <https://doi.org/10.35375/sayod.738657>
- McCarthy, J. &. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing ethics*, **15**, 254-262.
- Melek Nihal Esin, A. D. (2021). Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin COVID-19 Pandemisi Sürecinde Karşılaştıkları Etik Sorunlar: Bir Nitel Çalışma. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, **4**, 7-8.
- Metin, S. (2010). Kant'ın Etik Anlayışı ve Biyo-tıp Etiği Alanında Yansıması. S. Metin içinde, *Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk* (s. 60-67). Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi.
- Michalinos Zembylas, V. B. (2014). Tronto's Notion of Privileged Irresponsibility and the Reconceptualisation of Care: Implications For Critical Pedagogies of Emotion in Higher Education. *Gender and Education*, **26**, 200-214.

- Michalsen, A. L. (2019). Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel. *Critical Care Medicine*, **47**, 1258-1266.
- Mlinar, S. (2010). First- and Third-Year Student Nurses' Perceptions of Caring Behaviours. *Nursing Ethics*, **17**, 491-500.
- Morens, D. M. (2009). What Is a Pandemic? **200**, 1018-1021. Erişim 19.07.2021 https://www.jstor.org/stable/27794175#metadata_info_tab_contents
- Morley, G. I.-J. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, **26**, 646-662.
- Noddings, N. (1984). *A Feminine Approach To Ethics And Moral Education*. London: University of California Press.
- Okuroğlu, G. K. (2014). Felsefe ve Hemşirelik Etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, **0(1)**, 53-61.
- Öztunç, G. (2013). Hemşireliğin Doğası. T., Ataberk Aştı (Ed.) içinde, *Hemşirelik Esasları* (s. 25-35). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Potter, C. (2001). A History of Infuenza. *Journal of Applied Microbiology*, **91**, 572-579.
- Pronovost, P. T. (2007). Impact of the Leapfrog Group's intensive care unit physician staffing standard. *Journal of critical care*, **22**, 89-96.
- Sander-Staudt, M. (2020). *Care Ethics*. Erişim 15.09.2021, Internet Encyclopedia of Philosophy: <https://iep.utm.edu/care-ethics/#H2>
- Scott, P. A. (2017). *Nursing and the Ethical Dimension*. Springer.
- Sevenhuijsen, S. (2003). The Place of Care: The Relevance of the Feminist Ethic of Care for Social Policy. *Feminist Theory*, **4**, 179-197.
- şendir, M. (2013). Hemşirelik Felsefesi. T., Ataberk Aştı (Ed.) içinde, *Hemşirelik Esasları* (Cilt 1, s. 108). İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık.
- Tapısız, Ö. L. (2020). Mikroorganizmalar Mavi Gezegende Bizden Çok Önce Vardı: Pandemiler Tarihi. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, **2**, 53-69. Erişim 30.08.2021, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1180039>
- Taylan, S. S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **14**, 66-74.
- TDK. (2020). *Bakım*. Erişim 10.11.2020 tarihinde Türk Dil Kurumu Sözlükleri: <https://sozluk.gov.tr/>

- Tokaç, M. (2020). Salgın Hastalıkların Tarihi. *Sağlık Düşünceleri ve Tıp Kültürü Dergisi* **56**, 6-9.
- Toprak, F. (2008). İhtimam Etiği ve Ahlak Teorisi: Virginia Held “Marilyn Friedman” İncelemesi. *Felsefe ve Fenomenolojik Araştırmalar*, **77**, 539-555.
- Tronto, J. C. (1993). *A Political Argument for an Ethic of Care*. London: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Turan, N. (2021). Hemşirelikte Etik Karar Verme. R., Acaroğlu içinde, *Hemşirelikte Etik* (s. 207). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Tutuk A., A. D. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6**, 36-41.
- Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği. (2022). *Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Güncel Durum Raporu, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadığı Sorunlar*. İstanbul: Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği. Erişim 04.05.2022, <https://tybhd.org.tr/duyurular/turk-yogun-bakim-hemsireleri-dernegi-guncel-durum-raporu-2/>
- Uğur, Y. L. (2021). Tele-Yoğun Bakım ve Türkiye’deki Mevcut Durum, Fırsatlar, Kısıtlamalar. *Turkish Journal of Intensive Care*, **19**, 54-61.
- Van den Bulcke, B. V. (2016). The Perceived Quality of Interprofessional Teamwork In An Intensive Care Unit: A Single Centre Intervention Study. *Journal of Interprofessional Care*, **30**, 301-308.
- Vieira, J. V. (2021, 03 13). Conceptual Models of Nursing in Critical Care. T. Esposito (Ed.). İçinde *Critical Care Research and Practice*.
- Wocial, L. D. (2020). Resilience as an Incomplete Strategy for Coping With Moral Distress in Critical Care Nurses. *American Association of Critical Care Nurse*, **40**, 62-66.
- Woodward, V. M. (1997). Professional Caring: A Contradiction In Terms? *Journal of Advanced Nursing*, **26**, 999-1004.
- Worlometer. (2020, 05 12). Covid-19 Coronavirus Pandemic: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

- (2009). *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmî Gazete. Erişim 06.07.2021 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>
- Yıldırım, A. Ş. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.



FORMLAR

EK 1. Covid-19 Sürecinde Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Yönelik Alınan Kararlarda Hemşirelerin Rolünün Analizi ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi Konulu Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Rıza Formu

Sizi İstanbul Üniversitesi bünyesinde, Prof. Dr. İlhan İlkılıç danışmanlığında Tuğba Doğan tarafından yürütülen “Covid-19 Sürecinde Yoğun Bakım Ünitelerinde Bakıma Yönelik Alınan Kararlarda Hemşirelerin Rolünün Analizi ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi” başlıklı bir yüksek lisans tez çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Covid-19 pandemisiyle mücadele sırasında yoğun bakım ünitelerinde alınan birçok tıbbi boyutları olan etik kararın uygulamasında rol alan hemşirelerin etik karar verirken yaşadığı kaygıları analiz edip çözüm aramak ve hastaların bu süreçlerine yakından şahit olan bir meslek grubu olarak etik rollerini hasta yararını göz önünde bulundurarak uygulaması konusunda teşvik edip yol gösterebilmektir. Araştırmada sizden tahminen 60 dk. ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 237 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya tugba.dogan.2019@ogr.iu.edu.tr e-posta adresi ve 05438959180 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime

düŖen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aŖağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Not: İnternet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğı işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki “araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair” ilgili kutucuğı işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. Çalışmaya katılmayı onaylıyorum. ☐

EK 2. TANITICI BİLGİLER FORMU(TBF)

1) Cinsiyetiniz;

☐ Kadın ☐ Erkek

2) Yaşınız:

3) Eğitim durumunuz nedir?

☐ Ortaöğretim ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans

4) Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli ☐ Bekar

5) Çocuğunuz:

☐ Var ☐ Yok

6) Çocuk sayısı:

7) Mesleki çalışma yılınız nedir?

☐ 0-1yıl

☐ 1-3yıl

☐ 3-5yıl

☐ 5-8yıl

☐ 8 yıl ve üzeri

8) Ne kadar süredir yoğun bakım servisinde çalışıyorsunuz?

☐ 0-1yıl

☐ 1-3yıl

☐ 3-5yıl

☐ 5-8yıl

☐ 8 yıl ve üzeri

9) Hemşirelik isteyerek seçmiş olduğunuz bir meslek midir?

☐ Evet ☐ Hayır

10) Yoğun bakım servisinde çalışmak sizin tercihiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

11) Yoğun bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

12) Haftalık çalışma saatiniz nedir?

☐56 ve altı

☐56-64

☐64-96

☐96 ve üzeri

13) Çalıştığınız hastanenin yoğun bakım yatak sayısı adedi nedir?

☐5-8

☐8-15

☐15-25

☐25 ve üzeri

14) Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinde günde kaç hastaya bakım sağlamakla yükümlüsünüz?

☐1-3

☐3-5

☐5-8

15) Mart 2020 tarihinden bugüne kadar yaklaşık kaç adet yoğun bakım hastasına bakım yaptınız?

☐0-10

☐10-50

☐50-100

☐100 ve üzeri

16) Covid-19 teşhisi konulmuş hasta ile aynı ortamda ne kadar süre bulunuyorsunuz?

☐0-8

☐8-16

☐16-24

☐24 ve üzeri

17) Size Covid-19 hastalığı teşhisi konuldu mu?

☐Evet ☐Hayır

18) Ailenizde ya da yakın çevrenizde Covid-19 teşhisi konulan yakınınız oldu mu?

☐Evet ☐ Hayır

EK 3. Yoğun Bakımda Etik Karar Alma Durumunu Etkileyen Faktörler Formu (YBEKADEFF)

A. Hekim ve hemşire arasındaki iletişim:

1. Genellikle hekim hemşire arasında iletişim tarafların eşit bir seviyede olduğu halde saygılı bir şekilde gerçekleşmektedir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Hekim hastayla ilgili bir müdahaleye karar vermeden önce genelde hemşirenin görüşünü almaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hekim ve hemşire arasındaki iletişim genelde hekimin baskın olduğu hiyerarşik bir üslupla sağlanır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Uygulanacak tedavi hakkında emin olamadığım konuları hekime rahatça sorabilirim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

5. Hasta ile ilgili karar verme söz konusu olduğunda hemşire olarak gerektiği kadar karar verme süreçlerine hekim tarafından dahil ediliyorum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

6. Genellikle hekim ve hemşire arasındaki iletişim emir verici bir üslupla sağlanır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

B. Hasta ile olan iletişim:

1. Hastanın tedaviye yönelik olan kaygı ve sorularını dinler ve cevaplamaya çalışırım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Tedaviye yön verici bir karar durumunda hastanın konuyla ilgili düşüncelerini etkin bir şekilde dile getirmesine yardımcı olurum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hastanın istek ve fikirlerine diğer hemşireler tarafından saygı duyulmasına çalışırım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

C. Covid-19 sürecinde hemşire hasta ilişkisi:

1. Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde Covid-19 hastalarının tedavi ve bakım süreçleri planlanırken farklı sebeplerden dolayı hasta yeterince bilgilendirilmemektedir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Gerekli ve uygun olduğu durumlarda hastanın ailesiyle görüşebilmesi için mevcut imkanları sağlarım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hemşire olarak hasta, ailesi ve hekim arasındaki iletişim koordinasyonunu kolayca sağlarım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

D. Covid-19 hastalarının bakım sürecinde hemşireler ve hekimler arası iş birliği:

1. Hastaya yönelik bakım uygulamalarımı bağımsız olarak planlarım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Hastaya yönelik bakım uygulamaları planlanması genelde hekim tarafından belirlenir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hastanın bakımında ortaya çıkan etik sorunlarda tüm ilgili kişilerin katılımıyla sorunu çözmeye çalışırım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde yüksek kaliteli ve hastaya özel sağlık hizmeti sağlanmaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

5. Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde yüksek kaliteli bakıma ve hastaya özel sağlık hizmetini sağlayabilmek için iş birliğine aktif katkıda bulunurum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

E. Covid-19 sürecinde hastaların tedavilerine yönelik uygulamalarda hemşire ve hekim arası iş birliği:

1. Hastaya yapılan tedavinin uygun olmadığını düşündüğümde bu durumu hekime iletirsem beni dinledikten sonra yeni bir tedavi planı oluşturabilir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Örneğin sıvı desteği veya sıvı kısıtlaması, oksijen desteği gibi durumlarda zararı önlemek adına müdahalede bulunur hekimi bilgilendiririm.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Tedaviye yönelik hekimin kararlarını sorgulamadan eksiksiz olarak yerine getiririm.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. İş birliğinin planlanmasında, Covid-19 süreci öncesinde de ağırlıklı olarak olumsuz deneyimler yaşadım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

F. Hasta ile ilgili kararlara hemşirenin genel olarak katılması:

1. Hasta ile ilgili kararlara hemşirenin genel anlamda katılması hastanın refahı (well-being) açısından önemlidir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Hemşire hasta hakkında daha detaylı bilgilere sahip olabildiği için bu bilgileri alınan kararlara aktarması hastanın yararına olacaktır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hasta ile ilgili alınan kararlara hemşirenin katılması alınan kararların uygulamadan önce gözden geçirilerek daha isabetli olmasını sağlar.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

G. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesini göz önüne alarak hemşirelik

uygulamalarının yetki alanına giren kararlar:

1. Çalıştığım yoğun bakım ünitesinde hemşirelik uygulamalarının yetki alanına giren kararlara aktif olarak katılabilmekteyim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Kararlara şu anki bulunduğum katılım düzeyinden daha fazla katılmak isterdim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Covid-19 vakalarında karar alma süreçlerine katılmak isterim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Covid-19 hastalığının neden olduğu **kompleks** vakalarda karar almayı hekimlere bırakmak isterim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

H. Covid-19 hastalığı olan prognozu kötü vakalar:

1. Hastayı yakından gözlemleyerek hastalığının seyri açısından hekime verdiğim bilgiler karar süreçlerinde değerlendirilmektedir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Hastayı gözlemleyerek sosyo-kültürel ve ailevi konularda edindiğim bilgiler hekim tarafından karar süreçlerinde değerlendirilmektedir.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hastanın arzu ve isteklerinin tedavi sürecinde alınan kararlara dahil edilmesine yardımcı olurum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

I. Hemşirelerin karar verme şartları ve durumları:

1. Hasta için yararlı olabileceğini düşündüğüm kararları özgürce alabilmekte ve uygulayabilmekteyim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Meslektaşlar ve bakım için yardımcı ekip ile iş birliğine dayanan güvenilir bir karar ortamı bulunmaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hemşirelik uygulamalarında ek eğitim imkanlarının sağlanması durumunda hasta hakları yönünde hemşirelerin daha iyi karar alabileceğini düşünmekteyim.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Hemşirelik yönetimi hemşirelerin bağımsız karar verme imkanlarını sağlamakta önemli bir rol oynamaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

J. Covid-19 hastalığı sürecinde hastanın alınan kararlara katılımının değerlendirilmesi:

1. Covid-19 hastalığının yarattığı şartlardan dolayı hastaya fikri ve kararı normal dönemlerden daha az sorulmaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Covid-19 hastası beni en yakın sağlık çalışanı olarak görmekte ve kendisi hakkında en fazla bilgiyi bana aktarmaktadır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Hastaların isteklerini ifade etmeye cesaret edememelerinin nedenlerinden birinin hekimin otoritesi olduğunu düşünüyorum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Covid-19 hastalarının istek ve kararlarını ifade etmeleri için daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaçları vardır.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

K. Moral Distress, bir meslek sahibinin ahlaken doğru kabul ettiği bir davranışı farklı engellerden dolayı gerçekleştirememesi olarak tanımlanır. Covid-19 hastalığı sürecinde bu tür engellerle ne gibi durumlarda karşılaştınız?

1. Çok fazla hastaya bakım verdiğim için yeterli ve gerektiği gibi bakım sağlayamadığımı düşünüyorum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

2. Etik açıdan onaylamadığım halde sadece hekim istediği için yapmak zorunda kaldığım durumlar yaşadım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

3. Bakım anında Covid-19 hastalarıyla çok zaman geçirirsem aileme hastalık götürebileceğim düşüncesine kapıldım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

4. Hastalığın bana bulaşabileceğinden korktuğum için hastanın çağrısını görmezden geldiğim durumlar oldu.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

5. Hastalığın bana bulaşabileceğinden korktuğum için hastaya tedavi uygulamak istemediğim durumlar yaşadım.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

6. Hasta yakınlarının istek ve ısrarlarından dolayı hemşirelik etiği açısından doğru bulmadığım davranışlarda bulundum.

☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

COVID-19 SÜRECİNDE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BAKIMA YÖNELİK ALINAN KARARLARDA HEMŞİRELERİN ROLÜNÜN ANALİZİ VE ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17	% 16	% 3	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.researchgate.net	%2
	İnternet Kaynağı	
2	docplayer.biz.tr	%2
	İnternet Kaynağı	
3	dergipark.org.tr	%2
	İnternet Kaynağı	
4	acikbilim.yok.gov.tr	%2
	İnternet Kaynağı	
5	auzefkitap.istanbul.edu.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
6	nek.istanbul.edu.tr;4444	%1
	İnternet Kaynağı	
7	www.scribd.com	<%1
	İnternet Kaynağı	
8	Submitted to Akdeniz Karpaz Üniversitesi	<%1
	Öğrenci Ödevi	

evici-adalet.hukukfelsefesi.org