



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNDE
AHLAKİ SIKINTI VE BAŞA ÇIKMA
YOLLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

DOKTORA TEZİ

Selin KESKİN KIZILTEPE

**Samsun
Şubat-2019**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNDE
AHLAKİ SIKINTI VE BAŞA ÇIKMA
YOLLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

DOKTORA TEZİ

Selin KESKİN KIZILTEPE

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Şubat-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Selin KESKİN KIZILTEPE tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Servis Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 01/02/2019 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Üye: Doç. Dr. Ali Kemal ERENLER

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALTUNTAŞ

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

ONAY

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

.../.../2019

Prof.Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, Hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans ve doktora eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Prof. Dr. Türker YARDAN, Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI, Doç. Dr. Latif DURAN'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN ve Dr. Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN'e

Tezimin istatistiksel analizlerinde rehberlik eden, Hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT'a,

Birlikte yürüdüğümüz bu yolda desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım, Öğr. Gör. Asuman ŞENER ve Öğr. Gör. Tuğba ÇINARLI'ya,

Çalışmamın kurumlarında gerçekleşmesini destekleyen tüm hastanelerin Hastane Yöneticileri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri, Servis Sorumlu Hemşireleri ve zaman ayırarak çalışmaya destek olan tüm meslektaşlarıma,

Her zaman destek ve güvenini hissettiğim, eşim Mehmet KIZILTEPE'ye ve canım aileme,

En derin ve içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO. SBF.1904.16.005 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

ACIL SERVİS HEMŞİRELERİNDE AHLAKİ SIKINTI VE BAŞA ÇIKMA YOLLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Amaç: Bu araştırma acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini 01.08.2016-01.08.2017 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğüne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 252 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği, Ahlaki Sıkıntı Termometresi, Hastane Etik İklim Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada 16 madde ile doğrulanan Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin güvenilirlik seviyesi 0,863 olarak belirlenmiştir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi arasında %40,8'lik pozitif yönlü doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Acil hemşirelerinin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalaması $60,90 \pm 40,07$ ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $147,94 \pm 17,35$ olarak belirlenmiştir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Acil hemşireleri ile yapılan nitel görüşmeler sonrasında ahlaki sıkıntı kavramının bilinirliği, ahlaki sıkıntı kaynakları, ahlaki sıkıntının etkileri ve ahlaki sıkıntının çözümü için yapılması gerekenler olmak üzere 4 tema belirlenmiştir.

Sonuç: Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin ahlaki sıkıntı içeren durumlarla karşılaştıkları, ahlaki sıkıntının çözümünde daha çok pozitif/olumlu yeniden yorumlama-gelişme, meslektaşlarından destek alma gibi stratejilerden yararlandıkları ve bireysel çözümler uygulamaya çalıştıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; ahlaki sıkıntı; başa çıkma; hemşire

Selin KESKİN KIZILTEPE, Doktora Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Şubat -2019

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING MORAL DISTRESS AND COPING METHODS OF EMERGENCY DEPARTMENT NURSES

Aim: This descriptive, relational and methodological study sought to determine factors affecting the moral distress and coping methods of emergency department nurses.

Material and Method: The study, conducted 01.08.2016-01.08.2017, included 252 nurses working in the emergency departments of the Health Application and Research Center of Ondokuz Mayıs University and of 17 public hospitals affiliated with the General Directorate of Samsun Public Hospitals. Data were collected using the nurses introductory information form, Moral Distress Scale, Moral Distress Thermometer, Hospital Ethical Climate Scale and Coping Orientation to Problems Experienced Scale. A semi-structured interview form was used to collect qualitative data.

Results: In this study, the 16 item Moral Distress Scale was validated, with the reliability level determined as 0.863. A 40.8% positive linear correlation was found between the Moral Distress Scale and the Moral Distress Thermometer. The nurses' mean score on the Moral Distress Scale was 60.90 ± 40.07 and the mean total score of the Coping Orientation to Problems Experienced Scale was 147.94 ± 17.35 . No relationship was found between the Moral Distress Scale and Coping Orientation to Problems Experienced Scale. After the qualitative interviews, four themes were identified: awareness of the concept of moral distress, sources of moral distress, effects of moral distress, and what must be done as a solution to moral distress.

Conclusion: The Moral Distress Scale and Moral Distress Thermometer are valid and reliable tools that can be applied to nurses in our country. Emergency nurses facing moral distress situations and trying to apply individual solutions benefitted more positively from strategies such as reinterpretation and development and getting support from their colleagues.

Keywords: Coping; emergency department; moral distress; nurse.

Selin KESKİN KIZILTEPE, Doctoral Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, February-2019

SİMGELER VE KISALTMALAR

AACN	: The American Association of Colleges of Nursing/Amerikan Hemşireler Üniversiteler Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: The American Nursing Association/Amerikan Hemşireler Birliği
BTS	: Barlett's Test of Sphericity
CNA	: Canadian Nursing Association/Kanada Hemşireler Birliği
COPE	: Coping Orientation to Problems Experienced Scale/Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENA	: Emergency Nursing Association/Acil Hemşireler Birliği
HEİÖ	: Hospital Ethical Climate Scale /Hastane Etik İklim Ölçeği
ICN	: International Council of Nurses / Uluslararası Hemşireler Birliği
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KR	: Kuder Richardson
Min-Max	: Minimum-Maksimum
n	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
MDS	: Moral Distress Scale/Ahlaki Sıkıntı Ölçeği
MDT	: Moral Distress Thermometer/Ahlaki Sıkıntı Termometresi
p	: Anlamlılık Düzeyi
q	: İncelenen Olayın Görülmeyiş Sıklığı
r	: Korelasyon Katsayısı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
THD	: Türk Hemşireler Derneği
α	: Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Kavramsal Çerçeve.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Etik	6
2.1.1. Etik Kavramının Tanımı.....	6
2.1.2. Etik Teori ve Yaklaşımlar	8
2.1.3. Etik Karar Verme Süreci	11
2.1.4. Hemşirelik ve Etik.....	14
2.2. Ahlak	16
2.3. Ahlaki Sıkıntı	19
2.3.1. Ahlaki Sıkıntı Kavramının Tanımı.....	19
2.3.2. Ahlaki Sıkıntı Modelleri	23
2.3.3. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler.....	26
2.3.4. Ahlaki Sıkıntının Etkileri	31
2.3.5. Ahlaki Sıkıntı ile Baş Etme Yolları.....	34
2.4. Ölçek Uyarlama ve Geçerlik -Güvenirlik Çalışmaları	37
2.4.1. Geçerlik	38
2.4.2. Güvenirlik.....	45
2.5. Odak Grup Görüşmesi.....	50
3.MATERYAL VE METOT	54
3.1. Materyal	
3.1.1. Araştırmanın Şekli	54
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	54

3.2. Metot	55
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	56
3.2.3. Veri Toplama Araçları	57
3.2.4. İstatistiksel Analiz	61
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	63
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	63
4. BULGULAR	66
4.1. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Geçerlik Analizleri.....	66
4.1.1. Dil Geçerliği	66
4.1.2. Kapsam Geçerliği	67
4.1.3. Yapı Geçerliği	69
4.1.4. Ölçüt Bağıntılı Geçerlik	76
4.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Güvenirlik Analizleri. .	76
4.2.1. Değişmezlik/ Test Tekrar Test Güvenirliği	76
4.2.2. İç Tutarlık	77
4.3. Nicel Bulgular	79
4.3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	79
4.3.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	85
4.3.3. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'ne İlişkin Bulgular	94
4.3.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	103
4.3.5. Hastane Etik İklim Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	116
4.4. Nitel Bulgular	125
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	125
4.4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular	126
5. TARTIŞMA.....	139
5.1. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	139
5.2. Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nicel Bulguların Tartışılması	143

5.3. Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nitel Bulguların Tartışılması	149
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	155
6.1. Sonuçlar.....	155
6.2.Öneriler.....	157
KAYNAKLAR	158
EKLER	173
ÖZGEÇMİŞ	193



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Acil servis hastanesinin diğer klinikleriyle karşılaştırıldığında, yoğun ve hızlı temposu, yüksek sesler, karmaşık ve dinamik yapısıyla oldukça farklı bir ortamdır (Burroughs ve ark., 2005). Acil servis, hastaların farklı zamanlarda hastaneye başvurduğu, birden çok görevin aynı anda yönetilmeye çalışıldığı, işle ilgili kesintiler, planlanmamış ziyaretler, acil olmayan durumlardan resüsitasyon gerektiren durumlara kadar birden çok hastanın bakım ve tedavisinin yürütüldüğü kalabalık bir ortamdır (Kallberg, 2015).

Acil servisteki iş yükü kontrolsüzdür (Kallberg, 2015). Acil servis farklı nedenlerle gelen hastaların yaşamları ile ilgili kritik kararların kısa süre içerisinde ve yoğun baskı altında verildiği oldukça gergin ortamlardır. Acil serviste çalışan sağlık bakım profesyonelleri çoğu zaman hasta yoğunluğu nedeniyle yeme, içme gibi fizyolojik gereksinimlerini bile karşılamakta güçlük çekmekte, tükenmişlik ile yorgunluk yaşamakta ve bu durum sağlık bakım profesyonellerinin yaşadıkları stresi artırmaktadır. Farklı sağlık problemleri nedeniyle acil servise başvuran hasta aileleri de, belirsizlik, kaygı, korku, umutsuzluk yaşamakta; triajı önemsemeksizin ilk önce kendi hastalarının tedavi edilmesini beklemektedir (Kavlu ve Pınar, 2009).

Hastalar acil servise genellikle, acil ve hızlı tedavi gerektiren akut bir hastalık veya yaralanma sonucu gelmekte, acil serviste çalışan hemşireler de bazen hastanın öyküsünü yeteri kadar alamadan, derhal tedaviye başlamak durumunda kalabilmektedir. Acil servis hemşireleri özellikle hastanın bilincinin yerinde olmadığı ve hastaların kendileri ile ilgili yeterli bilgi veremediği durumlarda problem yaşayabilmektedir (Ersun ve ark., 2013). Bununla birlikte hasta sayısının fazlalığı, hemşire sayısının azlığı, vardiyalı çalışma, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım sunma, iş ve çalışma koşullarına bağlı duygusal stres, uyulması gereken prosedürlerin çokluğu gibi birçok faktör (Croke, 2003; Ersun ve ark., 2013) hemşirelerin aşırı stres altında kalmalarına yol açarak etik ikilem ve ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olabilmektedir.

Ahlaki sıkıntı, Amerikan Hemşirelik Üniversiteleri Birliği (AACN) tarafından “hemşirelerin yapacakları uygun eylemi bildiği halde kişisel ve profesyonel değerlerine tamamen zıt olan bir eylemi yapmak zorunda kaldığı durumlarda yaşadıkları bir sıkıntı” olarak tanımlamıştır (AACN, 2008). Çok sayıda hemşirenin deneyimlediği bu durum, 2005 yılında hemşirelik tanısı olarak önerilmiş ve Mart 2006’da Philadelphia’da Kuzey Amerika

Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından, Hemşirelik Girişimleri ve Hemşirelik Bakımı Sonuçlarını Sınıflandırma Konferansı'nda hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir (Scroggins, 2006).

Hemşirelerde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olabilecek faktörler: bakım sağlayıcılara ilişkin içsel faktörler, klinik durumlar ve çevredeki dışsal faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. İçsel stres faktörleri güçsüzlük hissi, bilgi eksikliği gibi hemşirelerin psikolojik tepkilerini içermektedir. Klinik durumlar, sağlık bakım profesyonelleri tarafından yaygın şekilde oluşan ahlaki sıkıntıya neden olan, yararı olmayan tedavi, yetersiz bilgilendirilmiş onam gibi durumları kapsamaktadır. Dışsal stres faktörleri ise hastalar ve sağlık bakım hizmeti sunucularını etkileyen ve değişikliğe neden olan faktörler olmakla birlikte doktorlar, sağlık yöneticileri, diğer çalışanlar ile yasal sistem ve sağlık hizmeti geri ödemelerinden kaynaklanabilir (Hamric, 2012; Hamric ve ark., 2012).

Bununla birlikte ekip üyeleri arasındaki iletişim ve işbirliği yetersizliği, profesyonellerin etik sorunlar hakkında farklı bakış açılarına sahip olmaları, personel yetersizliğine bağlı iş yükünde artma, kaynakların sınırlı olması, yönetsel destek eksikliği, kurum ve sağlık politikaları arasındaki uyumsuzluk, olumsuz etik iklim ve uygun olmayan politikalar ahlaki sıkıntıya neden olan kurumdan kaynaklı dışsal faktörlere örnek olarak verilebilir (Elpern ve ark., 2005; Lawrence, 2009; Radzvin, 2011; Wiegand ve Funk, 2012; Yıldırım ve ark., 2013; Shoorideh ve ark., 2015).

Literatürde, ahlaki sıkıntının olumsuz birçok etkisinin gözlemlendiği, genellikle bu etkilerin hasta, hemşire ve kurum olmak üzere üç boyutta ele alındığı bildirilmektedir. Ahlaki sıkıntı hemşirelerde fiziksel ve psikolojik birçok probleme yol açabilmekte, fiziksel yönden baş ağrısı, mide ağrısı, kas ağrısı, tükenmişliğe, psikolojik olarak da hayal kırıklığı, suçluluk, güçsüzlük, umutsuzluk, pişmanlık, acı çekme, öfke, keder, anksiyete, çaresizlik, bozulmuş bütünlük, utanç, mahçubiyet, yas, üzüntü, korku ve ıstırap duygularına neden olabilmektedir (Corley, 2002; Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Ohnishi ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Radzvin, 2011; Austin, 2016). Ahlaki sıkıntının hastalar üzerindeki etkisi ise, hastaların yaşadıkları ya da maruz kaldıkları ağrının artması, hastanede kalış süresinin uzaması, hastalara verilen bakımın yetersiz veya uygun olmaması şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Baggs ve ark., 1999).

Acil servis hemşireleri, ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan durumlar karşında etkili başa çıkma stratejileri kullanamadıklarında, psikososyal bütünlükleri bozulabilmekte, işten ayrılabilmekte, ortaya çıkan bu durum hemşirelik mesleğinin profesyonel gelişimini, sunulan bakım, tedavi ve uygulamaların kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Zavotsky, 2015). Bununla birlikte Acil Hemşireler Birliğı'nin (ENA) (2013), yayınlamış olduğu Sağlıklı alışma Ortamı bildirgesinde de, sağlıksız çalışma ortamının hasta güvenliğini doğrudan doğruya veya dolaylı olarak olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (ENA, 2013).

Acil servise başvuran hasta ve yakınlarına sunulan bakımın kalitesini yükseltebilmek, bu kliniklerde görev yapan hemşirelerin iş doyumunu ve çalışma performanslarını artırabilmek için, acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntıya neden olan durumlar ile yararlandıkları başa çıkma yollarının bilinmesi son derece önemlidir. Ülkemizde, hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörleri belirlemeye yönelik araştırma sayısı oldukça sınırlı olup, (Karagözoğlu ve ark., 2017; Kayar ve Erdem, 2017) acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu alışma sonunda acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörler belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun öneri ve stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Kavramsal ereve.

Bu çalışmanın kavramsal erevesi Corley (2002)'in Ahlaki Sıkıntı Modeli'ne dayanmaktadır. Bu modelde Corley (2002), ahlaki eylem için gerekli olan, ahlaki yetkinliğin gelişmesini etkileyen kavramlar olduğunu ileri sürer. Bu kavramlar ahlaki sıkıntıyı tanımlayan birbiri ile ilişki ve etkileşim içerisinde olan bağlılık, duyarlılık, özerklik, anlamlandırma, yargılama, çatışma, kesinlik ve ahlaki yetkinlik olarak gösterilmektedir. Bu sekiz kavram arasında kurulan etkileşim, ahlaki davranışa yönelmeye ya da ahlaki sıkıntıya neden olabilmektedir (Corley, 2002).

Corley (2002)'e göre ahlaki yetkinliğin gelişimi, hemşirenin diğer kavramları kendi değer sistemiyle nasıl birleştirdiğine bağlıdır. Bir hemşire ahlaki açıdan ne kadar yetkinse, yaşayacağı ahlaki rahatlık o kadar yüksek, yaşayacağı ahlaki sıkıntı ise o kadar düşük olacaktır. Duyarlılık ve yetkinliklerini yüksek düzeyde koruyan hemşirelerin ise ahlaki cesaret ve ahlaki kahramanlık gösterme olasılıkları oldukça yüksektir, böyle

hemşireler ahlaki sıkıntıdan daha ziyade ahlaki rahatlıkla sonuçlanan eylemlere yönelirler.

Hemşirenin ahlaki cesaret ve tutumla hareket edebilme yeteneği, model içerisindeki ahlaki kavramların etkileşimine, varlığına veya yokluğuna bağlıdır (Corley, 2002). Corley (2002)'e göre hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntı iç ve dış faktörlerden etkilenmektedir. İçsel faktörler hemşirelerin psikolojik tepkilerini, dış faktörler ise iş ortamı ile ilişkili durumları kapsar. Corley (2002), teorisinde ahlaki sıkıntının hemşireler, hastalar ve kurumlar üzerindeki etkisine de odaklanmıştır. Corley (2002)'e göre ahlaki sıkıntı hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarına ve meslekten ayrılmalarına neden olmaktadır. Hastalar üzerinde acı çekme, hasta konforunun sağlanamaması ve hasta savunuculuğunun azalması ile kendini gösterir. Kurumsal düzeyde ise, azalmış bakım kalitesi ve düşük hasta memnuniyetine neden olarak kurumun itibarı ve güvenilirliğini tehlikeye düşürebilir.

Çalışmamızın odak noktası, acil hemşirelerinde ortaya çıkan ahlaki sıkıntı ve bu sıkıntılarla başa çıkma arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Corley (2002)'in ahlaki sıkıntı modeli acil hemşireleri yönünden ele alındığında acil hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntının bireyin kendisinden ya da dış faktörlerden kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Ekip üyeleri arasındaki iletişim ve işbirliği yetersizliği, personel yetersizliğine bağlı iş yükünde artma, kaynakların sınırlı olması, yönetsel destek eksikliği, kurum ve sağlık politikaları arasındaki uyumsuzluk, olumsuz etik iklim ve uygun olmayan politikalar gibi pek çok faktör acil hemşireleri için dışsal stres faktörlerini oluşturabilmektedir. İçsel stres faktörleri ise hemşirelerin ahlaki sıkıntı içeren durumlarla karşılaştıklarında hayal kırıklığı, suçluluk, güçsüzlük, umutsuzluk, pişmanlık, anksiyete, çaresizlik, üzüntü, korku gibi psikolojik tepkilerini kapsamaktadır. Hemşireler bu istenmeyen durumlarla karşılaştıklarında psikolojik sıkıntıların yanında baş ağrısı, mide ağrısı, kas ağrısı gibi fizyolojik sorunlar yaşayabilmektedir. Bununla birlikte acil hemşireleri de ahlaki sıkıntının sonuçları olan tükenmişlik, bulunduğu pozisyonu bırakma ve hatta meslekten ayrılma gibi sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadır (Elpern ve ark., 2005; Lawrence, 2009; Radzvin, 2011; Wiegand ve Funk, 2012; Yıldırım ve ark., 2013; Shoorideh ve ark., 2015). Bu çalışmada acil hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntının nedenleri, etkileri ve sonuçları Corley (2002)'in ahlaki sıkıntı modeli doğrultusunda incelenecektir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

- Türk toplumundaki hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyini belirlemede Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- Acil servis hemşirelerinin ahlaki sıkıntı içeren durumlarla karşılaşma sıklıkları ve yaşadıkları rahatsızlık düzeyi yüksektir.
- Acil servis hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyi sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterir.
- Acil servis hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile olumsuz iş ortamı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Acil servis hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile başa çıkma yolları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik

Etik, insanın kişisel ve toplumsal yaşamında ahlaki davranışları ile ilgili sorunları ele alarak bunları incelemeye ve açıklamaya çalışan bir felsefe dalıdır. Etik, yaşantımız boyunca sergilediğimiz davranışları yeniden gözden geçirmemizi sağlayarak, yapmamız gereken davranışlar hakkında bizi aydınlatır. Hayatın tüm alanında yer alan ve pek çok meslek grubunda tartışılan etik kavramı insan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda oldukça önemli rol oynar (Kırılmaz ve Kırılmaz, 2014).

2.1.1. Etik Kavramının Tanımı

Etik kelimesi Almanca'da Ethik, Fransızca'da Ethique, İngilizcede Ethics, Latince'de Ethica, Yunancada Ethike ve eski Türkçede ise İlm-i Ahlak olarak ifade edilmektedir (Erdemir, 2011;2015). Etik kelimesi dilimize Fransızca "Éthique" kelimesinden geçmiş olmakla birlikte Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2017). Bir birey ya da mesleğin davranışlarını düzenleyen ahlaki ilkeler grubu ya da değerler kümesi olarak da tanımlanmaktadır (Özlem, 2004; Utlı, 2016).

Etik, bireyin davranışlarına temel olan ahlaki ilkelerin tümüdür. İnsanların kişisel ve toplumsal yaşamındaki eylemlerini konu alır. Etik, insanların kurduğu bireysel ve toplumsal ilişkilerin temelini oluşturan değerleri, kuralları, doğruları, yanlışları, iyiyi ve kötüyü açıklamaya çalışır (Erdemir, 2005).

Etik insanın yaşadığı sosyal yaşam ve eğitimi arasındaki ilişki sonucu elde edilen davranışlardır. Bu nedenle etik belirli bir alana ilişkin nasıl davranılması gerektiğini belirten yazılı ilkeleri içerir (Hacıoğlu, 2011).

Yıldırım ve Kadioğlu (2007), toplum içerisindeki kurallara göre etiğin insanın davranışlarını ve tutumlarını etkileyerek düşünme süreçlerini biçimlendirdiğini ileri sürmektedir.

Kuçuradi (2011)'e göre, her eylem etik bir ilişkinin ürünüdür. Etik ilişki, insan ilişkilerinin yoğun olduğu mesleklerin doğasında yer alan, diğer insanlarla değer sorunlarının söz konusu olduğu ve eylemde bulunduğu ilişki olarak tanımlanır.

Cevizci (2014), etiği insan davranışlarını irdeleyerek soruşturan, kişinin hayatının amacının ne olması gerektiği üzerinde duran, ahlaklı ve erdemli bir yaşam tarzının unsurlarını konu edinen bir felsefe dalı olarak tanımlamaktadır.

Etik, insanların kurduğu bireysel ve toplumsal ilişkilerin temelini oluşturan değerleri, normları ve kuralları değerlendiren, ahlaksal açıdan araştıran bir felsefe dalıdır (Karadağlı, 2016).

Kaya (2010), etiği insan davranışlarını, ahlak ve kurallara uymanın yükümlülüğünü bilimsel olarak inceleyen ve sistematik ahlak değerlerine hizmet eden bir felsefe dalı olarak tanımlamıştır. Ahlak davranışlarını hukuksal bir yapı içinde düzenleyen etik, toplumları kontrol edici bir özelliğe sahiptir (Kaya, 2010).

Erdemir (2005)'e göre, etik ahlak felsefesi anlamına gelir. İnsanların eylemlerini konu alan etik, bir eylemi ahlaki açıdan iyi bir eylem yapan durumu araştırmaktadır. Etiğin konusunu ahlaki eylem ve yargılar oluşturur (Erdemir, 2005).

Tosun (2005)'a göre, etik değerler kişilerin gözlem ve deneyimlerine göre kişisel ve mesleki olarak değişmektedir.

Etik ve ahlak kavramları arasındaki bu yakın ilişki zaman zaman bu iki sözcüğün birbirlerinin yerine kullanılmasına neden olmaktadır. Bunun en önemli nedeni etik ve ahlak kavramlarının ortak bir amacının olmasıdır. Burada amaç bir insanın ya da insan topluluğunun özelliklerini, tutum ve davranışlarını incelemek, bunları geliştirip mükemmelleştirmektir (Ülman, 2010). Etik, ahlak görüşlerini öğretilerini irdeleyip sınıflandıran, aralarındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koyan bir disiplindir (Özlem, 2004). Ahlak daha çok bireysel davranış kurallarını incelerken, etik profesyonel davranış standartlarını içermektedir (Hacıoğlu, 2011).

Etik ve ahlak arasındaki diğer bir fark da; ahlaki değerler kişiye veya topluma özgüdür. Ahlaki değerler nasıl davranılması gerektiğini içeren yazılı olmayan kuralları içerir ve bu kurallar zamanla değişebilir. Etik değerler ise evrensel olmakla birlikte göreceli değildir (Aydın, 2006).

Bireylerin norm ve değerleri toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Bu nedenle etik davranışların neden ve gerekçeleri hakkında değerlendirme yapmadan önce o topluma özgü insan davranışları tanımlanmalı ve değerlendirilmelidir (Nouredine, 2001). Etik teorileri ve etiğin çeşitlerini bilmek etiğin kaynağını, işleyişini anlamamıza ve bu konuda mantıklı bir sistematik geliştirmemize

yardımcı olur. Bu nedenle etiğin başlıca üç alt disiplini olan deskriptif etik, meta etik ve normatif etiğin bilinmesi son derece önemlidir.

Deskriptif Etik

Deskriptif etik, davranışların sadece ahlaksal açıdan incelendiği, ahlaksal yargılamasının yapılmadığı etik anlayıştır. Bu etik anlayış aracılığıyla, bir toplum veya topluluktaki fiili eylem ve davranışlar sosyolojik ve psikolojik olgularla ifade edilir. Deskriptif etik, ahlaki tutum ve inançları bilimsel düzeyde inceleyen gerçek tanımlamaları içerir. İnsanların nasıl düşünüp davrandıklarını anlamaya çalışır (Bahçecik, 2014).

Meta Etik

Meta etik, etik standartların, değerlerin, ilkelerin ve teorilerin doğrulanıp doğrulanamayacağını inceleyen analitik bir disiplindir. Meta etik ahlak terimleri ile kavramların anlamlarını analiz eder. Etik üzerindeki düşünmeyi, eleştirel amaçlarla etiğin istekleri ve sınırları açısından inceler (Erdemir, 2005; Cerit, 2010; Bahçecik, 2014).

Normatif Etik

Normatif etik, ahlaki açıdan kabul edilebilir davranışları belirlemede veya bu davranışlara yöneltmede hangi genel kuralların, ilkelerin, kavramların, değerlerin ve teorilerin önemli olduğunun sorgulandığı bir felsefe dalıdır (Erdemir, 2005). Etik karar vermenin de içinde yer aldığı normatif etik, ahlaki sorunlarda doğru ve yanlış davranışları sorgulayan ve bunlara ilişkin kurallar oluşturan etik anlayıştır. Normatif etik nasıl yaşamamız gerektiğini bildiren ahlaki ilkeler ile insan ve toplumu ahlaken iyi ya da doğru kılan özelliklerin neler olduğunu inceler (Bahçecik, 2014).

2.1.2. Etik Teori ve Yaklaşımlar

Felsefe, tarih boyunca geliştirilmiş olan tüm etik teorilerde iyi ve en yüksek iyi problemi, doğru eylem ve irade özgürlüğü problemi olmak üzere başlıca üç ana kavram üzerinde durmuştur. Bu problemler neyi seçmeliyim, ne yapmalıyım ve neyi istemeliyim? sorularına yanıt aramaktadır. Bu problemleri çözmeye ve bu üç soruya yanıt bulmaya çalışan etik teorileri tek tek ele alarak incelemek etik sorunlara farklı bir bakış açısı geliştirilmesini sağlar (Özlem, 2004). Etik sorunların çözümlenmesinde rehberlik edecek olan etik teorilerin uygulanması, ahlaki eylemlerin ve davranışların değerlendirilmesinde oldukça büyük yarar sağlar (Karaöz, 2000).

Yararcı Etik (Utilitarizm)

Yararcılık, Almancada Utilitarismus, Fransızcada Utilitarisme, İngilizcede Utilitarism, Latincede Utilis ve eski Türkçede Nafia anlamına gelmektedir (Erdemir, 2005). Yararcılık teorisinin temelleri 17. yüzyılda Thomas Hobbes'in etik egoizm görüşü sonucunda ortaya çıkmıştır. Hobbes insanın doğası gereği çıkarını arayan, kişisel hazzının peşinde koşan bir varlık olduğunu ve gerçek amacının mutluluk olduğunu ifade etmiştir. Jeremy Bentham ve John Stuart Mill'in görüşleri ise yararcılık teorisinin doruk noktasını temsil etmektedir. Bu ilkede temel amaç olabildiğince çok sayıda insanın en yüksek düzeyde mutlu olmasıdır. John Stuart Mill kişinin başkalarının hazzı ve mutluluğunu bir tarafa bırakarak, sadece kendi hazzını arttırmak yerine, daha fazla sayıda insanın mutluluğunu sağlamak için çabalaması gerektiği anlayışını savunur. Yararcılık ilkesi "yararlı olan iyidir" ilkesini temel alarak ahlaki davranışlarda yararın yaşam ilkesi yapılması gerektiğini vurgular. Kişinin kendine karşı bir ödevinin olamayacağını, ödev ve yükümlülüklerinin ancak başkalarına karşı olabileceğini ve mutluluğun bir araç olduğunu savunur (Erdemir, 2011; Cevizci, 2013).

Erdem Etiği

Erdem kavramı etik bir düşünce şekli olup, tarihte pek çok düşünür tarafından incelenmiş ve bu kavrama değişik anlamlar yüklenmiştir. Platon'dan beri bilgelik, yiğitlik, doğruluk ve ölçülülük gibi kavramlar temel erdemler olarak belirlenmiştir. Platon ancak ahlaklı bir anlayışın insanı mutlu yapabileceği anlayışını benimsemiştir. Aristoteles'e göre, erdem insanın kendi özünün gelişmesi olup, insanın özü akıldır. Aristoteles erdem etiği kurallarından ve sonuçlarından söz etmek yerine, erdemli bir karakterin/kişiliğin gelişmesinde toplumun ve geleneğin etkisi üzerinde durur. Erdemin kişinin hayatına getirdiği olumlu etkilerden söz eder (Erdemir, 2005;2011). Aristoteles'in erdem ahlakına göre, sosyal bir varlık olan insanın anlamlı bir hayat sürebilmesi için toplum içerisinde yaşaması gerekmektedir (Haşlak, 2006).

Deontolojik Etik

Deontolojik etik, Immanuel Kant tarafından ele alınıp incelenmiştir. Kant'a göre, bir eylemin iyi olmasının temel ölçütü eylemin dayandığı ilkedir. Deontolojik etik, insanın belirli yükümlülükleri olduğu düşüncesini savunarak ahlakın temeline yükümlülük ya da ödevleri yerleştirir. Bu yaklaşımda insanların yapmaları gereken ve yapmamaları gereken

davranışlar mevcuttur. Kant insanın başka insanlara karşı olduğu kadar kendisine de saygı göstermesi gerektiğini savunur. İnsan haklarına her koşulda saygı gösterilmesinin ve herkese eşit davranılmasının adalet anlayışının temeli olduğunu ileri sürer (Cevizci, 2014).

Haklar Etiği

Haklar etiği kavramını ilk tanımlayan Aquino Thomas'dır. İnsanın bir akla sahip olduğunu ve bundan dolayı bazı haklarının bulunduğunu savunur. Thomas'a göre, akıl yücedir. Çünkü akıl, değerler ve amaçlara yön verir. İnsan toplumsal bir varlıktır. Devlet ise doğal bir zorunluluktur. Devletin görevi erdemli bir yaşayış için insan yetiştirmektir. Haklar etiğinin gelişmesine katkısı olan diğer bir ahlak ve siyaset felsefecisi John Rawls'dır. Rawls, adalet teorisiyle tanınmaktadır. Adaleti, sosyal kurumların bir erdemi olarak gören Rawls, adaleti doğruluk ile aynı görür. Rawls'a göre, adalet anlayışının iki temel ilkesinden birincisi özgürlük ilkesidir. Diğer ilkesi ise fırsat eşitliğinin sunulmasıdır. Adalet ilkesi bu iki kavrama temellendirildiğinde ve uygulandığında iyi ve adil bir toplum oluşacağını savunur (Erdemir, 2011; 2015).

Bakım Etiği

Bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan ahlaki boyutu olan bir kavramdır (Dinç, 2009). Dinç (2010), hemşirelerin bakım sunarken ahlaki sorumluluklarının farkında olmalarını, bireylerin bakım gereksinimlerini yürek gözüyle görerek özenli ve saygılı bir tutum geliştirmelerini bildirmiştir. İnsanı ve bakım kavramlarını temel alan hemşirelik, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır (Utkualp, 2015).

Bakım etiği, Carol Gilligan (1982) tarafından ele alınmıştır. Gilligan bakım etiği ile ilgili ahlaki yaklaşımını açıklarken, bakıma ilişkin farklı açıları üç aşamada tanımlamıştır. İlk aşama: kadınların kendilerini korumak ve hayatta kalmak için öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır. İkinci aşama: kadınların, başkalarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanması, sorumluluk duydukları bireylere karşı duygusal bir bağlılık, şevkat ve empati hissetmesidir. Üçüncü ve son aşama ise, başkalarına karşı bakım sorumluluğu geliştirilmesidir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Karataş, 2015).

2.1.3. Etik Karar Verme Süreci

Etiğin en önemli amacı değerlerin ve değer çatışmalarının analizini yaparak, ödevleri tanımlayabilmek, bunlar doğrultusunda doğru karar verebilmektir. Bunun için öncelikle kavramlar üzerinde düşünmek, daha sonra konuyla ilgili değerleri ortaya koymak ve son olarak ödevleri belirlemek önemlidir. Karar verme süreci; çok yönlü düşünmeyi, olasılıkları hesaplamayı, karardan etkilenecek kişilerin durumlarını dikkate almayı ve grup görüşlerine başvurmayı gerektirir (Ülman, 2010).

Etik karar verme: vakayla karşılaşma anında başlayan çok boyutlu ve karmaşık bir süreçtir (Bahçecik, 2014). Etik karar verme süreci, sağlık bakım profesyonellerinin geçmiş deneyimleri doğrultusunda karşılaşılan problemin açık ve net bir şekilde ortaya konularak sağlıklı/hasta birey için en doğru olanın yapılmasını sağlayan bir süreçtir (Tosun, 2012).

Etik karar verme, hasta yararına olması için tüm seçenekleri açıklayan akılcı bir yaklaşımdır (Karaöz, 2000).

Eşer ve Hakverdioğlu (2006)'na göre, etik karar verme birbiriyle çatışan seçeneklerin yer aldığı bir durumda sistematik bir düşünme biçimiyle ahlaki yönden en doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir süreçtir. Etik sorunlarının çözümünde belirli bir davranışın neden yapıldığı veya neden yapılmaması gerektiği mantıksal olarak gerekçelendirilir (Utkualp, 2015).

Utlu (2016)'ya göre, hemşirelikte etik karar verme, etik birçok seçeneğin yer aldığı bir ortamda etik açıdan sorunun belirlenmesini ve doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir süreçtir. Etik karar verme süreci oldukça karmaşık bir süreç olup, etik sorunun farklı boyutlardan ele alınıp incelenmesini gerektirmektedir. Bu nedenle etik karar verme süreci;

- Etik sorunun açıkça ifade edilmesini/tanımlanabilmesini ve bu soruna neden olan faktörlerin belirlenmesini,
- Kişisel/ toplumsal değerlerin göz önünde bulundurulup, etik sorunun bu çerçevede içerisinde değerlendirilmesini,
- Etik ilkeler doğrultusunda etik sorunun incelenmesini,
- Sorunun çözümünde faydalı olabilecek kaynakların belirlenmesini ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini,
- En uygun çözüm önerilerinin belirlenmesi ve uygulanmasını,
- Etik sorunun ve sonuçların değerlendirilmesini içermektedir (Utlu, 2016).

Etik değerlendirme, yaşanmakta olan ya da geçmişte yaşanmış olan olayları, durumları, süreçleri, etik boyutlara odaklanmış çözümleyici bir yaklaşımla ele almayı gerektirir (Kadıoğlu, 2014).

Aydın (2012)'a göre, bir kişinin etik davranabilmesi için; amaçları tanımlama, gerçekleri bilme, seçenekleri geliştirme, sonuçları göz önüne alma ve karar verme aşamalarını takip etmesi gerekmektedir.

Hemşireler, etik karar verme sürecinde sistematik ve objektif metotlar kullanarak, etik karar verme aşamasında kararı kimin vereceğini belirlerler. Mevcut seçenekler ile bu seçeneklerin sonuçlarını değerlendirirler. Etik karar vermeyi yönlendiren kuralları, değerleri ve hedeflenen amaç ve sonuçları göz önünde bulundururlar (Bahçecik, 2014).

Klinikte, hemşirelerden hastayla karşılaştıkları andan itibaren etik karar verme sürecini uygulamaları beklenir. Ancak etik karar verme süreci çok boyutlu bir yapıdır. Sağlık bakım profesyonelleri arasında hasta için en iyi kararın ne olduğu konusunda anlaşmazlık olabilir. Hastalığa bağlı olarak, bireyin karar verme yeteneği veya karara katılma düzeyi zayıflayabilir ya da ortadan kalkabilir. Teknik ve tıbbi kaynakların sınırlı olması sağlık sistemini olumsuz yönde etkileyebilir (Devettere, 2009).

Etik karar verme süreci, etik sorunun derinlemesine gözden geçirilmesini sağlar. Etik karar verme süreci; etik sorunun tanımlanmasını, sorunu oluşturan faktörlerin bir araya getirilmesini, bireysel değerlerin belirlenmesini, etik ilkelerden yararlanarak sorunun değerlendirilmesini, yararlanılabilecek kaynaklar ile zm önerilerinin belirlenmesini, seçeneklerden birine karar verilmesini, kararın uygulanmasını, etik sorun ve sonuçların değerlendirilmesini içerir (Avcı, 2007).

Sağlık alanında karşılaşılan etik sorunların zmlenebilmesi için hemşirelerin etik ilkelerden/kodlardan yararlanması gerekmektedir (Hacıalıoğlu, 2011). Etik ikilemlerin zm ile ilgili karar verilirken, temel bir ereve ve rehberlik sağlayan etik teori ile ilgili ilkelerin göz önünde bulundurulması ve etik duyarlılığa sahip olunması son derece önemlidir (Cerit, 2010). Etik kodlar meslek üyesinden beklenen bireysel sorumlulukları, etik ya da ahlaki davranışları ifade eder. Etik kodlar meslek üyelerinin hizmet sunarken amaçlarını gerçekleştirmek için uymak zorunda oldukları davranış kuralları ve uygulama standartları ile ilgilenir (Altun, 2013). Herhangi bir mesleğe özgü etik kodlar, mesleğin hizmet alanlarını korumayı, mesleğin değer ve idealleri konusunda hem meslek üyelerini hem de toplumu bilgilendirmeyi, olası etik sorunların zm için meslek üyelerine yol

göstermeyi, mesleki kimlik oluşturmaya, mesleki statüyü korumayı ve mesleğin toplumsal saygınlığını arttırmayı sağlar (Dinç, 2010).

Hemşirelikte etik kodlar/kurallar, hemşirelerin mesleğin ahlaki yönünün farkında olmasını sağlayarak ahlaki duyarlılıklarını artırır. Meslek üyelerinin kabul ettiği profesyonel değerler etik kodlar içerisinde yer almaktadır. Hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları Florence Nightingale Andı içinde geçen ifadelerle dayanmaktadır. Bu ifadeler mesleğin standartlarını yükseltmek için tüm gücünü kullanma, şahit olduğu sırları saklama, bilgiyi iyi bir bakım için zorlama, tehlikeli olandan kaçınma, zararlı olan ilacı vermeme gibi hemşirelik mesleğinin amacına ve işlevine yönelik ilkeleri içermektedir (Kıvanç, 2005). Mesleğin amacına ve işlevlerine yönelik bu sözler, hemşireliğin yeni mesleki değerlerini ortaya çıkararak hemşirelik mesleğinin kendine özgü değerleri, ilkeleri olan bir meslek olarak kabul görmesini sağlamıştır (Hacıoğlu, 2011).

Hemşirelik alanında etik kurallar 1896 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından gündeme getirilmiş ve 1926 yılında etik kurallar oluşturulmuştur. 1950 yılında etik kurallar ANA tarafından yazılı hale getirilmiştir. Etik kurallar 1960, 1976 ve 1985 yıllarında yeniden düzenlenmiştir (Bahçecik, 2014; Karagözoğlu ve ark., 2014). Bununla birlikte pek çok ulusal ve uluslararası hemşirelik örgütü de kendi ülkelerinin değerlerini göz önünde bulundurarak hemşireler için etik kurallar yayınlamışlardır (Dinç, 2010; Karagözoğlu ve ark., 2014). 1985 yılında Kanada Hemşireler Birliği (CNA) var olan hemşirelik kodlarını gözden geçirerek çağa uygun yeni hemşirelik kodları belirlemiştir. 1953 yılında Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşireler için etik kodları yazılı olarak ilan etmiş ve daha sonraki yıllarda çeşitli düzenlemeler yaparak 2005 yılında son halini yayınlamıştır. ICN hemşirelik uygulamaları için “hemşirenin temel sorumluluğunun yaşamı korumak, acıları hafifletmek, sağlığı yükseltmek olduğunu ve hemşireliğin doğasında insana saygı, insan hakları ve değer verme” bulunduğunu vurgulamıştır. ICN hemşirelik etik kodlarını; “hemşireler ve insanlar”, “hemşireler ve toplum”, “hemşireler ve meslek” ve “hemşireler ve iş birliği halinde çalışanlar” olmak üzere dört ana başlık altında toplamıştır (Dinç, 2009).

Ülkemizde de hemşirelerin etik yükümlülüklerine rehberlik etmesi amacıyla, Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından ICN etik kodları ile insan ve hasta haklarına uygun bir şekilde hazırlanmış olan “Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları” bulunmaktadır. Hemşirelik etik kodları / kuralları hemşirelerin mesleğin ahlaki yönünün farkında olmaları

ve etik sorumluluklarına rehberlik etmesi amacıyla geliştirilmiştir. THD (2009)'nin etik kuralları, zarar vermeme ilkesi, özerklik/bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır (THD, 2009).

Hemşirelerin etik karar verme sürecinde yardımcı olacak etik kodlar ve ilkeler dışında etik kurullar ya da komiteler de bulunmaktadır. Hemşirelik etik komitelerinin temel amacı, hemşirelerin etik karar vermesini kolaylaştırmak ve sorumluluk almayı arttırmaktır (Karaöz, 2000). İlk etik komite Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980 yılının başlarında oluşturulmuştur. Hastane etik komitelerinin, sağlık bakımının etik yönleri konusunda hastane çalışanlarını eğitmek ve etik konularda rehberlik etmek gibi önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Hemşirelerin bu etik kurullarda yer alması etik karar verme sürecinde hemşireye rehberlik ederek eğitime katkıda bulunur (Şentürk, 2013).

2.1.4. Hemşirelik ve Etik

Genel ahlak ilkelerinin belirli bir mesleğe özgü düzenlenmiş hali meslek ahlakı ya da meslek etiği olarak adlandırılır (Aydın, 2012). Meslek ahlakı meslekleşme ölçütlerinden biridir. Hemşirelikte meslek ahlakı, bakım kavramının ahlaki boyutundan kaynaklanır. Meslek ahlakı bütün mesleki etkinliklerin yönlendirilmesi konusunda düzenlemeler getirir. Özellikle hasta haklarının korunabilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için, hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan etik sorunlara yönelik ahlaki bir bakış açısının geliştirilebilmesi son derece önemlidir (Dinç, 2010).

Hemşirelik mesleğinde uygulanması gereken uluslararası alanda kabul görmüş etik ilkeler ve etik kodlar, hemşirelik mesleğinin davranış ve sorumluluklarını belirleyerek, uygulamalarda tutarlılık ve dinamiklik sağlar. Ayrıca hemşireye otonomi kazandırarak, mesleki doyum ve motivasyonu artırır. Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde ve meslek olarak bir otonomi kazanmasında mesleki etik kodlar oldukça etkilidir. Hemşirelerin bireye, aileye, topluma, mesleğine, ekip olarak çalıştığı diğer sağlık disiplinlerine ve sağlık ekibine karşı mesleki rollerini ve sorumluluklarını yerine getirirken belli uygulama standartlarına göre hareket etmeleri, sunulan sağlık bakımının kalitesini artıracaktır (Altun, 2013). Duygulu ve Korkmaz (2008)'a göre hemşirelik etiği, hemşirelerin mesleğin ahlaki yönünün farkında olmasını, ahlaki bir duyarlılık geliştirebilmesini, bakım hizmetine ihtiyaç duyan birey ve gruplara en üst düzeyde bakım sunulabilmesini sağlamaya yardımcı olur.

Teknolojideki hızlı gelişmeler, farklı kültürel özellik ve ahlaki değerlere sahip hastalara bakım sunma sağlık bakım profesyonellerinin çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında ciddi etik sorunlar ortaya gelişmesine yol açmaktadır (Utlu, 2016). Literatürde doktor istemi, sınırlı kaynak dağılımı nedeniyle ortaya çıkan sorunlar, hasta ve ailesine bilgi verilmemesi, hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları konusundaki yasal sınırlılıklar, hastaya yanlış ilaç uygulanması, hastanın bağımsızlığına önem verilmemesi, hasta üzerinde izinsiz araştırmalar yürütülmesi, hasta bakım problemlerinde hastane politikalarının hemşireye yardımcı olmaması, tedavi kararlarında hemşirelerin fikirlerinin sorulmaması, insan ve malzeme kaynağı yetersizliği gibi konularda hemşirelerin etik sorunlar, özellikle etik ikilemler yaşadıkları bildirilmiştir (Karaöz, 2000; Bahçecik ve Öztürk, 2003; Elçigil, 2011; Karagözoğlu ve ark., 2014; Utlu, 2016).

Etik ikilem, herhangi bir durum karşısında istenmedik iki veya daha fazla seçeneğin bulunması olarak tanımlanır (Utlu, 2012). Elçigil ve arkadaşları (2011)'nin aktardığı üzere, “etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan” kaynaklanır. Özellikle hekimin sözel istemde bulunması veya yanlış istem vermesi, hekim- hemşire arasında iletişim problemleri yaşanması, ekip anlayışı içerisinde çalışılmaması, hemşirelik eğitimindeki farklılıklar, hasta-hemşire-hasta yakını arasında iletişime dayalı problemler yaşanması hemşirelerde etik ikilem gelişmesine neden olabilmektedir (Şen ve Yılmaz, 2013).

Elçigil ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada hastanede kullanılan malzemelerin temin edilmesine ilişkin olarak yaşanan etik sorunların ilk sırada, hemşire sayısının karşılanmasına ilişkin olarak yaşanan sorunların ise ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir. Ayrıca kurum içinde hemşirelerin dağılımının planlı olarak yapılmamasının ve hemşirelerin görev alanları dışında başka alanlarda çalıştırılmasının, hasta-doktor ve hemşire ilişkilerinden kaynaklanan diğer sorunların hemşirelerin sağlık bakım sistemi ve uygulamalarını etkilediği vurgulanmıştır (Tosun, 2012).

Hemşirelerin klinik uygulamalarında yaşadıkları problemlerin çözümlenebilmesi için öncelikle hemşirelik etik ilkelerinin belirlenmesi, hemşirelik ve meslek etiği eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir (Ersoy, 1995; Foster ve Lasser, 2015). Etik temelli bakım verme, hemşirelerin kendilerini gerçekleştirmelerine katkıda bulunarak, sunulan hasta bakımının iyileştirilmesini sağlar (Kıvanç, 2005). Etik eğitimi ve etik karar

verme mekanizmalarının güçlendirilmesi ile hasta bakımı sunumunda hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması amaçlanmaktadır (Gül ve ark., 2013).

Literatürde etik eğitiminin yaşanacak etik sorunların çözümünde etkili olduğu ve etik değerlerin bireylere kazandırılmasında eğitim kurumlarının önemli sorumlulukları bulunduğu bildirilmiştir (Uzun ve Elma, 2012). Gül ve arkadaşları (2013)'nın hemşirelik bölümü öğrencilerinin katılımıyla yapmış oldukları bir çalışmada, etik dersi alan öğrencilerin ilkesel ve pratik düşünme puanlarının etik dersi almayan öğrencilerin ilkesel ve pratik düşünme puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda hemşirelik mesleğinde etik eğitime önem verilmesi son derece önemlidir (Kıvanç, 2005).

Hemşireler sağlık ekibi içerisinde, hasta ve ailesi ile sürekli iletişim içinde olan etik sorunları oldukça fazla deneyimleyen sağlık bakım profesyonelleridir. Hemşirelerin sağlık uygulama alanlarında karşılaştıkları etik sorunların çözümünde etik ilkeler ile kişisel ve toplumsal değerlere bağlı kalmaları, etik karar verme sürecinden yararlanmaları etik problemlerin çözümünde son derece etkilidir. Hemşirelerin etik ilkeler doğrultusunda bakım sunmaları profesyonelleşmelerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine katkı sağlar (Karaöz, 2000). Aynı zamanda etik karar verme mekanizmalarının gelişmesi açısından hemşirelerin etik kurullarda yer alması önemlidir (Akıncı ve Pınar, 2011).

2.2. Ahlak

Arapça kökenli olan ahlak kelimesi, bir toplum içinde kişilerin uymak zorunda oldukları davranış biçimleri ve kuralları olarak tanımlanır (TDK, 2017). Ahlak kelimesi Almanca moral, Fransızca morale, İngilizce morals anlamına gelmektedir. Ahlak sözcüğü Latince “moral” kelimesinin karşılığı olmakla birlikte insanlar arası ilişkilerde uyulması gereken ilke ve kuralları içermektedir (Erdemir, 2005; 2015)

Türkçede kullanılan ahlak kelimesi, etimolojik açıdan Arapça “huluk” ve “hılk” kelimelerinden türemiş olup, insanın yaratılış özelliklerinin tümünü dile getiren bir deyimden çoğulu olarak “huylar, adetler, karakterler, alışkanlıklar” anlamlarına gelmektedir. Ahlak belli bir dönemde belirli insan topluluklarının ilişkilerini düzenleyen davranış kurallarının, yasaların ve ilkelerin bütünüdür (Erdemir, 2005).

Ahlak toplumdan topluma değişebileceği gibi aynı toplumda bulunan çeşitli gruplar arasında da farklılıklar gösterebilir. Ahlak toplumda var olan davranış, tutum ve inançları yönlendiren bir değer sistemidir (Bahçecik, 2014).

Bir kişi ya da kişilerce benimsenen, kapsamı ve içeriği değişen, ahlaksal eylemlere ilişkin sorunları inceleyen eylem kurallarının toplamıdır (Erdemir, 2011).

Ahlak, insanların kişisel ve toplumsal yaşamdaki ahlaksal eylemlerine ilişkin sorunları inceleyen felsefi bir öğretidir (Erdemir, 2015).

Ahlak, her çağın insanının anlamlı bir hayat sürmesine olanak sağlayan ve zamanın ilerlemesi karşısında kendisini yenileyen bir faktör olup, bir topluluğun eylemlerini düzenlemede iradi bağımlılığı olan kurallarla biçimlenir (Haşlak, 2006).

Ahlak, toplumlarda zaman içinde kendiliğinden gelişmiş değerler topluluğudur (Karaöz, 2000).

Ahlak, doğru ve yanlış davranış pratiğidir. Bir kişinin belli bir durumda dikkate alması gereken değerlerin hayata geçirilmesidir (Arıcan, 2016).

Ahlak, topluluk içinde yaşamlarını sürdüren bireylerin uymak zorunda olduğu tutum ve davranış kurallarıdır. Aynı zamanda bireyin yaşadığı çevrenin örf ve adetlerine uyma yeteneği olarak da tanımlanabilir. Ahlak, toplumun ihtiyaçları doğrultusunda değişen toplumun benimsediği değerler sistemidir (Cevizci, 2014).

Toplumsal yaşamda ahlaklı olmak toplumun koyduğu kurallara ve ilkelere uymak anlamına gelmektedir. Ahlaksızlık ise bu kural ve ilkeleri hiçe sayarak, kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmek olarak açıklanabilir (şentürk, 2013).

Ahlak, insanın beden ve ruh bütünlüğu yönünden, bir amaca yönelik olarak kendi iradesi ile iyi davranışlarda bulunması ve kötülüklerden uzak kalmasıdır (Seyyar, 2010).

Kant'a göre ahlak ulaşılması gereken son amaç “en yüksek mutluluk”, “en yüksek iyi”dir. Kant, insanın ahlak bilincinden ve genel geçerliği olan ahlak kanunundan yola çıkarak elde etmek istediği “en yüksek iyi” kavramına ulaşır (Öktem, 2007).

Emmanuel Levinas ise ahlaka ilişkin düşüncelerini “Ahlak denildiğinde, toplumsal davranışla ve yurttaşlık göreviyle ilgili bir dizi kuralı anlıyorum. Ancak ahlak başkasına karşı etik sorumluluk üzerine kuruludur ” olarak açıklamıştır (Yüksel, 2015).

Ahlak insanlığın kabul ettiği ve başka kesinlik ölçütleri ile ölçülemeyen hareketlerimize ait değerlerin toplamıdır (Ülken, 2016).

Psikolojik açıdan ahlak, kişinin davranışlarına yön ve şekil veren; inançları, tutumları, huyları, duyguları, melekeleri sonucu ortaya çıkan, kişinin iyi veya kötü olarak nitelenebilecek davranışlarının bütününü ifade eder (Aydın, 2003).

Sosyolojik açıdan ahlak, insan topluluklarınca zamanla benimsenen, bireylerin birbirleriyle ve diğer insanlarla ilişkilerini düzenleyen kurallar, ilkeler ve inançlar bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Ahlak, çok yönlü bir anlam içermekle beraber, özelde insan davranışlarının ve insanlar arasındaki ilişkilerin, genelde ise toplumun oluşturduğu birtakım kuralların iyi veya kötü olarak nitelendirilmesidir (Aydın, 2003).

Ahlaklı tutum ve davranış, mesleki bilgi ve beceri ile bütünleştiğinde meslek ahlakı ortaya çıkar. Bir mesleğin daha iyi yapılabilmesi ve yararlı olabilmesi için her meslek grubunun uyması gereken zorunlu kurallar vardır (Şentürk, 2013).

Ahlak, insanın bireysel doğasındaki kötülük yönünün arındırılması, iyilik yönünün geliştirilmesi; insanlar arası ilişkilerin barışçıl ve düzenli olarak sürdürülmesi için, insanların ve toplumun değerlerine, eylemsel etkinliklerine ve davranışlarına göre şekillenen ilkeler veya kurallardır (Yaran ve ark., 2010).

Ahlak aile içindeki gelişim aşamalarında öğrenilen, toplumsallaşma sürecinde içselleştirilen ve yaşanılarak öğrenilen bir gerçektir. Ahlak tek bir kişinin, bir grubun, bir halkın, bir toplumsal sınıfın, bir ulusun, bir kültür çevresinin belli bir tarihsel dönemde yaşamına giren ve eylemlerini yönlendiren eğilim, düşünce, inanç, töre, alışkanlık, değer, buyruk, norm ve yasalara göre düzenlenmiş, gelenekleşmiş, yerleşmiş tasarımlar topluluğudur. Toplumsal ahlak, toplum içinde yaşayan insanların birbiriyle ilişkilerini düzenleyen değerler, kurallar ve töreler topluluğu olarak açıklanabilir (Özlem, 2004).

Toplumsal bir kurum olan ahlak, bireyin başka birey veya gruplarla ilişkilerini yöneten, kişinin içinde doğduğu, bireyden önce var olan ve bireyden sonrada devam edecek olan bir sistemdir. Ahlak toplumsal bir düzen içerisinde yasama, yürütme, yargı gücü gibi herhangi bir güç tarafından oluşturulamaz ve değiştirilemez. Bunun yerine övgüyü ve kınamayı içeren yaptırımlara sahiptir (Can, 2011).

Piaget, “Ahlak bir kurallar sistemidir. Ahlaki gelişimi, bireyin bu kurallara saygıyı nasıl geliştirdiğini ortaya koyarak inceleyebiliriz” demiştir (Köksal Akyol, 2015).

Kohlberg’e göre ahlak, bireyin kendisinin belirlediği evrensel ilkelere göre yargıda bulunması, kararlar alması ve onlara uygun davranma yeteneği geliştirmesidir (Taylı, 2016)

Ahlak bireyin içinde bulunduğu topluluğun anlam ve ufkunu temsil etmekle kalmaz, aynı zamanda genel ahlak bağlamı içinde bütün grubun sadece bir kısmı için geçerli olan özel ahlak biçiminde de ortaya çıkabilir (Pieper, 1999).

Ahlaklı olma, insanın iyi fiilleri gerçekleştirmeyi ve kötülüklerden uzak durmayı karakter haline getirmesidir (Gündüz, 2010).

Gündüz (2010)'ün aktardığı üzere, Billington (2011) ahlak sorunlarının, edebiyat ya da bilim gibi başka alanlardan ayrılan farkları olduğunu; hiç kimsenin ahlak sorunlarından kaçamayacağını, insanların bu kelimenin anlamını bilmesede dahi hayatı boyunca ahlak kuralları olmadan yaşayamayacağını bildirmiştir.

Ahlak yaşamın bir parçasıdır. Ahlak bireyin kişilik yapısı içerisindeydir. Ahlaklı ve olgun bir birey doğruluğu ilke edinmiştir (Şentürk, 2013).

Ahlaki yargılar da iyi ya da kötü olarak nitelenen davranışlara dayandırılır. Bu nedenle ahlaki yargılar, toplumda bireylerin neyi yapıp neyi yapmayacağını belirten kurallardan oluşur. Ahlaki yargılara dayanan bu kurallar, kişiden kişiye, kültürden kültüre ve toplumdan topluma farklılık gösterebilir (Tunalı, 2009).

İnsan değerlerinin gelişimi olarak adlandırılan ahlaki gelişim, yaşadığımız ve geliştiğimiz sosyokültürel çevreyi ve bilinçaltı deneyimlerimizi kapsar (Tunalı, 2009).

2.3. Ahlaki Sıkıntı

Günümüzde ahlaki sıkıntı sağlık bakımı profesyonellerini doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak etkileyen ve sağlık bakım sisteminin bütünlüğünü tehdit eden oldukça önemli bir problemdir (Hamric, 2012). Ahlaki sıkıntı, etik bir ikilem meydana geldiğinde ve ahlaki açıdan doğru olan şey yapılmak istendiğinde ortaya çıkan, aynı zamanda kurumsal veya yasal kısıtlamalar nedeniyle istenen davranışların uygulanmasının imkânsız olması nedeniyle gelişen tehlikeli bir durumdur (Kalvemark ve ark., 2004).

2.3.1. Ahlaki Sıkıntı Kavramının Tanımı

Ahlaki sıkıntı, bir kişinin ahlaki olarak doğru olanı kabul etmesine rağmen, aksi bir şekilde hareket etmesi nedeniyle ahlaki bir ikilemin farkında olduğu durumlarda hissettiği acı ya da sıkıntı olarak tanımlanır (Nathaniel, 2006). Ahlaki sıkıntı, kişinin ahlaki inançlarına karşı hareket ettiğinde ahlaki bütünlüğünü korumaya yönelik çabasının bir sonucu olarak gelişir (Kelly, 1998). Bu doğrultuda kişi doğru olduğuna inandığı eylemleri gerçekleştireceği sırada kurumsal kısıtlama veya çatışma nedeniyle ahlaki sıkıntı yaşar (Radzvin, 2011).

Nathaniel (2006), önceki çalışmaları sentezleyerek ahlaki sıkıntının tanımını şu şekilde yapmıştır: "Ahlaki sıkıntı, kişinin ahlaki bir sorunun farkında olduğu, ahlaki

sorumluluğu kabul ettiği ve doğru eylem hakkında ahlaki bir yargıda bulunduğu bir duruma tepki olarak zihni, bedeni veya ilişkileri etkileyen ağrı ya da ıstıraptır".

Corley (2002), ahlaki sıkıntı kavramını "psikolojik sıkıntı, negatif hissetme hali ve hemşirelerin kurumsal kısıtlamalar nedeniyle ahlaki kararlarına uygun bir şekilde hareket edemediklerinde yaşadıkları ıstırap" olarak tanımlamıştır. Ayrıca ahlaki sıkıntıyı iç ve dış koşulların varlığıyla açıklamıştır. İç koşul psikolojik etki, dış koşul ise çalışma ortamı odaklıdır. Bu kavramların oluşturduğu etki ve birbirleri ile nasıl etkileşim kurdukları ahlaki sıkıntıya ya da ahlaki davranışa yönelmeye neden olabilir (Corley, 2002).

Kalvemark ve arkadaşları (2004), davranışları "ahlaki doğru" ve "ahlaki yanlış" olarak iki gruba ayırmışlar; "yasal doğru" ve "yasal yanlış" ile ilişkilendirerek ahlaki sıkıntı ikilemini açıklamaya çalışmışlardır. Bununla birlikte eğer bir davranış hem ahlaki olarak hem de yasal olarak doğruysa "sadece yap", hem ahlaki olarak hem de yasal olarak yanlış ise "yapma" şeklinde ahlaki davranış komutlarını belirlemişlerdir. Kalvemark ve arkadaşları (2004) "ahlaki bir yanlış" ile "yasal bir doğrunun" veya "ahlaki bir doğru" ile "yasal bir yanlışın" çatışması durumunun ahlaki sıkıntı ile sonuçlanacağını belirtmişlerdir. Ayrıca ahlaki sıkıntının yasa ve mevzuat kaynaklı engeller nedeniyle meydana geldiğine dikkati çekmişlerdir.

Diğer yandan Sporrong (2007) ahlaki sıkıntıya yol açan süreci ahlaki bir stres faktörü ile başlayan olası bir tepki olarak tanımlamıştır. Sporrong (2007)'a göre, sağlık hizmetlerinde bir unsurun ahlaki stres faktörü sayılabilmesi için bu durumun hem sağlık hizmeti sunulmasıyla, hemde hastaya karşı yerine getirilmesi gereken zorunluluklar ile ilişkili olması gerekmektedir. Ahlaki sıkıntı olgusu, ahlaki kararın verildiği ancak gerçekleştirilmediği durumlarda acı ve sıkıntı hissini ortaya çıkarmaktadır. Bununla birlikte ahlaki sıkıntının deneyimlendiği durumlar, hasta bakımında kısa ve uzun vadeli etkileri içermekle birlikte başarılı veya başarısız başa çıkma davranışları ile sonuçlanabilmektedir (Sporrong, 2007).

Pendry (2007), ahlaki sıkıntıyı "İçsel veya dışsal kısıtlamaların kişinin doğru olduğuna inandığı bir davranış biçimini devam ettirmesini engellediği zaman yaşanan fiziksel ya da duygusal acı" olarak tanımlamıştır.

De Villers ve Devon (2012)'un aktardığı üzere, Fenton (1988) ahlaki sıkıntıyı "kişinin doğru ve yanlış hakkında kişisel inançları ihlal edildiğinde oluşan rahatsız edici duygusal bir tepki" olarak açıklamıştır.

Corley'in (2002) aktardığı üzere, Jameton ahlaki sıkıntıyı “ilk/başlangıç ahlaki sıkıntı” ve “reaktif / tepkisel ahlaki sıkıntı” olarak ikiye ayırmıştır. Ahlaki sıkıntı durumuyla ilk defa karşılaşan bireyler hayal kırıklığı ve öfke yaşayarak kaygı hissederler. Karşılaşılan bu durum ilk ya da başlangıç ahlaki sıkıntı kapsamına girer.

Hanna'nın çalışması (2004), kaliteli hasta bakımı sunulmasında önemli etkiler yaratan içsel kaçınma kavramını açıklayarak, ahlaki sıkıntı bilgisine önemli katkıda bulunmuştur. Hanna (2004), ahlaki sıkıntıyı “bilinen iyiye zarar verildiği algısına tepki olarak bir içsel kaçınma eylemi ve kişinin ihlal edildiği algısı” olarak tanımlamıştır. İçsel kaçınma, algılanan zarar kaynağından geri çekilme olmakla birlikte içsel sezgi olarak belirtilen önseziden kaynaklanmaktadır. Hanna (2005)'nin çalışmasında ahlaki sıkıntının algılama, ağrı, değer verme, değişmiş katılım ve perspektif olmak üzere beş özelliğe sahip olduğu belirtilir. Aynı çalışmada ani yaşanan ahlaki sıkıntı, sessiz ahlaki sıkıntı ve kalıcı ahlaki sıkıntı olmak üzere üç tip ahlaki sıkıntı tanımlanmıştır. Ani yaşanan ahlaki sıkıntı, zarara ilişkin ilk algılamayla şiddetli şekilde yaşanırken, sessiz ahlaki sıkıntı içsel bir deneyim olarak açıklanmıştır. Kalıcı ahlaki sıkıntıda ise birey yorgunluk, depresyon, migren, baş ağrıları ve gastrointestinal rahatsızlık gibi semptomlar gösterebilmektedir (Hanna, 2005).

Ahlaki sıkıntı, hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından deneyimlenebilen ve olumsuz sonuçları olan iyi belgelendirilmiş bir olgu olmakla birlikte bu kavramın tanımı yıllar içinde değişmiş ve gelişmiştir (Kalvemark ve ark., 2004; Ulrich ve ark., 2010).

Corley'in (2001) bildirdiği üzere Jameton, ahlaki sıkıntıyı 1984 yılında şu şekilde tanımlamıştır: “hemşirenin kurum kısıtlamaları nedeniyle gerekli ve uygun gördüğü görevleri yerine getirmesi engellendiğinde ortaya çıkan rahatsız edici, acılı duyguların bir deneyimidir”. Jameton ahlaki sıkıntının, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle hemşirelerin doğru olduğuna inandıkları bir eylem dizisini takip etmeleri neredeyse imkansız olduğu bir durumda ortaya çıktığına işaret eder. Jameton'a göre, bu duygular, örgütsel kısıtlamalar nedeniyle hemşirelerin kendilerini sorumlu görmelerinden ve ahlaki sorumluluk algısından kaynaklanmaktadır.

Tiedje (2000), Jameton'un ahlaki sıkıntı tanımını kabul etmiş ve ahlaki sıkıntı kavramını bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu sürecin aşamalarını; bir kararın uygulanmasının zor olduğunu fark etmek, duygusal sıkıntı yaşamak, durum hakkında

derinlemesine düşünmek, çözüm için olası stratejilerden seçim yapmak ve harekete geçmek olarak bildirmiştir.

Wilkinson (1987) ahlaki sıkıntıyı hemşirelerin en iyi hasta bakımını sunmak amacıyla, ahlaki karar verme süreçlerini mümkün olduğu kadar kolaylaştırmak ve bu durumdan kaynaklanan davranışlarla baş etmek için yaşadıkları “psikolojik sıkıntı” olarak tanımlamıştır.

Hamric ve arkadaşları (2006) ahlaki sıkıntıyı hemşirenin klinik ve etik açıdan doğru hareket tarzını bildiği anda meydana geldiğini, ancak örgütsel engeller/politikalar, hiyerarşik güç yapıları, yetersiz kaynaklar/yetersiz destek mekanizmaları, yasal kısıtlamalar ve bilgi eksikliği nedeniyle doğru bildiklerini uygulayamadıklarını, bu nedenle hemşirelerin kendilerini güçsüz hissettiklerini bildirmiştir.

AACN 2008 yılındaki Kamu Bildirgesi’nde ahlaki sıkıntı kavramını şöyle tanımlamıştır: “ahlaki açıdan doğru olduğunu bildiğiniz halde, bu eylemi gerçekleştiremediğinizde, kişisel ve profesyonel değerlerinize ters düşen eylemi yapmanız durumunda ortaya çıkan bir deneyimdir.”

Powell (2009), ahlaki sıkıntıyı hemşirenin etik veya ahlaki açıdan uygun bir şekilde hareket ederken, içsel veya dışsal bir kısıtlama uygulandığında yaşadığı fiziksel, psikolojik veya duygusal acı olarak tanımlamıştır. Ayrıca dışsal ve içsel birçok stres faktörünün birçok hemşire de ahlaki sıkıntıya neden olduğunu bildirmiştir (Powell,2009).

Wilkinson (1987), hemşirelerdeki ahlaki sıkıntının etkilerini araştıran ilk araştırmacılardan biri olmakla birlikte, ahlaki sıkıntıyı duyusal bir olay olarak ele almış, “bir kişinin ahlaki bir karar verdiğinde ahlaki davranışları takip edememesi nedeniyle deneyimlediği negatif bir duygu durumu ve psikolojik sıkıntı hali” olarak tanımlamıştır. Wilkinson (1987), ahlaki sıkıntının durumsal, bilişsel, eylem ve his boyutları olduğunu, her durumun bir deneyime ve etkiye sahip olduğunu belirtmiştir.

Ahlaki sıkıntı: hastanın bakımına ve hemşirenin memnuniyetine zarar verebilecek bir çalışma ortamında umutsuzluk, dengesizlik, hatta düşmanlığa neden olarak sadece zihni değil, bedeni de derinden etkileyebilir (Corley ve Minick, 2002).

Winland Brown ve arkadaşları (2010)’nın aktardığı üzere, Florence Nightingale’in kaleme aldığı Hemşirelik Notları adlı kitapta da ahlaki sıkıntı kavramına değinilmiştir. Nightingale yazdığı bu kitap da birtakım engellerle karşı karşıya kaldığında ve vermek istediği bakımı sunamadığında yaşadığı hayal kırıklıklarını anlatmıştır. Bu doğrultuda

ahlaki sıkıntı, bireyin etik olarak yapılması doğru olan şeyi bildiğinde buna karşın algıladığı bu yükümlülükle hareket etmesi engellendiğinde gelişebilmektedir (Winland-Brown ve ark., 2010).

Cummings'in (2009) aktardığı üzere, Jameton'a göre ahlaki sıkıntı, hemşirelikte geleneksel dört etik prensipten kaynaklanmakta ve hemşireler sayılan bu prensipleri yerine getirebilmek için ahlaki kararlar almaktadır. Bu prensipler şunları içermektedir:

- Hastanın iyiliği, hemşirenin birincil endişesidir.
- Hemşirelerin yetkin olma zorunluluğu vardır.
- Hemşireler pozisyonlarını hastaları istismar etmek için kullanmamalıdır.
- Hemşireler birbirlerine sadık olmalıdır (Cummings, 2009).

Jameton (1984) ve Wilkinson (1987)'un tanımına göre, ahlaki sıkıntı çalışmalarının genellikle hemşireler üzerinde yürütülmesi, hemşirelerin hastane yönetiminde üst kademelerde yer almamalarından ve hastalar ile ilgili alınan kararlarda söz sahibi olmamalarından kaynaklanmaktadır (Wilkinson, 1987).

2.3.2. Ahlaki Sıkıntı Modelleri

Bu konudaki literatür incelendiğinde ahlaki sıkıntıya yönelik üç model olduğu görülmektedir. Bu modellerden ilki hemşireliğin ahlaki yönleri ile kaliteli hasta bakımı hakkında bir teori üretmek üzere Wilkinson (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bu model, ahlaki sıkıntının iki bileşene sahip olduğunu kabul etmektedir. İlk bileşen ahlaki endişe veren bir durumda hangi eylemin yapılması gerektiği hakkında karar verme ve söz konusu eyleme yönelik kısıtlamalar ile ilgili deneyimi; ikinci bileşen ise hemşirenin ilk deneyimden kaynaklanan acılı hislerini azaltmak için kullandığı başa çıkma davranışlarını içermektedir (Wilkinson, 1987). İkinci model, Wilkinson (1987)'un çalışmasından yararlanan ancak bu çalışmayı, askeri hemşirelere özgü faktörlere adapte eden Fry ve ark., (2002)'ı tarafından geliştirilmiştir. Üçüncü model ise Jameton (1993) ve Wilkinson (1987)'un çalışmasından yararlanılarak geliştirilen ve bir hemşirenin bir hastaya savunuculuk yapamadığında veya yapamayacağını algıladığında ne olduğunu anlamaya çalışan Corley (2002) tarafından geliştirilen modeldir. Hemşirelerin iş çevresi ile ilgili psikolojik tepkilerini içeren Corley (2002) 'in modelinde, ahlaki yetkinlik ahlaki sıkıntı deneyiminde birincil öneme sahiptir. Ayrıca bu modelde ahlaki yetkinliğin gelişimi, ahlaki kavramların hemşirelerin değer sistemine dahil edilmesine bağlıdır (Corley, 2002).

Wilkinson'ın Ahlaki Sıkıntı Modeli

Bu teori, hemşirelik uygulamalarının ahlaki yönü ile hasta bakımının kalitesi arasındaki ilişki üzerine temellenmiştir. Wilkinson (1987) ahlaki sıkıntı modelinde ahlaki sıkıntıyı, “bir kişi ahlaki bir karar verdiğinde ve ancak bu kararı uygulayamadığında karşılaşılan psikolojik sıkıntı ve olumsuz duygu hali” olarak tanımlamıştır. Sıkıntı kişinin ahlaki olarak davranamamasından kaynaklanmaktadır. Wilkinson (1987) hemşirelerin hastalarının kritik yaşam olaylarına müdahil olduklarını, bilinçli ve bilinçsiz olarak etik karar vermeye devam ettiklerini ve hemşirelerin hastanın iyiliğini en önemli değer olarak gördüklerini belirtmiştir. Wilkinson (1987)'un ifade ettiği gibi eğer iyi bir sağlık hizmetini tehdit eden bir şey varsa hemen araştırılmalı ve aydınlatılmalıdır. Bu modelde ahlaki sıkıntının doktorlar, hukuk işleri veya davalar, hemşire ve hastane idaresi, işe alma kurumları, polisler, hastalar ve aileleri gibi dış kısıtlamalar ile birlikte işini kaybetmekten korkmak, kendinden şüphe etme, cesaret eksikliği ve geçmiş eylemlerin yararsız kalması gibi iç kısıtlamalardan kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Wilkinson, 1987).

Wilkinson'un (1987) ahlaki sıkıntı modelinde, hemşirelerin ahlaki bir ikilemi fark ettiklerinde, hangi eylemin ahlaki açıdan iyi olduğuna karar verirken bilişsel ahlak ve empati duygularını kullandıkları belirtilmiştir. Hemşirelerin mesleki deneyim düzeyleri ile mevcut seçenekler hakkındaki bilgileri ahlaki sıkıntı düzeyini etkilemektedir. Hemşireler ahlaki kararları yönlendirmeye veya engellemeye yardımcı olan çevresel kısıtlamaları ve görüşleri dikkate almalıdırlar. Hemşireler bütünlüğü koruma ve iyi hasta bakımı sunma eğilimindedirler. Ancak hemşireler ahlaki yükü fazla olan durumlara sık maruz kaldıklarında, mevcut durumla etkili bir şekilde başa çıkabilme yetenekleri azalır. Ahlaki sıkıntıya bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz başa çıkma davranışları hasta bakımını olumsuz yönde etkiler. Etkisiz başa çıkma ise hemşirelerin mesleklerini tamamen bırakmalarına ya da hasta bakımının bütünlüğüne ve kalitesine zarar vermelerine neden olabilir (Wilkinson, 1987).

Askeri Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı Modeli

Askeri hemşirelikte ahlaki sıkıntı modelini Fry ve ark., (2002)'i geliştirmişlerdir. Bu model askeriye'deki hemşireleri etkileyen zorlu çevresel koşullarla ilgilenen bir modeldir. Askeri hemşirelikte ahlaki sıkıntı çatışan değerleri içeren bir süreçtir. Süreç hemşirenin ahlaki bir yargı veya ahlaki eylem ihtiyacının uyarılmasıyla başlar. Hemşirenin durumu değerlendirmesi, bir yargıda bulunması ve eğer bu eylemin önünde herhangi bir

engel yoksa eylemi gerçekleştirmesi ile devam eder. Eğer bu eylemin yapılamamasına neden olan engeller varsa, başlangıç ahlaki sıkıntısı oluşur. Eylemin önündeki engeller aşılamadığında ise reaktif ahlaki sıkıntı gelişir. Bu tanım, Jameton (1993) ve Wilkinson (1987) tarafından tanımlanmış olan ahlaki sıkıntı tanımı ile benzerlik gösterse de, ahlaki sıkıntının gelişebilmesi için zemin oluşturan hazırlayıcı faktörler, askeri hizmette çalışan hemşireler için farklılık gösterebilmektedir (Fry ve ark., 2002).

Fry ve arkadaşları (2002)'nin yarı yapılandırılmış bir görüşme rehberi kullanarak yapmış oldukları çalışmada, askeri hemşirelerin arzulanen ahlaki eyleme yönelik engel yaşadıklarında genellikle bir iş arkadaşına danıştıkları, konuyu daha yüksek rütbeli bir görevlinin dikkatine sundukları, hastaya en iyi bakımı sunmak için etkili bir şekilde bakımın savunuculuğunu yaptıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada bazı vakalarda sayılan bu girişimlerin etkili olmadığı durumlarda, yoğun endişe yaşama, hayal kırıklığına uğrama, kızgın olma, uyuşukluk hissi ve üniformayı giymekte güçlük çekme gibi hem kısa hem de uzun vadeli sonuçlar geliştiği bildirilmiştir (Fry ve ark., 2002).

Corley'in Ahlaki Sıkıntı Modeli

Corley (2002), ahlaki sıkıntı modelini Jameton (1993) ve Wilkinson (1987)'in çalışmasından yararlanarak geliştirmiştir. Corley (2002)'in aktardığı üzere Jameton (1993), insanların kurumsal engellerle karşı karşıya kaldığında ve değerler konusunda diğerleriyle çatıştığında yaşadığı hayal kırıklığı, öfke ve kaygı hislerini içeren başlangıç ahlaki sıkıntısına odaklanmıştır. Corley (2002), hemşireliği ahlaki bir uğraş olarak görmüş ve bir hemşire hastaya savunuculuk yapamadığında veya yapamayacağını hissettiğinde ne tür durumların gelişebileceğini açıklamıştır. Corley (2002)'in teorisi “hemşirelik ahlaki bir meslektir” ve “hemşireler ahlaki olarak etkili olan kişilerdir/ahlaki temsilcilerdir” olmak üzere iki önermeye dayanmaktadır. Bir hemşire ahlaki etkinliğini ortaya koyamazsa, yaşadığı ahlaki sıkıntıya karşı savunmasız hale gelir. Corley (2002)'in ahlaki sıkıntı teorisi iç ve dış koşulların varlığıyla tanımlanmıştır.

Corley (2002), ahlaki eylem için gerekli olan ve ahlaki yetkinliğin gelişmesini etkileyen ahlaki kavramlar olduğunu ileri sürer. Bu kavramlar ahlaki sıkıntı kavramını tanımlayan birbiri ile ilişkili ve etkileşimde olan bağlılık, duyarlılık, özerklik, anlamlandırma, yargılama, çatışma, kesinlik ve ahlaki yetkinlik olmak üzere sekiz ahlaki kavramdan oluşmaktadır. Bu kavramların birbirleri ile kurdukları etkileşim ve etki, ahlaki davranışa yönelmeye ya da ahlaki sıkıntıya neden olabilir (Corley, 2002).

Corley (2002) ahlaki yetkinliği, durumlara ilişkin ahlaki anlamlandırma, iyi ahlaki yargıya sahip olma, iyi niyet kullanma ve ahlaki açıdan uygun davranış gösterme yeteneği olarak tanımlar. Ahlaki yetkinlik; ahlaki bağlılık, ahlaki duyarlılık ve ahlaki imgelemeden beslenir. Ahlaki yetkinliğin gelişimi, hemşirenin diğer kavramları kendi değer sistemiyle nasıl birleştirdiğine bağlıdır. Eğer hemşire harekete geçmeyi seçmezse ya da kurumsal kısıtlamalar nedeniyle harekete geçemeyeceğini hissederse ahlaki sıkıntı yaşar. Bir hemşire ahlaki açıdan ne kadar yetkinse, yaşayacağı ahlaki rahatlık o kadar yüksek ve yaşayacağı ahlaki sıkıntı ise o kadar düşük olacaktır. Ahlaki rahatlığın yüksek ve ahlaki sıkıntının düşük olması hemşirenin hasta savunuculuğu yeteneğini destekler. Ahlaki duyarlılık, hemşirenin etik karar verirken stratejiler kullanma yeteneği ile hastalara olan bağlılığını güçlendirir. Diğerlerini nemseme yeteneğini kaybetmiş hemşireler ise ahlaki duyarlılıktan yoksun olacakları için ahlaki sıkıntı yaşamazlar. Duyarlılık ve yetkinliklerini yüksek düzeyde koruyan hemşirelerin ise ahlaki cesaret ve ahlaki kahramanlık gösterme olasılıkları oldukça yüksektir. Bu durumda olan hemşireler ahlaki sıkıntıdan daha ziyade ahlaki rahatlıkla sonuçlanan eylemlere yönelirler. Hemşirenin ahlaki cesaret ve tutumla hareket edebilme yeteneği, model içerisindeki ahlaki kavramların etkileşimine, varlığına veya yokluğuna bağlıdır (Corley, 2002). Corley (2002) teorisinde, ahlaki sıkıntının aynı zamanda hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarına ve meslekten ayrılmalarına neden olabileceğini belirtmiştir.

2.3.3. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler

Hamric (2012)'in aktardığı üzere hemşirelikte ahlaki sıkıntı terimini ortaya atan Jameton (1984)'a göre, ahlaki sıkıntı, bireysel olarak hemşirelerin doğru eylemi bildiklerinde, ancak kurumsal kısıtlamalar nedeniyle “doğru ahlaki yolda hareket edemediklerinde” gelişmektedir (Hamric, 2012). Corley ve ark., (2005)'in aktardığı üzere, Jameton (1984) ahlaki eylemleri yerine getirmenin önündeki engelleri; zaman eksikliği, denetim ya da organizasyonel desteğin azalması, doktor desteğinin olmaması, ailenin gerçekçi olmayan tercihlere sahip olması ve yasal sınırlar olarak sıralamıştır. Bununla birlikte klinikten kaynaklanan durumların, sağlık bakım sağlayıcıları arasında ahlaki sıkıntıya neden olduğunu bildirmiştir. Literatürde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olan klinik kaynaklı durumlar şunlardır:

- Yararı olmayan bir tedavi sunarak ölüm sürecini uzatmak,
- Yetersiz bilgilendirilmiş onam,

- Kaynakları uygunsuz şekilde kullanmak,
- Hasta çıkarına en iyi hizmet verecek şekilde bakım sunmamak,
- Bakımın gerektirdiği ölçüde yetkin olmayan bakım vericilerle çalışmak,
- Tedavi planı hakkında fikir birliğinin olmaması,
- Bakımın devamlılığının olmaması,
- Birbiriyle çelişen görevler,
- Hasta ve ailesine yanlış ya da boş umut vermek,
- Ölüm sürecini hızlandırmak,
- Hasta ve ailesine gerçeğin söylenmemesi,
- Hastanın isteklerini göz ardı etmek (Redman ve Fry, 2000; Kalvemark ve ark., 2004; Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Solomon ve ark., 2005; Sporrang ve ark., 2006; Schwenzer ve Wang, 2006; Epstein, 2008; Hamric, 2012).

Literatürde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olan diğer faktörler ise bakım sağlayıcılara ilişkin içsel faktörler ve çevredeki dışsal faktörler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Dışsal ve içsel stres faktörlerinin hemşirelik kültürünü, iklimini ve sonuç olarak sağlık hizmetini sunumunu olumsuz yönde etkilediği varsayılmaktadır (Corley, 2002). Corley ve arkadaşları (2005), iç unsurlardan çok dışsal unsurların ahlaki sıkıntı gelişimini etkilediğini bildirmiştir. İçsel faktörler hemşirelerin psikolojik tepkileridir (Corley, 2002). Wilkinson (1987), içsel stres faktörlerini: işini kaybetme korkusu, destek eksikliği, kendinden şüphe duyma ve cesaret eksikliği olarak sıralamıştır. Dışsal stres faktörleri ise hastaları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını etkileyen ve değişikliğe neden olan doktorlar, diğer çalışanlar, sağlık idareleri, sağlık hizmeti geri ödemeleri ve yasal sistem gibi iş çevresi ile ilgili faktörlerden oluşmaktadır. Dışsal stres faktörleri genellikle hemşireleri etkileyerek ahlaki sıkıntıya neden olabilmektedir (Corley ve ark., 2001; Corley, 2002; Hamric, 2012).

İçsel kısıtlamalar güçsüzlük duygusu veya girişken olmama gibi bakım sağlayıcıların kişisel özelliklerini içermektedir (Hamric, 2012). Ahlaki sıkıntının yaşanmasına neden olan ve bireylerden kaynaklanan durumlar ise şunlardır:

- Algılanan güçsüzlük,
- Artmış ahlaki duyarlılık,
- Etik konuların belirlenememesi,
- Durumun tamamını anlayamama,

- Kendinden şüphe etme,
- Girişken olmama,
- Alternatif tedavi planlarına yönelik bilgi eksikliği,
- Diğerlerini takip etmek için sosyalleşme.

Dış kısıtlamalar ise güç hiyerarşileri veya kurumsal politikalar gibi belirli bir kuruma özgü olan, sağlık bakım sistemi içinde yer alan ve bakım ihtiyaçlarıyla çelişen aşağıdaki faktörleri içermektedir:

- Ekip üyeleri arasında yetersiz iletişim,
- Yıkıcı ve yok sayan davranışa tolerans gösterme,
- Mesleklerin farklılık göstermesi,
- Personel kadrosunun yetersiz olması ve personel devir oranının artması,
- Maliyetleri düşürmek için yapılan baskılar nedeniyle uzlaşmacı bir bakım sunulması,
- Yönetimsel destek eksikliği,
- Hemşirelerin karar verme mekanizmalarına dahil edilmemesi,
- Bakım ihtiyaçları ile çelişen politika ve öncelikler,
- Sigorta baskısı ya da dava açılma korkusu nedeniyle hastanın bakımına ilişkin istekleri yerine getirmek (Kalvemark ve ark., 2004; Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Hamric, 2012).

Bu konuda ki literatür incelendiğinde bireysel ve kurumsal birçok faktörün ahlaki sıkıntıya neden olduğu belirtilmektedir. Shoorideh ve ark., (2012)'nin İranlı hemşireler üzerinde nitel olarak yürütmüş oldukları bir çalışmada, kurumsal engeller ve kısıtlamalar, iletişimden kaynaklanan sorunlar, gereksiz yapılan uygulamalar, malpraktis ve tıbbi bakım hataları olmak üzere dört faktörün ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hastalara güvenli ve uygun bir bakım verilmediğinde hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin yükseldiği ve kurumsal engellerin bakımın verilmesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Silen, 2011).

Maluwa ve ark., (2012), hemşirelerde ahlaki sıkıntıya neden olan faktörleri personel sıkıntısı, hastaları korumak amacıyla kuralların ihlal edilmesi, saygısızlığa maruz kalmak zorunda olmak, kaynakların yetersiz olması, meslektaşlarının davranışları, amirlerinin ve üstlerinin olumsuz yönetim şekli olmak üzere altı başlık altında toplamışlardır. Aynı araştırmada ahlaki sıkıntıya neden olan temel unsurların hasta bakımı,

iş arkadaşlıkları ve yönetsel sorunlar ile ilgili olduğu; bu sorunların ilaç, zaman, personel ve ekipman yönünden yetersiz kaynaklarla çalışan hemşireleri hasta bakımı ile ilgili önemli sıkıntılara sürüklediği bildirilmiştir. Langley ve ark., (2015), 100 hemşirenin katılımıyla yapmış oldukları nitel bir araştırma sonrasında, hemşirelerde mesleki yetersizlik ve deneyimsizlik, kaynak kısıtlamaları, danışma/iletişim/görüşme eksikliği, yaşam sonu bakım uygulamalarında yararsız tedavi ve kaynak yetersizliği olmak üzere beş majör ahlaki sıkıntı kaynağı belirlemişlerdir.

Fernandez Parsons ve arkadaşları (2013)'nın çalışmasında ise “yetkili olmayan diğer sağlık görevlileri ile çalışmak” ve “ailenin yaşam desteğini sürdürme isteklerinin yerine getirilmesi” gibi durumların hemşireler arasında ahlaki sıkıntının en üst düzeyde yaşanmasına neden olduğu bildirilmiştir. Barlem ve ark., (2014)'ı hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörleri, çalışma ekibinin yetersizliği, hasta isteklerinin göz ardı edilmesi, yetersiz çalışma koşulları, hemşirelerin ölüme yaklaşan hastalarıyla ilgili savunucu rollerinin engellenmesi olarak sıralamışlardır. Rice ve ark., (2008)'ı, tarafından yapılan diğer bir çalışmada da, hemşirelerin iş durum değişikliklerine bağlı olarak değişik düzeylerde ahlaki sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca kurumsal kısıtlamalar nedeniyle kalitesiz ve yararı olmayan bir bakım sunmaya zorlanan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamaya daha yatkın oldukları belirlenmiştir (Cummings, 2009).

Corley (2002) hemşirelerin, sağlık politikası kısıtlamaları, hasta veya ailesine bakıma ilişkin seçenekler hakkında bilgi vermeden ölüm sürecini tıbbi olarak uzatmak, ağrı ve acı çekme yönünden hastalara zarar vermek, yetersiz personel kadrosu, maliyetleri önlemeye yönelik olarak uygulanan politikaların her zaman hastaları koruyamaması veya ihtiyaç duyulan tüm bakımı sunamaması gibi çeşitli nedenlerle ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir.

Literatürde bu konuda yapılan birçok çalışmada, hemşirelerin hissettikleri ahlaki sıkıntının büyük bir kısmının genellikle yaşam sonu bakım ve yararı olmadığı düşünülen tedaviye ilişkin uygulamalar nedeniyle geliştiği bildirilmiştir (Jenkins ve ark.,2006; Pavlish ve ark., 2011; Varcoe ve ark., 2012; Wiegand ve Funk, 2012). Sannino ve arkadaşları (2015)'nin neonatal yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım ve ventilatöre bağımlı çocuğun bakımıyla ilgili uygulamalarda ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Meltzer ve Huckabay (2004) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin yararsız olarak

gördükleri bir tedavi ve bakım sunduklarında ahlaki sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Elpern ve arkadaşları (2005) “bakım verdikleri hastalarına doktorlar tarafından yararı olmayan, tedaviler uygulanıldığına” inanan hemşirelerin yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır.

Erlen (2001), hemşirelerin sistem kısıtlamaları nedeniyle istedikleri eylemi gerçekleştiremedikleri durumlarda ahlaki sıkıntı yaşadıklarını vurgulamıştır. Hemşirelerin özellikle hastanın ihtiyaç duyduğu yatak başı bakımı sunamadıklarında beklenenden çok daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadıklarını; bu duruma zorunlu dokümantasyon, bakım verici yetersizliği ve hastane politikaları gibi sisteme ilişkin faktörlerin neden olduğunu bildirmiştir. Özellikle stresli durumların hemşirelerin kişisel yaşamlarına zarar verdiği ve hemşirelerde fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlara yol açtığı belirtilmiştir (Erlen, 2001). Bununla birlikte hekim ve hemşireler arasında iletişim yetersizliğine bağlı olarak yaşanan problemlerinde hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkilediği ve hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmiştir (Fernandez-Parsons ve ark., 2013; Sannino ve ark., 2015) .

Gutierrez (2005)'in çalışmasında yetersiz personel, maliyet kısıtlamaları, hasta bakım politikaları ve protokol eksikliği gibi kurumsal faktörlerin hemşirelerde ahlaki sıkıntı riski oluşturduğu; hemşirelerin yetersiz işbirliği veya cezalandırma korkusu nedeniyle tedavi planına ilişkin endişelerini doktorlara ifade edemedikleri ve bu duruma bağlı olarak ahlaki sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada bazı hemşirelerin, doktorların hastalarla ilgili isteklerini dikkate almadığı, hasta bakımını takip etmediği ve hemşirelerin hemşirelik yönetimi veya kurumları tarafından yeterince desteklenmediklerini düşündükleri saptanmıştır (Gutierrez, 2005).

Kalvemark ve arkadaşları (2004)'nın, kardiyooloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hastalara yeterli zaman ayıramama, hastanedeki kaynak kısıtlılığı, bazı hastaların ekonomik nedenlerle tedavi görememesi, profesyoneller arası iletişim eksikliği, destek yapılarının eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak doktor ve hemşirelerin rahatsızlık hissettiği ve bu faktörlerin onlarda strese neden olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda stres faktörlerinin çoğunun iş yükü, görev tanımındaki belirsizlikler, beceri geliştirme eksikliği, yöneticinin verdiği net olmayan direktifler ile ilişkili olduğu ve bu faktörlerin psikososyal nitelik taşıdığı bildirilmiştir. Diğer yandan ahlaki sıkıntı etik açıdan doğru olana bağlı olarak ortaya çıkmasına karşın,

kurumsal ve yapısal kısıtlamalar nedeniyle istenilen eylemin yapılamaması durumunda bireyin hayal kırıklığı, öfke, kaygı, kabus, baş ağrısı, duygusuzluk gibi psikolojik ve fizyolojik belirtiler yaşayabileceği de vurgulanmıştır (Kalvemark ve ark., 2004).

2.3.4. Ahlaki Sıkıntının Etkileri

Hemşireler hastaların zarar görmelerini engellemekle, onlara psikolojik açıdan uygun bir ortam sağlamakla ve ahlaki açıdan yararlı olmakla yükümlüdürler. AACN 2008 yılında, ahlaki sıkıntının ciddi bir sorun olduğunu, çalışma ortamına ilişkin memnuniyetsizliğin hemşirelerde fiziksel ve duygusal strese neden olduğunu, hemşirelik bakımının nitelik, nicelik ve maliyetini etkilediğini, hatta hemşirelerde mesleğini bırakma düşüncesine neden olabileceğini belirtmiştir. Bu konudaki literatür incelendiğinde, ahlaki sıkıntının olumsuz etkisinin hasta, hemşire ve kurum olmak üzere üç düzeyde görüldüğü, hasta boyutunda ele alındığında hastaların yaşadıkları ya da maruz kaldıkları ağrıya artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, hastalara yetersiz ve uygun olmayan bir bakım verilmesine yol açtığı bildirilmiştir (Corley, 2002; Corley ve ark., 2001; Hamric ve ark., 2012; Kalvemark ve ark., 2004).

Corley (2002) ahlaki sıkıntının hastalarda kendini savunmada yetersizlik ve çekingenlik duygusu ile birlikte rahatsızlık ya da acının ortaya çıkmasına neden olduğunu vurgulamıştır. Hemşireler hastalara sundukları bakımın hastaya yarar sağlamadığını, son derece sınırlı kaynakların etkin kullanılmadığını, hasta ve yakınlarının hemşirenin otonomisini dikkate almadığını ve hastaya verdiği hizmetin değersiz olduğunu düşündüklerinde ahlaki sıkıntı yaşarlar (Corley ve ark., 2005; Elpern ve ark., 2005; Hamric,2012; Hamric ve ark., 2012). Diğer yandan yüksek düzey ahlaki sıkıntı hemşirelerin hasta bakımına odaklanmalarını engellemekte, kendilerini etkisiz hissetmelerine neden olarak bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (McClendon ve Buckner, 2007).

Gutierrez (2005)'in yapmış olduğu çalışmada, ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin, hasta/yakınlarıyla iletişim kurmada zorlandıklarını, hastalara bakım sunmak istemediklerini ya da verdikleri bakımdan memnun olmadıklarını saptamıştır. Wilkinson (1987)'a göre, ahlaki sıkıntıyla ilgili hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk duygusunun genellikle hemşirelerin hastalardan uzaklaşmasına yol açtığı belirtilmiştir. Whitehead ve arkadaşları (2015) hastalara gereksiz yapılan uygulamalar konusunda hemşirelerin kendilerini suçlu hissettiklerini, hemşirelerin hastalardan kaçındıklarını ya da onlara

aşırı ilgi gösterdiklerini belirlemişlerdir. Benzer şekilde Raines (2000)'in çalışmasında da bazı hemşirelerin ahlaki sıkıntıyı yönetmek için hastalara mesafe koyma, kaçma ya da uzak durma stratejileri gibi negatif baş etme yöntemlerinden yararlandıkları bildirilmiştir.

Literatürde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, ahlaki sıkıntı yaşayan bireylerin kalp çarpıntısı, ishal, baş ağrısı, mide ağrısı, kas ağrısı ve ağlama gibi fiziksel tükenmişlik belirtileri ile birlikte (Fry ve ark., 2002; Ohnishi ve ark., 2010; Radzvin, 2011), hayal kırıklığı, sinirlilik, suçluluk, güçsüzlük, umutsuzluk, pişmanlık ve anksiyete ile karakterize psikolojik semptomlar yaşadıkları saptanmıştır (Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Ohnishi ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Radzvin, 2011; Austin, 2016). Hemşireler üzerinde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin acı çekme, öfke, gücenme, hayal kırıklığı, keder, anksiyete, çaresizlik, güçsüzlük, bozulmuş bütünlük, utanç, mahçubiyet, yas, baş ağrısı, perişanlık, ağrı, üzüntü, korku ve ıstırap duygularını deneyimledikleri (Corley, 2002; Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Ohnishi ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Radzvin, 2011), hatta hastanın çektiklerine ya da yaşadıklarına tanıklık ettiklerinde ise bazı hemşirelerin kabus gördükleri belirtilmiştir (Zuzelo, 2007). Diğer yandan bazı hemşirelerin ahlaki sıkıntıyı tanımlayamamalarına karşın ahlaki sıkıntıyla ilgili stres, öfke, duygusal tükenme, iş doyumsuzluğu, öz değer kaybı ve hayal kırıklığı semptomlarını yoğun bir şekilde yaşadıkları saptanmıştır (Rushton, 2006; Pendry, 2007; Powell, 2012).

Ahlaki sıkıntı hemşirelerin kişisel yaşamını etkilediği gibi mesleki yaşamını da etkileyebilir (McClendon ve Buckner, 2007). Ahlaki sıkıntıyla sonuçlanabilen durumlara sürekli göğüs geren hemşireler bu mesleği isteksiz bir şekilde yapmaya devam edebilir ya da hemşirelik mesleğini bırakabilir. Nitekim bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ahlaki sıkıntı nedeniyle pozisyonunu terk etmeyi düşünen hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin oldukça yüksek olduğu (Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Cavaliere ve ark., 2010; Piers ve ark., 2011), hemşirelerin %6,6'sının bir önceki görevinden ahlaki sıkıntı nedeniyle ayrıldığı (Fernandez-Parsons ve ark., 2013), hemşirelerde görülen ahlaki sıkıntının tükenme, hasta bakımında hata, hastalardan uzaklaşma ve pozisyonu terk etme

düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (Gutierrez, 2005; Fogel, 2007; Hamric ve Blackhall, 2007; Piers ve ark., 2011).

Corley (2002), hasta bakımı konusunda ilkeleri olmayan kurumlarda çalışan, karar verme sürecine dahil edilmeyen, hekim- hemşire çatışması yaşayan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir. Ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan durumlar ile sık karşılaşan hemşireler duyarsız hale gelebilmekte ve bu durum hemşirelerin uygulama ortamında klinik hatalar yapmasına yol açabilmektedir (Erlen, 2001). Erlen (2001), ahlaki sıkıntının hemşirelerin kişisel yaşamlarına zarar verdiğini; fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlara yol açtığını, hemşireler buldukları kurumdan ayrılırlar dahi ahlaki sıkıntının hemşirelerin çalıştıkları diğer kurumlarda da benzer sorunlar yaşamalarına neden olduğunu bildirmiştir.

Ahlaki açıdan sıkıntı verici olaylar iş ortamında sık tekrarlandığında ahlaki kalıntı gelişir (Webster ve Baylis, 2000). Ahlaki sıkıntıya maruz kalınan her olaydan sonra ahlaki kalıntı sessizce büyür. Webster ve Baylis (2000), “ahlaki kalıntının, ahlaki olarak sıkıntı verici bir olay geliştiğinde ve çözümlendiğinde arttığını” bildirmiştir. Epstein ve Hamric (2009), ahlaki sıkıntı ve ahlaki kalıntının potansiyel üç sonucu olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki, bakım sağlayıcıların etik açıdan zorlayıcı durumlara karşı ahlaki olarak duyarsız hale gelme olasılığı artabilmektedir. Bu doğrultuda bakım sağlayıcılar, ahlaki duyarlılık gerektiren klinik durumları fark edemeyebilir ya da görmezlikten gelebilir. İkincisi duruma göre değişmekle birlikte bakım sağlayıcılar vicdani olarak kendini rahatsız hissedebilir ve stres yaşayabilir. Üçüncü en önemli ve en zarar verici sonuç ise bakım sağlayıcılarda tükenmişlik gelişmesine neden olabilir (Epstein ve Hamric, 2009).

Sağlık kuruluşları, ahlaki sıkıntıya katkıda bulunabilecek stres faktörleri ile doludur (Kalvemark ve ark., 2004). Dışsal ve içsel stres faktörleri hemşirelik kültürünü, iklimini ve sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkiler (Corley ve ark., 2005). Sağlık kuruluşlarındaki stres faktörlerinin, iş yükü, görev tanımındaki belirsizlikler, beceri geliştirme eksikliği ve yöneticilerin net olmayan direktifleri ile ilgili olduğu; hekim ve hemşirelerde hayal kırıklığı, öfke, kaygı, kabus, baş ağrısı ve duygusuzluğa yol açtığı (Kalvemark ve ark., 2004), aynı zamanda hasta güvenliğini de olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (ENA, 2013). Diğer yandan sağlıklı çalışma ortamı ise; hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının aynı kurumda iş yeri değişikliği yapmadan uzun süre çalışmasını,

mesleki doyumunun artmasını, stres ve tükenmişliğin azalmasını sağlar (Jennings, 2008; Laschinger ve ark., 2011; Khamisa ve ark.,2015).

Sağlıklı bir iş çevresi, çalışanların desteğine ve çalışma ortamı özelliklerine bağlıdır (ENA, 2012). Sağlıksız bir iş çevresinde ahlaki sıkıntı olasılığı artar. Ahlaki sıkıntı, sağlık kuruluşunun faaliyetleri, çalışma ortamı, hasta bakımı, iş arkadaşları ve hemşirelerin fiziksel ve ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkiler (Powell, 2012). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %33'ünün kurumsal kısıtlamalar nedeniyle yapmaları gereken eylemlerin engellediğini düşündükleri ve ahlaki sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (Redman ve Fry, 2000).

Kurumun ahlaki sıkıntıyı önlemede başarılı olamaması, iş stresine ve personel değişimine neden olarak hasta bakımını engelleyebilir. Aynı zamanda kurumun itibarı ve güvenilirliği tehlike altına girebilir. Hemşirelerin sık iş değiştirmesi ve yeni hemşirelerin işe alınması kurumun yaptığı harcamaları artırabilir. Pendry (2007), hemşirelerin işi bırakmalarına bağlı mali yükü hesaplamış, bu rakamları tıbbi-cerrahi hemşirelerde 46,000 dolar ve yoğun bakım hemşirelerinde 64,000 dolar olarak hesaplamıştır. Bununla birlikte mali yükün yanı sıra yeni gelen hemşirelerin önceki hemşirelerle karşılaştırıldığında yeterli beceri düzeyine sahip olmamasının hasta bakım kalitesini ve memnuniyetini etkilediği bildirilmiştir. Personel değişimi özellikle hasta bakım kalitesini azaltabilir. Kurumun itibarına zarar verebilir. Kurumun personel ve hastalar tarafından daha az tercih edilmesine neden olabilir. Kurumsal kısıtlamaların ahlaki sıkıntı gelişimini etkilediği göz önüne alındığında, kurumsal politikalar ile kurumun sağlık profesyonelleri ile olan iletişim ve yaklaşımının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (Pendry,2007).

2.3.5. Ahlaki Sıkıntı ile Baş Etme Yolları

Hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin belirlenmesi ve bu doğrultuda etkin yönetim stratejileri geliştirilmesi son derece önemlidir. Ahlaki sıkıntı, bakımın kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilir (Gutierrez, 2005; Schluter ve ark., 2008; De Villers ve Devon, 2012; Huffman ve Rittenmeyer, 2012; Varcoe ve ark., 2012). Hemşirelerin ahlaki sıkıntı nedeniyle görevden ayrılmalarına neden olabilecek durumlar, hemşirelik mesleğinin geleceğini olumsuz yönde etkileyebilir. Nathaniel (2006), 2025 yılına kadar Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi'nin bir milyon hemşirenin görevden çekileceğini öngördüğünü; "ahlaki sıkıntının, hemşirelerin çalışma ortamından, hatta mesleklerinden ayrılmalarının önemli bir nedeni" haline geleceğini belirtmiştir.

Bu doğrultuda hemşirelerin ahlaki ve etik kararlarla ve etik ikilemler ortaya çıktığında bunlarla nasıl baş edebileceklerini öğrenmeleri son derece önemlidir (Nathaniel, 2006).

Cummings (2009)'in aktardığı üzere Jameton (1984), hemşirelerin kendi kişisel değerleri doğrultusunda hastalar hakkında kararlar almaması, empati yapması ve her hastaya eşit davranması büyük önem arz etmektedir (Cummings, 2009).

Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilişkili durumları çözümlenebilmeleri için mesleki yaşamlarında ahlaki sıkıntı belirtilerini tanımaları, ahlaki sıkıntı kaynaklarını belirleyebilmeleri ve ahlaki sıkıntının istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri son derece önemlidir. AACN, 2005 yılında, ahlaki sıkıntıyı öncelikli alan olarak belirlemiş, ahlaki sıkıntıyı ele almak ve azaltmak için kritik bakım ortamlarında uygulanmak üzere 4A yaklaşımını geliştirmiştir:

Ask (Sor); Ahlaki sıkıntının tanımını ve semptomlarını gözden geçirme ve hissedilen durumun ahlaki sıkıntı olup olmadığını sorgulama aşamasıdır. Bu aşamada ahlaki sıkıntı yaşadığınız durumu meslektaşlarınızla paylaşabilirsiniz.

Affirm (Doğrula); Bu durumla ilgili duygularınızın doğrulanıp, ahlaki bütünlüğünüzün hangi yönünün tehdit altında olduğunun sorgulandığı aşamadır. Bu durumda hangi rolü oynayabilirsiniz ya da oynamalısınız?

Assess (Değerlendir); Ahlaki sıkıntınızın kaynağının ne olduğunun belirlenmesinde ve uygulanacak doğru eylemin seçilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Act (Harekete Geç); Eylem için bir plan oluşturmanızda ve bunu uygulamaya geçirmenizde yol gösterici olan aşamadır. Bu aşamada aynı zamanda geliştirebileceğiniz ya da geliştirdiğiniz yeni stratejiler üzerinde düşünmelisiniz (Savel ve Munro,2015).

Bu yaklaşım başlangıçta kritik bakım ortamları için tasarlanmış olsa da, diğer bakım ortamlarına adapte edilebilir ve uygulanabilir bir özelliğe sahiptir. Bu doğrultuda aşağıdaki sorular kişilerin bu yaklaşımı uygulamasına yardımcı olabilir. Bunlar:

- Sizce yapılması gereken “doğru” eylem nedir ve bu durum neden doğrudur?
- Şu anda ne yapılıyor ve neden yapılıyor?
- Bu olaydaki veya durumdaki kişiler kim?
- Bu durumla ilgili harekete geçmeye hazır mısınız?
- Uygulanacak doğru eylemi seçtin mi?
- Bir eylem planı hazırla ve uygula (Rushton, 2006).

Ahlaki sıkıntının azaltılması, çalışma organizasyonu ile birlikte etik tartışmalar için destek yapıların sağlanmasıyla yakından ilişkilidir (Kalvemark ve ark., 2004). Hemşirelik liderlerinin, hemşirelerin akut bakım ortamında karşı karşıya kaldıkları stresörleri anlamada aktif bir duruş sergilemesi ve meslektaşlarının yaşadıkları bu stresi azaltabilmek için onlara yardım etmeleri bir gerekliliktir. Hemşirelik liderleri, hemşirelerin yaşadığı stresi hafifletmeye yardımcı olabilmek amacıyla, hemşirelerin çalıştıkları kurumu ve buldukları kültürü değerlendirmelidir. Yöneticiler çalışanlara yönelik destek sistemleri geliştirmeli, örneğin çalışanları kurumda egzersiz programlarına teşvik etmeli ve çalışanların karşılaştığı stresli durumları daha rahat ifade edebilmelerini sağlamalıdır. Ayrıca hemşirelik yöneticileri stresörlerin varlığını kabul etmeli ve çalışanların hissettiği kaygıyı hafifletmeye yardım etmelidir. Bu doğrultuda, hemşirelik yöneticilerinin işyerinde stres oluşturan faktörlerden haberdar olmaları ve bunları hafifletmek için gereken çabayı göstermeleri son derece önemlidir (Cummings, 2009). Hemşireler ahlaki sıkıntıya neden olabilecek durumları tanımlamalı, duruma özgü çözümler üretebilme konusunda kendilerini yetiştirmelidir. Kurum yöneticileri ise, ahlaki sıkıntıyı önlemeye yönelik eğitim ve destek programları geliştirmelidir (Fernandez-Parsons ve ark., 2013).

Ahlaki sıkıntı, son 30 yılda sağlık bakım sistemi içerisinde bakım sağlayıcılar arasında önemli bir endişe kaynağıdır (Hamric,2012). Ahlaki sıkıntı, hemşireleri, sağlık kurumu, hastalar, aileler ve hekimler arasında bırakan önemli bir sorundur. Diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştığında, hastalara daha yakın olmaları nedeniyle hemşirelerin ahlaki sıkıntıya daha yatkın oldukları bildirilmektedir (Kalvemark ve ark., 2004; McClendon ve Buckner, 2007). Ahlaki sıkıntıya neden olabilecek bireysel ve kurumsal pek çok faktörün ortadan kaldırılması ile ahlaki sıkıntının olumsuz sonuçları engellenebilir. Özellikle ahlaki sıkıntının hemşireler üzerinde neden olabileceği fiziksel ve psikolojik semptomların giderilmesi, sunulan hasta bakımının kalitesini artırır. Bununla birlikte kurumların oluşturduğu sağlıklı çalışma ortamlarının güçlendirilmesi, yöneticilerin bu konuda duyarlılıklarının artırılması, ahlaki sıkıntıya neden olabilecek kurumsal faktörlere yönelik güvenilir çözüm önerilerinin getirilmesi ve politikaların geliştirilmesi sağlık çalışanlarının ahlaki sıkıntı yaşamalarını engelleyebilir. Profesyonel bir meslek üyesi olarak hemşireler, ahlaki sıkıntının tetikleyicilerini tanımlamayı, önleme stratejileri geliştirmeyi ve ahlaki ikilemlerle yüzleşmek için kendilerini güçlendirmeyi öğrenmelidirler.

Böylece hemşirelerin kendilerine olan özgüvenleri ile birlikte hemşirelik mesleğinin saygınlığı daha da artacaktır (Powell, 2012).

2.4. Ölçek Uyarlama ve Geçerlik - Güvenirlik Çalışmaları

Günümüzde hemşirelik bilim alanında bireylerin psikolojik ve sosyal değerlerini içine alan, tutum ve davranışlarını açıklayan araştırma sayısı giderek artmaktadır (Esin, 2014). Bu araştırmalarda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla ilgili alanda geliştirilmiş olan ölçekler kullanılmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu doğrultuda araştırmacı farklı bir kültürde geliştirilmiş bir ölçeği Türkçeye uyarlayabilir. Kendisi yeni bir ölçek geliştirebilir ya da geçerlik ve güvenirligi yapılmış bir ölçeği çalışmasında kullanabilir (Esin, 2014).

Ölçek uyarlama, yabancı bir dilde geliştirilen, geçerlik ve güvenirligi sınanmış olan bir ölçeğin başka bir dilde ve kültürde geçerlik ve güvenirlilik çalışmasının yapılarak kullanıma hazır hale getirilmesidir. Ölçeğin dilsel eşdeğerliğinin ve kültürel uyumunun sağlanması ölçek geliştirme çalışmalarında oldukça önemli bir süreçtir. Yurt dışında geliştirilen bir ölçeğin Türkçeye uyarlanması en önemli avantaj, teorik çatıyı incelemeye, madde havuzu oluşturmaya gerek kalmadan, zaman ve emekten tasarruf edilerek, geçerlik-güvenirlilik çalışmalarına başlanabilmesidir (Seçer, 2015). Ölçek uyarlama çalışmaları;

- Araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltması,
- Araştırmacının alanında kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanı arttırması,
- Araştırmacıya iletişim kolaylığı ile birlikte karşılaştırılabilir bilgi sağlanması,
- Uluslararası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı vermesi nedeniyle tercih edilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçek uyarlama süreci aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır:

- Uygun ölçme aracının belirlenmesi,
- Çeviri ekibinin oluşturulması,
- Çevirileri inceleyecek olan dil ve alan uzmanlarının belirlenmesi,
- Ölçeğin Türkçeye çevirisinin yaptırılması,
- Çevirisi yapılan ölçek formlarının karşılaştırılması,
- Ölçeğin Türkçeden orijinal formuna çevirisinin yaptırılması,

- Orijinal diline çevrilen ölçek formu ile orijinalinin karşılaştırılması,
- Dil geçerliğini sınamak için uygulama yapılması,
- Uygulama sonrası istatistiksel analizler yapılması,
- Türkçeye çevirisi yapılmış olan ölçeğe ilk şeklinin verilmesi,
- Pilot uygulamaların gerçekleştirilmesi,
- Pilot uygulama sonrasında istatistiksel analizler yapılması,
- Ölçeğe son şeklin verilmesi,
- Ölçeğin model uyumunun incelenmesi için faktör analizi, ölçüt bağıntılı geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması (Seçer, 2015).

Ölçek uyarlama çalışmalarında öncelikle aracı geliştiren ilgili kişi ile yazılı iletişim kurularak, özgün aracın kullanımı için izin alınmalı, ölçeği geliştiren kişinin istediği kurallara uyulacağı, ücret ödeme ve yazarlara çalışma içinde yer verilmesi gibi istekleri varsa bunların yerine getirileceği belirtilmelidir. Ölçek sahibinden ölçme aracının tam metni, kullanımı ve değerlendirmesi istenmelidir. Bununla birlikte uyarlama aşamasında gerekebilecek ufak değişiklikler için ölçek sahibinden izin alınmalıdır. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, bir ölçüm aracını kullanmaya karar verirken veri toplama aracının geçerlik ve güvenilirlik olmak üzere iki önemli özelliğe sahip olması son derece önemlidir. Geçerlik ve güvenilirlik birbiri ile yakın ilişkili olmasına karşın bağımsız olarak ele alınan kavramlardır (Büyüköztürk, 2010; Karasar, 2014). Bir testin geçerli olması için güvenilir olması önemlidir. Ancak yalnızca bu özellik yeterli değildir. Çünkü güvenilir olan bir test geçerli olmayabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

2.4.1. Geçerlik

Geçerlik, bir testin kullanım amacına uygunluk derecesi olarak tanımlanabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016b). Geçerlik bir testin ölçmek istediği niteliği ne ölçüde ölçebildiğidir. Geçerlik aynı zamanda ölçülmeye çalışılan niteliğin diğer niteliklere karıştırılmadan ölçülebilme derecesidir (Seçer, 2015). Geçerlik, kullanılan ölçüm aracı neyi ölçmeyi amaçlıyor? Kullanılan ölçüm aracındaki ölçek maddeleri ölçmek istediği özelliği doğru olarak ölçebiliyor mu? Sorularına yanıt vermeye çalışır (Esin, 2014). Her ölçme aracı hangi amaç için geliştirilmiş ise onun için kullanılmalıdır. Testin geçerliği sadece kendine bağlı değildir. Aynı zamanda uygulanan testin amacına, uygulama koşullarına, uygulandığı gruba ve puanlamasına da bağlıdır. Geçerlik aracın verdiği

sonuçlarla ilişkili olduğu için testin geçerli olması sonuçların doğru yorumlanabilmesi anlamına gelmektedir (Ellez, 2014).

Ölçmede geçerlik ölçülmek istenen kavramın doğrudan ya da dolaylı olarak ölçülebilmesi ile yakından ilişkilidir. Gözlenebilir nitelikteki değişkenlerin geçerliğinin daha yüksek olması beklenmekle birlikte dolaylı olarak yapılan ölçümlerde değişkenlerin kavramı tam olarak karşılayamamasına bağlı olarak geçerlik daha düşük belirlenebilmektedir (Karasar, 2014). Bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebiliyorsa bu testin geçerli olduğu söylenebilir. Bir testin geçerliği değerlendirilirken birden çok geçerlik yönteminden yararlanılabilir (Alpar, 2016). Geçerliğin sağlanmasında dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, ölçüt bağıntılı geçerlik ve görünüş geçerliği gibi birçok yöntem kullanılabilir.

Dil Geçerliği

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu değişim kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından kaynaklanır. Farkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi ve gereken dönüştürmelerin yapılması son derece önemlidir. Ayrıca ölçek maddelerinin, çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi uyarlama çalışmalarının temelini oluşturur. Seçilecek olan ölçme aracının ölçülmek istenen niteliği kuramsal olarak tüm yönleriyle ortaya koyabilecek düzeyde olması son derece önemlidir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Geray, 2014).

Ölçek uyarlama sürecinin en önemli aşamalarından biri ölçeğin çevirisinin yapıldığı aşamadır. Bu aşamada araştırmacı yabancı dili iyi olan ve her iki kültürün yapısını bilen, Türkçeye ve Türk diline hakim uzmanlar grubu belirlemelidir (Seçer, 2015). Bu aşamada tek taraflı çeviri, grup çevirisi veya çeviri-geri çeviri yöntemi olmak üzere çeşitli çeviri yöntemleri kullanılır. Tek taraflı çeviri en çok kullanılan yöntem olmasına rağmen bu yöntemin etkinliği çeviriyi yapan kişinin bilgi ve beceri düzeyine bağlıdır. Bu nedenle tek taraflı çeviri yapılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği düşük olmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Grup çevirisi sık kullanılan yöntemlerden biridir. Orijinal ölçek her iki dili iyi derecede bilen iki veya daha fazla kişi tarafından ayrı ayrı ya da birlikte çevrilerek ortak bir noktaya varılmaya çalışılır. Ya da bağımsız bir gözlemci çeviriler arasından en uygun olanını seçer. Geri çeviri ölçeğin kültürel çeşitliğini sağlamada en çok tercih edilen yöntemdir. Geri çeviri yöntemi ekonomik olmamasına ve daha fazla zaman gerektirmesine

rağmen kültürlerarası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir. Geri çeviride kullanılacak dile çevrilen ölçek, orijinal ölçeğin dilini çok iyi bilen özellikle o dilin uzmanı birbirinden bağımsız 3-5 kişilik bir gruba verilerek tekrar o dile çevirmeleri istenir. Sonuçta ortaya çıkan ölçek ile orijinalinin maddeleri tek tek karşılaştırılır. Çevirinin, orijinali ile birbirine uyması önemlidir. Eğer uymayan maddeler varsa tekrar ölçeğin çevirisi kontrol edilir. Orijinal ölçek ile geri çeviri yöntemi sonucu ortaya çıkan ölçeğin maddeleri birbirine yakın olduğu zaman ölçeğin çevirisi tamamlanmış olur (Aksayan ve Gözüm, 2002;2003).

Çevirilerin karşılaştırılması sırasında iki çeviri metni arasında farklılıklar varsa bunlar dil uzmanları ile bir araya gelinerek yeniden görüşülmelidir. Çevirilerin hem anlam açısından ve hem de kuramsal olarak uygun olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Ölçeğin cevap seçeneklerinin bulunduğu kısımlar anlam ve kültürel uygunluk açısından incelenmelidir (Seçer, 2015). Çeviri işlemleri tamamlandıktan sonra dil geçerliğini incelemek amacıyla uzman görüşü alınabilir ya da istatistiksel uygulama yapılabilir. İstatistiksel uygulama aşamasında yaklaşık olarak 30 kişilik bir örneklem grubuna bir hafta arayla ölçeğin orijinal hali ve uyarlanması istenen dile çevrilmiş hali uygulanır. Uygulamadan sonra aynı kişilere ait ölçek formları arasında korelasyon analizi yapılır. Korelasyon analizi değerinin yüksek çıkması her iki ölçeğin dilsel olarak birbirine eş olduğunu ve aynı şeyi ölçtüklerini gösterir. Her iki dili de iyi bilen bir grubu oluşturmak zor olabileceği için bu yöntemi uygulamak kolay olmayabilir. Bu nedenle bu aşamada araştırmacı uzman görüşünden faydalanabilir (Seçer, 2015). Çevrilen ölçeğin dil uygunluğu ve açık olup olmaması araştırmacının kendi bilim alanındaki uzmanlar tarafından değerlendirilir. Uzman görüşleri sonucunda anlama ve dil uygunluğu açısından son şekli verilen form anlaşılabilirlik durumunu değerlendirmek için hedef gruba uygulanır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Çeviri işlemleri ve dil geçerliği yapılan ölçeğin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonlarının uyumluluklarını incelemek için yaklaşık olarak 30 kişilik bir örneklem grubu üzerinde pilot çalışma gerçekleştirilmelidir. Ölçeğin iç tutarlılık değerinin 0.70'in üzerinde, madde toplam korelasyon değerinin de 0.20'nin altında olup olmadığı belirlenmelidir. Bu değerler doğrultusunda her bir madde alanında uzman kişilerle birlikte yeniden gözden geçirilerek ölçeğe son şekli verilir. Gerekli görülürse ikinci bir pilot uygulama daha yapılabilir. Korelasyon değeri 0.20'nin altında olan maddeler uzman kişilerce yeniden değerlendirilerek, bu maddeler ölçekten çıkartılabilir.

Bu işlemler tamamlandığında ölçeğe son şekli verilerek geçerlik ve güvenilirlik analizlerine başlanır (Seçer, 2015).

Kapsam Geçerliği

Ölçüm aracının tüm maddeleri, ilgili madde evrenini en iyi şekilde örnekliyor ise bu ölçüm aracının kapsam geçerliğine sahip olduğu kabul edilir (Geray, 2014; Alpar, 2016). Kapsam geçerliği ölçekteki her bir maddenin ve ölçeğin tümünün ölçmek istediği kavramı ölçmesi ve bu kavram dışında farklı kavramları bulundurmaması için yapılmaktadır (Esin, 2014). Kapsam geçerliği test maddelerinin ölçülmek istenen davranışı yeterince yansıtıp yansıtmadığını açıklamaya çalışır (Ellez, 2014). Kapsam geçerliğinin sağlanması için ölçekte bulunması gereken özellikler şunlardır:

- Pre-test ve post-test uygulama arasında zaman aralığının ne çok uzun ne de çok kısa olması
- Değerlendiriciler arası güvenilirliğin sağlanması,
- Doğru eş kontrol ve deneme gruplarının oluşturulması,
- Veri toplama ve test uygulamalarının standart prosedürleri kapsamı,
- Gürültü, çevre, dikkat dağıtıcı unsurlar ve havalandırma gibi ortam özelliklerinin ve uygulama araçlarının bireylere uygun şekilde organize edilmesi,
- Araştırmacı ile ilgili faktörlerin düzenlenmesi (araştırmacının tutumu, giyimi, davranışı, soru sorma tarzı, beden dili ve sözlü olmayan iletişimin uygunluğu vb.(Özdamar, 2016).

Kapsam geçerliği uygulanırken, ölçülecek değişken ile ilgili bir evrenin ve testi oluşturan örneklemin belirlenmesi, testi oluşturan örneklemin evreni temsil etme düzeyinin saptanması, ölçek maddelerinin ilgili olduğu davranışı/konuyu ölçmeye uygun olup olmadığının kontrol edilmesi gerekmektedir (Tan, 2013; Geray, 2014). Kapsam geçerliği aşamasında uzmanlara başvurulabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016b). Uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesinde ve sayısal değerlerle ifade edilmesinde uzman değerlendirme formundan yararlanılabilir. Uzman değerlendirme formları içerisinde en sık kullanılan dereceleme ölçütleri Content Validity Index ile Lawshe ve Davis teknikleridir. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek maddeleri yeniden değerlendirilerek yapılandırılır. Kapsam geçerliğini uzman görüşlerine başvurarak belirlemek çok etkili bir yaklaşımdır. Ölçek maddelerini değerlendiren uzman sayısının en az 3 en fazla 20 kişiden oluşması tercih edilir (Esin, 2014). Uzman görüşleri istatistiksel olarak yorumlanarak

maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranları belirlenir. Her madde için kapsam geçerlilik oranı hesaplanır. Daha sonra bu maddeler belirli bir anlamlılık düzeyinde uzman sayısına göre hesaplanmış değerler ile karşılaştırılır. Bazı maddeler çıkartılır ya da yeniden düzenlenir (Büyüköztürk, 2010; Esin, 2014; Alpar, 2016; Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Yapı Geçerliği

Bir süreci ölçmede etkin ve bilimsel kuram geliştirme, ölçeğin yapı geçerliğini oluşturur. Ölçekteki soruların boyutları ve alt boyutları sorgulanmalıdır (Özdamar, 2016). Yapı geçerliği, ölçülmek istenilen kavram, nitelik ya da yapının ne derece doğru olabildiği ile ilişkili bir kavramdır. Soyut niteliklerden oluşan kavramların doğrudan ölçülememesi diğer kavramlar ile karıştırılmasına neden olabilir (Seçer, 2015). Yapı geçerliği, doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan soyut bir kavramın doğru bir şekilde ölçülebilme derecesini gösterir (Esin, 2014). Doğrudan ölçülemeyen birçok özelliğin ölçüldüğü testlerde, yapı geçerliğinin incelenmesi oldukça önemlidir. Yapı geçerliğinin belirlenmesinde izlenen aşamalar şunlardır:

- Kuramsal ve kavramsal olarak ölçeğin yeterliliğinin incelenmesi,
- Ölçek performansı ile ilişkili sınanabilir hipotezler kurulması,
- Ölçeğin uygun bir grup üzerinde sınanması ve gruba uygun olarak verilerin toplanması,
- Elde edilen hipotezleri sınamak için istatistiksel analizler ve yorumlamalar yapılmasıdır (Ellez, 2014; Özdamar, 2016).

Yapı geçerliği ölçme aracının ölçtüğü kavramı ya da kavramsal yapıyı ne derece ölçebildiğini gösterir. Yapı geçerliğine ilişkin veri elde etmek amacıyla en çok kullanılan yöntem faktör analizidir. Yapı geçerliğini değerlendirmede 4 farklı yöntem kullanılır (Esin, 2014; Seçer, 2015).

Faktör Analizi: Bir ölçme aracının geliştirilmesi sürecinde ölçeğin örtük yapısının ortaya çıkarılmasında, geliştirilmiş bir ölçeğin uyarlamasında ya da model uyumunun gözden geçirilmesinde kullanılan bir analiz tekniğidir (Seçer, 2015). Yapı geçerliğinde sık kullanılan bu yöntemin amacı çok sayıda olan maddelerin daha az sayıda olan faktörlerle ifade edilmesidir (Karasar, 2014). Faktör analizi ölçeğin bütünlüğünün sağlanmasına ve ölçülecek kavramın ilişkili olmayan diğer değişkenlerden ayrılmasına yardımcı olur. Özellikle alt boyutları olan ölçekler için kullanılan faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılır. Her alt

boyut faktör olarak tanımlanır. Ölçek maddelerinin altında yatan teorik yapıyı ve özgün değerleri ne düzeyde yansıttığını belirlemek için kullanılır. Faktör analizi hem ölçeğin bütünlüğünü test eder hem de ölçülecek konunun ilişkili olmayan değişkenlerden arındırılmasını sağlar (Esin, 2014). Faktör analizleri açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntem kullanılarak yapılır (Özdamar, 2016).

Açıklayıcı faktör analizi, özellikle yeni geliştirilen ölçek çalışmalarında kullanılan ve ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi veren bir inceleme türüdür. Bir ölçme aracının açıklayıcı faktör analizinde dört temel aşama uygulanır. İlk aşamada veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığı değerlendirilir. Bu doğrultuda örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını değerlendirmede Kaiser Meyer Olkin ve değişkenlerin birbiri ile korelasyon gösterip göstermediğini belirlemede ise Barlett Testi uygulanır. Elde edilen faktörlerin özdeğer istatistiği ve Scree Plot grafiği elde edilir. Faktörlerin rotasyonu yapılır ve faktörler isimlendirilir (Esin, 2014; Çınkır ve Demirkasımoğlu, 2015). Açıklayıcı faktör analizinde ölçme aracında yer alan maddelerin aralarında ne tür bir ilişki olduğu ve bu maddelerin kaç alt boyutta toplanacağı belirlenmeye çalışılır. Böylece ölçme aracındaki değişken sayısı azalmakta ve kuramsal yapı ile elde edilen yapının karşılaştırılması kolaylaşmaktadır (Seçer, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörlerin hipotezle belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek için yararlanılan analizdir. Açıklayıcı faktör analizinde veri matrisindeki değişkenlerden yararlanarak belirlenen faktörler ile değişkenler arasında bir uyum yani yüksek korelasyon olup olmadığı araştırılır (Özdamar, 2016). Doğrulayıcı faktör analizi özellikle ölçme aracı uyarlama sürecinde kullanılan bir yöntem olmakla birlikte uyarlanmak istenen yeni kültürde de yapı geçerliğinin korunup korunmadığının saptanmasında çok kullanılan bir yöntemdir (Sönmez ve Alacapınar, 2016b). Doğrulayıcı faktör analizi var olan veya kurgulanan bir modelin test edilmesine olanak sağlar (Seçer, 2015). Doğrulayıcı faktör analizi sonrasında ölçeğin faktör yapısı değişebilir. Bu durumun hangi maddelerden kaynaklandığı belirlenerek bu maddeler ölçekten çıkartılabilir ya da uyarlanan kültürdeki özelliklere göre yeniden yazılabilir. Ayrıca uzman görüşleri alındıktan sonra tekrar test edilebilir. Çünkü yabancı bir kültürdeki özellikler ile araştırmacının kendi kültüründeki özellikler birbiri ile uyuşmayabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Zıt veya Bilinen Gruplar Karşılaştırması: Bu yöntemde ölçmek istenilen kavram açısından birbirine benzemeyen iki grup üzerinde geliştirilen ölçüm aracı uygulanır. Gruplar arasındaki farklılık varyans ya da t-testi ile karşılaştırılır. (Esin, 2014). Ölçme sonunda özelliği bilinen grup beklenen yönde bir eğilim gösterirse bu durum ölçme aracının seçme özelliği olduğunu ifade eder (Karasar, 2014).

Hipotez Sınanması: Bu yöntemde araştırmacı ilgili literatür doğrultusunda ölçüm aracı ile aralarında ilişki olabileceği düşünülen kavramlara yönelik çıkarımlarda bulunur ve hipotezler geliştirir. Ayrıca korelasyon analizi ile değerlendirir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a)

Çok Değişkenli Çok Yöntemli Matriks: Bir testin ölçümlerinin aynı ya da farklı özellikteki test ya da testlerle ilişkili olup olmadığının değerlendirilmesidir (Esin, 2014). Testin, kendine benzeyen değişkenlerle kuramsal olarak yüksek korelatif ilişki, kendinden farklı olan değişkenlerle de sıfır ya da anlamsız ilişki göstermesi gerekmektedir (Büyüköztürk, 2010).

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Ölçme aracından elde edilen bilgilerin geçerliliğini test etmede kullanılan bir diğer yöntem elde edilen bilgilerin bir dış ölçüt ile test edilmesidir (Geray, 2014). Test puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçüt ile ilişkisini inceleyen geçerlik tekniğidir (Büyüköztürk, 2010). Bu yöntemde araştırmacı ölçme aracını uygun bir ölçüt ile test ederek ölçeğe ilişkin ek kanıtlar toplamaya çalışır. Ölçüt alınacak olan aracın önceden geçerli ve güvenilir olduğunun bilinmesi önemlidir. Ayrıca ölçüt olarak alınacak aracın geliştirilen ölçek ile aynı ya da benzer niteliği ölçmesi gerekmektedir (Geray, 2014; Seçer, 2015). Geçerliği sınanan ölçek puanının bazı dış ölçütlerle ve geçerliği sınanmış ölçeklerle ilişkisi aranmaktadır. Bu ölçüt geçerliğinin sınanmasında kestirimsel geçerlik (yordama geçerliği) ve uyum (eş zamanlı ölçek geçerliliği) geçerliği olmak üzere iki yaklaşım vardır.

Kestirimsel Geçerlik (Yordama Geçerliği): Bireyin gelecekte yapabilecekleri ile ilgili bilimsel kestirimde bulunma işlemidir. Ölçekten alınan puanlar gelecekte ölçülecek ve gözlenecek olan bir davranış ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılır (Seçer, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Ölçekten elde edilen puan “yordayıcı puan” olarak adlandırılır. Bu puan ile gelecekte oluşan durumlar ile ilgili dış ölçütler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. Bu değer beklenen davranışı ne düzeyde yordabildiğine

bakılır (Esin, 2014). Yordama geçerliğinde en önemli sorun uygun bir ölçüt bulmaktır. Bu ölçütün de aşağıdaki belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir:

- Ölçüt yordanmaya çalışılan değişken ile aynı özelliklere sahip olmalı,
- Ölçüt ölçme hatalarından arındırılmış ve güvenilirliği sağlanmış olmalı,
- Ölçüt kullanılacak amaca uygun olmalı ve geçerliği sağlanmış olmalı,
- Ölçüt elde edilmesi ve uygulanması açısından kolay ve pratik olmalıdır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a; 2016b).

Uyum Geçerliği (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliği): Katılımcıların geliştirilmek istenen testten aldıkları puan ile daha önce geliştirilmiş bir başka ölçekten aldıkları puanlarla olan korelasyonuna bakılır (Büyüköztürk, 2010; Bayar ve Bayar, 2015; Alpar, 2016). Geliştirilen ve kullanılan ölçek aynı gruba uygulanır. Eski ve yeni ölçüm aracından elde edilen korelasyon katsayısı hesaplanır (Esin, 2014). Elde edilen korelasyon katsayılarının yüksek olması beklenir (Büyüköztürk, 2010; Esin, 2014; Bayar ve Bayar, 2015; Alpar, 2016).

Görünüş Geçerliği

Bir ölçme aracının ölçmek istediği niteliği, ölçüyor olarak görünmesidir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Diğer bir tanımla ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni ne derece ölçebilir görüldüğüdür (Tan, 2013). Testin ismi, açıklamalar, soruların ve testin düzeni gibi faktörler cevaplayıcının ölçüm aracının geçerliğine ilişkin bir görüş geliştirmesine neden olur. Olumlu görüşler ölçek maddelerinde güvenilir cevaplar alma olasılığını artırır. Testin görünümü ile ilgili olan bu geçerlik uzman görüşü ile değerlendirilir (Büyüköztürk, 2010).

2.4.2. Güvenirlik

Ölçme aracının güvenilir olması bilimsel araştırmaların sonucunun doğru değerlendirilmesi açısından son derece önemlidir (Bayar ve Bayar, 2015; Ekiz, 2015). Aynı ölçme aracı ile yapılan birden fazla ölçüme aynı sonuçların elde edilmesi olarak tanımlanan güvenilirlik, ölçme aracının hatadan arınık olmasını sağlayan bir yöntemdir (Seçer, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Güvenirlik, bireylerin test maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılık olarak tanımlanabilir. Güvenirlik aynı bireyler üzerinde belli bir niteliğe ait ölçümlerin benzer şartlar altında tekrarlı ölçümlerle aynı veya benzer sonuçları vermesi olarak da açıklanabilir. Güvenirliği etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin hatalı yazılması, soruların çok zor ya da çok kolay

olması, soru sayısının yetersiz olması, soruların anlaşılabilmesi, soruların homojen dağılmaması, uygulama ve puanlama aşamalarında yapılan hatalar ölçme araçlarında güvenilirliği etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir. Bununla birlikte güvenilir bir ölçme aracı; değişmezliğin, yeterliliğin, eşdeğerliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasını hedefler (Esin, 2014; Çınkır ve Demirkasimoğlu, 2015).

Ölçme aracındaki değişmezlik ve tutarlılık, ölçme aracının tekrarlı ölçümlerde de benzer sonucu vermesi ile yakından ilgilidir. Ölçme aracının, aynı veya benzer bir niteliği ölçen başka bir ölçme aracıyla belli bir grup üzerinde elde edilen aynı veya benzer sonuçları vermesi durumudur. Ölçme aracının doğruluğu ise ölçme aracının gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğidir (Esin, 2014). Bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ne kadar hassas ölçtüğü ölçme aracının duyarlılığını ifade eder. Ölçme aracının duyarlılığı ölçme aracında yer alan ölçme birimleri ile ilgili olmakla birlikte, ölçme birimleri küçüldükçe ölçme aracının duyarlılığının artması beklenmektedir. Kararlılık, ölçme aracından elde edilen sonuçların zamana karşı değişmemesi olarak tanımlanabilir. Ölçme aracından elde edilen sonuçların benzer koşullar altında, belli bir zaman sonra aynı sonuçları vermesi beklenir (Ekiz, 2015; Seçer, 2015).

Bir ölçme aracında bütün soruların birbiriyle tutarlılığını ortaya koyan güvenilirlik hesaplaması, temelde bir ölçme aracının içindeki maddelerin birbiriyle olan ilişkisini gösterir. Ölçme aracının güvenilirliği güvenilirlik katsayısının hesaplanması ile belirlenir. Güvenirlik katsayısı olarak en sık kullanılan gösterge korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı “r” ile gösterilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü ifade eder. Korelasyon katsayısı -1 ile + 1 arasında değişen değerler alır. İki değişken arasında pozitif bir ilişkinin olması, her iki değişkenin de birlikte arttığını veya azaldığını gösterirken, değişkenler arasında negatif bir ilişki olması, değişkenlerden birinin artarken diğersinin azaldığına işaret eder (Ellez, 2014; Esin, 2014; Alpar, 2016; Özdamar, 2016).

Güvenirlikte, bir ölçme aracının aynı niteliği ölçüp ölçmediği onun birden fazla uygulanmasıyla belirlenir. Elde edilen sonuçlar arasında değişikliğin standart hatası hesaplanır. Standart hata büyüdükçe güvenilirlik azalır. Standart hatanın küçük olması, sonuçların gerçek puana yaklaşıyor olması anlamına gelmekte ve güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir (Çınkır ve Demirkasimoğlu, 2015; Veysel Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Ölçme aracıyla ilgili hata kaynaklarını mümkün olduğu kadar azaltmak ve ölçme aracının güvenilirliğini arttırmak için o ölçüm aracının bazı yöntemlerle güvenilirliğinin belirlenmesi gerekir. Bir ölçüm aracının güvenilirlik düzeyini yükseltmek için ölçüm aracının maddeleri açık bir şekilde ifade edilmelidir. Test maddelerinin sayısı arttırılmalıdır. Güçlük derecesi orta düzeyde olan test maddeleri geliştirilmelidir. Test içerik yönünden homojen maddelerden oluşturulmalıdır. Uygulama ve puanlama standart koşullarda yapılmalı ve puanlama objektif olmalıdır. Test maddelerini yanıtlayan bireylerin gösterebilecekleri tutarsızlıklara ve düzensizliklere duyarlı olmalıdır. Güvenirliği düşük bir ölçme aracının hiçbir bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenilirliğin yüksek olması da yapılan ölçmenin amacına uygun olarak yapıldığı anlamına gelmeyebilir (Karasar, 2014). Bir ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde en sık kullanılan yöntemler zamana karşı değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası uyum ve iç tutarlıktır (Esin, 2014; Karasar, 2014).

Değişmezlik: Zamana göre değişmezlik ölçme aracının benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığıyla yapılan ölçümler sonucunda benzer veya aynı sonuçlar elde edilmesidir. Bu doğrultuda aynı ölçme aracı farklı zamanlarda bireylere uygulandığında bireylerin ölçme aracı maddelerine verdikleri yanıtların tutarlı olması o ölçme aracının zamana göre değişmezliğini gösterir (Esin, 2014; Karasar, 2014). Değişmezlik, test tekrar test ve paralel form güvenilirliği ile sağlanır (Karasar, 2014).

Test tekrar test güvenilirliği, ölçme aracının aynı bireylere belli bir zaman aralığıyla iki defa uygulanmasıyla ve uygulamalar sonucunda elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanmasıyla belirlenen bir güvenilirlik yöntemidir. Bu yöntem ile ölçme aracının güvenilirlik değeri yüksek saptandığında, ölçme aracı ile ölçülen özelliğe ait puanların zaman ve koşullardan oluşabilecek hatalardan etkilenmediği kabul edilir (Tan, 2013). Bu yöntemin en kritik yönü, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığının iyi belirlenebilmesidir. Zamanın kısa olması, ölçüm aracının hatırlanması nedeniyle yüksek güvenilirlik ölçütüne, zamanın uzun olması ise ölçülen özellikte bazı değişimlerin meydana gelmesi nedeniyle güvenilirlik ölçütünün düşük çıkmasına neden olabilir (Karasar, 2014).

Bu doğrultuda olası faktörler dikkate alınarak ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullar altında önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar da kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanması önerilmektedir (Karasar, 2014; Alpar, 2016). Test tekrar test yönteminde

ölçme aracı aralıklı ve aralıksız yöntemden yararlanarak bireylere uygulanabilir. Aralıklı yöntemde ölçme aracı aynı gruba 2-4 hafta gibi belli bir aralıkta uygulanır. İlk uygulamadan ve son uygulamadan elde edilen puanlar karşılaştırılarak korelasyon katsayısı belirlenir. Aralıksız yöntemde ölçme aracı ara verilmeden ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır ve her iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısına bakılır (Karasar, 2014). Zamana göre değişmezlik ölçütü ile elde edilecek güvenilirlik katsayısı için, veri türüne göre uygun bir korelasyon çözümlemesi yapılır. Bu çoğu zaman Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile belirlenebilir. Bu katsayı 1'e yaklaştıkça iki uygulamadan elde edilen puanların birbirine yakın, 0'a yaklaştıkça da iki uygulamadan elde edilen puanların birbirinden farklı olduğu kabul edilir (Karasar, 2014; Alpar, 2016; Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

Paralel form güvenirligi, aynı özelliği ölçen bir testin iki eşdeğer formu olduğunda uygulanır. Bir ölçme aracı ile eşdeğer nitelikte geliştirilmiş başka bir ölçme aracı aynı bireylere aynı zamanlarda uygulanır. Birçok ölçeğin eşdeğer bir formu olmaması nedeniyle eşdeğer form araştırmacı tarafından hazırlanır. Fakat bu yöntemde iki eşdeğer formun madde sayıları ile maddelerin güçlük derecelerinin aynı olması, maddelerin niteliğinin ve ölçtüğü davranışlar bakımından benzer olması, aritmetik ortalamalarının ve standart sapmalarının da eşit olması gerekmektedir. Eşdeğer form geliştirmenin güç olması nedeniyle paralel form yöntemi araştırmacılar tarafından çok sık tercih edilmeyen bir yöntemdir (Karasar, 2014; Bayar ve Bayar, 2015; Alpar, 2016).

Bağımsız Gözlemciler Arası ve Bağımsız Gözlemciler İçi Uyum

Bağımsız gözlemciler arası uyum birden çok gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak aynı kavramı ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan yöntemdir. Gözlemciler önceden eğitime tabi tutularak aynı durum, aynı zamanda ve aynı ölçme aracı kullanılarak birbirinden bağımsız olarak ölçülür. Gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalaması alınarak her durum için tek bir değer bulunur. Birbirinden bağımsız olarak yapılan gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakınsa elde edilen ortalama değerlerin güvenirligi de o kadar yüksek elde edilir. Gözlemciler içi uyum güvenirliginde sadece tek bir gözlemci aynı durumu, farklı zamanlarda, aynı ölçüm aracı ile değerlendirerek ölçüm yapar. Burada gözlemcinin gözlemleri arasındaki uyuma bakılır (Esin, 2014; Alpar, 2016; Özdamar, 2016).

İç Tutarlılık

İç tutarlılıkta ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek için birbirinden bağımsız maddelerden oluştuğu, bu maddelerin ölçme aracının bütününe hizmet ettiği ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayılır. Ölçme aracında aynı özelliği ölçen maddelerin çıkartılması amacıyla yapılır. Ölçüm aracı bir kere uygulanarak tek ölçümle sonuç alındığı için ekonomik bir yöntemdir. Bu nedenle araştırmacıların sıklıkla kullandıkları bir ölçüttür. İç tutarlılığı ölçmek amacıyla yaygın olarak kullanılan yarıya bölme yöntemi, Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı, Kuder Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı ve Madde Toplam Puan Ölçek Güvenirliği-Kappa Uyum katsayısı olmak üzere dört yöntem bulunmaktadır.

Yarıya Bölme Yöntemi: Ölçüm aracındaki maddelerin belli bir yöntemle iki yarıya bölünerek iki yarıdan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Testin iki eşit yarıya bölünmesindeki amaç testin bir yarısı ile diğer yarısının aynı nitelikte olup, aynı şeyi ölçmeye çalıştığıdır. Eğer ölçekte iki yarı arasında böyle bir uyum yok ise bu yöntem kullanılamaz (Tan, 2013; Seçer, 2015). Ölçek maddeleri tek/çift, ilk yarı/son yarı ya da yansız olarak iki eş parçaya ayrılabilir. İki yarı arasındaki korelasyon yüksekse ve elde edilen test puanları arasında tutarlılık varsa, ölçme aracının tamamının birbiri ile yakından ilişkili maddelerden oluştuğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2010; Tan, 2013; Esin, 2014; Çinkır ve Demirkasımoğlu, 2015)

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı: Alpha güvenilirlik katsayısı tek bir uygulama gerektiren güvenilirlik yöntemlerinden biridir (Seçer, 2015). Ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olarak kullanılan Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı yöntemi, maddeler doğru/yanlış, evet/hayır, var/yok şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösterdiğinde kullanılır. Alpha Katsayısı toplam puanlar üzerine temellenen Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin hesaplanmasında yararlanır (Büyüköztürk, 2010; Esin, 2014; Çinkır ve Demirkasımoğlu, 2015; Özdamar, 2016). Ölçeğin Alpha Katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ile o derece tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu kabul edilir (Tan, 2013).

Kuder Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı (KR 20-21): Her bir maddenin paralel olduğu, aynı ortalama ve varyansa sahip olduğu varsayımından hareket eder. Bu yöntem Kuder Richardson tarafından geliştirilmiştir (Ellez, 2014). Ölçüm aracı sadece tek

bir kavramı ölçmek için kullanılıyorsa Kuder Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı bu aracı oluşturan maddelerin tutarlılığının belirlenmesini sağlar. Ölçek maddeleri evet- hayır gibi iki kategorili seçeneklerden oluşuyorsa ölçek maddeleri 0 ya da 1 şeklinde puanlanıyorsa ölçeğin güvenirliliği Kuder Richardson formülleri ile test edilir (Tan, 2013; Esin, 2014; Özdamar, 2016). Aynı zamanda bu yöntem testte yer alan her bir maddenin madde güçlük indekslerinin hesaplanmasında da kullanılır. Madde güçlük indekslerinin hesaplanmadığı durumlarda test maddelerinin güçlük indekslerinin eşit olduğu varsayımından yola çıkarak KR-21 iç tutarlılık güvenirlik katsayısı geliştirilmiştir. KR-21 madde güçlük indekslerinin eşit olduğu varsayımına dayandığı için madde güçlükleri arasındaki farklara duyarlı değildir. Bu nedenle KR-20 güvenirliliği, KR-21 güvenirliliğinin bir alt sınırı olarak yorumlanır (Ellez, 2014; Çınkır ve Demirkasımoğlu, 2015).

Madde Toplam Puan Ölçek Güvenirliliği-Kappa Uyum Katsayısı: Ölçeğin her bir maddesinin güvenirliliğinin hesaplanmasında sık kullanılan ve ölçek maddelerinin benzer davranışları ölçtüğü bir yöntemdir. Her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Her madde için korelasyon değeri hesaplanır. Her bir maddenin toplam puanla olan korelasyonu düşük ise bu sonuç o maddenin ölçekteki diğer maddelerle aynı niteliği ölçmediğini ifade eder. Diğer yandan maddenin toplam puanla olan korelasyonu yüksek ise o maddenin istenilen kavramı ölçmede etkin ve yeterli olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2010; Esin, 2014; Bayar ve Bayar, 2015; Özdamar, 2016).

2.5. Odak Grup Görüşmesi

Nitel araştırmalar belli bir konu ile ilgili bireylerin, toplumların, grupların gündelik hayatlarını yansıtarak bütüncül bir bakış açısıyla bakmayı hedefler. Nitel verilerin olayın gerçekleştiği ortamda toplanması, olayların olduğu zaman diliminde nasıl ve neden olduğu konusunda gerçek yaşama ilişkin bilgiler vermektedir. Nitel verilerin toplanmasında kullanılan pek çok yöntem olmakla birlikte, bunlardan biri de odak grup görüşmeleridir (Kılınç, 2015). Odak grup görüşmesi, belirli bir konu hakkında, önceden belirlenmiş bir grup katılımcının görüşlerini ve düşüncelerini öğrenmek amacıyla planlanmış bir çalışmadır. Burada amaç araştırılan konu ile ilgili katılımcıların düşüncelerini, değerlendirmelerini, deneyimlerini içeren zengin bir içerik ortaya koymaktır (Baş ve Akturan, 2017). Seçilen odak grubunun araştırılan konuyla ilgili ortak deneyim,

görüş ve beklentilere sahip temsili bir gruptan oluşması beklenmektedir. Odak grup görüşmelerinin kontrollü bir ortamda yapılması, çeşitli kayıt cihazları, raportör ve grup yöneticisi eşliğinde gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu nedenle görüşme öncesinde belirli bir ön hazırlık süreci gerekmekte; bu süreçte araştırmacı görüşme sorularını, katılımcıları, görüşme yerini, zamanını ve kullanacağı araçları belirleme sürecini iyi yönetmelidir. Görüşme sürecinin başlangıç aşamasında araştırmacı çalışmanın amacını ve kapsamını katılımcılara açıklamalı, hatta odak grup görüşmesi ile ilgili bir fikir sahibi olmayan katılımcıların endişelerini gidermek amacıyla, kısaca odak grup çalışmasının ne olduğu ve sürecin nasıl yürütüleceği hakkında kısa bir bilgi vermelidir (Erdoğan, 2014; Baş ve Akturan, 2017). Görüşmelerde ses-görüntü almak için kullanılan kayıt cihazlarının kullanım amacı hakkında bilgi verilerek katılımcıların izninin alınması gerekmektedir. Herhangi bir cihaz kullanmanın mümkün olmadığı ya da katılımcıların izin vermediği durumlarda kısaltmalar kullanılarak katılımcıların söyledikleri hızlı bir şekilde not edilmelidir (Erdoğan, 2014). Görüşmeyi yöneten kişinin görüşme sürecindeki ses tonu, beden dili, üslubu, vurguları ve davranışları bu süreci doğrudan etkilemektedir. Yöneticiden istenen, görüşmenin akışına göre katılımcılara uygun sorular sorması, yanıtlarını dikkatle dinlemesi, göz iletişimi kurması ve destekleyici sorularla katılımcıların tam olarak ne demek istediğini anlaması ve görüşmenin amacının dışına çıkmamasıdır. Diğer bir önemli nokta görüşmelerde bir veya iki kişi tarafından katılımcıların vurguladığı ifadelerin, yanıt veren kişinin üslubunun ve beden dilinin ayrıntılı olarak not edilmesi nitel görüşmenin güvenilirliği açısından oldukça önemli bir faktördür. Görüşmeler sonlandırılırken ortaya çıkan temel kavramların kısa bir tekrarı yapılarak katılımcılara eklemek istedikleri başka bir şey olup olmadığının sorulması tercih edilen bir davranıştır. Görüşme sonrasında elde edilen ifadeler ses kayıt cihazı ve raportörlerin tuttuğu notlar dikkate alınarak yazıya dökülür (Creswell, 2016; Baş ve Akturan, 2017). Araştırmacı elde ettiği verileri dikkatli bir şekilde okurken veri içerisindeki benzer ve farklı kavramları belirler. Araştırmacı verileri bütüncül bir şekilde anlamak için, verilerin içerik analizini yaparak verileri belirli boyutlarda irdeler. Bu boyutlara yapılan analizin niteliğine göre alt kategori, kategori, üst kategoriler oluşturularak veriler anlamlandırılmaya çalışılır (Çinkır ve Demirkasımoğlu, 2015).

Tablo 1. Geçerlik sınaama yöntemleri, kullanılabileceği durumlar ve istatistiksel yöntemler

Yöntem	Durum	İstatistiksel Yöntemler
Kapsam Geçerliği	Maddelerin ölçülecek olan kavramı temsil etme gücü	Uzman görüşleri doğrultusunda uzmanların verdikleri puanlar
Ölçüt Bağımlı Geçerlik		
-Yordama Geçerliği	Ölçek puanlarının gelecekteki tahmini bir durumla ilgili puanlar ile karşılaştırılması	Korelasyon Analizi
-Eş zaman Geçerliği	Ölçek puanlarının geçerlik-güvenirliği yapılmış başka bir ölçek ile karşılaştırılması	Korelasyon Analizi
Yapı Geçerliği		
-Faktör Analizi	Ölçek maddelerinin alt boyutlarına ayrılması ve incelenmesi	Doğrulayıcı/Açıklayıcı faktör Analizi
-Bilinen Grup Karşılaştırması	Ölçeğin bilinen bir grup üzerinde uygulanması	T testi
-Hipotez Sınanması	Aralarında ilişki olabileceği düşünülen kavramlara yönelik çıkarımlarda bulunma	Korelasyon Analizi
-Çok Değişkenli Çok Yönteimli Matriks	Ölçeğin aynı ya da farklı özellikteki test /testlerle ilişkisinin sınanması	Korelasyon Analizi
Görünüş Geçerliği	Ölçeğin ölçmek istediği niteliği ölçüyor görünmesi	Uzman Görüşü

Tablo 2. Güvenirlik sına yöntemleri, kullanılabileceği durumlar ve istatistiksel yöntemler

Yöntem	Durum	İstatistiksel Yöntemler
Değişmezlik		
-Test Tekrar Test	Ölçeğin aynı bireylere, aynı şartlar altında aralıklı/aralıksız olarak tekrar uygulanması	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
-Paralel Form	Ölçek ile aynı özelliği ölçen eşdeğer bir form kullanımı	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
Ölçüm Güvenirliği		
-Gözlemciler arası Uyum	İki ya da daha çok gözlemcinin aynı niteliği ölçmesi	Korelasyon Analizi, T testi
-Gözlemciler içi Uyum	Tek bir gözlemcinin aynı niteliği farklı zamanlarda ölçmesi	Korelasyon Analizi, T testi
İç Tutarlılık		
-Yarıya Bölme Yöntemi	Ölçeğin bir yarısı ile diğer yarısının aynı nitelikte olması (aynı güçlük derecesine sahip olması), aynı şeyi ölçmesi (Her iki yarıda varyanslar eşit ya da çok yakın ise)	Korelasyon Analizi
- Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı	Ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının hesaplanması	Cronbach's Alfa
-Kuder-Richardson 20-21 Güvenirlik Katsayısı	Ölçeği oluşturan maddelerin tutarlılığının bilinmesi	Sperman Brown KR-20-21
-Madde Toplam Puan Ölçek Güvenirliği	Ölçeğin her bir maddesinin güvenirliliğinin hesaplanması	Pearson Momentler Çarpımı Düzeltilmiş Formülü

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1. 1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Samsun Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğüne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyleri ile başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu doğrultuda acil hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyleri ile başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niceliksel yöntem, hemşirelerin ahlaki sıkıntı nedeniyle yaşadıkları fiziksel ve psikososyal sorunlar ile baş etme stratejilerine ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşabilmelerini sağlamak amacıyla “yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin” kullanıldığı niteliksel yöntemden yararlanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada Türkiye' de acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı varlığını objektif olarak değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmaması nedeniyle, yurt dışında geliştirilmiş olan iki ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.08.2016 - 01.08.2017 tarihleri arasında Samsun ili ve ilçelerinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğüne bağlı 17 hastanenin acil servisi (Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çarşamba Devlet Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi, Vezirköprü Devlet Hastanesi, Havza Devlet Hastanesi, Kavak Devlet Hastanesi, Ladik Devlet Hastanesi, Terme Devlet Hastanesi, Alaçam Devlet Hastanesi, Salıpazarı İlçe Devlet Hastanesi, 19 Mayıs İlçe Devlet Hastanesi, Asarcık Devlet Hastanesi, Ayvacık Devlet Hastanesi) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin ve çocuk acil servislerinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğüne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 319 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

N: Evren

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{319 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (319-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$(0,04)^2 \cdot (319-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5$$

n= 209

Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 209 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 252 hemşireye ulaşıncaya veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşireler alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 57 hemşirenin raporlu ve izinli olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte anket formu ve ölçekleri eksik dolduran 10 hemşire çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Anket formu ve ölçeklerin cevaplanma oranı % 78,9'dur.

Araştırmanın Nitel boyutunda örneklem seçimi

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye bir kod isim atanmış ve analiz sürecinde hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verilerinin toplanması aşamasında, veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Corley ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Hamric ve ark., 2012; Ameri ve ark., 2015) hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı anket formu ile “Ahlaki Sıkıntı Ölçeği”, “Ahlaki Sıkıntı Termometresi”, “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği”, “Hastane Etik İklim Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Anket formu ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket formu ve ölçekler acil serviste en az 6 aydır görev yapan, çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 25-30 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

Nitel Verilerin Toplanması

Acil serviste görev yapan toplam 23 hemşire ile beş ve altı kişilik gruplar halinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Hemşirelerin kendilerini rahat ifade edebilmeleri ve görüşme süresince rahatsız edilmemeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile sessiz, yeterli aydınlıkta ve ısıda olan acil servis dışında bulunan bir toplantı odası hazırlanmıştır. Odak grup görüşmeleri yaklaşık olarak 40-60 dakika arası sürmüştür. Görüşmelere başlamadan önce ilk olarak katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanıldığı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı ile ilgili bilgiler açıklanmış ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında iç geçerliği sağlamak üzere, katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Tüm görüşmeler sırasında katılımcıların tepkileri ve davranışları, birbirleriyle olan etkileşimleri iki gözlemci tarafından kayıt edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıttıcı anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 5 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu), çalışma özelliklerini içeren 22 soru (çalışma yılı, çalışma şekli, serviste çalışan toplam hemşire sayısı, çalışma statüsü, haftada toplam kaç saat çalıştığı, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, görev yaptığı bölümü isteyerek seçme durumu, çalıştığı kurumdaki iş doyum düzeyi vb.) ve acil serviste ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan durumlar ile başetme yöntemlerini içeren 7 soru (ahlaki sıkıntı ile karşılaşma durumu, ahlaki sıkıntının nedenleri, etkileri, ahlaki sıkıntı ile baş etmede yararlandıkları baş etme mekanizmaları, ahlaki sıkıntının neden olduğu olumsuz sonuçlar ve bu nedenle mesleğini bırakmayı düşünme durumu) olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır.

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress Scale)

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ilk olarak Corley tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği 38 maddeden oluşmaktadır (Corley ve ark., 2001). Corley ve arkadaşları (2001) ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ilk olarak yoğun bakım hemşireleri üzerinde gerçekleştirmişler ve ölçeğin yetişkin yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu bildirmişlerdir (Radzvin, 2011;Lazzarin, 2012;Kleinknecht dolf, 2015; Woods ve ark., 2015).

Ölçek daha sonra Hamric ve arkadaşları (2012) tarafından revize edilerek 21 maddeye indirgenmiş ve ölçeğin sonuna ahlaki sıkıntıya neden olan diğer faktörlere ilişkin ölçek skorunu etkilemeyen açık uçlu bir soru eklenmiştir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nde 21 maddenin her birinin ortaya çıkma sıklığını ve rahatsızlık seviyesini belirlemeye yönelik iki bölüm bulunmaktadır. Ölçeğin Sıklık bölümü 0= Asla ile 4=Çok Sık aralığında değerlendirilmektedir. Ölçeğin Rahatsızlık bölümü ise 0=Hiç ile 4=Çok fazla aralığında değerlendirmektedir.

Ölçek puanlanırken ilk olarak, 21 maddenin her birinde sıklık skoru ve rahatsızlık seviyesi skoru çarpılmakta ve her bir ölçek maddesi için 0-16 arasında değişen bir skor alınmaktadır. Bu skor sıklık (f) × rahatsızlık düzeyi (i) = (f × i) skoru şeklinde hesaplanmaktadır. Deneyimlenmeyen, az deneyimlenen veya minimal sıkıntı veren maddelerin sıklık × rahatsızlık düzeyi skorları düşük, sık deneyimlenen ve sıkıntı verici olanların sıklık × rahatsızlık düzeyi skorları daha yüksek belirlenmektedir. İkinci aşamada, her bir maddenin sıklık × rahatsızlık düzeyi skoru toplanarak karma skor elde edilmektedir. Bu skor şemasını kullanmak, hiç deneyimlenmeyen fakat sıkıntı verici olarak nitelendirilmeyip bu şekilde işaretlenen tüm maddelerin karma skordan çıkarılmasını sağlayarak gerçek ahlaki sıkıntıyı daha doğru yansıtmaktadır. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 336'dır. Ölçekten elde edilen toplam puan ahlaki sıkıntı düzeyi hakkında bilgi vermektedir (Epstein ve Hamric, 2009; Hamric, 2012). Ölçeğin farklı ülkelerde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Radzvin, 2011;Lazzarin, 2012; Kleinknecht dolf, 2015; Woods ve ark., 2015). Bu konuda yapılan bir çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı hemşireler için 0,89 ve hekimler için 0,67 ve tüm katılımcılar için 0,88 olarak saptanmıştır (Hamric ve ark., 2012). Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0,86 olarak belirlendi. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin Türk

toplumuna uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları için Hamric ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-9).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi (Moral Distress Thermometer)

Ahlaki Sıkıntı Termometresi, Wocial ve Weaver (2013) tarafından, klinik uygulamalarda yaşanan ahlaki sıkıntı düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu termometre hızlı ve kolay uygulanabilen görsel analog tipte bir ölçme aracı olmakla birlikte Corley'in orijinal ölçeğiyle tutarlılık ve paralellik göstermektedir (Wocial ve Weaver, 2013).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi, hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyini azaltmak için geliştirilen uygulamaların etkinliğini değerlendirmesi ve araştırmalarda bir tarama aracı olarak kullanılması nedeniyle önemli bir potansiyele sahiptir. Ahlaki sıkıntı'nın hızlı bir şekilde ölçümünü sağlamak ve zaman içinde ahlaki sıkıntı düzeyindeki değişimleri izleyebilmek açısından oldukça yararlıdır. Ahlaki sıkıntıyı daha somut olarak ölçmek için tasarlanan bu ölçek 0 ile 10 arasında değişen rakamlardan oluşmaktadır. Ölçek katılımcılardan "Geçtiğimiz hafta içerisinde yaşadıkları ahlaki sıkıntıyı tanımlayan rakamı işaretlemelerini" istemektedir. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nde verilen rakamlardan "0" ahlaki sıkıntının bulunmadığını, "1 ve 2" hafif düzeyde, "3 ve 4" rahatsız edici düzeyde, "5 ve 6" sıkıntı verici düzeyde, "7 ve 8" yoğun düzeyde, "9 ve 10" en yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı düzeyini ifade etmektedir (Wocial ve Weaver, 2013).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Türk toplumuna uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları için Wocial ve Weaver'dan izin alınmıştır (Ek-8).

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, 1989 yılında Carver, Scheier ve Weintraub tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005'de Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek bir açıklama paragrafı ile başlayan bir öz bildirim ölçeğidir. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 60 soru ile 15 alt boyuttan oluşmaktadır (pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme,

diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma). Alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermektedir. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmakta ve altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlanmaktadır. Bu yanıtlar doğrultusunda 1= Asla böyle bir şey yapmam, 2= Çok az böyle yaparım, 3= Orta derecede böyle yaparım, 4= Çoğunlukla böyle yaparım ifade etmektedir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun birey tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma imkanı vermektedir (Ağargün ve ark., 2005). Ağargün ve arkadaşları Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,79 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,88 olarak saptanmıştır. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Ağargün ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-11).

Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)

Hastane Etik İklim Ölçeği, 1995 yılında Olson tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2003 yılında Bahçecik ve Öztürk tarafından yapılmıştır. Bu ölçek hastane (6 madde), meslektaşlar (4 madde), hastalar (4 madde), yöneticiler (6 madde) ve hekimler (6 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi hazırlanmış olan bu ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup “hiç doğru değil”, “nadiren doğru”, “ara sıra doğru”, “genellikle doğru”, “her zaman doğru” şeklinde 1-5 puan aralığında sıralanmaktadır. Hastane Etik İklim Ölçeği'nden alınacak en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130'dur. Ölçekten elde edilen toplam puan hastane etik iklim algı düzeyini göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi hastane etik iklimine ilişkin algının pozitif yönde arttığını göstermektedir (Karagözoğlu ve ark., 2014). Olson Hastane Etik İklim Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısını 0,91; Bahçecik ve Öztürk (2003) ise 0,89 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada Hastane Etik İklim Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,95 olarak saptanmıştır. Hastane Etik İklim Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Bahçecik ve Öztürk'ten yazılı izin alınmıştır (Ek-10).

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken ahlaki sıkıntı yaşadıkları durumlar ile bu durumlarla başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Odak grup görüşmesinde sorulan sorular;

- Ahlaki sıkıntı kavramını daha önce hiç duydunuz mu? Bu kavram hakkında neler biliyorsunuz?
- Daha önce ahlaki sıkıntı yaşadınız mı ya da böyle bir duruma tanık oldunuz mu? Cevabınız evet ise bu durumu bizimle paylaşabilir misiniz?
- Ahlaki sıkıntı yaşanılmasına neden olan bu durumun neden/nedenleri nelerdir?
- Ahlaki sıkıntı yaşanılmasına neden olan bu durum sizi fiziksel, duygusal ya da ruhsal yönden nasıl etkiledi? Açıklayabilir misiniz?
- Yaşanılan ahlaki sıkıntının çözümlenebilmesi için yapılmasını önereceğiniz “doğru eylemi” yapma konusunda sizi engelleyen ya da alıkoyan faktörler nelerdir?
- Sizce çalışma ortamında ahlaki sıkıntı gelişmesine neden olabilecek durumları önlemek için hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ne/neler yapılabilir?

3.2.4. İstatistiksel Analiz

Nicel verilerin değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel veriler frekans, yüzde, ortalama- standart sapma, ortanca şeklinde sunulmuştur. Ölçek toplam puanları ile hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla normal dağılım gösteren, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda T testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyini yordayan değişkenlerin hangi sıra ile katkı sağladığını belirlemek amacıyla çoklu regresyon

analizi yapılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ile analiz edilmiştir. Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson ve Spearman Korelasyonu kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matriksi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermiştir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan dört oturum 1-4, her oturumdaki katılımcılar ise 1-6 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (örnek: O.1/K.1).

Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapılmıştır. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamlı olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar bulunarak, görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından da bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuş, kodların temalarla ilişkileri değerlendirilerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman iki kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verilmiştir. Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirliği artırmak için en çok kullanılan yöntemlerden biride ayrıntılı alıntılar yapmaktır. Bu nedenle çalışmanın niteliğini arttırmak için hemşirelerin ifadelerinden bazıları çalışmanın bulgularına alıntı olarak yansıtılmış ve eksiksiz olarak sunulmuştur. Nitel görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacı 18-20 Nisan 2017 tarihlerinde Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek-15).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulunun (14.10.2016/ Sayı: B.30. 2.ODM.0.20.08/419-503) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-12). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü (14.12.2016/Sayı: 54103609-604.02) (Ek-13) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (24.02.2017/ Sayı: 15374210-804.01-E.4922) (Ek-14) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşireler araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildikten sonra, çalışmaya katılmaya kabul konusunda bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın üçüncü aşamasında hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış, görüşmelerde ses kaydı kullanılacağı belirtilerek bu konuda katılımcılardan gerekli izinler alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Samsun il ve ilçelerinde bulunan 18 hastanede yürütülmüş olması, acil serviste çalışan tüm hemşirelere ulaşılmasını güçleştirmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında doğum izni ve yıllık izinde olan hemşirelere ulaşılabilmesi bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin yapısının faktör analizine uygun olmaması nedeniyle yapı geçerliğine bakılamamış, güvenilirlik çalışması kapsamında da Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı hesaplanamamıştır.

	2016								2017										2018									
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos-Aralık
Araştırma Konusunun Belirlenmesi	■	■																										
Araştırmanın Planlanması		■	■																									
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması			■																									
Etik Kurul Formunun Oluşturulması				■	■																							
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması						■																						
Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmalarının Yapılması						■	■																					
Ölçeğin Kapsam Geçerliği Çalışmalarının Yapılması							■	■																				
Ön Uygulamanın Yapılması									■																			
Ölçeğe Son Halinin Verilmesi									■	■																		
Nitel Verilerin Toplanması										■	■	■																
Nitel Verilerin Toplanması													■	■														
Verilerin Analizi															■	■	■	■	■	■								
Araştırmanın Rapor Edilmesi																					■	■	■	■	■	■	■	■

Şekil 1. Araştırma Planı

ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNDE AHLAKİ SIKINTI VE BAŞA ÇIKMA YOLLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER KONUSU ÇALIŞMANIN LİTERATÜR TARAMASI

ÇALIŞMANIN PLANLANMASI (ETİK KURUL İZİNİNİN ALINMASI VE ÇALIŞMADA KULLANILACAK DİĞER ÖLÇEKLERİN İZİNİNİN ALINMASI)

ÖLÇEK GEÇERLİK -GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARININ YAPILMASI

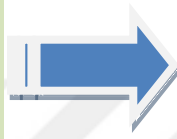
GEÇERLİK ÇALIŞMALARI

****Dil Geçerliği**

- İngilizceden Türkçeye çeviri
- Türkçeden İngilizceye çeviri

****Kapsam Geçerliği**

- Uzman görüşlerinin alınması
- Kendall uyumu katsayısının hesaplanması



****Ön Grup Çalışması**

- 50 kişilik bir grup üzerinde pilot çalışma yapıldı.

****Ölçeklere son şeklinin verilmesi**

NİCEL VERİLERİN TOPLANMASI

Örneklem büyüklüğü hesaplanarak Samsun il ve ilçelerinde bulunan Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı tüm hastanelerin acil servisinde çalışan 252 hemşireye anket formları ve ölçekler uygulandı.

GEÇERLİK ÇALIŞMALARI

****Yapı Geçerliği**

- KMO ve BTS analizi
- Doğrulayıcı faktör analizi

****Ölçüt Bağımlı Geçerlik**

- Eş zaman geçerliği

GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

****Değişmezlik**

- Test-tekrar test analizi

****İç Tutarlılık**

- Madde toplam puan korelasyon katsayısı
- Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

NİTEL VERİLERİN TOPLANMASI

- Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, görüşmeler ses kayıt cihazı eşliğinde yapıldı.
- Veri doygunluğu esasına göre 23 hemşire ile görüşmeler sonlandırıldı.

VERİLERİN ANALİZİ

Nicel Verilerin Analizi

Toplanan veriler bilgisayar ortamında SPSS Paket programına girilerek uygun istatistiksel analizler ile değerlendirildi.

Nitel Verilerin Analizi

Toplanan verilerin analiz matrisi oluşturularak, ana tema alt tema ve kodlar belirlenerek değerlendirildi

VERİLERİN RAPORLANMASI

Şekil 2. Araştırmanın Consort Şeması

4. BULGULAR

Acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörlere ilişkin nicel bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörler ile ilgili nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Dil Geçerliği

Bu aşamada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Türk toplumuna uyarlanması amacıyla yönelik olarak ölçeklerin dil eşdeğerliliğinin sağlanması ile ilgili çalışmalar yürütülmüştür. Ölçekler her iki dili iyi bilen alanında uzman dört kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Bu dört çeviri araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından düzenlenerek ve en uygun ifadeler seçilerek ölçekler tekrar oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçekler ana dili Türkçe olan, yurt dışında yaşayan, her iki kültürü de iyi bilen ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen, dört kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Ölçeklerin orijinali, Türkçe formu ve geri çevirisi olmak üzere her üç formunda karşılaştırılmış ve bütün formların birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Türkçeye çevrilen ölçekler dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları yönünden iki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmiş, uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeklere son şekli verilmiştir. Daha sonra, ölçekler kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 2 Öğretim Üyesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan 2 Öğretim Üyesi olmak üzere toplam 9 kişilik uzman grubunun görüşüne başvurulmuştur (Ek-16). Araştırmacı tarafından, ölçeğin İngilizce maddeleri ve Türkçe karşılığı arasındaki uyumu belirlemek ve ifadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için uzman görüşü formu hazırlanmıştır. Uzmanlar ölçeklerin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemiştir. Her bir maddeyi "1" ile "10" arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin kapsam geçerliği çalışması yapılmıştır. Uzmanların değerlendirmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendall Uyuşum Katsayısı istatistiksel analizi sonucunda, uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte uzmanların her iki ölçek için yaptıkları değerlendirmeler arasında da bir uyum olduğu görülmüştür (p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçeklerin Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon analizi test sonuçları

	W ^a	X ²	p
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	0,131	23,613	0,260
Ahlaki Sıkıntı Termometresi	0,299	7,477	0,188

W^a: Kendall Uyuşum Katsayısı X²:Kruskal Wallis test istatistiği

Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 4'te, Ahlaki Sıkıntı Termometresi maddelerine ilişkin veriler de Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 4. Uzmanların Ahlaki Sıkıntı Ölçek maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=9)

Ölçek Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama	Standart Sapma
M1	7	10	8,78	1,39
M2	6	10	9,22	1,39
M3	8	10	9,67	0,71
M4	8	10	9,56	0,73
M5	7	10	9,11	1,17
M6	8	10	9,33	0,87
M7	8	10	9,22	0,83
M8	9	10	9,78	0,44
M9	7	10	9,44	1,01
M10	7	10	9,33	1,00
M11	8	10	9,33	0,71
M12	8	10	9,22	0,83
M13	8	10	9,22	0,67
M14	9	10	9,56	0,53
M15	8	10	9,56	0,73
M16	9	10	9,78	0,44
M17	9	10	9,78	0,44
M18	9	10	9,89	0,33
M19	8	10	9,56	0,73
M20	7	10	9,22	0,97
M21	7	10	9,56	1,01

Tablo 5. Uzmanların Ahlaki Sıkıntı Termometresi maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=9)

Ölçek Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama	Standart Sapma
T1	6	10	8,60	1,67
T2	9	10	9,80	0,45
T3	8	10	9,40	0,89
T4	7	10	8,80	1,30
T5	8	10	9,40	0,89

Dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlanan Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin hemşireler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere örneklem grubunun özelliklerini taşıyan, araştırma kapsamına alınmayan 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası hemşirelerin büyük çoğunluğu Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin 4, 7 ve 12. maddelerini anlamakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda hemşirelerin görüşleri ile uzman görüşleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeklere son şekli verilmiştir.

4.1.3. Yapı Geçerliği

Ahlaki Sıkıntı Termometresi ahlaki sıkıntı düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen, görsel analog tipte, 0-10 arasında değişen rakamlardan oluşan, hızlı ve kolay uygulanabilen bir ölçüm aracıdır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin yapısının faktör analizine uygun olmaması nedeniyle yapı geçerliğine bakılamamıştır. Ölçeğin orijinal geçerlik - güvenilirlik çalışmasında, eş zaman geçerliğine bakılmış, ahlaki sıkıntının dinamik bir olgu olması ve değişebileceği gerekçesi ile zamana karşı değişmezliğine bakılamamıştır. Çalışmamızda ölçeğin eş zaman geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin sonuçlar bölüm 4.1.4'te sunulmuştur.

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygulanabilir olup olmadığını saptamak amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını ortaya çıkarmak için de Barlett's Test of Sphericity (BTS) analizlerinden yararlanılmıştır. Çalışmamızda KMO değeri 0,843 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi

uygulanması için yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı olması değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna ve verilerin faktör analizi için uygun olduğuna işaret etmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy ve Barlett's Test of Sphericity analizleri sonuçları (n:252)

Testler	Sonuçlar
Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,843
Approx. Chi-Square	1691,598
Barlett's Test of Sphericity df	210
P	0,000

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizinde öncelikle ölçüm modelini oluşturan maddeler için faktör yükleri (standardize regresyon katsayıları) incelenmekte ve 0,30'dan küçük madde faktör yüküne sahip maddeler yapıdan çıkarılmaktadır. İkinci olarak uyum iyiliği değerlerine bakılmaktadır. Modelin veriye uyumunun değerlendirilmesinde ki-kare testi yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak ki-kare testinin örneklem büyüklüğüne duyarlı olması nedeniyle ki-kareye alternatif birçok uyum iyiliği değeri geliştirilmiştir. Bunlar; GFI (Goodness of Fit Index/ İyilik Uyum İndeksi), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index/ Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi), IFI (Incremental Fit Index/ Fazlalık Uyum İndeksi), TLI (Tucker-Lewis Index/ Tucker-Lewis İndeksi) ve CFI (Comparative Fit Index/ Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) uyum iyiliği değerleridir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü: RMSEA (Root Mean Square of Error Approximation) serbestlik derecesi başına hesaplanan bir uyuşmazlıktır. Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü: SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) değeri ise gözlenen ve tahmin edilen kovaryanslar arasındaki farkı ifade etmektedir. RMSEA ve SRMR için 0,08'in altındaki değerler kabul edilebilir uyuma, 0,05'in altındaki değerler ise iyi uyuma işaret etmektedir. Bu çalışmada 21 maddeden oluşan Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'ne doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak ölçek maddelerinin geçerliği araştırılmıştır.

Tablo 7. Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

	Model Uyum İndeks Değerleri (İlk Hal)	Model Uyum İndeks Değerleri (Son Hal)	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	3,467	2,579	≤ 3 (4-5)
GFI	0,769	0,876	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,718	0,833	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,701	0,876	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
TLI (NNFI)	0,663	0,851	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
CFI	0,696	0,874	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
RMSEA	0,099	0,079	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,090	0,069	$\leq 0,10$ (0,10-0,15)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, **GFI**: İyi Uyum İndeksi, **AGFI**: Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi, **IFI**: Fazlalık Uyum İndeksi, **TLI**: Trucker-Lewis İndeksi, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **RMSEA**: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, **SRMR**: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

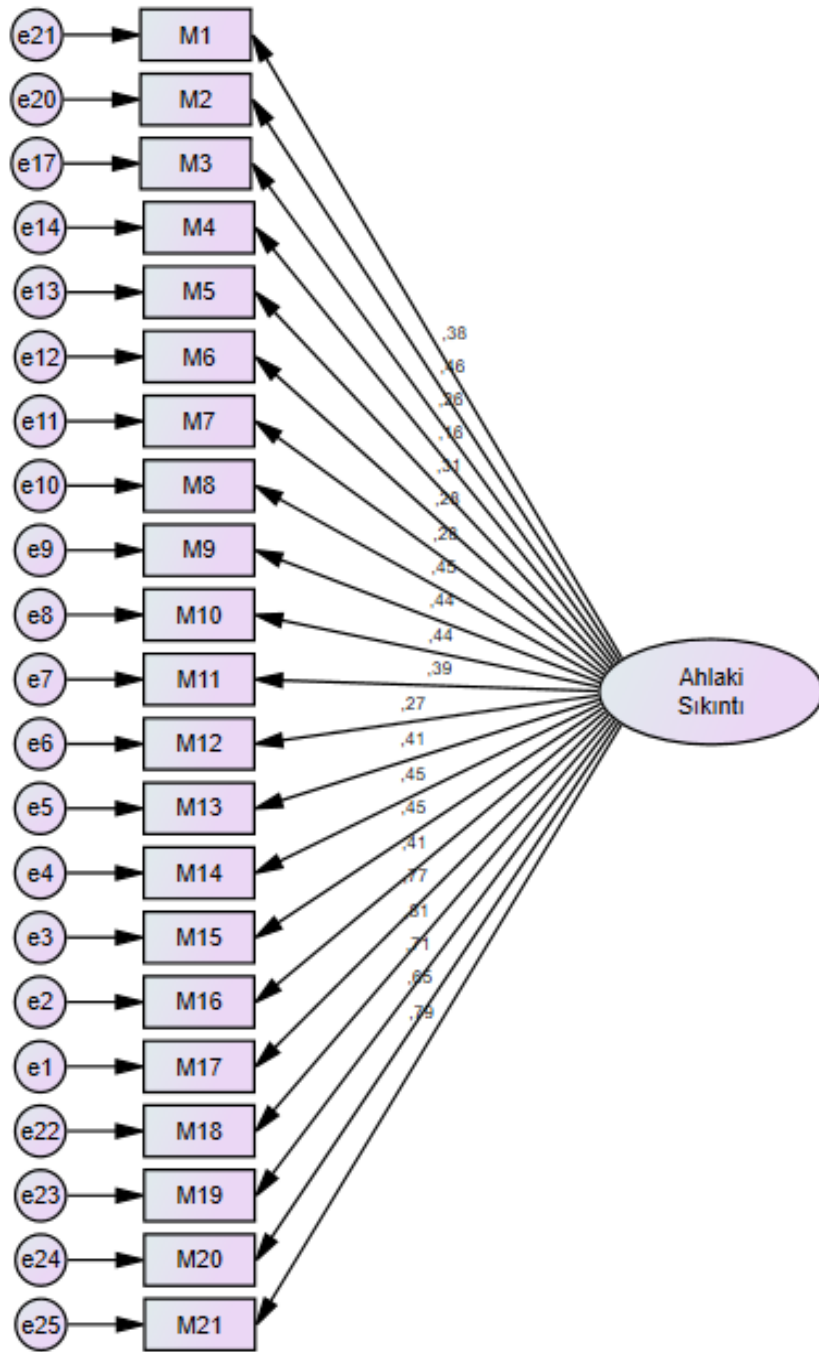
Tablo 7 incelendiğinde modelin hem ilk hali hem de uyum indekslerinin uyum değerlerinin altında olduğu görülmüştür. Bu nedenle modelde iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle yapıyı oluşturan 21 maddenin madde faktör yüklerini gösteren standardize regresyon katsayıları incelenmiştir. Tablo 8’de görüleceği üzere 3, 4, 6, 7 ve 12. maddelerin madde faktör yüklerinin 0,30’un altında olduğu belirlenmiş ve bu maddeler yapıdan çıkarılmıştır. Modelin ilk haline ilişkin path diagramı Şekil 3’te verilmiştir. 21 maddeden 5 madde çıkarıldığında tüm madde faktör yüklerinin 0,30’un üzerinde olduğu görülmüştür. Ancak model uyum katsayılarının yine uyum sağlamadığı saptanmıştır. Bu nedenle modifikasyonlar incelenmiştir. Ki-kare de en büyük değişimi sağlayacak 3 modifikasyon yapıldığında modelin kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Yapılan modifikasyonlar 9 ve 10. maddelerin hatalarının, 15 ve 16. maddelerin hatalarının, 17 ve 18. maddelerin hatalarının birleştirilmesini içermektedir. İlgili 5 madde çıkartıldıktan ve modifikasyonlar tamamlandıktan sonra modelin uyum indekslerinin ve madde faktör yüklerinin yeterli olduğu görülmüştür. Sonuç olarak 16 madde ile ölçüm modeli doğrulanmıştır. Modelin doğrulanan son haline ilişkin madde faktör yükleri Tablo 8’ de, path diagramı ise Şekil 4’te verilmiştir. Elde edilen yeni ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 252 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 8. Madde Faktör yükü değerleri

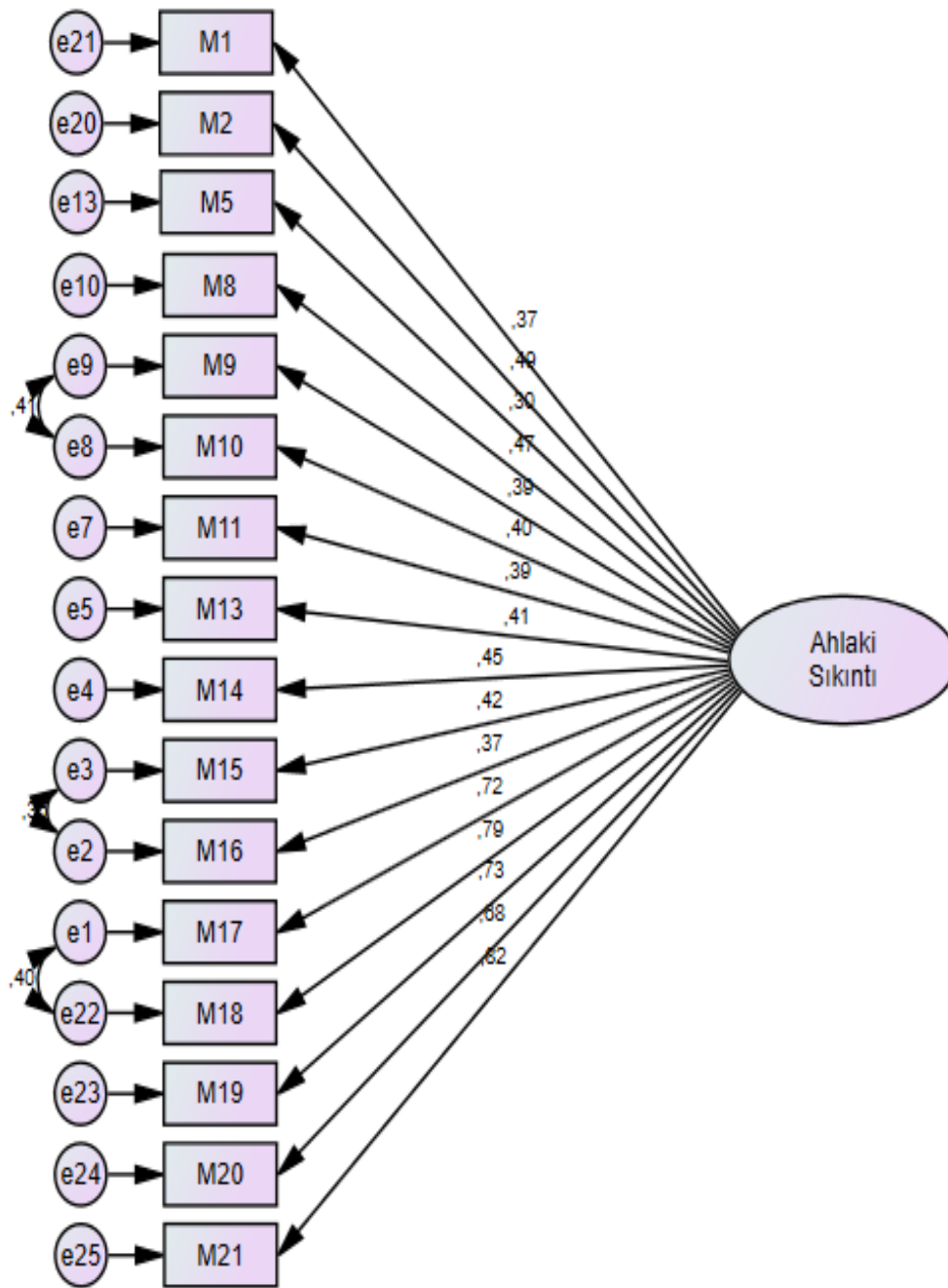
Madde İfadeler	Faktör Yüğü (İlk Hal)	Faktör Yüğü (Son Hal)
M1 Yöneticilerin veya sosyal güvenlik sisteminin masrafları azaltma baskısı nedeniyle, optimal bakımdan daha azını sunmak.	0,380	0,368
M2 Sağlık çalışanlarının bir hasta veya ailesini "boş yere umutlandırdığına" tanık olmak.	0,462	0,487
M3 Hasta için yararlı olmadığına inandığım halde, yaşam desteğine devam etme konusunda ailenin isteğine uymak.	0,255	-
M4 Sadece ölümü geciktireceğini düşünsem de, kapsamlı hayat kurtarıcı eylemlere başlamak.	0,157	-
M5 Ailenin isteği üzerine, ölmek üzere olan ve ölüm hakkında sorular soran bir hasta ile ölüm hakkında konuşmamak.	0,314	0,302
M6 Doktorun order ettiği, hastaya yararı olmayacağını düşündüğüm testleri ve tedavileri uygulamak.	0,281	-
M7 Yaşam desteğinin çekilmesiyle ilgili karar verecek kimse olmadığına, solunum cihazına bağlı umutsuz bir hastanın bakımına devam etmek.	0,276	-
M8 Bir doktor ya da hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yapıp bunu bildirmedeğini öğrendiğimde, konuyla ilgili bir şeyler yapmaktan kaçınmak.	0,455	0,466
M9 Benim düşünceme göre, yetersiz bakım sunan bir doktora yardımcı olmak.	0,442	0,392
M10 Bakımları konusunda kendimi yeterince donanımlı hissetmediğim hastalara bakım vermek durumunda kalmak.	0,440	0,403
M11 Öğrencilerin yalnızca becerilerini artırmak için, hastalara ağırlı işlemler uyguladıklarına tanık olmak.	0,388	0,388
M12 Doktor ağrı kesicinin dozunu arttırdığında, hastanın ölebileceğinden korktuğu için, hastanın acısını dindirmeyen bir bakım sunmak.	0,272	-
M13 Doktorun isteği doğrultusunda hastanın prognozunu hasta ve ailesi ile tartışmamak.	0,412	0,408
M14 Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif/opiyat dozlarını arttırmak.	0,448	0,451
M15 Gözlemlenen bir etik konu hakkında bir ekip üyesi veya yetkili konumdaki bir kişi tarafından "hiçbir şey yapmamam" istendiği için bir şey yapmamak.	0,447	0,423

Tablo 8. Madde Faktör yükü değerleri (devam)

Madde İfadeler	Faktör Yüğü (İlk Hal)	Faktör Yüğü (Son Hal)
M16 Hastanın tedavisinde hasta ailesi ile aynı fikirde olmasam da, dava edilme korkusu nedeniyle onların istekleri doğrultusunda hareket etmek.	0,412	0,366
M17 Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak.	0,773	0,720
M18 Yetersiz ekip iletişimi nedeniyle hasta bakım kalitesindeki azalmaya tanık olmak.	0,815	0,794
M19 Bilgilendirilmiş onam alınırken, hastalara yeterli bilginin verilmediği durumları göz ardı etmek.	0,714	0,727
M20 Bakım sağlayan kişilerin sürekli olmaması nedeniyle, hasta bakımının zarar gördüğünü gözlemlemek.	0,646	0,676
M21 Hasta bakımının güvenliği açısından yeterli olmadığını düşündüğüm farklı düzeyde hemşire veya diğer sağlık hizmeti sunan kişiler ile birlikte çalışmak.	0,789	0,817



Şekil 3. İlk hal path diyagramı



Şekil 4. Son hal path diagramı

4.1.4. Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Test puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisini inceleyen bir yöntem olan ölçüt bağıntılı geçerlik, eşzaman ve yordama geçerliği olmak üzere iki farklı boyutta incelenmektedir. Çalışmamızda eşzaman geçerliğine bakılmış; katılımcıların Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi'ne verdikleri puanların korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Uygulanan korelasyon analizine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi skorları arasında %40,8'lik istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= 0,408, p<0,001$).

4.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1. Değişmezlik/ Test Tekrar Test Güvenirliği

Ölçek uyarlamada test-tekrar test, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı bir sonuç verebilme özelliğini ve zamana karşı değişmezliğini göstermekle birlikte her iki ölçüm sonucunun benzer olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Ölçekler 60 kişilik bir örneklem grubuna iki hafta arayla uygulanmıştır. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin test-tekrar test sonuçları sınıf içi korelasyon katsayısı ile incelendiğinde, ölçek toplam puanı için test-tekrar test ile arasındaki uyumlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bu ilişkiye ait korelasyon değerinin $r= 0,748, p<0,001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre ölçek puanları ile test tekrar test arasında %74,8'lik yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgu Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin test ve tekrar test sonuçlarının benzer olduğunu göstermekle birlikte ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını desteklemektedir. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin orijinal geçerlik-güvenirlik çalışmasında ahlaki sıkıntının dinamik bir olgu olması ve değişebileceği gerekçesi ile zamana karşı değişmezliğine bakılmamıştır. Bu nedenle Ahlaki Sıkıntı Termometresi ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmış ve aralarında orta düzey pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç doğrultusunda Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin ahlaki sıkıntıyı ölçtüğünü söyleyebiliriz.

4.2.2. İç Tutarlılık

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayılarına bakılmıştır.

Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren yöntemlerden biri de madde toplam puan korelasyon katsayılarının hesaplanmasıdır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyon katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 9'da sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerinin madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,314 ile 0,698 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu çalışmada 16 maddeden her birinin çıkarılması durumunda Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerinin daha yüksek bir değer alamayacağı belirlenmiştir (Tablo 9). Sonuç olarak 16 madde ile yapının iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach $\alpha >0,700$).

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Örneklem ile aynı özellikleri taşımasına karşın araştırma kapsamına alınmayan 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ölçeğin dil ve kapsam geçerliği çalışmaları yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,76 olarak saptanmıştır. Gerekli düzenlemeler sonrasında Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin son hali oluşturulmuştur. Samsun il merkezi ve ilçelerinde Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışan 252 hemşire üzerinde ölçeğin güvenilirlik çalışmaları yürütülmüştür. Tablo 9 incelendiğinde 16 madde ile doğrulanan yapının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ile incelenmiştir. Bu çalışmada 16 madde ile oluşturulan yapının güvenilirlik seviyesi 0,863 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Türkçe formlarının acil hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyini ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir araçlar olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonu

	Ölçek Maddeleri	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach α
M1	Yöneticilerin veya sosyal güvenlik sisteminin masrafları azaltma baskısı nedeniyle, optimal bakımdan daha azını sunmak.	0,379	0,861
M2	Sağlık çalışanlarının bir hasta veya ailesini “boş yere umutlandığına” tanık olmak.	0,431	0,858
M5	Ailenin isteği üzerine, ölmek üzere olan ve ölüm hakkında sorular soran bir hasta ile ölüm hakkında konuşmamak	0,314	0,862
M8	Bir doktor ya da hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yapıp bunu bildirmediyini öğrendiğimde, konuyla ilgili bir şeyler yapmaktan kaçınmak.	0,471	0,856
M9	Benim düşünceme göre, yetersiz bakım sunan bir doktora yardımcı olmak.	0,446	0,857
M10	Bakımları konusunda kendimi yeterince donanımlı hissetmediğim hastalara bakım vermek durumunda kalmak.	0,444	0,857
M11	Öğrencilerin yalnızca becerilerini artırmak için, hastalara ağırlı işlemler uyguladıklarına tanık olmak.	0,401	0,859
M13	Doktorun isteği doğrultusunda hastanın prognozunu hasta ve ailesi ile tartışmamak.	0,431	0,858
M14	Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif/opiyat dozlarını arttırmak.	0,482	0,856
M15	Gözlemlenen bir etik konu hakkında bir ekip üyesi veya yetkili konumdaki bir kişi tarafından “hiçbir şey yapmamam” istendiği için bir şey yapmamak.	0,426	0,858
M16	Hastanın tedavisinde hasta ailesi ile aynı fikirde olmasam da, dava edilme korkusu nedeniyle onların istekleri doğrultusunda hareket etmek.	0,389	0,860
M17	Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak.	0,657	0,846
M18	Yetersiz ekip iletişimi nedeniyle hasta bakım kalitesindeki azalmaya tanık olmak.	0,698	0,844
M19	Bilgilendirilmiş onam alınırken, hastalara yeterli bilginin verilmediği durumları göz ardı etmek.	0,641	0,847
M20	Bakım sağlayan kişilerin sürekli olmaması nedeniyle, hasta bakımının zarar gördüğünü gözlemlemek.	0,550	0,852
M21	Hasta bakımının güvenliği açısından yeterli olmadığını düşündüğüm farklı düzeyde hemşire veya diğer sağlık hizmeti sunan kişiler ile birlikte çalışmak.	0,696	0,844

4.3. Nicel Bulgular

4.3.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 10. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=252)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları 32,31±7,73	18-26 yaş	63	25,0
	27-35 yaş	95	37,7
	36-44 yaş	78	31,0
	45 yaş ve üzeri	16	6,3
Medeni durum	Evli	164	65,1
	Bekar	88	34,9
Cinsiyet	Kadın	175	69,4
	Erkek	77	30,6
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	60	23,8
	Önlisans	89	35,3
	Lisans	95	37,7
	Yüksek Lisans	8	3,2
Gelir durumu	1700-2000 TL	10	4,0
	2100-3900 TL	193	76,6
	4000-5000 TL	49	19,4

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %65,1'inin evli, %34,9'unun bekar olduğu, %69,4'ünü kadınların, %30,6'sını erkeklerin oluşturduğu, %37,7'sinin lisans, mezunu olduğu, %76,6'sının 2100-3900 TL arası gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamaları 32,31±7,73'tür (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=252)

Özellikler	n	%	
Çalışma statüsü	Kadrolu	235	93,3
	Sözleşmeli	17	6,7
Çalışma yılı	0-2 yıl	27	10,7
	3-9 yıl	91	36,1
	10-20 yıl	104	41,3
	21 yıl ve üzeri	30	11,9
Acil serviste çalışma yılı	0-2 yıl	81	32,1
	3-9 yıl	129	51,2
	10 yıl ve üzeri	42	16,7
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı 25,40±11,97	8-15 hemşire	78	31,0
	16-25 hemşire	67	26,6
	26-36 hemşire	52	20,6
	37 ve üzeri hemşire	55	21,8
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	173	68,6
	Eleman yetersizliği	42	16,7
	Raslantı sonucu	33	13,1
	Diğer	4	1,6
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	39	15,5
	Vardiyalı	211	83,7
	Diğer	2	,8
Haftada toplam kaç saat çalıştığı 48,13±8,15	24-40 saat arası	79	31,4
	41-49 saat arası	121	48,0
	50 saat ve üzeri	52	20,6
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	123	48,8
	Hayır	23	9,1
	Kısmen	106	42,1
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	61	24,2
	Hayır	93	36,9
	Kısmen	98	38,9
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	122	48,4
	Kısmen isteyerek	107	42,5
	İstemeyerek	23	9,1

Tablo 11. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (devam)

Özellikler	n	%	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	165	65,5
	Sevmiyor	24	9,5
	Kararsız	63	25,0
Mesleği kişiliğine uygun bulma durumu	Hiçbir zaman	16	6,4
	Bazen	152	60,3
	Her zaman	84	33,3
İş doyum düzeyi	İyi	44	17,5
	Orta	182	72,2
	Kötü	21	8,3
	Çok kötü	5	2,0
Çalışılan bölümde bakım ve uygulamalar ile ilgili olarak bağımsız karar verebilme durumu	Evet	48	19,1
	Hayır	53	21,0
	Kısmen	151	59,9
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu	Hiçbir zaman	4	1,6
	Bazen	194	77,0
	Her zaman	54	21,4
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	20	8,0
	Hayır	96	38,1
	Bazen	112	44,4
	Kararsızım	24	9,5
Mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	210	83,3
	Hayır	42	16,7
Mezuniyet sonrası iş yaşantısında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	185	73,4
	Hayır	67	26,6
Çalışılan kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	27	10,7
	Hayır	98	38,9
	Bilmiyorum	127	50,4
Çalışma hayatı süresince etik komitede görev alma durumu	Evet	6	2,4
	Hayır	246	97,6
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu	Evet	90	35,7
	Hayır	162	64,3

Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 11’de sunulmuştur. Hemşirelerin %93,3’ünün kadrolu olarak çalıştığı, %41,3’ünün 10-20 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu, %51,2’sinin 3-9 yıldır acil serviste çalıştığı, %83,7’sinin vardiyalı olarak çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin %68,6’sının acil serviste isteyerek çalıştığı, %48,8’inin acil serviste çalışmaktan memnun olduğu, %38,9’unun ekonomik olarak mesleğini kısmen tatmin edici bulduğu, %48,4’ünün hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %65,5’inin hemşirelik mesleğini sevdiği, %60,3’ünün mesleği kişiliğine bazen uygun bulduğu, %72,2’sinin iş doyumunu “orta düzey” olarak tanımladığı, %59,9’unun çalıştıkları bölümde bakım ve uygulamalar hakkında “kısmen bağımsız olarak karar” verebildiği, %77,0’sinin iş yaşantısında kendisini “bazen” tükenmiş hissettiği, %44,4’ünün “bazen” mesleğine karşı yabancılaştığı, %83,3’ünün mesleki eğitimi sırasında ve %73,4’ünde mezuniyet sonrası etik ile ilgili bir eğitim aldığı, %50,4’ünün çalıştığı kurumda etik komite bulunup bulunmadığı hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadığı, %97,6’sının çalışma hayatı süresince etik komitede görev almadığı, %64,3’ünün hemşirelik alanında herhangi bir sertifikasının olmadığı saptanmıştır. Acil serviste çalışan hemşire sayısı ortalaması $25,40 \pm 11,97$, hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması $48,13 \pm 8,15$ olarak belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı (n=252)

Özellikler	n	%		
Mesleki yaşantıda ahlaki sıkıntıya neden olan herhangi bir olayla karşılaşma durumu	Evet	158	62,7	
	Hayır	94	37,3	
*Ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan bu durumun neden/nedenleri	Yöneticilerden kaynaklanan sorunlar	76	17,9	
	Kurumdan kaynaklanan sorunlar	54	12,7	
	Çalışılan ekip ile iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar	54	12,7	
	Hastadan kaynaklanan sorunlar	108	25,5	
	Hasta yakınlarından kaynaklanan sorunlar	128	30,3	
	Diğer	4	0,9	
	*Ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan bir durumla karşılaşıldığında hissedilen duygu/duygular	Korku	53	5,9
		Uykusuzluk	60	6,7
Endişe		107	12	
Baş ağrısı		86	9,7	
Üzüntü		148	16,6	
Halsizlik		41	4,6	
Stres		206	23,1	
İshal		9	1,0	
Kendine güvensizlik		24	2,7	
Taşikardi		31	3,5	
Tükenmişlik		101	11,3	
Kendini yetersiz hissetme		23	2,7	
Diğer		2	0,2	
*Ahlaki sıkıntı yaşanan durumlarla baş edebilmek için yararlanılan yöntem/yöntemler		Aileden destek alma	106	19,6
	Arkadaşlardan destek alma	149	27,5	
	Sosyal aktivitelere katılma	74	13,7	
	Meslektaşlarından destek alma	162	29,9	
	Yöneticilerden destek alma	29	5,4	
	Bu konuda uzman birinden psikolojik destek alma	19	3,5	
	Diğer	2	0,4	

Tablo 12. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
*Çalışma ortamında yaşanan ahlaki sıkıntının olumsuz sonuç/sonuçları	Hasta bakım kalitesinin düşmesi	127	20,3
	Gereksiz zaman kaybı	115	18,4
	Gereksiz kaynak tüketimi	56	8,9
	Mesleki tükenmişlik	197	31,5
	Ekip anlayışından uzak bir çalışma ortamı	79	12,6
	Hasta/ailesine yararlı olmama zarar verme	50	8,0
	Diğer	2	0,3
Ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	65	25,8
	Hayır	187	74,2
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu	Evet	115	45,6
	Hayır	79	31,4
	Kararsızım	58	23,0

*Birden fazla cevap verilmiştir

Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 12’de sunulmuştur. Hemşirelerin %62,7’sinin mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan bir olayla karşılaştığı, %30,3’ünün ahlaki sıkıntının hasta yakınlarından kaynaklandığını belirttiği, %23,1’inde ahlaki sıkıntının strese neden olduğu, %29,9’unun yaşadıkları ahlaki sıkıntıyı çözümlenebilmek için meslektaşlarından destek aldığı, %31,5’inin ahlaki sıkıntının mesleki tükenmişlik gelişmesine neden olabileceğini ifade ettiği, %74,2’sinin ahlaki sıkıntı yaşanmasına yol açan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünmediği ve %45,6’sında mesleği bırakmayı düşündüğü saptanmıştır (Tablo 12).

4.3.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 13. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerinin sıklık ve rahatsızlık düzeyi boyutlarında ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Maddeleri	Sıklık		Rahatsızlık Düzeyi			
	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)	A.O	SS	Ortanca (Min-Mak)
Yöneticilerin veya sosyal güvenlik sisteminin masrafları azaltma baskısı nedeniyle, optimal bakımdan daha azını sunmak.	1,84	1,25	2±(0-4)	2,20	1,34	2±(0-4)
Sağlık çalışanlarının bir hasta veya ailesini "boş yere umutlandırdığına" tanık olmak.	1,01	1,06	1±(0-4)	1,52	1,40	1±(0-4)
Ailenin isteği üzerine, ölmek üzere olan ve ölüm hakkında sorular soran bir hasta ile ölüm hakkında konuşmamak	1,67	1,26	2±(0-4)	1,77	1,29	2±(0-4)
Bir doktor ya da hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yapıp bunu bildirmediğini öğrendiğimde, konuyla ilgili bir şeyler yapmaktan kaçınmak.	1,23	1,17	(0-4)	1,97	1,48	2±(0-4)
Benim düşünceme göre, yetersiz bakım sunan bir doktora yardımcı olmak.	1,82	1,25	2±(0-4)	1,86	1,35	2±(0-4)
Bakımları konusunda kendimi yeterince donanımlı hissetmediğim hastalara bakım vermek durumunda kalmak.	1,60	1,14	1±(0-4)	1,93	1,27	2±(0-4)
Öğrencilerin yalnızca becerilerini artırmak için, hastalara ağırlı işlemler uyguladıklarına tanık olmak.	1,31	1,27	1±(0-4)	1,92	1,49	2±(0-4)
Doktorun isteği doğrultusunda hastanın prognozunu hasta ve ailesi ile tartışmamak.	1,30	1,24	1±(0-4)	1,56	1,36	1±(0-4)
Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif/opiyat dozlarını arttırmak.	0,94	1,10	1±(0-4)	1,56	1,43	1±(0-4)

Tablo 13. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerinin sıklık ve rahatsızlık düzeyi boyutlarında ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Maddeleri	Sıklık			Rahatsızlık Düzeyi		
	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)	A.O	SS	Ortanca (Min-Mak)
Gözlemlenen etik bir konu hakkında bir ekip üyesi veya yetkili konumdaki bir kişi tarafından “hiçbir şey yapmamam” istendiği için bir şey yapmamak.	1,33	1,04	1±(0-4)	1,92	1,35	2±(0-4)
Hastanın tedavisinde hasta ailesi ile aynı fikirde olmasam da, dava edilme korkusu nedeniyle onların istekleri doğrultusunda hareket etmek.	1,27	1,20	1±(0-4)	1,94	1,52	2±(0-4)
Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak.	1,85	1,22	2±(0-4)	2,39	1,38	3±(0-4)
Yetersiz ekip iletişimi nedeniyle hasta bakım kalitesindeki azalmaya tanık olmak.	1,74	1,25	2±(0-4)	2,33	1,35	2±(0-4)
Bilgilendirilmiş onam alınırken, hastalara yeterli bilginin verilmediği durumları göz ardı etmek.	1,54	1,20	1±(0-4)	2,13	1,41	2±(0-4)
Bakım sağlayan kişilerin sürekli olmaması nedeniyle, hasta bakımının zarar gördüğünü gözlemlemek.	1,58	1,20	1±(0-4)	2,10	1,37	2±(0-4)
Hasta bakımının güvenliği açısından yeterli olmadığını düşündüğüm farklı düzeyde hemşire veya diğer sağlık hizmeti sunan kişiler ile birlikte çalışmak.	1,68	1,24	1±(0-4)	2,14	1,34	2±(0-4)

***A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin madde puan ortalamaları Tablo 13'te sunulmuştur. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin hem sıklık düzeyi hemde rahatsızlık düzeyi ölçümünde en yüksek ortalamayı “Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak” maddesinden aldıkları görülmüştür. Sıklık düzeyi ölçümünde ise en düşük ortalamayı ise “Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif /opiyat dozlarını arttırmak” maddesinden, rahatsızlık düzeyi ölçümünde ise en düşük ortalamayı “Sağlık çalışanlarının bir hasta veya ailesini boş yere umutlandığına tanık olmak” maddesinden aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin madde puan ortalamaları $0,94 \pm 1,10$ ile $2,39 \pm 1,38$ arasında değişmektedir (Tablo 13).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin sonunda yer alan ve ölçek skorunu etkilemeyen açık uçlu soruya, araştırmaya katılan hemşirelerin “Çalıştığınız kurumda hasta bakımının uygulanış biçiminin yarattığı ahlaki sıkıntı nedeniyle klinik görevinizden ayrılmayı hiç düşündünüz mü veya ayrıldınız mı?” sorusuna, %72,6'sının “Hayır pozisyonumdan ayrılmayı hiç düşünmedim”, %24,6'sının “Evet ayrılmayı düşündüm, ama ayrılmadım”, %2,8'inin “Evet görevimden ayrıldım” cevabını verdikleri saptanmıştır. Ölçekte son soru olan “Şu andaki pozisyonunuzdan ayrılmayı düşünüyor musunuz?” sorusuna hemşirelerin %20,6'sının “evet”, %79,4'ünün “hayır” cevabını verdikleri belirlenmiştir (Tabloda verilmemiştir).

Tablo 14. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Maddeleri	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
Yöneticilerin veya sosyal güvenlik sisteminin masrafları azaltma baskısı nedeniyle, optimal bakımdan daha azını sunmak.	5,25	5,16	4±(0-16)
Sağlık çalışanlarının bir hasta veya ailesini "boş yere umutlandırdığına" tanık olmak.	2,30	3,34	1±(0-16)
Ailenin isteği üzerine, ölmek üzere olan ve ölüm hakkında sorular soran bir hasta ile ölüm hakkında konuşmamak	3,51	3,98	3±(0-16)
Bir doktor ya da hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yapıp bunu bildirmedeğini öğrendiğimde, konuyla ilgili bir şeyler yapmaktan kaçınmak.	3,07	3,98	2±(0-16)
Benim düşünceme göre, yetersiz bakım sunan bir doktora yardımcı olmak.	4,15	4,61	3±(0-16)
Bakımları konusunda kendimi yeterince donanımlı hissetmediğim hastalara bakım vermek durumunda kalmak.	3,86	4,00	3±(0-16)
Öğrencilerin yalnızca becerilerini artırmak için, hastalara ağırlı işlemler uyguladıklarına tanık olmak.	3,58	4,72	1±(0-16)
Doktorun isteği doğrultusunda hastanın prognozunu hasta ve ailesi ile tartışmamak.	2,81	4,09	1±(0-16)
Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif/opiyat dozlarını arttırmak.	2,08	3,28	1±(0-16)
Gözlemlenen bir etik konu hakkında bir ekip üyesi veya yetkili konumdaki bir kişi tarafından "hiçbir şey yapmamam" istendiği için bir şey yapmamak.	3,13	3,48	2±(0-16)
Hastanın tedavisinde hasta ailesi ile aynı fikirde olmasam da, dava edilme korkusu nedeniyle onların istekleri doğrultusunda hareket etmek.	3,31	4,33	2±(0-16)
Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak.	5,51	5,09	4±(0-16)
Yetersiz ekip iletişimi nedeniyle hasta bakım kalitesindeki azalmaya tanık olmak.	5,15	5,03	4±(0-16)
Bilgilendirilmiş onam alınırken, hastalara yeterli bilginin verilmediği durumları göz ardı etmek.	4,19	4,62	3±(0-16)
Bakım sağlayan kişilerin sürekli olmaması nedeniyle, hasta bakımının zarar gördüğünü gözlemlemek.	4,33	4,66	3±(0-16)
Hasta bakımının güvenliği açısından yeterli olmadığını düşündüğüm farklı düzeyde hemşire veya diğer sağlık hizmeti sunan kişiler ile birlikte çalışmak.	4,67	5,05	3±(0-16)

***A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri Tablo 14’te verilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin en yüksek puanı “Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak” ($5,51\pm 5,09$), en düşük puanı ise “Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif /opiyoat dozlarını arttırmak ($2,08\pm 3,28$)” maddelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 14). Ölçeğin toplam puan ortalaması $60,90 \pm 40,07$ ve ortanca puanı $53\pm(0-191)$ olarak saptanmıştır.

Tablo 15. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
Yaş grupları	18-26 yaş	63	48,98±29,67
	27-35 yaş	95	65,96±42,89
	36-44 yaş	78	64,03±41,05
	45 yaş ve üzeri	16	62,63±47,36
Medeni durum	Evli	164	64,35±40,86
	Bekar	88	54,48±37,95
Cinsiyet	Kadın	175	59,64±40,23
	Erkek	77	63,78±39,82
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	60	48,18±33,84 ^a
	Önlisans	89	56,40±35,05 ^{ab}
	Lisans	95	70,97±43,26 ^b
	Yüksek Lisans	8	86,88±59,64 ^{ab}
Gelir durumu	1700-2000 TL	10	47,80±24,11 ^{ab}
	2100-3900 TL	193	58,44±39,17 ^a
	4000-5000 TL	49	73,31±43,98 ^b

F: One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları Tablo 15’te karşılaştırılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanının hemşirelerin eğitim durumu ($F=5,825$, $p=0,001$) ve gelir durumuna ($F=3,308$, $p=0,038$) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 16. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
Çalışma statüsü	Kadrolu	235	61,97±40,86
	Sözleşmeli	17	46,12±22,75
Çalışma yılı	0-2 yıl	27	50,30±33,91 ^a
	3-9 yıl	91	54,66±36,53 ^a
	10-20 yıl	104	72,56±41,79 ^b
	21 yıl ve üzeri	30	47,97±40,12 ^a
Acil serviste çalışma yılı	0-2 yıl	81	57,51±38,36
	3-9 yıl	129	64,25±40,81
	10 yıl ve üzeri	42	56,17±41,05
			p=0,400 F=0,985
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı	8-15 hemşire	78	58,94±39,92
	16-25 hemşire	67	60,46±38,02
	26-36 hemşire	52	61,10±38,46
	37 ve üzeri hemşire	55	64,05±44,85
			p=0,912 F=0,177
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	173	59,38±39,99
	Eleman yetersizliği	79	64,24±40,30
			p=0,373 t=-0,893
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	39	57,00±37,79
	Vardiyalı	213	61,62±41,00
			p=0,509 t=-0,661
Haftada toplam kaç saat çalıştığı	24-40 saat arası	79	59,76±36,10
	41-49 saat arası	121	63,14±44,65
	50 saat ve üzeri	52	52,57±34,54
			p=0,662 F=0,413
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	123	54,33±40,29 ^a
	Hayır	23	70,22±46,12 ^{ab}
	Kısmen	106	66,52±37,48 ^b
			p=0,036 F=3,383
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	61	60,80±48,18
	Hayır	93	64,48±35,73
	Kısmen	98	57,57±38,53
			p=0,493 F=0,709
Mesleği isteyerek seçme durumu	İsteyerek	122	56,57±37,34
	Kısmen isteyerek	107	66,35±43,81
	İstemeyerek	23	58,56±33,90
			p=0,176 F=1,749
Mesleğini sevme durumu	Seviyorum	165	60,19±39,77
	Sevmiyorum	24	69,00±45,22
	Kararsızım	63	59,68±39,11
			p=0,582 F=0,543
Mesleği kişiliğine uygun bulma durumu	Hiçbir zaman	16	65,44±36,86
	Bazen	152	62,89±40,25
	Her zaman	84	56,44±40,39
			p=0,446 F=0,810

Tablo 16. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
İş doyumu düzeyleri	İyi	44	44,20±36,11 ^a
	Orta	182	61,26±37,63 ^b
	Kötü	26	86,65±49,44 ^c
Çalışılan bölümde bakım ve uygulamalar ile ilgili bağımsız karar verebilme durumu	Evet	48	52,82±35,48
	Hayır	53	68,23±42,69
	Kısmen	151	60,87±40,26
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu	Hiçbir zaman	4	58,00±31,25
	Bazen	194	59,11±40,53
	Her zaman	54	67,53±38,86
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	20	60,85±50,44 ^{ab}
	Hayır	96	51,69±38,80 ^a
	Bazen	112	65,64±39,36 ^{ab}
	Kararsızım	24	75,71±32,19 ^b
Mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	210	60,07±39,24
	Hayır	42	65,10±44,28
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	185	61,90±38,73
	Hayır	67	58,13±43,74
Mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamamasına neden olan herhangi bir şeyle karşılaşma durumu	Evet	158	63,91±42,31
	Hayır	94	55,85±35,64
Ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	65	64,40±39,64
	Hayır	187	59,69±40,25
Mesleği bırakmayı düşünme durumu	Evet	115	65,29±36,85
	Hayır	79	58,84±47,47
	Kararsızım	58	55,03±34,51
Çalışılan kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	27	58,07±42,63
	Hayır	98	63,20±40,18
	Bilmiyorum	127	59,73±39,67
Çalışma hayatı süresince etik komitede görev alma durumu	Evet	6	52,50±33,82
	Hayır	246	61,11±40,25
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu	Evet	90	53,99±32,49
	Hayır	162	64,75±43,34

F: One Way Anova testi istatistiği, t: Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. A.O: Aritmetik Ortalama, S.S: Standart Sapma

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları Tablo 16'da karşılaştırılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanının hemşirelerin çalışma statüsü ($t=2,588$, $p=0,016$), çalışma yılı ($F=5,810$, $p=0,001$), acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu ($F=3,383$, $p=0,036$), iş doyum düzeyleri ($F=9,844$, $p=0,000$), kendilerini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu ($F=3,402$, $p=0,018$) ve hemşirelik alanında sertifika alma ($t=-2,228$, $p=0,027$) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı

Bağımsız Değişken	Beta	Std. Hata	Std. Beta	t	p	VIF
Sabit	-4,493	18,807		-0,239	0,811	
Eğitim durumu (0:SML 1:Ön Lisans)	0,411	6,663	0,005	0,062	0,951	1,819
Eğitim durumu (0:SML 1:Lisans)	11,982	6,829	0,145	1,755	0,081	1,964
Eğitim durumu (0:SML 1:Y. Lisans)	20,677	15,481	0,091	1,336	0,183	1,321
Toplam gelir	0,009	0,005	0,135	1,918	0,056	1,430
Çalışma statüsü (0:Kadro 1:Sözleş.)	2,505	10,542	0,016	0,238	0,812	1,254
Çalışma yılı	0,022	0,031	0,047	0,708	0,479	1,237
Acil serviste çalışmaktan memnun olma (0: Evet 1:Hayır)	3,510	9,344	0,025	0,376	0,708	1,299
Acil serviste çalışmaktan memnun olma (0:Evet 1:Kısmen)	8,458	5,149	0,104	1,643	0,102	1,159
İş doyum düzeyi (0: İyi 1: Orta)	9,786	6,751	0,110	1,450	0,148	1,639
İş doyum düzeyi (0: İyi 1: Kötü)	32,193	10,390	0,245	3,099	0,002**	1,791
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Hayır)	1,581	9,750	0,019	0,162	0,871	4,020
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Bazen)	7,190	9,348	0,089	0,769	0,443	3,869
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Kararsızım)	12,354	11,565	0,091	1,068	0,287	2,067
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu (0:Evet 1:Hayır)	10,340	5,103	0,124	2,026	0,044*	1,072

Model: ($R^2=0,174$, Adj. $R^2=0,125$, $F=3,556$, $p=0,000***$) **Durbin Watson:** 1,837 * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$
Bağımlı Değişken: Ahlaki Sıkıntı Ölçeği

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanını eğitim durumu, gelir durumu, çalışma statüsü, çalışma yılı, acil serviste çalışmaktan memnun olma, iş doyum düzeyi, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu ve hemşirelik alanında sertifika alma durumu değişkenlerinin etkileyip etkilemediğini incelemek için çoklu doğrusal regresyon modeli kurulmuştur.

Modele dahil edilen sayısal değişkenlerin normallik varsayımını sağladıkları görülmüştür. Modele dahil edilen ikiden fazla kategoriye sahip kategorik değişkenler için ise kukla (dummy) değişkenler oluşturulmuştur. Eğitim durumu, gelir durumu, çalışma statüsü, çalışma yılı, acil serviste çalışmaktan memnun olma, iş doyum düzeyi, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu ve hemşirelik alanında sertifika alma durumu değişkenleri bağımsız, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Kurulan çoklu regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı bir model olduğu belirlenmiştir ($F=3,556$, $p=0,000$). Kurulan model Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin %12,5'ini açıklamaktadır ($Adj. R^2 = 0,125$). Kurulan modelde çoklu bağlantı ve ($VIF<5$), otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır ($Durbin\ Watson=1,837$).

Modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlılığı incelendiğinde iş doyum düzeyi ve hemşirelik alanında sertifika alma durumu değişkenlerinin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı üzerindeki etkileri istatistiksel olarak anlamlıdır. Elde edilen bulgular doğrultusunda iş doyum düzeyi kötü olan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı, iş doyum düzeyi iyi olan hemşirelerden 32,193 daha fazladır. Hemşirelik alanında herhangi bir sertifikası olmayan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı bu alanda herhangi bir sertifikası olan hemşirelerden 10,340 daha fazladır (Tablo 17).

4.3.3. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'ne İlişkin Bulgular

Tablo 18. Ahlaki Sıkıntı Termometresi maddelerinin yüzdelerle dağılımları (n=252)

Ahlaki Sıkıntı Termometresi	n	%
	0	9,5
	1	6,8
	2	11,5
	3	8,7
	4	19,4
Son iki hafta içinde yaşanan ahlaki sıkıntı düzeyi	5	9,1
	6	16,7
	7	6,0
	8	11,1
	10	1,2

Ahlaki sıkıntı termometresi yüzdelerle dağılımları Tablo 18'de verilmiştir. Hemşirelerden son iki hafta içinde yaşadıkları ahlaki sıkıntıyı görsel bir ölçüm aracı olan Ahlaki Sıkıntı Termometresi üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin %9,5'inin hiç ahlaki sıkıntı yaşamadığı, %11,5'inin "2" rakamını, %19,4'ünün "4" rakamını, %16,7'sinin "6" rakamını ve %11,1'inin "8" rakamını işaretlediği görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 19. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
Yaş grupları	18-26 yaş	63	4,26±2,50
	27-35 yaş	95	4,54±2,64
	36-44 yaş	78	3,94±2,27
	45 yaş ve üzeri	16	3,44±2,28
Medeni durum	Evli	164	4,12±2,45
	Bekar	88	4,41±2,54
Cinsiyet	Kadın	175	4,08±2,58
	Erkek	77	4,53±2,22
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	60	4,03±2,46
	Önlisans	89	4,09±2,56
	Lisans	95	4,35±2,41
	Yüksek Lisans	8	5,50±2,56
Gelir durumu	1700-2000 TL	10	1,90±2,18 ^a
	2100-3900 TL	193	4,31±2,47 ^b
	4000-5000 TL	49	4,33±2,41 ^b

F: One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b-: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanları Tablo 19’da karşılaştırılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarının hemşirelerin gelir durumuna (F=4,680, p=0,010) göre farklılık gösterdiği ve gruplar arasındaki bu farkın 1700-2000 TL gelir seviyesine sahip hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 20. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O±S.S	Test Değeri
Çalışma statüsü	Kadrolu	235	4,37±2,42	p=0,056
	Sözleşmeli	17	2,18±2,55	t=3,424
Çalışma yılı	0-2 yıl	27	3,74±2,57 ^{ab}	p=0,030 F=3,024
	3-9 yıl	91	4,57±2,50 ^a	
	10-20 yıl	104	4,35±2,50 ^{ab}	
	21 yıl ve üzeri	30	3,13±1,96 ^b	
Acil serviste çalışma yılı	0-2 yıl	81	4,41± 2,58	p=0,156 F=1,759
	3-9 yıl	129	4,35±2,40	
	10 yıl ve üzeri	42	3,41±2,46	
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı	8-15 hemşire	78	4,83±2,34	p=0,056 F=2,549
	16-25 hemşire	67	3,99±2,31	
	26-36 hemşire	52	4,10±2,58	
	37 ve üzeri hemşire	55	3,75±2,68	
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	173	4,13±2,48	p=0,720 F=0,329
	Eleman yetersizliği	42	4,38±2,77	
	Raslantı sonucu	37	4,43±2,17	
Çalışma şekli	Sürekli Gündüz	39	4,31±2,33	p=0,807
	Vardiyalı	213	4,20±2,51	t=0,244
Haftada toplam kaç saat çalıştığı	24-40 saat arası	79	4,04±2,39	p=0,313 F=1,166
	41-49 saat arası	121	4,46±2,66	
	50 saat ve üzeri	52	3,92±2,17	
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	123	3,90±2,48	p=0,128 F=2,074
	Hayır	23	4,74±2,28	
	Kısmen	106	4,47±2,50	
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	61	3,72±2,49 ^a	p=0,001 F=7,504
	Hayır	93	4,99±2,43 ^b	
	Kısmen	98	3,80±2,37 ^a	
Mesleği isteyerek seçme durumu	İsteyerek	122	3,87±2,54	p=0,075 F=2,616
	Kısmen isteyerek	107	4,48±2,45	
	İstemeyerek	23	4,87±2,07	

Tablo 20. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması
(devam)

Özellikler		n	A.O±S.S	Test Değeri
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	165	3,96±2,53	p=0,066 F=2,747
	Sevmiyor	24	4,88±2,53	
	Kararsız	63	4,65±2,27	
Mesleği kişiliğine uygun bulma durumu	Hiçbir zaman	16	4,81±2,56 ^{ab}	p=0,043 F=3,187
	Bazen	152	4,45±2,36 ^a	
	Her zaman	84	3,68±2,61 ^b	
İş doyum düzeyi	İyi	44	3,36±2,36	p=0,066 F=2,431
	Orta	182	4,37±2,48	
	Kötü	21	4,13±2,44	
	Çok kötü	5	5,40±2,61	
Çalıştığı bölümde bakım ve uygulamalar ile ilgili bağımsız karar verebilme durumu	Evet	48	3,77±2,30	p=0,053 F=2,982
	Hayır	53	4,91±1,99	
	Kısmen	151	4,12±2,65	
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu	Bazen	194	3,95 ±2,34	p=0,000 t= - 3, 538
	Her zaman	54	5,28±2,75	
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	20	4,20±2,95 ^{ab}	p=0,008 F=4,003
	Hayır	96	3,58±2,43 ^a	
	Bazen	112	4,58±2,42 ^b	
	Kararsızım	24	5,08±2,08 ^b	
Mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	210	4,16±2,44	p=0,383 t=- 0,874
	Hayır	42	4,52±2,67	
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	185	4,28±2,45	p=0,505 t=0,653
	Hayır	67	4,04±2,57	
Ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan bir durumla karşılaşma durumu	Evet	158	4,75±2,38	p=0,000 t=4,613
	Hayır	94	3,32±2,40	
Ahlaki sıkıntı yaşanan durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	65	5,35±2,30	p=0,000 t=4,441
	Hayır	187	3,82±2,42	
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu	Evet	115	4,57±2,44 ^a	p=0,037 F=3,341
	Hayır	79	4,19 ±2,53 ^{ab}	
	Kararsızım	58	3,55± 2,41 ^b	

Tablo 20. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması
(devam)

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
Çalışılan kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	27 3,37±2,36	p=0,051
	Hayır	98 4,61±2,44	F=3,018
	Bilmiyor	127 4,09±2,50	
Çalışma hayatı süresince etik komitede görev alma durumu	Evet	6 4,67±2,50	p=0,655
	Hayır	246 4,21±2,49	t=0,447
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu	Evet	90 3,77±2,39	p=0,031
	Hayır	162 4,47±2,51	t=- 2,170

F: One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b-: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanları Tablo 20’de karşılaştırılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarının hemşirelerin çalışma yılı (F=3,024, p=0,030), mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu (F=7,504, p=0,001), mesleği kişiliğine uygun bulma durumu (F=3,187, p=0,043), kendini tükenmiş hissetme durumu (t=-3,538, p=0,000), kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (F=4,003, p=0,008), mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma durumu (t=4,613, p=0,000), ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı (t=4,441, p=0,000) ve mesleği bırakmayı düşünme durumu (F=3,341, p=0,037) ile hemşirelik alanında sertifika alma (t=-2,170, p=0,031) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanını etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayıların anlamlılığı

Bağımsız Değişken	Beta	Std. Hata	Std. Beta	t	p	VIF
Sabit	2,787	1,238		2,251	0,025*	
Toplam gelir	0,001	0,000	0,118	1,791	0,075	1,323
Çalışma yılı	-0,005	0,002	-0,175	-2,758	0,006**	1,216
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu (0: Evet 1:Hayır)	1,051	0,417	0,204	2,519	0,012*	1,982
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu (0:Evet 1:Kısmen)	-0,067	0,396	-0,013	-0,169	0,866	1,827
Mesleği kişiliğine uygun bulma (0: Hiçbir Zaman 1: Bazen)	0,073	0,673	0,014	0,108	0,914	4,280
Mesleği kişiliğine uygun bulma (0: Hiçbir Zaman 1: Her Zaman)	-0,126	0,713	-0,024	-0,177	0,860	4,520
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu (0: Bazen 1: Her Zaman)	0,756	0,388	0,126	1,951	0,052	1,255
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Hayır)	0,091	0,611	0,018	0,149	0,881	4,282
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Bazen)	0,452	0,601	0,091	0,751	0,453	4,390
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (0: Evet 1:Kararsızım)	1,138	0,723	0,133	1,574	0,117	2,158
Mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma (0:Evet 1:Hayır)	-1,002	0,346	-0,195	-2,894	0,004**	1,372
Ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme durumu (0:Evet 1:Hayır)	-0,578	0,397	-0,102	-1,458	0,146	1,476
Koşullar uygun olsa mesleği bırakmayı düşünme durumu (0:Evet 1:Hayır)	0,468	0,375	0,087	1,249	0,213	1,474
Koşullar uygun olsa mesleği bırakmayı düşünme durumu (0:Evet 1:Kararsızım)	-0,138	0,390	-0,023	-0,354	0,724	1,318
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu (0:Evet 1:Hayır)	0,354	0,317	0,069	1,118	0,265	1,138

Model: (R²=0,232, Adj. R²=0,232, F= 4,684, p=0,000***) **Durbin Watson**=1,933 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bağımlı Değişken: Ahlaki Sıkıntı Termometresi

Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarını hemşirelerin gelir durumu, çalışma yılı, mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu, mesleği kişiliğine uygun bulma, iş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu, mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma, ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı ve mesleği bırakmayı düşünme durumu, hemşirelik alanında sertifika alma durumu değişkenlerinin etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon modeli kurulmuştur (Tablo 21).

Modele dahil edilen sayısal değişkenlerin normallik varsayımını sağladıkları görülmüştür. Modelde ikiden fazla kategoriye sahip kategorik değişkenler için ise kukla (dummy) değişkenler oluşturulmuştur. Gelir durumu, çalışma yılı, mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu, mesleği kişiliğine uygun bulma durumu, iş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu, mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma durumu, ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı ve mesleği bırakmayı düşünme durumu, hemşirelik alanında sertifika alma durumu değişkenlerinin bağımsız, Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarının ise bağımlı değişken olarak kurulduğu çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir ($F=4,684$, $p=0,000$). Kurulan model Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin %23,2'sini açıklamaktadır ($Adj.R^2=0,232$). Modelde çoklu bağlantı ($VIF<5$) ve otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır (Durbin Watson=1,933).

Model incelendiğinde hemşire olarak çalışma yılı, mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu, mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma değişkenlerinin Ahlaki Sıkıntı Termometresi üzerindeki etkileri istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu doğrultuda hemşire olarak çalışma süresi 1 ay arttığında Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı 0,005 azalmaktadır. Mesleğin ekonomik olarak tatmin etmediği kişilerde Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı mesleğin ekonomik olarak tatmin ettiği kişilerden 1,051 daha fazladır.

Mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşmayan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşan hemşirelerden 1,002 daha azdır (Tablo 21).

Tablo 22. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği korelasyon analizi sonuçları

	Ahlaki Sıkıntı Termometre puanı	Hasta bakımının uygulanış biçiminin yarattığı ahlaki sıkıntı nedeniyle klinik görevinden ayrılmayı düşünme veya ayrılma durumu	Şu andaki pozisyonundan ayrılmayı düşünme durumu	Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan
Ahlaki Sıkıntı Termometre puanı	r 1	,272**	-0,098	,408**
	p 0,000	0,000	0,122	0,000
Hasta bakımının uygulanış biçiminin yarattığı ahlaki sıkıntı nedeniyle klinik görevinden ayrılmayı düşünme veya ayrılma durumu	r ,272**	1	-,234**	,283**
	p 0,000	0,000	0,000	0,000
Şu andaki pozisyonundan ayrılmayı düşünme durumu	r -0,098	-,234**	1	0,053
	p 0,122	0,000	0,000	0,398
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan	r ,408**	,283**	0,053	1
	p 0,000	0,000	0,398	0,000

r: Pearson korelasyon katsayısı ** p<0,001

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi arasındaki ilişki Tablo 22’de sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmuştur ($r=0,408$, $p=0,000$).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ve Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile hasta bakımının uygulanış biçiminin yarattığı ahlaki sıkıntı nedeniyle klinik görevinden ayrılmayı düşünme veya ayrılma durumu arasında pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki saptanmıştır ($r=0,272$, $p=0,000$) ($r=0,283$, $p=0,000$) (Tablo 22).



4.3.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) 'ne İlişkin Bulgular

Tablo 23. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

COPE Ölçek Maddeleri	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	3,45	0,70	4,0 (1-4)
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	2,90	0,87	3,0 (1-4)
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	2,71	0,92	3,0 (1-4)
4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	2,84	0,88	3,0 (1-4)
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	3,17	0,76	3,00(1-4)
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	2,14	1,00	2,0 (1-4)
7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.	3,02	0,91	3,0 (1-4)
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	2,10	1,00	2,0 (1-4)
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1,75	0,82	2,0 (1-4)
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1,84	0,79	2,0 (1-4)
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	2,65	0,86	3,0 (1-4)
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1,26	0,60	1,0 (1-4)
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	2,46	0,86	2,0 (1-4)
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	3,04	0,73	3,0 (1-4)
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	2,35	0,88	2,0 (1-4)
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	2,14	0,90	2,0 (1-4)
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	3,12	0,74	3,0 (1-4)
18.Allah’ın yardımını umarım.	3,03	0,87	3,0 (1-4)
19.Bir eylem planı yaparım.	2,54	1,04	3,0 (1-4)
20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1,88	0,88	2,0 (1-4)
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	2,23	0,87	2,0 (1-4)
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	2,07	0,80	2,0 (1-4)
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.	2,77	0,79	3,0 (1-4)
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1,74	0,83	2,0 (1-4)
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	2,83	0,74	3,0 (1-4)
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1,24	0,58	1,0 (1-4)
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1,57	0,79	1,0 (1-4)
28.Duygularımı dışarı vururum.	2,62	0,85	3,0 (1-4)
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.	2,92	0,77	3,0 (1-4)

Tablo 23. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri (devam)

COPE Ölçek Maddeleri	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	3,04	0,67	3,0 (1-4)
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	2,15	0,97	2,0 (1-4)
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	3,09	0,79	3,0 (1-4)
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	2,84	0,75	3,0 (1-4)
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	2,67	0,88	3,0 (1-4)
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1,35	0,71	1,0 (1-4)
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.	2,00	0,97	2,0 (1-4)
37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.	1,87	0,92	2,0 (1-4)
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	2,98	0,74	3,0 (1-4)
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	3,22	0,76	3,0 (1-4)
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1,69	0,79	2,0 (1-4)
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	2,42	1,06	3,0 (1-4)
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	2,97	0,75	3,0 (1-4)
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	2,29	0,86	2,0 (1-4)
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	2,63	0,91	3,0 (1-4)
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	2,94	0,80	3,0 (1-4)
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	2,61	0,84	3,0 (1-4)
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.	2,73	0,86	3,0(1-4)
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım.	2,99	0,88	3,0 (1-4)
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	2,96	0,75	3,0 (1-4)
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1,83	0,91	2,0 (1-4)
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1,81	0,77	2,0 (1-4)
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	2,85	0,83	3,0 (1-4)
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1,34	0,73	1,0 (1-4)
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	2,35	0,85	2,0 (1-4)
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	2,21	0,87	2,0(1-4)
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	2,83	0,72	3,0 (1-4)
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1,88	0,96	2,0 (1-4)
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	2,91	0,75	3,0 (1-4)
59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	3,30	0,77	3,0 (1-4)
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	2,80	0,89	3,0 (1-4)

***A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)'nin madde puan ortalamaları, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 23'te verilmiştir. COPE ölçeği'nin madde puan ortalamaları $1,24\pm 0,58$ ile $3,45\pm 0,70$ arasında değişmektedir. Ölçekte hemşirelerin en yüksek puanı “Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım ($3,45\pm 0,70$)”, en düşük puanı ise “Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım ($1,24\pm 0,58$)” ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 24. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

COPE Alt Boyutları	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
Pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme	11,90	1,97	12,00 (6-16)
Zihinsel boş verme	10,42	2,36	10,00 (6-16)
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	7,50	1,97	7,00 (4-16)
Yararlı sosyal destek kullanımı	9,98	1,74	10,00 (6-16)
Aktif başa çıkma	10,58	2,28	11,00 (5-16)
İnkâr	8,82	2,08	9,00 (4-16)
Dini olarak başa çıkma	8,27	1,84	8,00 (4-16)
Şakaya vurma	11,20	1,94	11,00 (5-16)
Davranışsal olarak boş verme	8,85	1,78	9,00 (5-16)
Geri durma	9,76	2,14	10,00 (5-16)
Duygusal sosyal destek kullanımı	10,31	2,19	10,00 (5-16)
Madde kullanımı	11,27	2,14	11,00 (7-16)
Kabullenme	9,45	1,87	9,00 (4-16)
Diğer meşguliyetleri bastırma	8,73	1,76	9,00 (4-16)
Plan Yapma	10,90	2,07	11,00 (4-16)
Toplam	147,94	17,35	147,00 (108-240)

***A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Başta Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 24'te verilmiştir. COPE ölçeği pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme,

diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma alt boyutlarının madde puan ortalamaları sırasıyla $11,90\pm1,97$; $10,42\pm2,36$; $7,50\pm1,97$; $9,98\pm1,74$; $10,58\pm2,28$; $8,82\pm2,08$; $8,27\pm1,84$; $11,20\pm1,94$; $8,85\pm1,78$; $9,76\pm2,14$; $10,31\pm2,19$; $11,27\pm2,14$; $9,45\pm1,87$; $8,73\pm1,76$; $10,90\pm2,07$ olarak bulunmuştur. COPE Ölçeği alt boyutlarından pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma boyutlarının ortanca puanları sırasıyla 12, 10, 7, 10, 11, 9, 8, 11, 9, 10, 10, 11, 9, 9, 11 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada COPE ölçeği toplam puan ortalaması $147,94\pm17,35$ ve ortanca puanı $147\pm(108-240)$ olarak belirlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 25. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı ile hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	Ortanca ±(Min-Mak)	Test Değeri
Yaş grupları	18-26 yaş	63	144,00± (115-214)
	27-35 yaş	95	146,00± (108-202)
	36-44 yaş	78	149,50± (111-240)
	45 yaş ve üzeri	16	155,00± (116-177)
Medeni durum	Evli	164	149,00± (108-240)
	Bekar	88	144,50± (115-214)
Cinsiyet	Kadın	175	149,00± (108-240)
	Erkek	77	145,00± (111-202)
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	60	147,00± (108-180)
	Önlisans	89	147,00± (111-214)
	Lisans	95	147,00± (112-240)
	Yüksek Lisans	8	147,50± (126-169)
Gelir durumu	1700-2000 TL	10	147,00± (134-172)
	2100-3900 TL	193	146,00± (112-240)
	4000-5000 TL	49	150,00± (108-191)

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı Tablo 25'te karşılaştırılmıştır. COPE toplam puanının hemşirelerin yaş grupları, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	Ortanca±(Min-Mak)	Test Değeri
Çalışma statüsü	Kadrolu	235	147,00±(108-240)	U=1924,500 p=0,801
	Sözleşmeli	17	146,00± (125-172)	
Çalışma yılı	0-2 yıl	27	142,00±(126-191)	X ² =5,290 p=0,152
	3-9 yıl	91	146,00± (108-214)	
	10-20 yıl	104	149,00 ± (111-202)	
	21 yıl ve üzeri	30	155,00±(115-240)	
Acil serviste çalışma yılı	0-2 yıl	81	142,00±(115-191)	X ² =6,194 p=0,056
	3-9 yıl	129	149,00±(108-240)	
	10 yıl ve üzeri	42	153,00±(115-197)	
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı 25,40±11,97	8-15 hemşire	78	147,50± (115-240)	X ² =6,826 p=0,078
	16-25 hemşire	67	142,00± (115-168)	
	26-36 hemşire	52	149,50± (111-214)	
	37 ve üzeri hemşire	55	150,00± (108-183)	
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	173	150,00± (108-240)	X ² =4,986 p=0,083
	Eleman yetersizliği	42	146,50± (112-197)	
	Raslantı sonucu	37	142,00± (123-191)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	39	150,00± (115-191)	U=4119,000 p=0,934
	Vardiyalı	213	147,00± (108-240)	
Haftada toplam kaç saat çalıştığı	24-40 saat arası	79	146,00±(112-191)	X ² =0,818 p=0,664
	41-49 saat arası	121	149,00± (108-240)	
	50 saat ve üzeri	52	146,00±(111-186)	
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	123	145,00± (112-240)	X ² =0,889 p=0,641
	Hayır	23	147,00± (115-184)	
	Kısmen	106	149,00± (108-214)	
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	61	144,00± (115-191)	X ² =1,933 p=0,380
	Hayır	93	149,00± (108-214)	
	Kısmen	98	148,50± (111-240)	
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	122	149,00± (111-214)	X ² =1,194 p=0,551
	Kısmen isteyerek	107	147,00± (108-240)	
	İstemeyerek	23	148,50± (111-240)	

Tablo 26. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		n	Ortanca±(Min-Mak)	Test Değeri
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	165	149,00± (111-240)	$X^2=2,128$ p=0,345
	Sevmiyor	24	144,00± (115-214)	
	Kararsız	63	149,00± (108-197)	
Mesleği kişiliğine uygun bulma durumu	Hiçbir zaman	16	149,50± (115-214)	$X^2=1,051$ p=0,591
	Bazen	152	146,00± (111-240)	
	Her zaman	84	149,00± (108-202)	
İş doyum düzeyi	İyi	44	155,00± (115-202)	$X^2=1,986$ p=0,370
	Orta	182	148,50± (108-240)	
	Kötü	26	141,50± (115-184)	
Bakım ve uygulamalar ile ilgili bağımsız karar verebilme durumu	Evet	48	150,00± (111-191)	$X^2=0,691$ p=0,738
	Hayır	53	149,00± (116-184)	
	Kısmen	151	146,00± (108-240)	
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu	Bazen	194	147,50± (111-240)	U=4949,500 p=0,536
	Her zaman	54	147,00± (108-214)	
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	20	149,00± (216-214)	$X^2=1,796$ p=0,616
	Hayır	96	147,50± (111-202)	
	Bazen	112	149,00± (108-240)	
	Kararsızım	24	144,00±(119-191)	
Mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	210	146,00± (111-240)	U=3800,000 p=0,157
	Hayır	42	150,50± (108-197)	
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	185	146,00± (108-240)	U=5726,500 p=0,357
	Hayır	67	149,00± (116-197)	
Mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan bir durumla karşılaşma durumu	Evet	158	149,00± (108-240)	U=6663,500 p=0,173
	Hayır	94	145,00± (111-202)	
Ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	65	147,00± (108-240)	U=5948,500 p=0,799
	Hayır	187	148,00± (111-240)	
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu	Evet	115	146,00± (108-240)	$X^2=0,364$ p=0,834
	Hayır	79	147,00± (115-191)	
	Kararsızım	58	151,00± (115-197)	

Tablo 26. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		n	Ortanca±(Min-Mak)	Test Değeri
Çalışılan kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	27	147,00± (111-172)	$\chi^2=1,972$ p=0,373
	Hayır	98	145,00± (108-191)	
	Bilmiyorum	127	150,00± (115-240)	
Çalışma hayatı süresince etik komitede görev alma durumu	Evet	6	150,00± (136-156)	U=705,500 p=0,854
	Hayır	246	147,00± (108-240)	
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu	Evet	90	150,00± (111-240)	U=6637,000 p=0,124
	Hayır	162	146,00± (108-214)	

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı Tablo 26'da karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin COPE toplam puanının mesleki özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 26).

Tablo 27. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt grup puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki

		Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	COPE Toplam Puan	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkâr	Dini Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	r	1,000	,050	-,059	-,121	,101	-,033	,051	,082	,057	,035	,051	,038	,036	,025	,077	,008	-,021
	p		,428	,353	,055	,111	,607	,418	,194	,369	,584	,419	,553	,574	,687	,225	,897	,746
COPE Toplam Puan	r	,050	1,000	,441**	,568**	,297**	,637**	,408**	,390**	,496**	,488**	,681**	,662**	,502**	,572**	,608**	,643**	,593**
	p	,428		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Pozitif Yorumlama	r	-,059	,441**	1,000	,253**	-,002	,196**	,064	,228**	,129*	,241**	,302**	,253**	,121	,320**	,120	,293**	,224**
	p	,353	,000		,000	,980	,002	,315	,000	,040	,000	,000	,000	,055	,000	,057	,000	,000
Zihinsel Boş Verme	r	-,121	,568**	,253**	1,000	,104	,514**	,246**	,124*	,041	,112	,416**	,454**	,070	,134*	,355**	,254**	,440**
	p	,055	,000	,000		,100	,000	,000	,050	,519	,076	,000	,000	,266	,034	,000	,000	,000
Soruna Odaklanma	r	,101	,297**	-,002	,104	1,000	,183**	,022	,493**	,380**	-,025	,349**	,312**	,090	,065	,182**	,145*	-,031
	p	,111	,000	,980	,100		,004	,732	,000	,000	,693	,000	,000	,152	,305	,004	,021	,624
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r	-,033	,637**	,196**	,514**	,183**	1,000	,246**	,297**	,156*	,312**	,414**	,410**	,141*	,351**	,379**	,345**	,352**
	p	,607	,000	,002	,000	,004		,000	,000	,013	,000	,000	,000	,025	,000	,000	,000	,000
Aktif Başa Çıkma	r	,051	,408**	,064	,246**	,022	,246**	1,000	,168**	,255**	,195**	,086	,088	,418**	,324**	,103	,289**	,210**
	p	,418	,000	,315	,000	,732	,000		,007	,000	,002	,174	,162	,000	,000	,101	,000	,001
İnkâr	r	,082	,390**	,228**	,124*	,493**	,297**	,168**	1,000	,331**	,129*	,266**	,173**	,143*	,106	,208**	,240**	-,038
	p	,194	,000	,000	,050	,000	,000	,007		,000	,040	,000	,006	,023	,095	,001	,000	,552

Tablo 27. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt grup puanları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki (devam)

		Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	COPE Toplam Puan	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma	Yararlı Sosyal Destek kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkâr	Dini Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Dini Başa Çıkma	r	,057	,496**	,129*	,041	,380**	,156*	,255**	,331**	1,000	,239**	,367**	,251**	,408**	,329**	,346**	,309**	,054
	p	,369	,000	,040	,519	,000	,013	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,397
Şakaya Vurma	r	,035	,488**	,241**	,112	-,025	,312**	,195**	,129*	,239**	1,000	,207**	,140*	,272**	,371**	,309**	,324**	,272**
	p	,584	,000	,000	,076	,693	,000	,002	,040	,000		,001	,026	,000	,000	,000	,000	,000
Davranışsal Boş Verme	r	,051	,681**	,302**	,416**	,349**	,414**	,086	,266**	,367**	,207**	1,000	,584**	,202**	,196**	,510**	,419**	,361**
	p	,419	,000	,000	,000	,000	,000	,174	,000	,000	,001		,000	,001	,002	,000	,000	,000
Geri Durma	r	,038	,662**	,253**	,454**	,312**	,410**	,088	,173**	,251**	,140*	,584**	1,000	,238**	,216**	,457**	,342**	,390**
	p	,553	,000	,000	,000	,000	,000	,162	,006	,000	,026	,000		,000	,001	,000	,000	,000
Duygusal Sosyal Destek	r	,036	,502**	,121	,070	,090	,141*	,418**	,143*	,408**	,272**	,202**	,238**	1,000	,376**	,278**	,308**	,195**
	p	,574	,000	,055	,266	,152	,025	,000	,023	,000	,000	,001	,000		,000	,000	,000	,002
Madde Kullanımı	r	,025	,572**	,320**	,134*	,065	,351**	,324**	,106	,329**	,371**	,196**	,216**	,376**	1,000	,159*	,303**	,414**
	p	,687	,000	,000	,034	,305	,000	,000	,095	,000	,000	,002	,001	,000		,012	,000	,000
Kabullenme	r	,077	,608**	,120	,355**	,182**	,379**	,103	,208**	,346**	,309**	,510**	,457**	,278**	,159*	1,000	,370**	,376**
	p	,225	,000	,057	,000	,004	,000	,101	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,012		,000	,000
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	r	,008	,643**	,293**	,254**	,145*	,345**	,289**	,240**	,309**	,324**	,419**	,342**	,308**	,303**	,370**	1,000	,435**
	p	,897	,000	,000	,000	,021	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Plan Yapma	r	-,021	,593**	,224**	,440**	-,031	,352**	,210**	-,038	,054	,272**	,361**	,390**	,195**	,414**	,376**	,435**	1,000
	p	,746	,000	,000	,000	,624	,000	,001	,552	,397	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	

r: Sperman korelasyon katsayısı ** p<0,001 * p<0,05

Tablo 28. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt grup puanları ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi (MDT) puanı arasındaki ilişki

	Ahlaki Sıkıntı Termometresi	COPE Toplam Puan	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkâr	Dini Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Mesguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Ahlaki Sıkıntı Termometresi	r 1,000	,046	-,002	-,045	,249**	-,002	-,070	,120	,127*	,022	,103	,023	-,059	,032	,043	-,009	-,012
	p	,472	,972	,475	,000	,969	,267	,056	,044	,723	,103	,717	,354	,613	,499	,890	,846
COPE toplam puan	r ,046	1,000	,441**	,568**	,297**	,637**	,408**	,390**	,496**	,488**	,681**	,662**	,502**	,572**	,608**	,643**	,593**
	p ,472		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Pozitif Yorumlama	r -,002	,441**	1,000	,253**	-,002	,196**	,064	,228**	,129*	,241**	,302**	,253**	,121	,320**	,120	,293**	,224**
	p ,972	,000		,000	,980	,002	,315	,000	,040	,000	,000	,000	,055	,000	,057	,000	,000
Zihinsel Boş Verme	r -,045	,568**	,253**	1,000	,104	,514**	,246**	,124*	,041	,112	,416**	,454**	,070	,134*	,355**	,254**	,440**
	p ,475	,000	,000		,100	,000	,000	,050	,519	,076	,000	,000	,266	,034	,000	,000	,000
Soruna Odaklanma	r ,249**	,297**	-,002	,104	1,000	,183**	,022	,493**	,380**	-,025	,349**	,312**	,090	,065	,182**	,145*	-,031
	p ,000	,000	,980	,100		,004	,732	,000	,000	,693	,000	,000	,152	,305	,004	,021	,624
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r -,002	,637**	,196**	,514**	,183**	1,000	,246**	,297**	,156*	,312**	,414**	,410**	,141*	,351**	,379**	,345**	,352**
	p ,969	,000	,002	,000	,004		,000	,000	,013	,000	,000	,000	,025	,000	,000	,000	,000
Aktif Başa Çıkma	r -,070	,408**	,064	,246**	,022	,246**	1,000	,168**	,255**	,195**	,086	,088	,418**	,324**	,103	,289**	,210**
	p ,267	,000	,315	,000	,732	,000		,007	,000	,002	,174	,162	,000	,000	,101	,000	,001
İnkâr	r ,120	,390**	,228**	,124*	,493**	,297**	,168**	1,000	,331**	,129*	,266**	,173**	,143*	,106	,208**	,240**	-,038
	p ,056	,000	,000	,050	,000	,000	,007		,000	,040	,000	,006	,023	,095	,001	,000	,552
Dini Başa Çıkma	r ,127*	,496**	,129*	,041	,380**	,156*	,255**	,331**	1,000	,239**	,367**	,251**	,408**	,329**	,346**	,309**	,054
	p ,044	,000	,040	,519	,000	,013	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,397
Şakaya Vurma	r ,022	,488**	,241**	,112	-,025	,312**	,195**	,129*	,239**	1,000	,207**	,140*	,272**	,371**	,309**	,324**	,272**
	p ,723	,000	,000	,076	,693	,000	,002	,040	,000		,001	,026	,000	,000	,000	,000	,000

Tablo 28. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt grup puanları ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi (MDT) puanı arasındaki ilişki (devam)

		Ahlaki Sıkıntı Termometresi	COPE Toplam Puan	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boş Verme	Soruna Odaklanma	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Aktif Başa Çıkma	İnkâr	Dini Başa Çıkma	Şakaya Vurma	Davranışsal Boş Verme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Plan Yapma
Davranışsal Boş Verme	r	,103	,681**	,302**	,416**	,349**	,414**	,086	,266**	,367**	,207**	1,000	,584**	,202**	,196**	,510**	,419**	,361**
	p	,103	,000	,000	,000	,000	,000	,174	,000	,000	,001		,000	,001	,002	,000	,000	,000
Geri Durma	r	,023	,662**	,253**	,454**	,312**	,410**	,088	,173**	,251**	,140**	,584**	1,000	,238**	,216**	,457**	,342**	,390**
	p	,717	,000	,000	,000	,000	,000	,162	,006	,000	,026	,000		,000	,001	,000	,000	,000
Duygusal Sosyal Destek	r	-,059	,502**	,121	,070	,090	,141*	,418**	,143*	,408**	,272**	,202**	,238**	1,000	,376**	,278**	,308**	,195**
	p	,354	,000	,055	,266	,152	,025	,000	,023	,000	,000	,001	,000		,000	,000	,000	,002
Madde Kullanımı	r	,032	,572**	,320**	,134*	,065	,351**	,324**	,106	,329**	,371**	,196**	,216**	,376**	1,000	,159**	,303**	,414**
	p	,613	,000	,000	,034	,305	,000	,000	,095	,000	,000	,002	,001	,000		,012	,000	,000
Kabullenme	r	,043	,608**	,120	,355**	,182**	,379**	,103	,208**	,346**	,309**	,510**	,457**	,278**	,159**	1,000	,370**	,376**
	p	,499	,000	,057	,000	,004	,000	,101	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,012		,000	,000
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	r	-,009	,643**	,293**	,254**	,145**	,345**	,289**	,240**	,309**	,324**	,419**	,342**	,308**	,303**	,370**	1,000	,435**
	p	,890	,000	,000	,000	,021	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Plan Yapma	r	-,012	,593**	,224**	,440**	-,031	,352**	,210**	-,038	,054	,272**	,361**	,390**	,195**	,414**	,376**	,435**	1,000
	p	,846	,000	,000	,000	,624	,000	,001	,552	,397	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000

r: Spermman korelasyon katsayısı ** p<0,001 * p<0,05

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) arasındaki ilişki Tablo 27’de sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam ve alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 27).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) arasındaki ilişki Tablo 28’de sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) alt boyutlarından soruna odaklanma ($r=0,249$, $p=0,000$) ve dini başa çıkma ($r=0,127$, $p=0,044$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 28).

4.3.5. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)'ne İlişkin Bulgular

Tablo 29. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) Maddeleri	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
1. Bölümümde güvenli hasta bakımı verilir.	3,85	,82	4,0 (1-5)
2. Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakımı problemlerinde bana yardım eder.	4,15	,81	4,0 (1-5)
3. Birlikte çalıştığım meslektaşlarım yeterlidir.	3,85	,94	4,0 (1-5)
4. Meslektaşlarım hasta bakımı konusundaki görüşlerimi dikkate alırlar.	3,96	,82	4,0 (1-5)
5. Burada hastanın isteklerine saygı gösterilir.	3,90	,86	4,0 (1-5)
6. Hastalar bakımlarından ne beklediklerini bilir.	3,32	1,06	3,0 (1-5)
7. Hemşireler, bir hastanın bakım problemini çözmek için gereken bilgiyi kullanır.	4,01	,82	4,0 (1-5)
8. Hemşireler bir hastanın bakım problemini çözmek için gerekli olan bilgilere ulaşabilirler.	4,03	,77	4,0 (1-5)
9. Yöneticim güvendiğim biridir.	3,17	1,30	3,0 (1-5)
10. Hasta bakımı problemlerinden bahsederken yöneticim beni dinler.	3,21	1,23	3,0 (1-5)
11. Yöneticim hasta bakımı konusundaki kararlarımda beni destekler.	3,17	1,19	3,0 (1-5)
12. Meslektaşlarım özel bir hasta bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremedikleri zaman, yöneticimin onlara yardım ettiğini gözlerim.	3,00	1,23	3,0 (1-5)
13. Yöneticim saygı duyduğum biridir.	3,46	1,28	4,0 (1-5)
14. Bir hastanın bakımı konusunda neyin yanlış neyin doğru olduğuna karar veremediğim zaman yöneticim bana yardım eder	3,15	1,25	3,0 (1-5)
15. Hasta bakım problemlerine yaklaşım sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulma şeklindedir.	3,37	1,09	3,0 (1-5)
16. Bölümümde gerçekleştirdiğim hemşirelik uygulamalarım, olması gerektiğine inandığım şeklidir.	3,25	1,12	3,0 (1-5)
17. Hastanenin misyonunun açık anlamı hemşirelerle paylaşılır.	3,11	1,18	3,0 (1-5)
18. Hastane politikaları zorda kaldığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder.	2,95	1,13	3,0 (1-5)
19. Çatışma durumlarında açık iletişim kurulur, çatışmadan sakınılmaz	2,97	1,11	3,0 (1-5)
20. Bir hastanın bakım problemini kapsayan tüm tarafların hisleri ve değerleri, izlenecek hareket/davranış seçilirken dikkate alınır.	3,23	1,04	3,0 (1-5)
21. Hemşire ve hekimler hasta için neyin en iyi olduğu konusunda aynı görüşte olmasalar bile bu bölümde onlar birbirlerinin fikirlerine saygı gösterir.	3,28	1,01	3,0 (1-5)
22. Bu hastanedeki hemşireler desteklenir ve onlara saygı duyulur.	2,79	1,12	3,0 (1-5)
23. Hemşireler ve hekimler birbirlerine saygı duyarlar.	3,19	1,08	3,0 (1-5)
24. Hemşireler ve hekimler birbirlerine güvenirler.	3,12	1,11	3,0 (1-5)
25. Hastalarımın tedavi kararlarına katılıyorum	3,07	1,11	3,0 (1-5)
26. Hekimler hemşirelere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar.	2,55	1,19	2,0 (1-5)

***A.O:**Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)'nin madde puan ortalamaları Tablo 29'da sunulmuştur. HEİÖ'nde hemşirelerin en yüksek puanı "Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakımı problemlerinde bana yardım eder (4,15±0,81)", en düşük puanı ise "Hekimler hemşirelere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar (2,55±1,19)" ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada HEİÖ'nin madde puan ortalamaları 2,55±1,19 ile 4,15±0,81 arasında değişmektedir (Tablo 29).

Tablo 30. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

HEİÖ alt boyutları	A.O	S.S	Ortanca (Min-Mak)
Meslektaşlar	15,81	2,77	16 (8-20)
Hastalar	15,27	2,72	15 (7-20)
Yöneticiler	19,16	6,67	19 (6-30)
Hastane	18,87	5,44	19 (6-30)
Hekimler	18,00	5,48	18 (6-30)
Toplam	87,11	18,26	87 (47-130)

***A.O:**Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum

Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 30'da sunulmuştur. HEİÖ alt boyutlarından, meslektaşlar, hastalar, yöneticiler, hastane, hekimler puan ortalamaları sırasıyla 15,81±2,77, 15,27±2,72, 19,16±6,67, 18,87±5,44 ve 18,00±5,48 olarak belirlenmiştir. HEİÖ alt boyutlarından meslektaşlar, hastalar, yöneticiler, hastane ve hekimler ortanca puanları sırasıyla 16, 15, 19, 19, 18 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada HEİÖ puan ortalaması 87,11±18,26 ve ortanca puanı 87±(47-130) olarak bulunmuştur (Tablo 30).

Tablo 31. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puanı ile hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri
Yaş grupları	18-26 yaş	63	92,00 ± 17,16 ^a
	27-35 yaş	95	83,25263 ± 18,09 ^b
	36-44 yaş	78	86,48718 ± 18,42 ^{ab}
	45 yaş ve üzeri	16	93,75 ± 17,99 ^{ab}
Medeni durum	Evli	164	86,04 ± 17,98
	Bekar	88	89,09 ± 18,70
Cinsiyet	Kadın	175	88,13 ± 17,86
	Erkek	77	84,79 ± 19,03
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	60	92,03 ± 20,51 ^a
	Önlisans	89	88,30 ± 16,11 ^{ab}
	Lisans	95	83,56 ± 18,06 ^b
	Yüksek Lisans	8	79,00 ± 17,055 ^{ab}
Gelir durumu	1700-2000 TL	10	94,60 ± 10,53 ^{ab}
	2100-3900 TL	193	88,46 ± 18,37 ^a
	4000-5000 TL	49	80,24± 17,48 ^b

F: One Way Anova test istatistiği, t: Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b-: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. A.O: Aritmetik Ortalama, S.S: Standart Sapma

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puanları Tablo 31'de karşılaştırılmıştır. HEİÖ toplam puanının hemşirelerin yaş grupları (F=3,778, p=0,011), eğitim durumu (F=3,402, p=0,018) ve gelir durumuna (F=4,989, p=0,008) göre farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 32. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	A.O±S.S	Test Değeri	
Çalışma statüsü	Kadrolu	235	86,70 ± 18,50	p=0,186
	Sözleşmeli	17	92,76 ± 13,62	t=- 1,325
Çalışma yılı	0-2 yıl	27	94,37± 18,10 ^a	F=5,531 p=0,001
	3-9 yıl	91	86,77 ± 16,84 ^{ab}	
	10-20 yıl	104	83,09 ± 19,30 ^b	
	21 yıl ve üzeri	30	95,53 ± 14,41 ^a	
Acil serviste çalışma yılı	0-2 yıl	81	85,53 ± 17,76	F=1,875 p=0,134
	3-9 yıl	129	86,53 ± 18,81	
	10 yıl ve üzeri	42	91,29 ± 16,76	
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı 25,40±11,97	8-15 hemşire	78	87,55± 19,86	F=0,623 p=0,601
	16-25 hemşire	67	89,25 ± 18,81	
	26-36 hemşire	52	85,63 ± 17,17	
	37 ve üzeri hemşire	55	85,25 ± 16,25	
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	173	88,78± 18,96	F=2,442 p=0,89
	Eleman yetersizliği	42	82,60 ± 17,34	
	Raslantı sonucu	37	84,41 ± 14,78	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	39	88,74 ± 16,93	t=- 0,608
	Vardiyalı	213	86,81 ± 18,51	p=0,544
Haftada toplam kaç saat çalıştığı	24-40 saat arası	79	88,82 ± 16,47	F=0,546 p=0,580
	41-49 saat arası	121	86,07 ± 19,46	
	50 saat ve üzeri	52	86,92 ± 18,08	
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	123	90,74 ± 19,32 ^a	F=5,811 p=0,003
	Hayır	23	79,17 ± 18,89 ^b	
	Kısmen	106	84,61 ± 15,89 ^b	
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	61	89,31 ± 21,00	F=0,596 p=0,552
	Hayır	93	86,60± 16,50	
	Kısmen	98	86,21 ± 18,09	
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	122	89,85 ± 18,32	F=2,711 p=0,068
	Kısmen isteyerek	107	84,52± 18,63	
	İstemeyerek	23	84,57 ± 14,19	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	165	89,12 ± 19,68 ^a	F=3,482 p=0,032
	Sevmiyor	24	86,54 ± 13,97 ^{ab}	
	Kararsız	63	82,06 ± 14,67 ^a	

Tablo 32. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		n	A.O±S.S	Test Değeri
Mesleği kişiliğine uygun bulma durumu	Hiçbir zaman	16	87,38 ± 13,96 ^{ab}	F=5,242 p=0,006
	Bazen	152	84,28 ± 18,58 ^a	
	Her zaman	84	92,18 ± 17,43 ^b	
İş doyum düzeyi	İyi	44	100,39± 17,38 ^a	F=15,888 p=0,000
	Orta	182	84,51 ± 16,84 ^b	
	Kötü	26	82,81± 19,88 ^b	
Bakım ve uygulamalar ile ilgili bağımsız karar verebilme durumu	Evet	48	92,81 ± 17,06	F=2,975 p=0,053
	Hayır	53	85,21 ± 20,04	
	Kısmen	151	85,96 ± 17,73	
İş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme durumu	Bazen	194	87,95± 18,75	t=1,473
	Her zaman	54	83,80 ± 16,65	p=0,142
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	20	89,30 ± 22,70	F=12,805 p=0,000
	Hayır	96	95,16 ± 17,53 ^a	
	Bazen	112	81,11 ± 16,05 ^b	
Mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Kararsızım	24	81,08 ± 14,54 ^b	t=2,976 p=0,003
	Evet	210	88,61 ± 18,10	
	Hayır	42	79,57 ± 17,32	
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	185	88,69 ± 18,06	t=2,310
	Hayır	67	82,73 ± 18,20	p=0,022
Mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşma durumu	Evet	158	83,42 ± 18,00	t=-4,294
	Hayır	94	93,30± 17,04	p=0,000
Ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme	Evet	65	78,91 ± 17,19	t=-4,351
	Hayır	187	89,96 ± 17,79	p=0,000
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu	Evet	115	83,09 ± 15,51 ^a	t=5,457 p=0,005
	Hayır	79	91,19 ± 21,85 ^b	
	Kararsızım	58	89,52 ± 16,47 ^b	
Çalışılan kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	27	94,04 ± 15,41	F=2,890 p=0,057
	Hayır	98	84,67 ± 20,43	
	Bilmiyor	127	87,51 ± 16,69	
Çalışma hayatı süresince etik komitede görev alma durumu	Evet	6	100,83 ± 26,48	t=2,890
	Hayır	246	86,77 ± 17,95	p=0,057
Hemşirelik alanında sertifika alma durumu	Evet	90	88,26 ± 16,30	t=0,744
	Hayır	162	86,47 ± 19,28	p=0,458

F: One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği

a-b-: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, **A.O:** Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam puanı Tablo 32'de karşılaştırılmıştır. HEİÖ toplam puanının hemşirelerin çalışma yılı, (F=5,531, p=0,001), acil serviste çalışmaktan memnun olma (F=5,811, p=0,003), mesleğini sevme (F=3,482, p=0,032), mesleği kişiliğine uygun bulma (F=5,242, p=0,006), iş doyum düzeyi (F=15,888, p=0,000), kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu (F=12,805, p=0,000), mesleki eğitim sırasında etik ile ilgili eğitim alma (t=2,976, p=0,003), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma (t=2,310, p=0,022), mesleki yaşantıda ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan bir durumla karşılaşma (t=-4,294, p=0,000), ahlaki sıkıntı yaşanan durum nedeniyle işten ayrılmayı (t=-4,351, p=0,000) ve mesleğini bırakmayı düşünme durumuna (t=5,457, p=0,005) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 32).

Tablo 33. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam ve alt grup puanları ile Ahlakî Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki

		Ahlakî Sıkıntı Ölçeği toplam puan	HEİÖ toplam puan	Meslektaşlar	Hastalar	Yöneticiler	Hastane	Doktorlar
Ahlakî Sıkıntı Ölçeği toplam puan	r	1	-,396**	-,327**	-,248**	-,284**	-,347**	-,343**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
HEİÖ toplam puan	r	-,396**	1	,624**	,646**	,845**	,868**	,805**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Meslektaşlar	r	-,327**	,624**	1	,672**	,335**	,465**	,373**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000
Hastalar	r	-,248**	,646**	,672**	1	,412**	,434**	,384**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Yöneticiler	r	-,284**	,845**	,335**	,412**	1	,674**	,557**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Hastane	r	-,347**	,868**	,465**	,434**	,674**	1	,630**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Doktorlar	r	-,343**	,805**	,373**	,384**	,557**	,630**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

r: Pearson korelasyon katsayısı ** p<0,001

Tablo 34. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam ve alt grup puanları ile Ahlakî Sıkıntı Termometresi puanı arasındaki ilişki

		Ahlakî Sıkıntı Termometresi	HEİÖ toplam puan	Meslektaşlar	Hastalar	Yöneticiler	Hastane	Doktorlar
Ahlakî Sıkıntı Termometresi	r	1	-,329**	-,279**	-,209**	-,290**	-,257**	-,244**
	p		,000	,000	,001	,000	,000	,000
HEİÖ toplam puan	r	-,329**	1	,624**	,646**	,845**	,868**	,805**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Meslektaşlar	r	-,279**	,624**	1	,672**	,335**	,465**	,373**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000
Hastalar	r	-,209**	,646**	,672**	1	,412**	,434**	,384**
	p	,001	,000	,000		,000	,000	,000
Yöneticiler	r	-,290**	,845**	,335**	,412**	1	,674**	,557**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Hastane	r	-,257**	,868**	,465**	,434**	,674**	1	,630**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Doktorlar	r	-,244**	,805**	,373**	,384**	,557**	,630**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

r: Pearson korelasyon katsayısı ** p<0,001

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) arasındaki ilişki Tablo 33'te sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile HEİÖ toplam (r=-0,396, p=0,000) ve meslektaşlar (r=-0,327, p=0,000), hastalar (r=-0,248, p=0,000), yöneticiler (r=-0,284, p=0,000), hastane (r=-0,347, p=0,000), doktorlar (r=-0,343, p=0,000) alt grup puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 33).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) toplam ve alt boyut grup puanları arasındaki ilişki Tablo 34'de sunulmuştur. Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile HEİÖ toplam (r=-0,329, p=0,000) ve meslektaşlar (r=-0,279, p=0,000), hastalar (r=-0,209, p=0,001), yöneticiler (r=-0,290, p=0,000), hastane (r=-0,257, p=0,000), doktorlar (r=-0,244, p=0,000) alt grup puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 34).

4.4. Nitel Bulgular

Acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek için niteliksel olarak yürütülen bu aşamada, elde edilen veriler odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve nitel görüşmelerde elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Acil hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 35'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %73,9'unun evli, %78,3'ünün kadın ve %69,6'sının lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin yaş grubu ortalamaları $32,39 \pm 7,43$, mesleki çalışma yılı ortalamaları $10,65 \pm 7,24$ olarak bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 35. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=23)

Özellikler	n	%
Yaş grupları $32,39 \pm 7,43$	18-26 yaş	6 26,1
	27-35 yaş	8 34,8
	36-44 yaş	8 34,8
	45 yaş ve üzeri	1 4,3
Medeni durum	Evli	17 73,9
	Bekar	6 26,1
Cinsiyet	Kadın	18 78,3
	Erkek	5 21,7
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	6 26,1
	Lisans	16 69,6
	Yüksek Lisans	1 4,3
Çalışma yılı $10,65 \pm 7,24$	0-2 yıl	2 8,7
	3-9 yıl	9 39,1
	10 yıl üzeri	12 52,2

4.4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde nitel araştırmaya katılan 23 hemşirenin sorulan sorulara verdikleri yanıtlar kodlanarak ve içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ile alt temalar oluşturulmuştur. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır.

Tablo 36. Ahlaki sıkıntı kavramına ait tema ve alt temalar

Tema	Alt temalar
Ahlaki sıkıntı kavramının bilinirliği	Ahlak
	Ahlak kuralları
	Etik
	Adalet
	Eşitlik
	Hak
	Vicdan
	Mahremiyet
Ahlaki sıkıntı kaynakları	Hastane kaynaklı nedenler
	Personel kaynaklı nedenler
	Yönetim kaynaklı nedenler
	Hasta- hasta yakınlarından kaynaklı nedenler
Ahlaki sıkıntının etkileri	Fiziksel etkiler
	Psikolojik etkiler
	Kurumsal etkiler
Ahlaki sıkıntının çözümü için yapılması gerekenler	Fiziki yetersizliklerin çözümlenmesi
	Personel sayısının ve dağılımının düzenlenmesi
	Hizmet içi eğitim programlarının ve hemşirelik eğitim programlarının düzenlenmesi
	Hasta merkezli çalışmaya odaklanılması
	Hemşirelerin karar verici mekanizmalar içerisinde yer almasının sağlanması
	Yasal düzenlemelerin yapılarak görev tanımlarının belirlenmesi
Riskli tedavi uygulamalarının birden fazla kişi tarafından kontrolünün sağlanması	

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında 4 tema ile 22 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar ahlaki sıkıntı kavramının bilinirliği, ahlaki sıkıntı kaynakları, ahlaki sıkıntının etkileri ve ahlaki sıkıntının çözümü için yapılması gerekenler olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 36'da sistematik şekilde sunulmuştur.

Tema 1: Ahlaki Sıkıntı Kavramının Bilinirliği

Ahlaki sıkıntı kavramının bilinirliği ile ilgili, katılımcıların bu kavramı hiç duymadığı ve tanımını tam olarak bilmediği görülmüştür. Ahlaki sıkıntı kavramı hakkında 17 katılımcı görüş bildirirken, 6 katılımcı yorumda bulunmamıştır. Katılımcılar genel olarak ahlak kavramının tanımından yola çıkarak yorum yapmışlardır. Katılımcılar ahlaki sıkıntı kavramını mahremiyet, hak, adalet, eşitlik, ahlak-ahlak kuralları, etik, vicdan gibi kavramlar ile ilişkilendirmişlerdir. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı kavramına yönelik ifadeleri şöyledir:

"Ahlaki sıkıntı denilince, yeni mezunum ondan mı aklımda kaldı bilmem ama deontoloji dersi geldi nedense. Deontolojide etiği açıklamadan önce ahlak kavramını açıklıyorduk biz, ondan sonra etik kavramını açıklıyorduk, yani etiğin tanımına baktığım zaman toplum tarafından uyulması gereken doğru kuralların yapılması, ama ahlaki sıkıntı açısından baktığım zaman, bu kuralları uygularken ikilemde kalmak. Doğru olanı yapmak istiyoruz; ama eldeki olanaklar kısıtlı olduğu için belki istemeyerek yanlış tedavileri, yanlış uygulamaları yapıyoruz. Bu açıdan ahlaki sıkıntı doğruyu yapmak istesek de yapamamız gibi geliyor bana. Tabi net olarak bilmiyorum, bu iki kelimeyi yan yana yeni duydum..." (O.3/ K5).

"Bende hiç duymadım ama düşündüğümde, ahlaki kurallara uyulmadığında aile için veya o hasta için ortaya çıkan sıkıntılı bir durum gibi geldi. Mahremiyet geliyor aklıma aslında" (O.4/ K.6).

"...Ahlaki sıkıntı dediğimizde, vicdanen bizim yapmamız gereken veya başkalarının da yapmaması gereken durumlar... İşin açıkçası şöyle bir durum söz konusu, bireylere eşit ve adaletli bir şekilde davranmamız gereken durumlarda adaletsiz bir durumun oluşmasının ahlaki sıkıntıyı ortaya çıkardığını düşünüyorum" (O.3/ K.3).

"...Bu kavramla ilgili pek bir bilgimiz yok açıkçası, neyi kapsıyor bilmiyoruz. Biraz akıl yürüttüğümüzde, ahlak için vicdanen sizi rahatsız eden birtakım davranışları engelleyen tutum diyebiliriz. Bundan duyulan kaygı, sıkıntı, endişe... Yapacağınız bir şey yok, ama bunun sonucunda siz rahatsız oluyorsunuz. Elinizden bir şey gelmiyor. Yapmak istiyorsunuz, yapamadığınız için bu durum sizi sıkıntıya sokuyor. Ahlaki sıkıntı denilince şöyle bir örnek verebilirim. İnvaziv işlem yapılacak bayan ya da erkek hasta fark etmiyor, ben rahatsızlık duyuyorum. Sonda işlemi uygulanırken, uygun ortamın sağlanmayışı ya da hasta kadınsa erkek görevlinin ona işlem yapıyor olması... İnsanlar utanıyor, çekiniyor, mahremiyet var sonuçta... Ben kendimi hastanın yerine koyuyorum. Bana bir bayanın işlemde bulunmasını tercih ederim. Hasta olduğu için karşı taraf bir şey diyemiyor ya da diyecek hali olmuyor. Bayan görevlimiz yok mecburen biz takacağz gibi ifadelerle hastaya yaklaşıldığı zaman rahatsız oluyorum..." (O.2 /K.1).

"Hastaları bilgilendirme konusunda sağlıkçıların açıklamalarının farklı olduğunu görüyorum. Köyden gelen kesimlerle daha farklı iletişim tarzına giriyorlar, daha aşağılayıcı kelimeler kullanıyorlar, farklı davranıyorlar, önemsemediklerini de görüyorum ben... Mesela çocuklarını getirdiklerinde bakamıyor musun, bunları niye böyle hasta ediyorsun, bakamıyorsanız niye bu kadar çok çocuk yapıyorsunuz gibi ifadelerin kullanıldığını duyuyorum. Ama bu davranışın bilgili bir kişiye yapıldığını görmüyorum, çünkü geri dönüşün farklı olacağını biliyorlar..." (O.3/ K.4).

Tema 2: Ahlaki Sıkıntı Kaynakları

Katılımcıların söylemleri doğrultusunda ahlaki sıkıntıya neden olan faktörler hastane, personel, yönetim, hasta-hasta yakınlarından kaynaklı nedenler olarak gruplandırılmıştır. Hemşireler yaşadıkları ahlaki sıkıntının nedenlerini hastanenin fiziksel koşulları (n=3), hastanede kullanılan malzemeler (n=4), yönetimin personele karşı tutumu (n=4), iş yükü (n=3), eleman sayısı (n=3), meslek grupları arasında hasta bakımına ilişkin farklı uygulamalar (n=3), hastane personelinin eğitimi (n=2), hastane personelinin tutumu (n=5), iletişim (n=2), hasta yakınlarının tutumları (n=3), yararı olmadığı düşünülen tedavi ve yaşam sonu bakım uygulamaları (n=3) ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılar hastane kaynaklı faktörleri, fiziksel koşulların yetersizliği, gerekli malzeme veya cihazların eksikliği ve yetersiz/kalitesiz olması olarak belirtmişlerdir. Bu faktörlerin çalışma koşullarını aksattığı, aynı zamanda verilen bakım ve hizmet kalitesini azalttığını vurgulamışlardır. Hemşirelerin bu konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“...Malzeme eksikliği. Mesela non-invaziv maske, kıdemlim benden hastaya BİBAP maskesi istiyor, fakat yok. Serviste bir tane vardı yıkanıp kullanılıyordu, o maskenin de lastik bölümü yoktu. Bütün servisleri aradım hiçbir şekilde maskeyi temin edemedim, daha sonra gece sorumlusunu aradım, doktor bulacaksın diyor, şimdi ben ne yapabilirim bu durumda, koskoca hastanenin deposunda yok. Yönetim bunu es geçmiş, sorumlum es geçmiş, ben ne yapıcım. Hastaneden kaynaklanan şeyi ben yapıyorum, ben yaşıyorum. Sonuçta o hastaya BİBAP maskesi veremedik, kim veremedi ben veremedim. Maskenin temin edilememesinin sorumlusu başka, ama yapan benim ”(kızgın yüz ifadesi) (O.3/ K.2).

“Sık kullandığımız cihazların düzenli kalibrasyona gitmemesi, cihazların sonuçlarının yanlış sonuç vermesi, bu nedenle hastaya yanlış tedavi uygulanması da bir ahlaki sıkıntı. Yakın zamanda şöyle bir olay yaşamıştık, biz hastaların ateşini kulak probu ile ölçüyoruz, cihazımızdan memnunduk doğru ölçüyordu kullanımı pratikti, sonra ihale değişmiş başka cihazla anlaşılmış, gelen cihaz hastanın ateşi yüksekse bile düşük ölçüyor, bu da tedavinin yanlış olmasına neden oluyor, ahlaki sıkıntı yaşıyorum ben bu konuda...” (O.3/ K.1).

"Aynı kirli sedyeye 2-3 hasta yatıyor. Yani her seferinde temiz örtü serip veremiyoruz. Yeterli malzemem her zaman olmuyor. Yoğunluktan malzemenin ve personelin yetişmediği zamanlar oluyor. Hasta örtünün orasında kan var diyor, sen çaresiz kalıyorsun. Değiştirecek bir şeyin olmayınca, mecbur o şekilde hastayı yatırılıyorsun oraya " (O.1/ K.4).

"Bize gelen bazı malzemelerde bazen ucuz malzeme getiriliyor, enjektörler bazen öyle bir geliyor ki lastik kısımları olmuyor, çekerken bile zorlanıyoruz, çatlıyor. Hastaya zarar verme konusunda sıkıntı yaşıyoruz. Bazen damar yolu setlerken, serum seti hava yapıyor, ben boşaltsam da yine serum setinde hava kalıyor, ikilemde kalıyorum hastaya taksam, belkide hastada hava embolisine sebep olacağım, ama takmazsam hastanın

tedavisini yapamıyorum, burada ahlaki sıkıntı yaşıyorum. Baktığımız zaman bir sürü konuda ikilemde kalıyoruz, biz hastaya zarar vermek istemiyoruz ama elimizde olmayarak veriyoruz" (O.3/ K.5).

"Özellikle bizim acil alanımız küçük, her geçen gün hasta sirkülasyonumuz artıyor. Hasta sayımız artıyor, dolayısıyla servislerde yer sıkıntısı yaşanıyor, birçok hastayı yoğun bakım servislerinde takip etmek zorunda kalıyoruz. Bu nedenle bay –bayan hastayı karışık yatırmak durumundayız. Perdelerle ayrılmış vaziyette, ama yinede bir oda gibi, bayanların olduğu özel bir yer ya da erkeklerin olduğu bir yer yok. İşlem yapılması sırasında hasta üstünü çıkaracak çıkaramıyor, çünkü yanında erkek hasta var. Mahremiyet yok. Bu konuda bir şeyler yapmak istiyorsun, nasıl yaparım diye düşünüyorsun, en son şöyle oluyor; erkek hastaların yanına bayan hasta almamaya dikkat ediyorsun ya da bayanları bir tarafa toplamaya çalışıyorsun (O.2/ K.1).

Katılımcılar ahlaki sıkıntıya neden olan personel kaynaklı faktörleri; hastane içinde personele verilen eğitimin yetersiz oluşu, personel eksikliğine bağlı iş yükünde artış, deneyimsiz/tecrübesiz ve yeterli donanıma sahip olmayan personel ile çalışma, farklı meslek gruplarının servis içinde veya hastaya yapılan müdahalelerde farklı tutumlar göstermeleri, ekip içindeki iletişim-işbirliği yetersizliği olarak açıklamışlardır. Hemşireler personel kaynaklı faktörlere yönelik olarak şunları söylemişlerdir:

"Biz her zaman kalabalık bir ekiple çalışıyoruz. Hastanın başına doktor, hemşire, intörn, hasta bakıcı hepimiz gidiyoruz. Mahremiyet konusunu konuşmuştuk mesela. Bu konuda yeterince eğitim alınmaması ya da hastanede bu gibi konulara yönelik eğitim verilmemesi, buna özen gösterilmemesi. Bunların hepsi ahlaki sıkıntıya sebep oluyor. Biri dikkat ederse diğeri etmiyor. Yeterli eğitimi almadığı için, diğer arkadaşlar özen göstermiyor... Ahlaki sıkıntı temelde bunlardan kaynaklanıyor" (O.2/ K.6).

" Yakın zamanda eğitim konusunda şöyle bir olayla karşılaştım. Temizlik personeli arkadaş yoğun bakımda temas izolasyonu olan hastanın yatağını sildi, ilk o hastadan başladı, sonra diğer hasta yatağını sildi aynı bezle. Kızdım... Kırmızı yıldız işareti ne anlama geliyor, dedim. Bilmiyorum, öğretmediler deyince ben ne diyebilirim" (O.3/ K.3).

"...damar yolu, sonda takma gibi pek çok uygulamayı, yeni başlayan arkadaşlar bilmiyorlar, onlara bazı arkadaşlar gösteriyor, kimisini de göstermiyor, arkadaşlar bilmedikleri için bize de sormuyorlar. Bu sefer ister istemez sıkıntılı durumlar çıkıyor ortaya. Hastaya zarar verecek durumlar yaşayabiliyoruz" (O.3/ K.1).

"Öğrencilerimiz yeni başlıyor. Asistanları onları eğitmeleri gerekirken yoğunluktan eğitemiyorlar. En basitinden bir kan almayı bile bilmiyor. Hasta üzerinde deneye deneye öğreniyor. Zaten gelen hastaların çoğu CA' lı hastalar. Damarları kemoterapiden artık incelmış zor bulunuyor. Oradan gir, buradan gir hasta delik deşik oluyor, bir türlü kan alınamıyor. Sen görüyorsun da her seferinde sen koşup alamıyorsun, çünkü tedavi yükümüz, yapmamız gereken çok fazla iş oluyor. Her seferinde koşup elinden alamıyorsun. Hastalar acı çekiyor, ama sen bir şey yapamıyorsun. Bir bakıyorsun her yeri mosmor olmuş hastanın (üzgün yüz ifadesi)" (O.1/ K.4).

"Biz bir aletin ya da yatağın temizliğine çok dikkat ediyoruz. Ama diğer arkadaşlar hiç dikkat etmiyor. Cerrahi aletleri, başkasında kullandığı aletleri, direkt başka bir hastaya kullanabiliyorlar. Aynı setten 2 hastaya, 3 hastaya kullanabiliyorlar. Sen dikkat ediyorsun, ama onlar dikkat etmiyor, hastalara zarar veriyorlar aslında" (O.1/ K.6).

"Ben geçen gün şöyle bir olaya şahit oldum, bizim intörnlerimiz takıyor sondayı, intörn sondayı takamadı kıdemlisi başına gitti, direkt sondayı hiçbir şey yapmadan, eline katajel almadan, steril eldiven giymeden direkt taktı. Ya da damar yolu açarken, direkt damar yoluna giriyorlar, alkol sürmeden. Biz o hastalar için ahlaki sıkıntı yaşıyoruz. Biz bunun eğitimini aldık, bunun için buradayız, hastaya faydalı olmak varken, bazı sağlıkçılar işimiz bitsin yeter anlayışı ile çalışıyor" (O.3/ K.5).

"Hiç unutmuyorum, 24 saatte gitmesi gereken bir ilacı 8 saatte vermişim ve ben bunu sabah anladım. Sorumlunun yanına gittim, çok sert bir insandı, bunu ona açıklamak zordu. Bir asistan arkadaşla da konuşmuştum; kemoterapi protokollerinin farklı farklı olduğunu, bazılarının bu saatte de gidebileceğini söyledi. Ben hastada zarar boyutunda herhangi bir komplikasyon gelişir mi diye, çok tedirgin olmuşum. Çocuk 7-8 yaşlarındaydı. Kendi kendime dedim ki ilaç dozu çok yüksek değil, ama zaman dilimi çok kısaydı. Ben önce kendimi suçladım ama bir-iki yıllık hemşireydim ve yoğun bir

serviste tek başıma çalışıyorum bana sadece öğrenci arkadaşım yardım ediyordu. Bunun yansımasydı bu hata. Yoğunluk, birinci sebep, ama dikkatli olmalıydım çünkü özel bir serviste çalışıyordum sonuçta" (O.4/ K.4).

"Serviste sık kullandığımız bir ilacın oral süspansiyonu var, bir de tablet formu var. Bende o zaman genel pediatri servisine başlayalı 3 aylık hemşireyim, benden önceki hemşire arkadaşına ilacın tablet formu gelmiş. Ben sabah gittim, hazırlanmış ilacı hastaya verdim. Hiç unutmuyorum cc de şu kadar olacak diye hesaplayıp, enjektörle çekilmiş halde verdim. Tekrar kontrol etme gereği duymadım, daha 3 aylık hemşireyim zaten. Sabah beni kıdemlimiz arıyor, hastaya yanlış miligram verdin diyor. Tabi benim dışımda ki herkesi aramış telefondan, siz çocuğa yanlış ilaç verdiniz oral süspansiyon verilmesi gerekiyormuş, ama tablet verilmiş demiyor. Hoca ilacın oral süspansiyonunu vereceksiniz diye özellikle asistan arkadaşına söylemiş. Ama asistan arkadaş bunu bize söylememiş... Ben kendimi çocuğa bir şey olacak diye çok kötü hissettim. Ama bu durum bizim suçumuz değil, asistan arkadaşın bize ilememesi nedeniyle gelişmişti" (O.4/ K.2).

Hemşireler ahlaki sıkıntıya neden olan yönetim kaynaklı faktörleri, yönetimin personele karşı tutumu (hastane ile ilgili yapılan düzenlemelerde personelin fikrinin alınmaması), yönetsel destek eksikliği ve görev tanımlarındaki belirsizlikler nedeniyle görev tanımında olmayan işlerin üstlenilmesi olarak vurgulamışlardır. Bu duruma yönelik olarak hemşireler şunları söylemiştir:

"Yönetimin arkamızda durması gerekiyor, ya da hemşirelere danışması lazım, bir şeyi tercih ederken, özellikle malzeme alımında. Söz sahibi olmalıyız" (O.3/ K.1).

"Yoğun bakımdaki yataklarımız mesela. Hastaya pozisyon verirken, yatak çarşaflarını değiştirirken o kadar zor ki, gerçekten zor... Bunu alan hastane yönetimi, bunu kullanan kim, benim ya da personel. Bize soran var mı hayır, fikrimizin alınmaması. Hastane yönetimi beğeniyor, o yatak bize geliyor..." (O.3/ K.2).

"Kalifiye elemanların uygun yerlerde çalışmaması gibi... Aynı kişi aynı yanlış yapıyor ve o kişi hala devam ediyor burada. Ne yeri değişti, ne işten çıkarıldı, ne de bir uyarı verildi. Bunu herkes biliyor, onun kıdemlisi de biliyor ama bizim arkamızda durmuyorlar ..." (O.1/ K. 5).

"Görevimiz olmayan birtakım işler bizim hep üzerimize yıkılıyor. Bu durum asıl yapmamız gereken işi yapmamızı engelliyor, örneğin başka bir bölüm tadilata giriyor, kemoterapi ilacını sana yönlendiriyorlar, kan transfüzyonlarını sana yönlendiriyorlar bunun gibi..." (O.2/K.1).

Katılımcılar ahlaki sıkıntıya neden olan hasta ve hasta yakınlarından kaynaklı faktörleri, yararı olmadığı düşünülen tedavi ve yaşam sonu bakım uygulamaları, hasta-hasta yakınlarının olumsuz tutumları/davranışları olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler özellikle terminal dönem kanser hastalarına yapılan tedavi ve uygulamaların yararsız olduğunu, özellikle resüsitasyon sürecinde inotrop ilaçların yaşamı uzatmak için yüksek dozda verildiğini belirterek, bu tip uygulamaların hastanın sadece acı çekmesine neden olduğunu düşünmektedirler. Aynı zamanda bu yararı olmadığını düşündükleri tedavi ve uygulamaları hekim istemi olması nedeniyle istemeyerek zorunlu olarak yaptıklarını, bu nedenle ahlaki sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu riskli uygulamalarda karar verici otoritenin sadece hekim olmaması, sağlık ekibinin tüm üyelerinin bu sürece dahil olması gerektiğini vurgulamışlardır. Hasta ve hasta yakınlarının tedaviye ihtiyacı olan yalnızca kendileriymiş gibi bencilce davranmaları, hemşireleri oldukça rahatsız etmektedir. Katılımcılar bu durumu şöyle ifade etmişlerdir:

"Hasta yakınlarının aceleci davranışları her şeyden önce benim demesi. Biz arrest ile uğraşırken oradan bir enjeksiyon davası geliyor. Biz arrest ile uğraşıyoruz entübe ediyoruz hastayı, adam enjeksiyonum var diye bağıyor... Dikkatimizi dağıtıyor. Yani hasta yakınlarının davranışları da bizi çok etkiliyor" (O.4/ K.4).

"Arrest durumunda adrenalini sürekli yapıyoruz, en az 7-8 doz yapıyoruz, resüsitasyonun uzunluğuna, hastanın yanıtına göre değişiyor tabii. Ama terminal dönem geri dönüşü olmayan bir hasta varsa yapılmasının taraftarı değilim ben. Hastayı hırpalamaya bence hiç gerek yok " (O.4/ K.1).

" Hiç unutmuyorum bir keresinde 3,5 saat boyunca arreste müdahale ettiğimiz bir gün oldu. Ben ömrümde öyle bir müdahale görmedim, kesinlikle bunu etik olarak uygun bulmuyorum. Tamamen asistan arkadaşla ilgili bir durumdu. Adrenalin infüzyonu başladık çocuğa, arada adrenalini puşe de yaptırıyor ve ritim duyuyor. Sonra da bizden resüsitasyona devam etmemizi istiyor ve 3,5 saat boyunca bu çocuğa resüsitasyon

yapıldı, defibrilasyon uygulandı. Artık ben dayanamadım, yazık günah artık bırakalım dedim" (O.4/ K.2).

Tema 3: Ahlaki Sıkıntının Etkileri

Katılımcılar ahlaki sıkıntının etkilerini fiziksel, psikolojik ve kurumsal boyutta değerlendirmişlerdir. Görüşmelerde hastanede yaşanan olumsuz olaylarla etkin baş edememe sonucunda hemşirelerde çoğunlukla psikolojik etkiler görüldüğü saptanmıştır. Hemşireler ahlaki sıkıntının psikolojik etkileri olarak kendilerinde çaresizlik, yıpranmışlık, suçluluk, tükenmişlik, sinirlilik, öfke, huzursuzluk, mutsuzluk, üzüntü, boş verme, umursamama duygularını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra hemşireler kendilerinde baş ağrısı, uyku problemleri, göz yanması, mide bulantısı gibi fiziksel belirtiler tanımlamışlardır. Katılımcılar ahlaki sıkıntının kendilerinde oluşturduğu bu etkileri ailelerine de yansıttıklarını vurgulamışlardır. Aynı zamanda yaşadıkları ahlaki sıkıntının çalışma motivasyonlarını düşürerek, yaptıkları işi hızlıca yapıp, ortamdaki uzaklaşma isteği yarattığını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ahlaki sıkıntının etkilerine yönelik ifadeleri şöyledir:

"...böyle bir stres migren yapıyor, bazen mide bulantısına bile çeviriyor. Fiziksel belirtiler bunlar. Bazı durumlarda gerçekten çaresizlik hissediyorsun. Çözümleri de öneriyorum, ama sonucun hiçbir şekilde düzelmemiş olması gerçekten beni yoruyor. Artık yorulduğumu hissediyorum" (O.1/ K.1).

"Ben daha yani yeni başladım 4,5 yıllık hemşireyim ama tükenmişlik sendromuna girdiğim çok oluyor. Çünkü değiştiremiyorsun, yani değiştiremeyeceğin çok şey var. Değiştirmek istesen de değiştiremiyorsun, o yüzden ruhsal yönden direkt çöküntü yaşıyorsun. Zaten bu mesleğe başladıysan çok güçlü olmak gerekiyor, bunu anladım ben" (O.2/K.6).

"Fiziksel olarak baş ağrısı yaşıyorum, ama daha çok ruhsal sıkıntılar var bende. Bir şeyleri yapamıyorsun sinirleniyorsun, kızyorsun. Ne kadar çok sinirlenirsek, bu sefer psikolojik olarak kendimize zarar veriyoruz " (O.2/ K.3).

"... o olaydan sonra ben evde çok kötü oldum. Düşünüyorum çocuk dün akşam geldi, uyuyordu, sabaha karşı yine uyuyordu, nöbetten çıktım uyuyordu. Çocuğu öldürdüm

ben diye, başladım ağlamaya... Kendimi suçladım. O yaşadığım panik ve korkuyu hiç bir zaman unutamiyorum." (O.4/ K.2).

"... ahlaki sıkıntı gizlendiğinde bir huzursuzluk yaratıyor gerçekten. İşyerindeki huzursuzluk da insanın özel hayatına yansıyor. İşyerinde yaşadığım bir şey nedeniyle, başım ağrıyorsa o baş ağrısı benle eve gidiyor, moralim bozuksa eve gidiyor. Evdeki davranışlarıma yansıyor. Aileme yansıyor. Ne kadar yansıtılmamaya çalışsak da yansıyor. Ailesi olanlar bunu daha iyi bilir. Bir bakıyorsunuz, çocuğunuz size bir şey söylüyor; bağırarak tepki vermişsiniz. Çok basit bir şey ama bağırmışsın çocuğuna. Sonradan fark ediyorum, ben bunu işten getirdim diyebiliyorum yani..." (O.1/ K.1).

"Hasta yakınlarıyla yaşadığımız olaylardan psikolojik olarak etkilendiğimiz zaman ister istemez yüzümüze de yansıyor. Yani biz tabii ki müdahalemizi yapıyoruz, ama bizim o an çok aceleci olmamıza, belki aklımızın karışmasına neden olabiliyor. Şahsen beni olumsuz yönde etkiliyor. İş hızı yapmama yansıyor, diğer hastalara yansıyor. Bilmiyorum ben öyle hissediyorum" (O.4/ K.4).

"...ahlaki sıkıntı yaşadığımız durumlarda, biz olsaydık, kendi yakınımız olsaydı, ne hissederdik diye düşünüyoruz. Empati yapıp üzülmüyoruz. Bu durumun giderilmemesinden dolayı da bir kızgınlığımız söz konusu oluyor... Yani elimizden bir şey gelmiyor. Bu üzüntüyü bu durumu o aileye ve hastaya yaşattığımız için biz vicdanen çok rahatsızız"(O.3/ K.3).

"Yaşanan sıkıntılar benim çalışma şevkimi kırıyor, yani yaşanan bu ahlaki sıkıntı beni olumsuz yönde etkiliyor. Etik olmayan işlerin yapılması, özellikle hasta mahremiyeti ve hasta ayrımı çok ters bana. Bunlar benim çalışma şevkimi kırıyor, o ekipteki kişilere, çalıştığın işyerine, sisteme olan işyanımı arttırıyor, bende üzüntü, sinir ve asabiyet yapıyor " (O.3/ K.2).

Tema 4: Ahlaki Sıkıntının Çözümü için Yapılması Gerekenler

Katılımcılara, yaşanan ahlaki sıkıntının çözümünde hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin neler yapabileceği sorulduğunda; fiziki yetersizliklerin giderilmesi, iş gücü devir hızının hesaplanarak eleman sayısının-dağılımının düzenlenmesi, bu kavramlara ilişkin hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve hemşirelik eğitim programlarının içeriklerinin zenginleştirilmesi, nitelikli elemanların yetiştirilmesi, hasta merkezli çalışmaya odaklanması, hemşirelerin karar verici mekanizmalar içerisinde yer almasının sağlanması, yasal düzenlemeler-görev tanımlarının düzenlenmesi, özellikle dikkat gerektiren, riskli uygulamaların birden fazla kişi tarafından kontrol edilmesi, kurum yöneticilerinin personele karşı tutumlarını değiştirmesi ve personeli desteklemesi yanıtları alınmıştır.

Hemşireler çalışma ortamlarında ahlaki sıkıntı gelişmesine neden olabilecek durumları önlemede daha çok bireysel çözümler uygulamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çözüm önerilerine yönelik ifadeleri şöyledir:

"Acil servis olarak düşündüğümde, fiziki şartların düzeltilmesi. Biz fiziki şartların çok yetersiz olduğu bir birimde çalışıyoruz. Bizde sistem çok değişik, polikliniğe çıkan hastalarda acilden giriyor, acile gelen hastalarda acilden geliyor. Özellikle sarı alanımız için söylüyorum, hasta mahremiyetinin neredeyse çok az olduğu bir yer, her odaya 4 tane hasta koyuyoruz, yeri geldiği zaman kapıya doğru beşinci hastayı çekiyoruz. Burada zaten mahremiyetten söz edemiyoruz, mümkün oldukça mahremiyeti korumak için bayan ve erkek olarak ayırım yapıyoruz, bireysel çözümler bulmaya çalışıyoruz. Ahlaki sıkıntıları düzeltilmesi için bireysel olarak öncelikle, insanların eğitilmesi ya da tüm personele bu konular hakkında yeterli bilgilerin verilmesi ve personelin bu işi gerçekten daha özveriyle yapmaları konusunda uyarılmaları gerektiğini düşünüyorum..." (O.3/ K.1).

"Eğitim diyorum ben. Eğitim süresinin içeriğinin biraz daha arttırılması iletişim konularının, ahlak kavramlarının hemşirelik kavramları ile ilgili dersler olarak verilmesi ya da arttırılması. İşe başlama sürecinde verilen hizmet içi eğitimlerin, bu konuları kapsamaması gerektiğini düşünüyorum. En önemlisi de hemşirelerin yönetimde karar verici mekanizma olmaları gerek, otoritenin bizim elimizde olmaması büyük

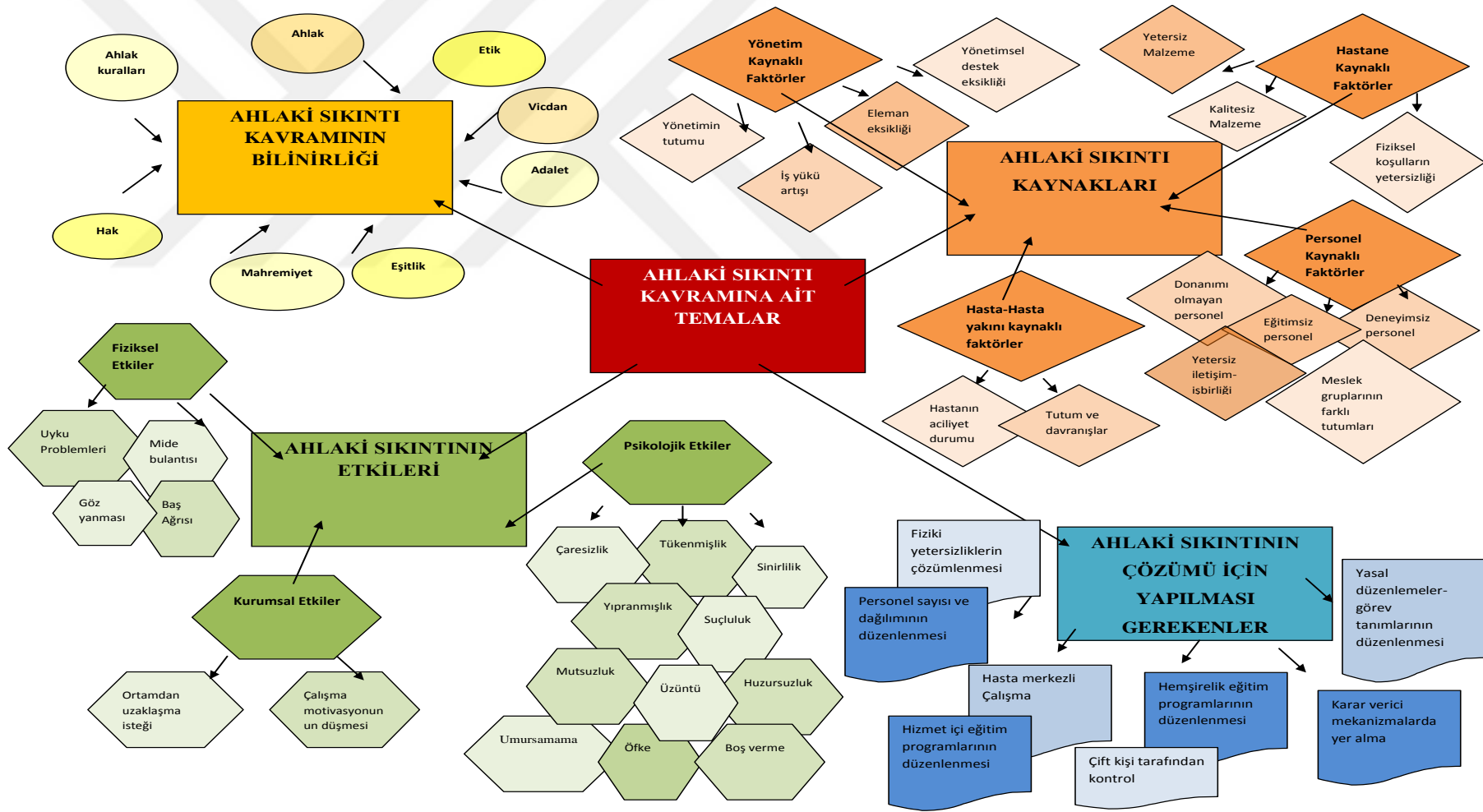
sıkıntı oluşturuyor. Acilin gözleminden bahsediyoruz, gözlem odasının bu şekilde olması benim elimde değil. Benim elimde olsa oda oda yaparım, farklı bir şekilde yaparım, yine benim elimde olsa bir hemşire ile çalıştıracığım yeri üç hemşire ile çalıştırırım. Ama bu benim elimde olan bir şey değil. Senin elinde olmadığı için o yetki sende olmadığı için bir şey yapamıyorsun. Biz pek çok şeye müdahale edemiyoruz" (O.2/ K.3).

"Temelde profesyonel ekiple kombine çalışmamızdan kaynaklanıyor. Yasalar doğrultusunda çalışabilecek bir ekip olsak yani. Eleman sayımız tam olsa ve hasta merkezli çalışsak. Çünkü acile gelecek olan hasta sayısı belli değil... Yasal doğrultuda işimizi biz takip edebilsen, bütün bu sorunları çözeriz diye düşünüyorum" (O.1/ K.1).

"Zaten iş yükümüz oldukça fazla, bu nedenle görev tanımlarımızı bilip, yapmadığımız işleri üstlenmeyeceğiz" (O.4/ K.5).

"Önemli bir ilaç takıldığında 2 hemşire kontrolünü yapıyoruz biz. Ben taktım arkamdan arkadaş kontrol ediyor. Tabi ki yapılmayan durumlarda oluyor, yoğunluğa bağlı olarak ama kontrol önemli " (O.4/ K.6).

" ...karşındaki kişi etik davranmıyor, ama sen uyaramıyorsun. Uyardığın zaman tavır, sen ne karışıyorsun şeklinde oluyor. Bazıları belki direk söyleyemiyor, ama onun tavırlarından anlıyorsun ki sen onu uyarsan da yaptırımı yok. İdareci tarafından da yaptırımı yok, kıdemlisi tarafından da yok. O da istediğini yapıyor. Kendisi de bizim gibi insan sağlığı ile uğraşılıyor çoğu zaman, örneğin steril olması gereken yerlerde steril olmuyor... direk hastaya zarar veriyor. Bireysel değil bütün hemşire grubu olarak hak ve sorumluluklarımızı çok iyi bilmemiz lazım ki, tam olarak ahlaki sıkıntıyı çözebilelim, etik kurallara uyabilelim, ya da etik dışında olan şeylere müdahale edebilelim diye düşünüyorum" (O.2/ K.6).



Şekil 5. Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda ahlaki sıkıntıya yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Günümüzde ahlaki sıkıntı kavramı sağlık profesyonellerinin sıklıkla tartıştığı önemli bir kavram haline gelmiştir. Hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile ilişkili durumlar, iş yaşam kalitelerini etkilemekte, fiziksel ve psikolojik problemlere neden olabilmektedir. Bununla birlikte ahlaki sıkıntı nitelikli hasta bakım sunumunu etkileyerek, hemşirelerde tükenmişlik, işten ayrılma ve mesleği bırakma gibi olumsuz durumlara yol açabilmektedir. Bu çalışma Samsun ili ve ilçelerinde acil hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyleri ile başa çıkma yollarını etkileyen faktörler arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlaki sıkıntıyı değerlendirebilmek amacıyla bu konuda birçok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde, ahlaki sıkıntıyı belirleyen ölçüm araçlarının kültürel uyarlaması ile birlikte geçerlik-güvenirlik çalışmalarının yapıldığı ve aynı ölçüm aracının birçok versiyonunun geliştirildiği görülmektedir (Burston ve Tuckett, 2012; Prentice ve ark., 2016; Schaefer ve ark., 2016; Lamiani ve ark., 2017a; Morley ve ark., 2017).

Bu çalışmada Hamric ve ark. (2012)'ı tarafından geliştirilen Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Wocial ve Weaver (2013) tarafından geliştirilen Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek uyarlama sürecinde dil geçerliğinin sağlanması, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin uygunluğunu belirlemede ilk adımdır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Bu adımda çevirmen sayısının ikiden fazla olması, her iki dili akıcı bir şekilde kullanabilen ve her iki kültürü iyi bilen çevirmenlerin bulunması ve dil uzmanlarından görüş alınması ölçeğin uyarlandığı kültürde maddelerin anlaşılabilirliğini artırmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Seçer, 2015). Bu çalışmada ölçeğin dil geçerliği aşamasında literatürde en çok tercih edilen bir yöntem olan çeviri-geri çeviri yönteminden yararlanılmıştır. Ölçeklerin dil geçerliği sürecinde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, ölçeklerin kapsam geçerliğini sağlama aşamasına geçilmiştir.

Ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin kapsam geçerliğini belirlerken uzman görüşlerine başvurmanın oldukça etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmekte, uzman sayısının 3 ile 20 kişi arasında değişmesi önerilmektedir (Esin, 2014). Literatür ile uyumlu olarak bu çalışma kapsamında her iki ölçek de dokuz uzmanın görüşüne sunulmuştur. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçeklerde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bununla birlikte uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirilebilmek amacıyla Kendall İyi Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanmıştır (Özdamar, 2016). Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Uzmanlar arasında görüş birliği olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Farklı bir kültüre uyarlanan ölçeklerin yapı geçerliğinin sağlanmasında uygulanan bir diğer yöntem faktör analizidir. Literatürde faktör analizi yapabilmek için ölçekte yer alan madde sayısının 5-10 katı katılımcının örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002, 2003). Ayrıca bu çalışmanın literatür ile uyumlu olarak faktör analizi için önerilen madde sayısının 10 katı katılımcıyı ($n=252$) örnekleme dahil etme ölçütünü karşıladığı görülmektedir.

Ölçeklerde, örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını değerlendirmede KMO, değişkenlerin birbiri ile korelasyon gösterip göstermediğini belirlemede ise Barlett Testi uygulanmaktadır. KMO ölçütü 0,900-1,000 arasında ise mükemmel, 0,800-0,890 arasındaysa çok iyi, 0,700-0,790 arasındaysa iyi, 0,600-0,690 arasındaysa orta, 0,500-0,590 arasındaysa zayıf, 0,5'ten düşük ise kabul edilemez olarak yorumlanmaktadır. Bununla birlikte BST'nin ise 0,05'ten küçük olması önerilmektedir (Özdamar, 2016). Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin KMO değeri 0,843 olarak saptanmıştır. Bu bulgu örneklem büyüklüğünün faktör analizinin uygulanması için yeterli büyüklüğe sahip olduğuna işaret etmektedir. Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı olması değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğunu ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin yurt dışı geçerlik-güvenirlik çalışmalarında da KMO ve Barlett testi sonuçlarının literatür ile uyumluluk gösterdiği bildirilmektedir (Burston ve ark., 2016; Nia ve ark., 2017). Ülkemizde Karagözoğlu ve ark. (2017)'nin yapmış oldukları geçerlik-güvenirlik çalışmasında da Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin KMO değeri 0,810, Barlett test değeri; 1184.937, $p=0,001$ olarak belirlenmiştir.

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu için bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin model uyum indeksleri bulgular bölümünde Tablo 7' de sunulmuş ve literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında öncelikle ölçüm modelini oluşturan maddeler için faktör yükleri (standardize regresyon katsayıları) incelenmiş ve 0,30'dan küçük faktör yüküne sahip olan maddeler (3, 4, 6, 7 ve 12. maddeler) yapıdan çıkarılmıştır. Puanlama ölçekteki 16 madde üzerinden yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında ikinci olarak uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin yurt dışında yapılan diğer uyarlama çalışmalarında da birçok araştırmacının ölçeğin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizini yaptıkları görülmüştür (Burston ve ark., 2016; Lamiani ve ark., 2017a; Badolamenti ve ark., 2017; Ramos ve ark., 2017; Nia ve ark., 2017). Lamiani (2017b)'nin çalışmasında 4 faktörlü bir yapı ortaya çıkmış, bu modelin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları RMSEA=.06; CFI=.95; TLI=.94 olarak belirlenmiştir. Nia ve ark. (2017)'nin 771 hemşire üzerinde yapmış oldukları diğer bir uyarlama çalışmasında ise uyum indeksleri; CMIN/DF: 3.955, RMSEA: 0.062, AGFI: 0.891, IFI: 0.920, CFI: 0.911 olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin 16 madde ile oluşturulan yapısının güvenilirlik seviyesi 0,863 olarak belirlenmiştir. Ölçek uyarlama çalışmalarında güvenilirlik katsayısı değerlendirme ölçütüne göre; $0.00 \leq a \leq 0.40$ ölçeğin güvenilir olmadığına, $0.40 \leq a \leq 0.59$ ölçeğin düşük güvenilir olduğuna, $0.60 \leq a \leq 0.79$ ölçeğin oldukça güvenilir olduğuna ve $0.80 \leq a \leq 1.00$ ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Ölçülmek istenen özellik alanı homojen olduğunda Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı yüksek çıkmakla birlikte, bu sonuç maddeler arasında iç tutarlığın olduğunu göstermektedir (Ercan ve Kan 2004, Gözüm ve Aksayan 2002).

Bulgular bölümünde Tablo 9'da görüldüğü üzere ölçekte geriye kalan 16 maddeden her biri çıkartıldığında, Cronbach Alfa değerinin daha yüksek bir değer almadığı belirlenmiştir. Literatürde madde toplam puan korelasyonlarının 0,30'dan büyük olması gerektiği, madde korelasyon katsayılarının 0,30'dan düşük olduğu durumlarda öncelikle madde çıkarılarak Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısındaki değişimin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Karasar 2000, Gözüm ve

Aksayan 2002). Bununla birlikte Hamric ve ark. (2012), orijinal ölçme aracının güvenilirliğini hekim ve hemşireler için ayrı ayrı belirlemiş, hemşireler için Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,89, ölçeğin tüm katılımcılar için güvenilirlik katsayısını ise 0,88 olarak belirlemiştir (Hamric ve ark., 2012).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmalarında madde analizi, test tekrar test tekniği ve Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısından yararlanılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin geçerlik çalışmaları doğrultusunda eş zaman geçerliğine bakılmıştır. Ahlaki Sıkıntı Termometresi ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,408$, $p<0,001$). Araştırma bulgularını destekler nitelikte ölçeğin orijinal halinin geçerlik-güvenirlik çalışmasında da, Ahlaki Sıkıntı Termometresi ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (2009) yetişkin ve pediatrik versiyonları arasında orta ($r=0,404$, $p<0,001$) ve düşük ($r=0,368$, $p<0,001$) düzeyde pozitif bir korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (Wocial ve Weaver, 2013).

Corley (2001) tarafından geliştirilen 38 maddelik Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nde Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,96 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmalarda da Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerinin yüksek bulunması ölçeğin güvenilir olduğuna işaret etmektedir (Burstion ve ark., 2016; Badolamenti ve ark., 2017; Karagözoğlu ve ark., 2017; Lamiani ve ark., 2017b; Nia ve ark., 2017; Ramos ve ark., 2017). Bununla birlikte ölçek uyarlama çalışmalarında güvenilirlik sınama yöntemlerinden biri olan test-tekrar test, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı bir sonuç verebilme özelliğini ve zamana karşı değişmezliğini göstermekte, her iki ölçüm sonucunun benzer olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizi kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısının kararlılık gösterebilmesi için grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir. Bir ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu belirlemek üzere hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması beklenmektedir. Bu sınır ölçekler için en az 0,70'tir (Seçer, 2015). Bu çalışmada ölçek 60 kişilik bir örneklem grubuna iki hafta aralıklarla uygulanmıştır. Ölçüm sonuçlarına göre ölçek puanları ile test tekrar test arasında %74,8'lik yüksek bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nin test ve tekrar test sonuçlarının benzer olduğunu göstermekle birlikte ölçeğin

zamana karşı değişmezliğini ve tutarlığını desteklemektedir. Bununla birlikte Ahlaki Sıkıntı Ölçeği test-tekrar test sonuçları Karagözoğlu ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Karagözoğlu ve ark., 2017).

Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin orijinaline ait geçerlik-güvenirlik çalışmasında, ahlaki sıkıntının dinamik bir olgu olduğu, sürekli değişebileceği ve ayrı bir güvenilirlik testinin bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Termometresi ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasında orta düzey pozitif yönde bir ilişki bulunması ($r=0,408$, $p<0,001$), Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin de ahlaki sıkıntıyı ölçtüğünü göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Türk toplumunda acil hemşirelerinde geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, her iki ölçeğin kullanımı önerilmektedir.

5.2. Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nicel Bulguların Tartışılması

Acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz bu çalışmada, hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden en yüksek puanı "Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak ($5,51\pm 5,09$)", en düşük puanı ise "Hastanın ölümünü hızlandırabileceğine inandığım halde, bilinci kapalı bir hastada sedatif /opiyat dozlarını arttırmak ($2,08\pm 3,28$)" maddesinden aldıkları saptanmıştır.

Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak acil hemşirelerinin en yüksek puanı Zavotsky (2015)'in çalışmasında "Doktorun order ettiği, hastaya yararı olmayacağını düşündüğüm testleri ve tedavileri uygulamak" maddesinden; Fernandez-Parsons ve ark. (2013)'nin çalışmasında "Hasta bakımının gerektirdiği yeterlilikte olmayan hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak" maddesinden; Hamric ve ark. (2012)'nin çalışmasında "Ailenin isteği üzerine, ölmek üzere olan ve ölüm hakkında sorular soran bir hasta ile ölüm hakkında konuşmamak" maddesinden aldıkları görülmüştür. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile bu ölçeğin çeşitli versiyonlarının kullanıldığı bazı çalışmalarda, hemşirelerin en çok yararı olmadığı düşünülen bakım/tedavi ve yaşam

sonu bakım uygulamaları ile ilgili ahlaki sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (Elpern ve ark., 2005; Mobley ve ark., 2007; Sannino ve ark., 2015; Whitehead ve ark., 2015; Wolf ve ark., 2016; Asgari ve ark., 2017; Badolamenti ve ark., 2017; Ramos ve ark., 2017).

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum gibi değişkenlerin hemşirelerin ahlaki sıkıntı durumunu etkilemediği; diğer yandan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden aldıkları puanların eğitim ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği, benzer şekilde hemşirelerin gelir düzeyinin de Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nden aldıkları puanları etkilediği saptanmıştır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama durumunun cinsiyet ve yaşa göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (Corley ve ark., 2001; Meltzer ve Huckabay, 2004; Elpern ve ark., 2005; Pauly ve ark., 2009). Hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyi ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan diğer çalışmalarda, araştırma bulgularına karşın ahlaki sıkıntı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ileri yaşta hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin yüksek olduğu, bu nedenle ahlaki sıkıntıyı daha fazla deneyimleyebilecekleri bildirilmektedir (Mobley ve ark., 2007; Ulrich ve ark., 2007; Rice ve ark., 2008; Ameri ve ark., 2015; Shoorideh ve ark.,2015). Bununla birlikte mesleki beceri ve iletişim yeteneğinin yaş ilerledikçe geliştiğini, bu nedenle ileri yaş grubunda bulunan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama olasılıklarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar olduğuda görülmektedir (Corley ve ark., 2005; Sporrang ve ark., 2006; Wolf ve ark., 2016). Ayrıca literatürde genç yaşta hemşirelerin meslek içi ve meslekler arası problemlerle başa çıkabilme ve zor hastaya uygun yaklaşımda bulunabilme yeterlilik ve becerisine sahip olmamalarının ahlaki sıkıntı oluşumuna zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir (Corley ve ark., 2005; Sporrang ve ark., 2006; Zavotsky, 2015).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nden elde edilen puanlar doğrultusunda, hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin çalışma yılına göre farklılık gösterdiği, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nde gruplar arası farkın çalışma yılı 10-20 yıl arası olan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da yaş ve çalışma yılının birbirleriyle doğrudan ilişkili olduğu, yaş ilerledikçe mesleki deneyim ve tecrübenin arttığı, ahlaki sıkıntı gelişimine neden olabilecek durumları

önlemede deneyimin önemli olduğu, acemi ve deneyimsiz hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilişkili durumlarla baş etmede yetersiz kaldıkları bildirilmiştir (Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Pauly ve ark., 2009; Ohnishi ve ark., 2010).

Bu çalışmada diğer gruplarla karşılaştırıldığında lisans ve yüksek lisan mezunu hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi yüksekliği, hemşirelerin karşılaştıkları durumları algılamalarında, mevcut duruma farklı bakış açısı geliştirmelerinde, yaşanan problemlere çözüm üretebilmelerinde, ahlaki sıkıntı gelişimine yol açabilecek durumlara daha duyarlı yaklaşım ve tutum sergilemelerine neden olmasına karşın araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin ahlaki sıkıntıyı daha çok deneyimledikleri bildirilmiştir (Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Pauly ve ark., 2009; Ohnishi ve ark., 2010).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bu çalışmada hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanının acil serviste çalışmaktan memnun olma ve iş doyum düzeylerine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte literatürde iş doyumunu ve memnuniyet gibi bazı faktörlerin hemşirelerde ahlaki sıkıntı oluşumuna zemin hazırladığı bildirilmektedir (Ulrich ve ark., 2007; De Veer ve ark., 2013; Francine ve Lazenby, 2013). İş doyumunu, çalışma ortamında bireysel ve kurumsal boyutu olan çok önemli bir faktördür. Çalışanların iş doyum düzeyi, çalıştığı klinik, çalışma süresi, çalışma şekli, aldığı ücret, aylık nöbet sayısı, bakım ve tedavisi üstlenilen hasta sayısı, servisteki görevi ve olumsuz iş ortamı gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin çalışma ortamı ve koşullarına ilişkin beklentileri karşılanarak iş doyumunu ve memnuniyetleri artırılabilir (Duygulu ve Korkmaz, 2008; Uçar, ve ark., 2016; Çiftçi, 2018). Bu çalışmada diğer gruplarla karşılaştırıldığında acil serviste çalışmak istemeyen ve iş doyum düzeyini “kötü” olarak tanımlayan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kurum yöneticilerinin çalışanların görev almak istedikleri klinik tercihleri göz önünde bulundurmaları son derece önemli olmakla birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda görev yeri tercihleri gözönünde bulundurulan hemşirelerin daha az stres yaşadıkları ve mevcut problemlerle başederken uygun başa çıkma

mekanizmalarından yararlandıkları bildirilmiştir (Gökmen, 2013; Özkan, 2016; Altınöz ve Demir, 2017). Diğer yandan bu çalışmada hemşirelerin gelir durumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, gelir durumu yüksek olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama durumlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlendi. Bu konudaki literatür incelendiğinde çalışanların gelir düzeyi düşüklüğünün iş doyum düzeylerini etkilediğini bildiren çalışmalar olmasına karşın yüksek gelir düzeyine sahip bireylerde de iş doyum ve tükenmişlik ile ilgili problemler gelişebileceğini bildiren çalışmalar olduğuda görülmektedir (Güneş, 2007; Beyazsaçlı ve Serin, 2010; Kahraman, 2011; Tilev ve Beydağ, 2014; Aylaz ve ark., 2017). Bu bulgu özellikle kurum ve çalışma ortamına ilişkin faktörlerin hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkilediğini düşündürmektedir.

Tükenmişlik ve mesleğe karşı yabancılaşma sağlık bakım profesyonellerinin sundukları bakımın kalitesini etkileyen oldukça önemli faktörler olmakla birlikte bu çalışmada hemşirelerin %77,0'sinin “bazen” kendisini tükenmiş, %44,4'ünün de “bazen” kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissettiği, tükenmişlik hisseden hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanları ile iş yaşantısında kendini zaman zaman tükenmiş hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetmeyen hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, ahlaki açıdan sıkıntı verici durumlar ile tükenmişlik ve işe yabancılaşma arasında anlamlı bir ilişki olduğu (Winland-Brown ve ark., 2010; De Villers ve Devon, 2012; Dalmolin ve ark., 2014; Shoorideh ve ark., 2015; Dzenç, 2017; Ertekin ve Özmen, 2017; Fumis ve ark., 2017; Larson ve ark., 2017), bu iki kavramın da ahlaki sıkıntının sonuçlarına benzer bir şekilde birey, hasta ve kurum üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bildirilmiştir (Kaçmaz, 2005; Günüşen ve Üstün, 2010; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Uçar ve ark., 2016).

Çalışma saatleri ile iş yükünün fazlalığı, nöbet usulü çalışma, çalışma ortamından memnun olmama, ekip üyeleri arasındaki olumsuz etkileşim, rol çatışması ve rol belirsizliği gibi birçok faktör hemşirelerde tükenmişlik ve mesleğe yabancılaşmaya neden olabilir. Özellikle olumsuz çalışma ortamına sahip olma

hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntı düzeyini artırabilir. Jameton (1984), Hamric (2012) ve Wilkinson (1987) ahlaki sıkıntıyı, çalışılan birim, sağlık bakım sistemi ve çevreye ilişkin sınırlılıkların bir sonucu olarak görmüşler, ahlaki sıkıntının özellikle etik ikilemlerin ortaya çıktığı klinik bakım ortamlarında geliştiğini bildirmişlerdir. Ayrıca etik açıdan güçlü ve gelişmiş bir çalışma ortamına sahip bireylerde ahlaki sıkıntı içeren durumların görülme olasılığının daha düşük olduğunu vurgulamışlardır. Bu doğrultuda kurum yöneticilerinin çalışanların tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörleri gözönünde bulundurmalarının, çalışanların iş doyumu ve motivasyonlarını artırıcı çalışma ortamı oluşturmalarının son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Kaçmaz, 2005; Günüşen ve Üstün, 2010; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Uçar ve ark., 2016).

Bu çalışmada hemşirelerin Hastane Etik İklim Ölçeği toplam puan ortalaması $87,11 \pm 18,26$ olarak belirlendi. Hemşirelerin en yüksek puanı ölçeğin yöneticiler ($19,16 \pm 6,67$) ve hastane ($18,87 \pm 5,44$) alt boyut puanlarından aldıkları saptandı. Bununla birlikte hemşirelerin Hastane Etik İklim Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde bir korelasyon belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak ahlaki sıkıntı ile çalışma ortamı arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda da, çalışma ortamının ahlaki sıkıntı düzeyini etkilediği bildirilmiştir (Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Sporrang ve ark., 2006; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Silen, 2011; Allari ve Moghli, 2013). Bununla birlikte özellikle hemşirelerin hekimlerle olan iletişiminin zayıf olmasının ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olduğu (Sannino ve ark., 2015), ahlaki sıkıntı düzeyi yüksekliğinin olumsuz çalışma iklimi, memnuniyetsizlik ve işten erken ayrılma ile sonuçlandığı vurgulanmıştır (Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Radzvin, 2011; Fernandez-Parsons ve ark., 2013; Whitehead ve ark., 2015; Alilu ve ark., 2016). Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma ortamının hemşirelerde ahlaki sıkıntı gelişimine zemin hazırlayan oldukça önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntıyla etkin bir şekilde başedebilmeleri için uygun başa çıkma tutum ve yaklaşımlarından yararlanmaları son derece önemlidir. Bu doğrultuda hemşirelerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği maddeleri içinde en yüksek puanı “Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp

sorunun üstesinden gelmeye çalışırım (3,45±0,70)”, en düşük puanı ise “Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım (1,24±0,58)” maddelerinden aldıkları saptandı. Bu çalışmada Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt grup puanları ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme alt boyut puan ortalaması 11,90±1,97 olarak belirlenmiş olmakla birlikte, soruna odaklanma ve dini başa çıkma alt boyutları ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi arasında pozitif yönde zayıf düzey bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularını destekler nitelikte acil hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada da ahlaki sıkıntının çözümünde hemşirelerin en çok pozitif/olumlu yeniden yorumlama ve gelişme (11,70±2,36), yararlı sosyal destek kullanımı (11,55±2,89) ve plan yapma (11,59±2,77) stratejilerinden yararlandıkları bildirilmiştir (Zavotsky, 2015).

Bu çalışmada hemşirelerin %45,6’sının koşulları uygun olursa mesleği bırakmayı düşündükleri belirlenmiştir. Bununla birlikte mesleki yaşantıda ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan herhangi bir durumla karşılaşmanın, ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı ve koşullar uygun olduğunda mesleği bırakmayı düşünmenin hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarını etkilediği görülmüştür. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyi yüksek olduğunda bu durum ile baş edebilmek için meslekte ayrılmayı düşündükleri ya da mesleği bıraktıkları bildirilmiştir (Corley ve ark., 2001; Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Radzvin, 2011; Fernandez-Parsons ve ark., 2013; Wilson ve ark., 2013; Zavotsky, 2015; Alilu ve ark., 2016; Dodek ve ark., 2016; Wolf ve ark., 2016). Elde edilen bu bulgu hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesinin, ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan durumları ifade etmelerine fırsat verilmesinin ve ahlaki sıkıntı ile başedebilme stratejilerinin güçlendirilmesinin, işten ayrılma düşüncelerini önlemede yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

5.3. Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Nitel Bulguların Tartışılması

Çalışmamızın üçüncü aşamasında hemşirelerin ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri incelenmiştir. Görüşmelerde katılımcıların ahlaki sıkıntı kavramını daha önce hiç duymadığı, bu nedenle tahmin yoluyla açıklamaya çalıştıkları görülmüştür. Hemşireler ahlaki sıkıntıyı kendi deneyimlerinden yola çıkarak, hak, adalet, etik, mahremiyet, ahlak, ahlak kuralları, eşitlik kavramları ile ilişkilendirmişler ve bu kavramlar üzerinden örneklendirmelerde bulunmuşlardır. Ahlaki sıkıntıyı tanımlarken "*doğruyu yapmak istesek de yapamamamız*", "*vicdanen rahatsız eden tutum*", "*sıkıntılı bir durum*" gibi ifadeler kullanmışlardır. Katılımcıların bu ifadelerinin literatürdeki tanımlarla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Literatürde Wilkinson (1987) ahlaki sıkıntıyı, "bir kişinin ahlaki bir karar verdiğinde ve bu kararı uygulayamadığında karşılaştığı psikolojik sıkıntı ve olumsuz duygu hali" olarak tanımlamıştır. AACN ise ahlaki sıkıntı kavramını, "ahlaki açıdan doğru olduğunu bildiğiniz halde, bu eylemi gerçekleştiremediğinizde, kişisel ve profesyonel değerlerinize ters düşen eylemi yapmanız durumunda ortaya çıkan bir deneyim" olarak açıklamıştır. Araştırma kapsamındaki hemşireler bu kavramı çok az duymalarına karşın, kelime anlamından yola çıkarak, hastane ortamında yaşadıkları, kendi ahlaki değerlerine ve meslek etiğine ters düşen olay ve durumlarla bağdaştırdıkları görülmüştür.

Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntı kaynakları hastane, personel, yönetim, hasta/hasta yakınları alt temaları altında gruplandırılmıştır (Kalvemark ve ark., 2004; Shoorideh ve ark., 2012; Maluwa ve ark., 2012; Varcoe ve ark., 2012; Barlem ve ark., 2014; Ledger ve ark., 2013; Langley ve ark., 2015; Alilu ve ark., 2016; Altınöz ve Demir, 2017). Bununla birlikte temalar detaylandırıldığında kaynak yetersizliği, olumsuz çalışma ortamı, aşırı iş yükü, çalışma saatlerinin fazlalığı, personel eksikliği, iletişimden kaynaklanan problemler, yararı olmadığı düşünülen tedavi ve bakım uygulamaları, deneyimsiz hekim ve hemşireler, yaşam sonu bakım uygulamaları ve yetersiz yönetim desteğinin hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir.

Ahlaki sıkıntı ile ilgili literatür incelendiğinde; ahlaki sıkıntıya neden olan faktörlerin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği, gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde kaynak yetersizliğinin (temiz su, personel, cihaz ve ilaç bulamama) hasta bakım güvenliğini etkileyerek, hemşirelerde ahlaki sıkıntıya neden olduğu bildirilmiştir (Maluwa ve ark., 2012). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da hemşirelerin hastalara güvenli ve uygun bir bakım sunamadıklarında beklenenden çok daha yüksek oranda ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir (Silen, 2011). Bu çalışmada da araştırma kapsamındaki hemşireler özellikle fiziksel koşulların yetersizliği ile birlikte kaynak sıkıntısı yaşadıklarını, malzeme eksikliği ve kullandıkları cihazlar ile ilgili yaşadıkları problemlerin hastanın tedavi sürecini aksattığını, hemşirelik bakımının niteliğini ve hasta güvenliğini tehdit ettiğini belirtmişlerdir. Sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese ayırım gözetilmeksizin tedavi ve bakım sunma, hemşirelerin mesleki etik yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Elde edilen bu bulgu malzeme/kaynak sıkıntısı ve fiziksel koşullara ilişkin yetersizliklerin hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer alt tema ise personel kaynaklı sıkıntılardır. Görüşmelerde katılımcılar hastane içinde personele verilen eğitimin yetersizliği, deneyimsiz/donanımsız personel, farklı meslek gruplarıyla çalışma, ekip içinde iletişim ve işbirliği yetersizliği, personel eksikliğine bağlı iş yükünde artıştan söz etmişlerdir. Bununla birlikte iletişim kaynaklı problemleri en çok hekim grubu ile yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin yetersiz işbirliği veya cezalandırma korkusu nedeniyle tedavi planına ilişkin endişelerini doktorlara ifade edemedikleri (Shoorideh ve ark., 2012), hekim ve hemşireler arasında iletişim yetersizliğine bağlı olarak gelişen problemlerin hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini artırdığı ve hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmiştir (Fernandez-Parsons ve ark., 2013; Langley ve ark., 2015; Sannino ve ark., 2015). Ferrandez- Parsons ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada hekim ve hemşirelerin %90'ının karar verme sürecinde iş birliğinin gerekli olduğuna inandığı, buna karşın hemşirelerin sadece %27'sinin alınan kararlara dahil olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kendilerini sağlık ekibi içerisinde karar verici pozisyonda ve yetkili görmemeleri, literatürde de belirtildiği gibi hekimlerin sağlık sisteminde karar verme

süreçlerinde kendilerini daha güçlü pozisyonda ve daha özerk algulamalarından, paternalistik ve geleneksel yaklaşımlarından kaynaklanabilir.

Acil servisler hasta bakım ile ilgili protokollerin uygulanmasını, hastanın bakım ve tedavisi ile ilgili ortak kararlar alınmasını gerektiren bir ünite olmasına karşın, odak grup görüşmelerinde birçok katılımcı hasta bakımında farklı uygulamalar ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte katılımcılar, acil servis çalışanlarının hastalara yönelik davranış ve tutumlarının bireylerin sosyo-ekonomik durumuna, eğitim düzeyine ve yaşadıkları yerleşim birimine göre farklılık gösterdiğini ve bu durumun onları son derece rahatsız ettiğini belirtmişlerdir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Varcoe ve ark. (2012) yapmış oldukları nitel bir çalışmada katılımcıların özellikle eğitim durumu ve ekonomik düzeyi düşük olan hastalara saygısızca davranıldığını, bu durumun onları rahatsız ettiğini, “tüm insanların dil, din, cinsiyet, ekonomik durum gözetmeden saygıyı ve tıbbi tedavide eşitliği hak ettiğini” ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Bu konuda yapılmış olan birçok çalışmada hemşirelerin uygulamalarda adaletsizlik, mesleki donanımı ve deneyimi olmayan bireyler ile çalışma, ekip üyeleri ile yaşanan iletişim problemlerinden yakındıkları görülmektedir (Kalvemark ve ark., 2004; Elçigil, 2011; Ameri ve ark., 2015; Luz ve ark., 2015). Disiplinler arasında yaşanan problemlerin temel nedeninin iletişim kaynaklı olması ve ekip anlayışının arzu edilen düzeyde olmaması çalışanlara bu konularda periyodik aralıklarla eğitim düzenlenmesinin önemine işaret etmektedir.

Katılımcılar ahlaki sıkıntıya neden olan hasta ve hasta yakını kaynaklı faktörleri, yaşam sonu bakım, yararı olmadığı düşünülen tedavi uygulamaları, hasta/hasta yakınlarının olumsuz tutumları ve davranışları olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada acil servislerdeki yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler, özellikle terminal dönem onkoloji hastalarına yapılan tedavi ve uygulamaların yararsız olduğunu, bu hastaların resüsitasyonu sürecinde inotrop ilaçların yaşamı uzatmak için yüksek dozda verildiğini ve uygulamaların yalnızca hastanın acı çekmesine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte katılımcılar “yararsız buldukları bu tedavi ve uygulamaları hekim istemi olması nedeniyle istemeyerek zorunlu olarak yaptıklarını” bu nedenle ahlaki sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada yararı olmadığı düşünülen tedavi ve uygulamaların hastalara acı verdiği sonucuna ulaşılmış olmakla birlikte, bu durum katılımcılar tarafından olumsuz bir durum olarak tanımlanmıştır.

Wiegand ve Funk (2012) yapmış oldukları bir çalışmada, nitel görüşmeler sırasında hemşirelerden birinin “hastanın isteklerinin yakınları tarafından reddedilmesinin hastanın ölümünü uzattığını, acı çekmesine neden olmasına karşın hasta yakınlarını bu sürece hazırladığını, bunun pozitif bir sonuç olduğunu” ifade ettiğini belirtmişlerdir. Literatürde ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olan durumların terminal dönem hastaları ile ilgili resüsitasyon uygulamaları, yararı olmadığı düşünülen tedaviler, hastanın yaşamını sonlandırma kararına saygı duyulmaması, hasta yakınlarının istekleri doğrultusunda hastanın isteklerinin göz ardı edilmesi ve bu konuda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmemesine bağlı olarak geliştiği bildirilmektedir (Meltzer ve Huckabay, 2004; Elpern ve ark., 2005; Jenkins ve ark., 2006; Pavlish ve ark., 2011; Varcoe ve ark., 2012; Wiegand ve Funk, 2012; Fernandez-Parsons ve ark., 2013; Langley ve ark., 2015; Sannino ve ark., 2015).

İran’da yapılan nitel bir çalışmada hemşireler “ötenazi konusunda hekimler ile büyük sıkıntılar yaşadıklarını, hekimlerin ciddi baskıları nedeniyle kendilerini ifade edemediklerini, hekim tarafından verilen order yanlış olsa bile hekimlerin soru sormadan onlardan uygulamalarını beklediklerini” belirtmişlerdir (Shoorideh ve ark., 2012). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşireler “durumu kritik hastalar ile ilgili bazı kararlar alındığını, fakat bu kararların diğer hekimlerce değiştirildiğini veya ertelendiğini, bu durumun hasta bakımında gecikmelere neden olduğunu” bildirmişlerdir (Zuzelo, 2007; Maluwa ve ark., 2012; Langley ve ark., 2015). Sağlık bakım kurumlarında son derece hayati ve riskli olan uygulamalarda karar verici otoritenin sadece hekim olmamasının, sağlık ekibinin tüm üyeleri ile hasta ve ailesinin karar verme sürecine dahil edilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bununla birlikte hemşirelerin yaşadıkları bu problemler mesleki özerkliğin istenilen düzeyde olmamasından da kaynaklanabilir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda acil servislerde, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, malzeme eksikliği, çalışan personel sayısının az olması, bilgi/deneyim eksikliği, eğitim düzeyi farklılıkları gibi bir çok faktörün mesleki özerkliğin gelişimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Altun ve Bahçecik, 2009; Baykara, 2010; Shoorideh ve ark., 2012). Diğer yandan çalışmamızda nitel görüşmeler sırasında katılımcılar hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olduğunu, triajı önemsemeksizin ilk önce kendilerine sağlık hizmeti sunulmasını

istediklerini belirtmişlerdir. Literatürde hastaların kendilerini yeterince ifade etmemelerine karşın, hemşirelerden kendilerini anlamalarını bekledikleri (Shoorideh ve ark., 2012), bazı hasta yakınlarının hastası ile ilgili olumlu bildirimler almak istedikleri, aksi bir durumda ise agresif davranış ve tutumlar sergiledikleri bildirilmiştir (Henrich ve ark., 2016).

Hemşireler ahlaki sıkıntının kendilerinde neden olduğu etkileri fiziksel, psikolojik ve kurumsal boyutta tanımlamışlardır. Hemşireler yaşadıkları ahlaki sıkıntıya bağlı olarak en çok çaresizlik, yıpranmışlık, suçluluk, tükenmişlik, sinirlilik, öfke, huzursuzluk, mutsuzluk, üzüntü, boş verme, umursamama gibi psikolojik problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte baş ağrısı, uyku problemleri, göz yanması, mide bulantısı gibi fiziksel belirtilerde tanımlamışlardır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda nitel ve nicel olarak yürütülen bazı çalışmalarda da hemşirelerin benzer psikolojik belirtiler deneyimledikleri (Elpern ve ark., 2005; Gutierrez, 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Rice ve ark., 2008; Pauly ve ark., 2009; Brazil ark., 2010; Ohnishi ve ark., 2010; Pavlish ve ark., 2011; Radzvin, 2011; Varcoe ve ark., 2012; Austin, 2016), zamanla bu belirtilere fiziksel semptomlarında eşlik ettiği bildirilmiştir (Fry ve ark., 2002; Ohnishi ve ark., 2010; Radzvin, 2011).

Odak grup görüşmelerinde hemşireler ahlaki sıkıntı yaratan durumlar için bireysel çözümler ürettiklerini ve meslektaşlarından destek alarak başetmeye çalıştıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler ahlaki sıkıntı gelişimine neden olan problemlerin çözümünde hemşirelik yönetiminden ihtiyaç duydukları desteği göremediklerini belirtmişlerdir. Literatürde, ahlaki sıkıntının çözümlenebilmesi için yöneticilerin iş yerinde stres oluşturan faktörleri tanımlamaları, çalışanların yaşadıkları stresi hafifletmeye yönelik destek programları uygulamaları, hemşirelerin kendilerini daha rahat ifade edebilmelerine fırsat vermeleri önerilmektedir (Cummings, 2009; Hamric, 2012; Varcoe ve ark., 2012; Rathert ve ark., 2016).

Hemşireler özellikle kendilerinin fikirlerinin dikkate alınmadığını (Zuzelo, 2007), kendilerine seçenek sunulmadığını, “yetersiz kalarak yalnızca bir robot gibi söylenenleri yaptıklarını” (Varcoe ve ark., 2012), sundukları bakımın kalitesinin düştüğünü ve hasta memnuniyetinin azaldığını (Corley, 2002; Gutierrez, 2005; Schluter ve ark., 2008; De Villers ve Devon, 2012; Huffman ve Rittenmeyer, 2012; Varcoe ve

ark., 2012), bu durumun kendilerinde tükenmişlik ve iş doyumunda azalma ile birlikte işten ayrılma düşüncesine neden olduğunu belirtmişlerdir (Wiegand ve Funk, 2012). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, mesleğini terk etmeyi düşünen hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin oldukça yüksek olduğu (Elpern ve ark., 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Cavaliere ve ark., 2010; Piers ve ark., 2011), ahlaki sıkıntının tükenmişlik, hasta bakımında hata, hastalardan uzaklaşma ve pozisyonu terk etme düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Gutierrez, 2005; Fogel, 2007; Hamric ve Blackhall, 2007; Piers ve ark., 2011). Bununla birlikte ilgili literatürde bazı hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıklarında hastalar ile göz iletişimi kurmadıkları, hastanın bakımına katılmaktan kaçındıkları, geliştirdikleri bu savunma mekanizmaları ile ahlaki sıkıntıyı minimize etmeye çalıştıkları vurgulanmıştır (Raines, 2000; Gutierrez, 2005; Varcoe ve ark., 2012; Whitehead ve ark., 2015). Sonuç olarak bu çalışmada hemşirelerin yaşadıkları ahlaki sıkıntının iş doyumunu ve motivasyonlarını azaltarak tükenmişlik yaşamalarına neden olduğu, bu durumda sunulan hasta bakımı kalitesi ve güvenliğini tehdit ettiği belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmanın birinci aşamasında Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, her iki ölçeğin de ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir araçlar olduğu sonucuna varılmıştır.
- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanının hemşirelerin eğitim ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanının çalışma statüsü, çalışma yılı, acil serviste çalışmaktan memnun olma, iş doyum düzeyi, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme ve hemşirelik alanında herhangi bir sertifika alma durumu gibi mesleki özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanlarının gelir durumu, çalışma yılı, mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu, mesleği kişiliğine uygun bulma, iş yaşantısında kendini tükenmiş hissetme, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme, mesleki yaşantısında ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olan bir durumla karşılaşma, ahlaki sıkıntı yaşanan bir durum nedeniyle işten ayrılmayı düşünme, mesleğini bırakmayı düşünme ve hemşirelik alanında herhangi bir sertifika alma durumu gibi bazı sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ile Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmuştur ($r=0,408$, $p=0,001$).
- Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

- Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından soruna odaklanma ($r=0,249$, $p=0,000$) ve dini başa çıkma ($r=0,127$, $p=0,044$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı ve Ahlaki Sıkıntı Termometresi puanı ile Hastane Etik İklim Ölçeği toplam ve alt grup puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p\leq 0,001$).
- Hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler sonrasında, hastane, personel, yönetim, hasta-hasta yakınları kaynaklı nedenlerin ahlaki sıkıntıya neden olduğu belirlenmiştir.
- Hemşireler ahlaki sıkıntının kendilerinde, ailelerinde ve hasta üzerinde fiziksel ve psikolojik boyutta olumsuz etkilere neden olduğunu bildirmişlerdir.
- Hemşireler ahlaki sıkıntının önlenmesi için çalışma ortamı koşullarının iyileştirilmesini, görev tanımlarının belirlenmesini, yasa ve yönetmeliklerin düzenlenmesini, hemşirelik eğitim programlarının içeriklerinin zenginleştirilmesini, kendilerinin de karar verici mekanizmalarda rol almalarının sağlanmasını ve yönetim desteğinin artırılmasını önermişlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerin çalışma koşullarının ve ortamının iyileştirilmesi,
- Hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda görev tanımlarının belirlenmesi,
- Hemşirelerin görüş ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat verilmesi,
- Hemşirelerin karar verici mekanizmalarda rol almalarının sağlanması,
- Kurum yöneticilerinin hemşirelere destek olması,
- Kurum yöneticilerinin bakımın kalitesini ve güvenliğini etkilediği için malzeme ve kaynak eksiklerini çözümlenmeye yönelik planlamalar yapması,
- Kurum yöneticilerinin iş yükü planlaması yaparak acil serviste çalışan hemşire sayısını artırması,
- Kurum yöneticileri tarafından hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonlarını artırıcı, tükenmişlik düzeylerini azaltıcı önlemler alınması,
- Hemşirelik müfredat programında ahlaki sıkıntı ve etik konularına daha çok yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ağargün Y. M, Beşiroğlu L, Kıran Ü, Özer A, Kara H. Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6: 221-226.
- Aksayan S, Gözüm, S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002;4(1):9-14.
- Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *HEMAR-G Dergisi* 2003;5:3-14.
- Akıncı Çil A, Pınar R. Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. *HEMAR-G* 2011 (1):5-13.
- Alilu L, Zamanzadeh V, Fooladi M, Valizadeh L, Habibzadeh H. Towards an understanding of clinical nurses challenges that leads intention to leave. *Acta Paul Enferm* 2016; 29(5):534-541.
- Allari R, Moghli Abu F. Moral distress among Jordanian critical care nurse and their perception of hospital ethical climate. *J Nat Sci Res* 2013;3(5):144-53.
- Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik: Spor, Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle. 4.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2016;505-580.
- Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017; 8(2): 95-101.
- Altun İ. Etik ve değerler. T. Atabek Aştı, A. Karadağ. Editör, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı İçinde. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Yayıncılık. 2013;114-121.
- Altun N, Bahçecik N.Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş zenginleştirme faaliyetlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniv. Hem. Bilim ve Sanatı Derg* 2009; 2(2):76-85.
- Ameri M, Mirhashemi B, Hosseini S. Moral distress and the contributing factors among nurses in different work environments. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2015; 2(3): 44-49.
- AACN.2005. The 4A's to Rise Above Moral Distress.
<https://www.aacn.org/wd/chapter/chapterdocs/0312585/websites/docs/2016>.
Erişim tarihi:08.09.2018
- AACN.2008.Couragenous Care.
<https://www.aacn.org/wd/chapter/chapterdocs/0312585/websites/docs/2016>.
Erişim tarihi:08.07.2018

- Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics* 2017; 19(4):464-478.
- Arıcan K.M. İslamda ahlak ve etik felsefesi. *ULİSABÜLTEN* 2016;11-23.
- Austin W. Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. *Healthcare management SAGE Publications* 2016;(29);131-133.
- Avcı K. Pediatri alanında hemşirelerin etik sorunların çözümüne yönelik yaklaşımlarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2007;3-87.
- Aydın E. Tıp Etiği.1.Baskı, İstanbul, Güneş Kitapevi. 2006;1-37.
- Aydın İ. Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik. 5. Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2012;4-50.
- Aydın M. Z. Ailede ahlak eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2003;7(2):125-158.
- Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan, E. H. Hemşirelerin iş doyumu düzeylerinin belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(1):12-17.
- Badolamenti S, Fida R, Biagioli V, Caruso R, Zaghini F, Sili A. Modified Moral Distress Scale: validation study among italian nurses. *Professioni Infermieristiche* 2017; 70(4):240-250.
- Baggs J. G, Schmitt M. H, Mushlin A. I, Mitchell P. H, Eldredge D. H, Oakes D, Hutson A. D. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine* 1999; 27(9): 1991-1998.
- Bahçecik N, Öztürk, H. The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation* 2003; 5(4):94-99.
- Bahçecik N. Hemşirelikte etik. Sabuncu N. Editör, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. 4. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık. 2014; 55-71.
- Barlem D, Lunardi V, Lunardi L. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto and Contexto-Enfermagem*, 2014; 23(3): 563-572.
- Baş T, Akturan U. Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri. 3. Baskı, Ankara, Seçkin yayıncılık. 2017;105-117.

- Bayar V, Bayar A. S. Ölçme araçlarında geçerlik ve güvenilirlik. Turan S. Çeviri Editörü, Uygulamada Araştırma Yöntemleri. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık. 2015;153-174.
- Baykara G.B. Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010;100-176.
- Beyazsaçlı M, Serin B. N. Devlet Hastanelerinde Görev Yapan hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi (KKTC Örneği). International Conference on New Trends in Education and Their Implications. Antalya, Özet Kitabı, 2010;979-986.
- Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. Social Science and Medicine (2010);71(9):1687-1691.
- Burkhardt M. A, Nathaniel A. K. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Ecevit Alpar Ş, Bahçecik N, Karabacak Ü. Editör, 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013;44-89.
- Burroughs E, Waterman D, Gallagher T, Waterman B, Adams D, Jeffe D. Patient concerns about medical errors in emergency departments. Academic Emergency Medicine 2005; 12(1):57-64.
- Burston A, Eley R, Parker D, Tuckett A. Validation of an instrument to measure moral distress within the Australian residential and community care environments. International Journal of Older People Nursing 2016; 12(2):12-14.
- Burston S, Tuckett G. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. Nursing Ethics 2012; 20(3): 312-324.
- Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. 12. Baskı. Ankara, Ayrıntı Matbaacılık. 2010;168-172.
- Can G. Kişilik gelişimi. Yeşilyaprak B. Editör, Eğitim Psikolojisi Gelişim-Öğrenme ve Öğretim. 7. Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2011;117-140.
- Cavaliere T, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. Advances in Neonatal Care 2010; 10(3):145-156.
- Cerit B. Hemşirelik etik ikilem testi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2010; 17(2): 47-67.
- Cevizci A. Uygulamalı Etik. 1. Baskı, Ankara, Say Yayınları. 2013;37-60.
- Cevizci A. Etik-Ahlak Felsefesi. 1. Baskı, İstanbul, Say Yayınları. 2014;11-90.

- Corley C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 2002; 9(6):636-650.
- Corley C, Elswick R. K, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(2):250-256.
- Corley C, Minick P. Moral distress or moral comfort. *Bioethics Midwest Bioethics* 2002;18 (1):7-14.
- Corley C, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 2005; 12(4), 381-390.
- Creswell W.J. Araştırma Deseni: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları. Demir S. Çeviri Editörü, 2. Baskı, Ankara, Eğiten Kitap Yayıncılık.2016;155-215.
- Croke E. M. Nurses, negligence, and malpractice: an analysis based on more than 250 cases against nurses. *AJN* 2003; 103(9):54-63.
- Cummings L. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. University of North Florida, US, Master Thesis, 2009;2-66.
- Çınkır Ş, Demirkasımoğlu N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri Gerçek Dünya Araştırması. 1.Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.2015;35-70.
- Çiftçi, Ö. Cerrahi servisler ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2018;10(4): 263-270.
- Dalmolin L, Lunardi L, Lunardi L, Barlem E, Silveira S. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2014; 22(1):35-42.
- De Veer J, Francke L, Struijs A, Willems D. L. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50(1):100-108.
- De Villers J, Devon H. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics* 2012; 20(5):589-603.
- Devettere R. *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases and Concepts*. 3. Baskı, Georgetown University Press, United States. 2009; 336-456.
- Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlölükler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40:113-119.
- Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Dergisi* 2010; 17(2):75-82.

- Dodek P, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds S, Keenan S, Hamric B, Rodney P, Stewart M, Alden L. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care* 2016; 31(1):178-182.
- Duygulu S, Korkmaz F. Hemşirelerin örgüte bağlılığı, iş doyumları ve işten ayrılma nedenleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(2): 9-20.
- Dzeng E. Alienation in the medical profession: physician burnout; moral distress. Northern Ireland Forum for Ethics in Medicine and Healthcare. University of California, San Francisco, Master Thesis, 2017;15-34.
- Ekiz D. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 4. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2015;36-42.
- Elçigil A. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2011; 14(2):52-59.
- Ellez A. M. Ölçme Araçlarında bulunması gereken özellikler. Tanrıoğen A. Editör, Bilimsel araştırma yöntemleri. 4.Baskı, Ankara, Anı yayıncılık. 2014; 167-190.
- Elpern E. H, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2005;14(6):523-530.
- Emergency Nurses Association. Healthy work environment. Des Plaines, IL: ENA: 2012;1-3.
- Emergency Nurses Association. Healthy work environment position statement. Des Plaines, IL: ENA: 2013;1-4.
- Epstein E. End-of-life experiences of nurses and physicians in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatology* 2008; 28(11):771.
- Epstein E, Hamric B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics* 2009;20(4):330.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (3): 211-216.
- Erdemir Demirhan A. Etik, tıp etiği, tıp etiği ilkeleri ve hasta-hekim ilişkilerinde etiğin yeri. *Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi* 2005;15 (44); 2-27.
- Erdemir Demirhan A. Tıpta Etik ve Deontoloji. 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.2011;67-83.
- Erdemir Demirhan A. Tıp Etiğinde Esaslar İlkeler, Haklar ve Hekim- Hasta İlişkileri Bağlamında.1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2015;3-27.
- Erlen A. Moral distress: a pervasive problem. *Orthopaedic Nursing* 2001; 20(2):76-80.

- Ersoy N. Hemşireliğe etik yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1995; 3(1)1: 1-5.
- Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı Y, Muslu D, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013; 29(2):33-45.
- Ertekin P, Özmen D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde işe yabancılışmayı yordayan değişkenlerin incelenmesi. Koç Üniversitesi HEAD, 2017;14(1):25-30.
- Erdoğan S. Nitel araştırmalar. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.M. Editörler, Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama, Kritik, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2014;133-164.
- Esin N. M. Veri toplama yöntem ve araçları-Veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.M. Editörler, Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama, Kritik, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2014;193-232.
- Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(1):37-41.
- Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. Journal of Emergency Nursing 2013; 39(6):547-552.
- Fogel, K. M. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses. Nursing Ethics 2007; 8(4):73-87.
- Foster R. I, Lasser J. Ebelik Uygulamalarında Profesyonel Etik. Ersoy N, Özcan M, Ergin A. Çevirmenler. 1. Baskı, Ankara, Nobel Kitapevi, 2015;2-49.
- Francine M, Lazenby M. The relationship of moral distress, ethical environment and nurse job satisfaction. Online Journal of Health Ethics 2013; 10(1):2.
- Fry S, Harvey M, Hurley C, Foley J. Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing Ethics 2002;9(4):373-387.
- Fumis L, Amarante G, Nascimento A, Junior V. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Annals of Intensive Care 2017;7(1):71.
- Geray H. Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemlere Giriş: iletişim alanından örneklerle. 1.Baskı, İstanbul, Umuttepe Yayınları. 2014;75-77.
- Gökmen V. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013;47-60.

- Gutierrez M.K. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2005; 24(5):229-241.
- Gül Ş, Duru G, Bayrak B, Devrez N, Büken N. Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing* 2013;15(1);23-31.
- Gündüz M. *Ahlak Sosyolojisi*. 2. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2010;24-28.
- Güneş N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2007;33-56.
- Günüşen P. N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEUHYO ED* 2010;3 (1):40-51.
- Hacıoğlu N. *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*.1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.2011;127-132.
- Hamric B. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum* 2012; 24:39-49.
- Hamric B, Blackhall J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine* 2007; 35(2): 422-429.
- Hamric B, Borchers T, Epstein E. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 2012; 3(2), 1-9.
- Hamric B, Walter D, Childress. Moral distress in health care professionals; what is it and what can we do about it. *The Pharos* 2006 (1):16-26.
- Hanna R. Moral distress: the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice* 2004;18(1):73.
- Hanna R. The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. *Research and Theory For Nursing Practice* 2005;19(1):95.
- Haşlak İ. Etik kongresinin ardından. *Akademik İncelemeler Dergisi* 2006; 1(1):186-192.
- THD 2009. Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr>. Erişim tarihi:08.06.2018.
- Henrich N, Dodek M, Alden L, Keenan P, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Critical Care* 2016; 35:57-62.

- Huffman M, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics* 2012; 24(1):91-100.
- Jennings M. B. Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: 2008;(2):137-158.
- Jenkins L, Elliott R, Harris J. R. Identifying ethical issues of the department of the army civilian and army nurse corps certified registered nurse anesthetists. *Military Medicine* 2006;171(8):762-769.
- Kaçmaz N. Hemşirelerde iş stresi ve tükenmişlik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2005; 13(54):65-76.
- Kadioğlu S. Tıp-araştırma ve etik. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2014; 5(1):40-45.
- Kahraman G. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(1):12-18.
- Kallberg S. Patient Safety in the Emergency Department – Errors, Interruptions and Staff Experience. *Karolinska Institutet, Sweden, Doctoral Thesis*, 2015;1-10.
- Kalvemark S, Höglund T, Hansson G, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine* 2004;58(6):1075-1084.
- Karadağlı F. Profesyonel hemşirelikte etik. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2016; 6(3):197-200.
- Karagözoğlu S, Yıldırım G, Özden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing Ethics* 2017; 24(2), 209-224.
- Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldırım G. Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing* 2014;16(1):34-45.
- Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2000; 4(1), 1-8.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler. 27.Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık.2014;146-151.
- Karataş Z. Ahlak (Törel) Gelişimi. B. Gündüz, Çapri B. Editör, Eğitim Psikolojisi. 2.Baskı, Adana, Karahan Kitapevi.2015;131-142.
- Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2009; 29(6):1543-1555.

- Kaya Z. Eğitimin psikolojik temelleri. Demirel Ö, Kaya Z. Editörler, Eğitim Bilimine Giriş. 5. Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2010;95-117.
- Kayar Z, Erdem R. Hemşirelerde ahlaki sıkıntının işe adanma davranışı üzerine etkisi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017;9(22):77-103.
- Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011;11(2):59-67.
- Kelly B. Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. Journal of Advanced Nursing 1998; 28(5):1134-1145.
- Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015;12:652-666.
- Kılınç Ç. Nitel veri analizi giriş. Altun S, Ersoy A. Çeviri Editörleri, Genişletilmiş Bir Kaynak Kitap:Nitel Veri Analizi. 2. Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2015;5-7.
- Kırılmaz H, Kırılmaz K. S. Sağlık hizmetlerinde etik ikilemlerde ampirik etik çalışmalarının yararları. İnsan ve İnsan 2014;(1), 35-44.
- Kıvanç Madenoğlu M. Hemşirelikte etik karar verme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2005; 13(55):63-68.
- Kleinknecht-Dolf M, Frei I, Spichiger E, Muller M, Martin J, Spirig R. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. Nursing Ethics 2015; 22(1) 77–90.
- Köksal A. Bilişsel Gelişim. Ulusoy A. Editör, Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. 8.Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2015; 81-90.
- Kuçuradi İ. Etik. 5. Baskı, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu.2011;4-12.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals can not do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. Journal of Health Psychology 2017a; 22(1): 51-67.
- Lamiani G, Setti I, Barlascini L, Vegni E, Argentero P. Measuring moral distress among critical care clinicians: Validation and psychometric properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). Critical care medicine 2017b;45(3):430-437.
- Langley G, Kisorio L, Schmollgruber S. Moral distress experienced by intensive care nurses. Southern African Journal of Critical Care 2015; 31(2):36-41.

- Larson P, Palmer K, Gibbons C, Parshuram S. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. *Pediatric Critical Care Medicine* 2017; 18(8):318-326.
- Laschinger Spence H, Finegan J, Wilk P. Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being; the role of empowering unit leadership. *Nursing Research* 2011; 60(2):124–131.
- Lawrance L. Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. Faculty of college of Nursing, The University of Arizona, United States, Doctoral Thesis, 2009;11-46.
- Lazzarin M, Biondi A, Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics* 2012;19(2) 183–195.
- Ledger U, Begley A, Reid J, Prior L, McAuley D, Blackwood B. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(8): 1869-1880.
- Luz R, Vargas A, Schmitt P, Barlem E, Tomaschewski-Barlem, J. G. ve Rosa, L. M. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2015; 23(6): 1187-1194.
- Maluwa M, Andre J, Ndebele P. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics* 2012;19(2): 196-207.
- McClendon H, Buckner B. Distressing situations in the intensive care unit:a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2007; 26(5), 199-206.
- Meltzer S, Huckabay M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004;13(3):202-208.
- Mobley J, Rady Y, Verheijde L, Patel B, Larson S. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23(5):256-263.
- Morley G, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* 2017; 8(1):12-23.
- Nathaniel K. Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research* 2006; 28(4):419-438.
- Nia Sharif H, Shafipour V, Allen K, Heidari M, Yazdani-Charati J, Zareiyan A. A second-order confirmatory factor analysis of the moral distress scale-revised for nurses. *Nursing Ethics* 2017; 20 (10):1-12.
- Noureddine S. Development of the ethical dimension in nursing theory. *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7(1), 2-7.

- Ohnishi K, Ohgush Y, Nakano M, Fuji H, Tanaka H, Kitaoka K, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 2010; 17(6), 726-740.
- Öktem Ü. Kant ahlakı. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi 2007; 18:11-22.
- Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi.1. Baskı, Eskişehir, Nisan Yayınevi.2016;71-87.
- Özkan Z. Sağlık sektöründe ameliyathanelerde çalışanların memnuniyetlerinin ölçülmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016;52-64.
- Özlem D. Etik-Ahlak Felsefesi.1.Baskı, İstanbul, İnkılap Kitapevi.2004;13-40.
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 2009;16(5):561-573.
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Rounkle A. Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* 2011; 43(4):385-395.
- Pendry P. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics* 2007; 25(4):217-221.
- Pieper A. Etiğe Giriş. 1. Baskı, İstanbul, Ayrıntı Yayınları. 1999;29-34.
- Piers D, Azoulay E, Ricou E, Ganz D, Decruyenaere J, Max A, Rubulotta F. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama* 2011; 306(24):2694-2703.
- Powel N. The effect of a work-place based education program on moral distress among registered nurses. Widener University Faculty of the School of Nursing, United States, Doctoral Thesis, 2012;3-143.
- Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis G. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *AANA Journal* 2016;(2):1-12.
- Radzvin C. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal* 2011; 79(1):39-45.
- Raines L. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation* 2000; 2(1):29-41.

- Ramos M, Barlem D, Barlem T, Rocha P, Dalmolin G, Figueira B. Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Revista Brasileira De Enfermagem* 2017; 70(5):1011-1017.
- Rathert C, May D, Chung H. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 53:39-49.
- Redman K, Fry T. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing Ethics* 2000;7(4):360-366.
- Rice E, Rady Y, Hamrick A, Verheijde L, Pendergast K. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 2008; 16(3):360-373.
- Rushton H. Defining and addressing moral distress tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care* 2006; 17(2):161-168.
- Sannino P, Gianni M, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology* 2015; 35(3):214-217.
- Savel R, Munro C. Moral distress and moral courage. *American Journal of Critical Care* 2015;24(4):276-279.
- Schaefer R, Zoboli L, Vieira M. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nursing Inquiry* 2016; 23(4):346-357.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics* 2008;15(3):304-321.
- Schwenzer J, Wang L. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical Care Medicine* 2006; 34(12):2967-2973.
- Scroggins M. Diagnosis development committee Report. *International Journal of Nursing Knowledge* 2006; 17(2):119.
- Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci: SPSS Ve LISREL Uygulamaları. 1. Baskı, Ankara, Anı yayıncılık.2015; 65-104.
- Seyyar A. Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım. 11. Baskı, Ankara, Rağbet Yayıncılık. 2010;30-56.
- Shoorideh Atashzadeh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses moral distress: a content analysis. *Nursing Ethics* 2012;19(4):464-478.
- Shoorideh A. F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics* 2015; 22(1): 64-76.

- Silen M. Encountering ethical problems and moral distress as a nurse Experiences, contributing factors and handling. School of Health Sciences Jönköping University, Jönköping, Master Thesis, 2011;12-54.
- Solomon M. Z, Sellers D. E, Heller K. S, Dokken D. L, Levetown M, Rushton C, Fleischman A. R. New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. Pediatrics 2005;116(4):872-883.
- Sönmez V, Alacapınar F. Sosyal Bilimlerde Ölçme Aracı Hazırlama. 1. Baskı. Ankara, Anı yayıncılık.2016a;39-77.
- Sönmez V, Alacapınar G. Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 4. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık.2016b;130-180.
- Sporrong Kalvemarm S, Hoglund A, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. Nursing Ethics 2006; 13 (4):416-427.
- Sporrong Kalvemarm S. Ethical Competence and Moral Distress in the Health Care Sector A Prospective Evaluation of Ethics Rounds. Uppsala University Faculty of Medicine, Uppsala, Doctoral Thesis, 2007;11-43.
- Şentürk Erhan S. Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2013;33-100.
- Şen T. H, Taşkın Y. F. Hemşirelik ve etik karar verme süreci. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2013;6;94-97.
- Tan Ş. Öğretimde Ölçme ve Değerlendirme KPSS El Kitabı. 8.Baskı, Ankara, Pegem Akademi.2013;132-200.
- Taylı A. Ahlaki Gelişim Kuramları. Işık Ş. Editör, Eğitim Psikolojisi. 4.Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2016;188-202.
- THD. 2009.<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegietigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar>. Erişim Tarihi:26.07.2017.
- Tiedge L. Moral distress in perinatal nursing. J Perinat Neonat Nurs 2000;14(2):36–43.
- Tilev S, Beydağ K. D. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014; 3(1):140-147.
- Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F. Hemşirelik ve etik karar verme süreci. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2013; (25):94-97.
- Türk Dil Kurumu Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com>. Erişim Tarihi: 20. 08. 2017

- Tosun H. Sağlık uygulamalarında etik ve değerler. F. Ay Akça. Editör, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 5. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2012; 60-68.
- Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi,2005;33-110.
- Tunalı İ. Felsefeye Giriş. 1.Baskı, İstanbul, Akdeniz Yayıncılık.2009;111-122.
- Uçar N, Aygin D, Uzun E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(4): 18-37.
- Ulrich C, Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. Social Science and Medicine 2007; 65(8):1708-1719.
- Ulrich C, Hamric B, Grady C. Moral distress: a growing problem in the health professions. Hastings Center Report 2010;21-22.
- Utlı N. Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi 2016; 29:17-35.
- Utkualp N. Hemşire ve ebelerin kişisel olarak eksiklikleri giderme tutumunun etik açısından değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, Doktora Tezi, 2015;3-60.
- Uzun E, Elma C. Okul öncesi öğretmenlerinin mesleki etik ikilemleri çözümleme biçimleri. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2012; 1(3):279-287.
- Ülken H. Z. Ahlâk. I. Baskı, İstanbul, Ülken Yayınları.2001;10-20.
- Ülman Y. I. Etik, biyoetik, hukuk: temel kavramlar ve yaklaşımlar. Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;1(1):1-4.
- Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses perceptions of and responses to morally distressing situations. Nursing Ethics 2012; 19(4):488-500.
- Webster B, Baylis F. Moral Residue. Ethics in Practice 2000;(1):1-8.
- Whitehead B, Herbertson K, Hamric B, Epstein E, Fisher J. M. Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. Journal of Nursing Scholarship 2015; 47(2):117-125.
- Wiegand D. L, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nursing Ethics 2012;19(4): 479-487.

- Wilkinson M. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing forum* Wiley Online Library 1987;23:16-29.
- Wilson M. A, Goettemoeller D, Bevan N. A, McCord M. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22(9-10):1455-1466.
- Winland Brown E, Chiarenza D, Dobrin A. Nurse-physician perspectives on moral distress support the need to create a caring ethical work environment. *Forum Public Policy* 2010;1-14.
- Wocial L, Weaver M. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(1):167–174.
- Wolf L A, Perhats C, Delao A, Moon M, Clark P, Zavotsky K. E. It'sa burden you carry: describing moral distress in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing* 2016; 42(1):37-46.
- Woods M, Rodgers V, Towers A, Grow S. Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *Nursing Ethics* 2015; 22(1): 117–130.
- Yaran C, Görgün T, Çınar A, Uysal E. İslam ve ahlak. Görgün T. Editör, İslam Ahlak Esasları. 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi web ofset.2010;12-36.
- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016;21.
- Yıldırım D, Özden D, Karagözoğlu Ş. Ahlaki sıkıntı: Türkiye'de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013; 35(2): 318-325.
- Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 29 (2): 7-12, 2007.
- Yüksel M. Etik kodlar, ahlak ve hukuk. *Hacettepe HFD* 2015;5(1): 9-26.
- Zavotsky E.K. Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing. Seton Hall University, United States, Doctoral Thesis,2015;10-96.
- Zuzelo R. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 2007; 14(3): 344-359.

EKLER

EK-1 Anket Formu

Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler

Bu araştırma acil hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden **TEŞEKKÜR** EDERİZ.

Selin KESKİN KIZILTEPE

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Acil Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1.Yaşınız:

2.Medeni durumunuz: () Evli ()Bekar

3.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

4.Eğitim durumunuz:

()Sağlık Meslek Lisesi ()Ön lisans ()Lisans ()Yüksek Lisans ()Doktora

5.Toplam aylık geliriniz:.....TL

6. Çalıştığınız kurum:

7. Çalışma statünüz: ()Kadrolu ()Sözleşmeli

8. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

9. Acil serviste kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

10. Acil serviste çalışma nedeniniz?()İsteyerek()Eleman yetersizliği nedeniyle

()Rastlantı sonucu ()Diğer (Lütfen açıklayınız):.....

11. Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz()Vardiyalı()Diğer(belirtiniz):

12. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?....

13. Acil serviste çalışmaktan memnun musunuz?:

() Evet ()Hayır ()Kısmen memnunum

14. Mesleğiniz ekonomik olarak sizi tatmin ediyor mu? ()Evet ()Hayır ()Kısmen

15. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?:()İsteyerek ()Kısmen isteyerek ()İstemeyerek

16. Mesleğinizi sevmeye durumunuz:()Seviyorum ()Sevmiyorum ()Kararsızım

17. Mesleğinizi kişiliğinize uygun bulma durumunuz:

() Hiçbir zaman() Bazen ()Her zaman()Diğer(belirtiniz):.....

18. İş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız? ()İyi ()Orta ()Kötü ()Çok kötü

19. Çalıştığınız bölümde bakım ve uygulamalarınız ile ilgili olarak bağımsız karar verebiliyor musunuz? ()Evet ()Hayır ()Kısmen

20. İş yaşantınızda zaman zaman kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?

() Hiçbir zaman ()Bazen ()Her zaman ()Diğer(belirtiniz):

21. Kendinizi mesleğinize karşı yabancılaşmış hissediyor musunuz?

() Evet () Hayır ()Bazen ()Kararsızım ()Diğer(belirtiniz):

22. Mesleki eğitiminiz sırasında etik ile ilgili eğitim aldınız mı? ()Evet ()Hayır

23. Mezuniyet sonrası iş yaşamınızda etik ile ilgili eğitim aldınız mı?()Evet ()Hayır

24. Mesleki yaşantınızda ahlaki sıkıntı yaşamamanıza neden olan herhangi bir durumla karşılaştınız mı? ()Evet ()Hayır

25. Cevabınız "evet" ise ahlaki sıkıntı yaşamamanıza neden olan bu durumun sizce neden/nedenleri nelerdir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- () Yöneticilerden kaynaklanan sorunlar
- () Kurumdan kaynaklanan sorunlar
- () Çalıştığınız ekip ile iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar
- () Hastadan kaynaklanan sorunlar
- () Hasta yakınlarından kaynaklanan sorunlar
- () Diğer (Lütfen açıklayınız).....

26. Ahlaki sıkıntı yaşamamanıza neden olan bir durumla karşılaştığınız da aşağıdaki duygu/duygulardan hangilerini hissetmektedirsiniz?(Birden fazla işaretleyebilir)

- () Korku
- () Endişe
- () Üzüntü
- () Stres
- () Kendine güvensizlik
- () Tükenmişlik
- () Kendini yetersiz hissetme
- () Diğer(Lütfen açıklayınız):.....
- () Uykusuzluk
- () Baş ağrısı
- () Halsizlik
- () İshal
- () Taşikardi

27. Ahlaki sıkıntı yaşadığınız durumlarla baş edebilmek için yararlandığınız yöntem/yöntemler nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilir)

- Aileden destek alma
 Arkadaşlardan destek alma
 Sosyal aktivitelere katılma
 Meslektaşlarından destek alma
 Yöneticilerden destek alma
 Bu konuda uzman birinden psikolojik destek alma
 Diğer(Lütfen açıklayınız):.....

28. Sizce çalışma ortamınızda yaşadığınız ahlaki sıkıntının olumsuz sonuç/sonuçları nelerdir?

- Hasta bakımının kalitesinin düşmesine neden olabilir
 Gereksiz zaman kaybına neden olur
 Gereksiz kaynak tüketimine neden olabilir
 Mesleki tükenmişlik gelişmesine neden olabilir
 Ekip anlayışından uzak bir çalışma ortamı gelişmesine neden olabilir
 Hasta ve ailesine zarar verebilecek uygulamalara neden olabilir
 Diğer(Lütfen açıklayınız):.....

29. Ahlaki sıkıntı yaşadığınız bir durum nedeniyle hiç işten ayrılmayı düşündünüz mü?

- Evet Hayır

30. Koşullarınız uygun olsa mesleği bırakmayı düşünür müsünüz?

- Evet Hayır Kararsızım

31. Çalıştığınız kurumda etik komite bulunuyor mu?

- Evet Hayır Bilmiyorum

32. Çalışma hayatınız süresince hiç etik komitede görev aldınız mı?

- Evet Hayır

33. Hemşirelik alanında almış olduğunuz herhangi bir sertifikanız var mı?(Evet

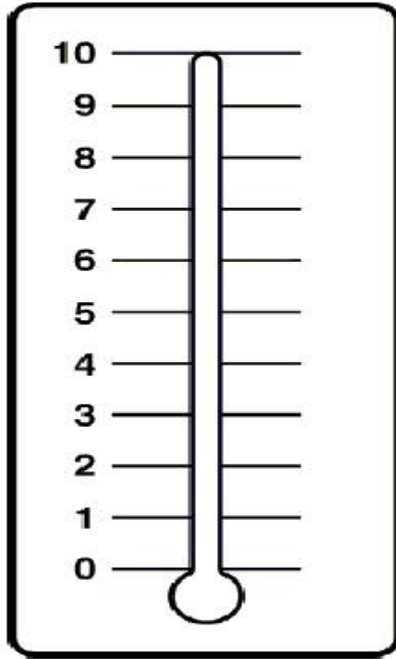
- Hayır

34. Cevabınız evet ise aldığınız bu sertifikalar nelerdir?

Ahlaki Sıkıntı Termometresi

Tarih:

Ahlaki sıkıntı, etik olarak yapılması gereken doğru şeyi bildiğimize inandığımız, fakat doğru eylemi gerçekleştirme yetinizin bir şey veya birileri tarafından kısıtlandığı zamanlarda meydana gelmektedir. Ahlaki Sıkıntı Termometresi üzerinde bugün de dahil olmak üzere geçtiğimiz hafta işle ilgili yaşadığınız ahlaki sıkıntıyı en iyi açıklayan sayıyı (0 - 10) daire içine alın.



Olabileceğin En Kötüsü

Yoğun

Sıkıntı Verici

Rahatsız Edici

Hafif

Hiç

EK-4 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Ölçek Maddeleri	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.				
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.				
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18.Allah`ın yardımını umarım.				
19.Bir eylem planı yaparım.				
20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.				
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.				
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28.Duygularımı dışarı vururum.				
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.				

Ölçek Maddeleri	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36.Sorunla ilgili saka yaparım.				
37.İstedigimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.				
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.				
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.				
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				

Hastane Etik İklim Ölçeği

Meslektaşlar Alt Boyutu	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Bölümümde güvenli hasta bakımı verilir.					
2. Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakımı problemlerinde bana yardım eder.					
3. Birlikte çalıştığım meslektaşlarım yeterlidir.					
4. Meslektaşlarım hasta bakımı konusundaki görüşlerimi dikkate alırlar.					
Hastalar Alt Boyutu					
5. Burada hastanın isteklerine saygı gösterilir.					
6. Hastalar bakımlarından ne beklediklerini bilir.					
7. Hemşireler, bir hastanın bakım problemini çözmek için gereken bilgiyi kullanır.					
8. Hemşireler bir hastanın bakım problemini çözmek için gerekli olan bilgilere ulaşabilirler.					
Yöneticiler Alt Boyutu					
9. Yöneticim güvendiğim biridir.					
10. Hasta bakımı problemlerinden bahsederken yöneticim beni dinler.					
11. Yöneticim hasta bakımı konusundaki kararlarımda benidestekler.					
12. Meslektaşlarım özel bir hasta bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremedikleri zaman, yöneticimin onlara yardım ettiğini gözlerim.					
13. Yöneticim saygı duyduğum biridir.					
14. Bir hastanın bakımı konusunda neyin yanlış neyin doğru olduğuna karar veremediğim zaman yöneticim bana yardım eder					
Hastane Alt Boyutu					
15. Hasta bakım problemlerine yaklaşım sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulma şeklindedir.					
16. Bölümümde gerçekleştirdiğim hemşirelik uygulamalarım, olması gerektiğine inandığım şeklidir.					
17. Hastanenin misyonunun açık anlamı hemşirelerle paylaşılır.					
18. Hastane politikaları zorda kaldığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder					
19. Çatışma durumlarında açık iletişim kurulur, çatışmadan sakınılmaz					
20. Bir hastanın bakım problemini kapsayan tüm tarafların hisleri ve değerleri, izlenecek hareket/davranış seçilirken dikkate alınır.					
Doktorlar Alt Boyutu					
21. Hemşire ve hekimler hasta için neyin en iyi olduğu konusunda aynı görüşte olmasalar bile bu bölümde onlar birbirlerinin fikirlerine saygı gösterir.					
22. Bu hastanedeki hemşireler desteklenir ve onlara saygı duyulur.					
23. Hemşireler ve hekimler birbirlerine saygı duyarlar.					
24. Hemşireler ve hekimler birbirlerine güvenirlir.					
25. Hastalarımın tedavi kararlarına katılıyorum					
26. Hemşireler hekimlere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar.					

EK- 6 Moral Distress Scale Nurse Questionnaire (ADULT)

MDS-R

Nurse Questionnaire (ADULT)

Moral distress occurs when professionals cannot carry out what they believe to be ethically appropriate actions because of internal or external constraints. The following situations occur in clinical practice. If you have experienced these situations they may or may not have been morally distressing to you. Please indicate how frequently you experience each item described and how disturbing the experience is for you. If you have never experienced a particular situation, select “0” (never) for frequency. Even if you have not experienced a situation, please indicate how disturbed you would be if it occurred in your practice. Note that you will respond to each item by checking the appropriate column for two dimensions: *Frequency* and *Level of Disturbance*.

	Frequency					Level of Disturbance				
	Never		Very frequently			None		Great extent		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.										
2. Witness healthcare providers giving “false hope” to a patient or family.										
3. Follow the family’s wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.										
4. Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.										
5. Follow the family’s request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.										
6. Carry out the physician’s orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.										
7. Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.										
8. Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.										
9. Assist a physician who, in my opinion, is providing incompetent care.										
10. Be required to care for patients I don’t feel qualified to care for.										
11. Witness medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.										

EK -6 Devam

	Frequency					Level of Disturbance				
	Never		Very frequently			None		Great extent		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Provide care that does not relieve the patient's suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.										
13. Follow the physician's request not to discuss the patient's prognosis with the patient or family.										
14. Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient's death.										
15. Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.										
16. Follow the family's wishes for the patient's care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.										
17. Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.										
18. Witness diminished patient care quality due to poor team communication.										
19. Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.										
20. Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity.										
21. Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.										
If there are other situations in which you have felt moral distress, please write them and score them here:										

Have you ever left or considered quitting a clinical position because of your moral distress with the way patient care was handled at your institution?

- () No, I've never considered quitting or left a position _____
- () Yes, I considered quitting but did not leave _____
- () Yes, I left a position _____

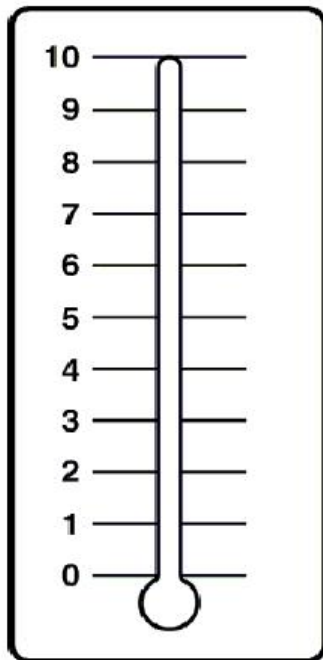
Are you considering leaving your position now? () Yes () No

Moral Distress Thermometer

Date:.....

Moral Distress occurs when you believe you know the ethically correct thing to do, but something or someone restricts your ability to pursue the right course of action.

Please circle the number (0-10) on the Moral Distress Thermometer that best describes how much moral distress you have been experiencing related to work in the past week including today.



Worst Possible

Intense

Distressing

Uncomfortable

Mild

None

EK- 8 Ahlaki Sıkıntı Termometresi'nin Kullanım İzni

09.07.2016

Posta - selin keskin - Outlook

Outlook Posta

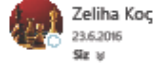
Posta ve Kişilerle ara

^ Klasörler

Gelen Kutusu 42
Geriakiz E-posta 7
Taslaqlar 38
Gönderilmiş Ögeler
Silinmiş Ögeler 42

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Söpür | Tapı | Kategoriler | ...

FW: Permission to use Moral Distress Thermometer



Zeliha Koç
23.6.2016
Site

From: lwocial@IUHealth.org
To: zelihaceren@hotmail.com
Subject: RE: Permission to use Moral Distress Thermometer
Date: Thu, 23 Jun 2016 12:26:11 +0000

You are welcome to use the instrument. I hope you will share the results of your study with me.
Sincerely,
Lucia Wocial

Lucia D. Wocial, PhD, RN, FAAN
Nurse Ethicist,
317-982-2161 phone
lwocial@iuhealth.org

Discover the strength at www.iuhealth.org

www.fairbankscenter.org

From: Zeliha Koç [mailto:zelihaceren@hotmail.com]
Sent: Thursday, June 23, 2016 2:54 AM
To: Wocial, Lucia D.
Subject: Permission to use Moral Distress Thermometer

**** EXTERNAL Message From zelihaceren@hotmail.com. DO NOT open attachments or click links from unknown senders or

Dear Wocial,

One of my doctorate student, Selin Kızıltepe, is planning to study on "The Factors Effecting Moral Distress and Cc nursing". We would like to use "Moral Distress Thermometer" in her doctorate dissertation. We will appreciate ve permission to use the Moral Distress Thermometer instrument. We will look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Zeliha KOÇ
Associate Professor
Ondokuz Mayıs University
Health Science Faculty
Samsun/Turkey

<https://outlook.live.com/owa/?i=636036581934218172%26%26m%28&path=/mail/inbox/tp>

1/1

EK- 9 Ahlaki Sıkıntı Ölçeği 'nin Kullanım İzni

09.07.2016

Posta - selin keskin - Outlook

Outlook Posta

Posta ve kişilerde ara

Klasörler

Gelen Kutusu 42
Gereksiz E-posta 7
Taslaklar 38
Gönderilmiş Öğeler
Silinmiş Öğeler 42

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Tap | Kategoriler

FW: Permission to use Moral Distress Scale revised tool (MDS-R)



Zeliha Koç

23.6.2016

Star

Nurse Adult Questionna...
67 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

From: abhamric@vcu.edu
Date: Wed, 22 Jun 2016 17:13:12 -0400
Subject: Re: Permission to use Moral Distress Scale revised tool (MDS-R)
To: zelihaceren@hotmail.com

Dear Dr. Zeliha Koc,

Thank you for your interest in the Moral Distress Scale – Revised (MDØ-R). There are six versions of this scale: nurse, physician and versions for adult settings (including ICUs and other inpatient units), and parallel versions for healthcare providers in pediatric settings for providers who deliver direct patient care in inpatient settings. The instrument shows evidence of reliability and validity, published *Bioethics: Primary Research*:

Hamric, A.B., Borchers, C.T., & Epstein, E.G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in health *Primary Research*, 3(2), pp. 1-9.

You should read this article before deciding whether the MDØ-R will be appropriate for your project.

The MDØ-R has a unique scoring scheme, designed to give a measure of current level of moral distress. Conceptually, items that are not seen as distressing do not contribute to an individual's level of moral distress. As noted, the Likert scales for each item have Corley's original 1-7 scoring range. To generate a composite score, the frequency score and intensity (named "level of disturbance") multiplied; note that this results in eliminating items never experienced or not distressing from the composite score. In addition, the minimally distressing have low scores and items experienced frequently and as most distressing have higher scores. Each item product will range from 0 to 16. To obtain a composite score of moral distress, these individual item products should be added together. If all items marked as never experienced or not distressing to be eliminated from the score, giving a more accurate reflection of actual score based on 21 items will have a range of 0 – 336.

I am happy to give you permission to use the MDØ-R. I have attached the adult nurse version, as requested. I do request that you using the MDØ-R. If you decide to change items for particular specialty purposes or for different settings or outside the USA, I request of the changes you make and the results you obtain.

Two other researchers from Turkey have requested and probably translated the MDS-R into Turkish. You may wish you undertake the translation. Here are their names and contact information:

Dr.Dilek Özden, Researcher Nursing Department Cumhuriyet University I
Sivas/TURKEY dozden2002@yaho.com

Sevcan Toptas, RN, MsC
Hacettepe University Faculty of Nursing
PhD Student in Psychiatric Nursing PhD
Hacettepe University, Turkey
toptassevcan@gmail.com
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği AD.
06100 Sıhhiye/ ANKARA
3123051580-123

I hope this information is helpful to you and your student.

Best wishes,

Ann Hamric

<https://outlook.live.com/owa/?i=636036581934218172%2c%2fm%28path=mailto%28inbox%28>

1/1

EK- 10 Hastane Etik İklim Ölçeği 'nin Kullanım İzni

09.07.2016

Posta - selin keskin - Outlook


Outlook Posta

Posta ve Kişilerle ara

^ Klasörler

- Gelen Kutusu 43
- Gerekiz E-posta 7
- Taslaqlar 36
- Gönderilmiş Ögeler
- Sililmiş Ögeler 42

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Söpür | Taşı | Kategoriler

 Zeliha Koç
1.7 (Cum)
St: 3

etik iklim ölçeği.doc
32 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

From: havvaotzrk@hotmail.com
To: zelihaceren@hotmail.com
Subject: Ynt: Hastane Etik İklim Ölçeği Kullanım İzni
Date: Fri, 1 Jul 2016 12:54:40 +0000

Sevgili Zeliha Koç,
Türkiye uyarladığımız ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Ölçek ektedir.

Sevgilerimle

Doç.Dr. Havva ÖZTÜRK
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Farabi cad. 61080 Trabzon
GSM: 0 505 4990493

Gönderen: Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com>
Gönderildi: 1 Temmuz 2016 Cuma 13:11:52
Kime: Havva Öztürk KTÜ-Doç.Dr.; havvaotzrk@ktu.edu.tr
Konu: Hastane Etik İklim Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Öztürk,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sayın Bahçecik ile birlikte tarafımızdan yapılmış bulunan Hastane Etik İ danişmanlığımıza yürütmekte olduğum Selin Kızıltepe'nin "Acil Hemşirelerinde Ahlakî Sıkıntı ve Başa Çıkma Yö başlıklı doktora tez çalışmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesini rica ederim.

Saygılarımla

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Samsun

https://outlook.live.com/owa/?i=636036581934218172%2e%2f%2f%2f&path=/mail/inbox/rp

1/1

EK-12 Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

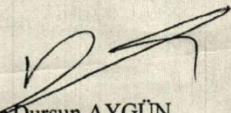
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/419-503

14.10.2016

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ


Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2016/280 Karar nolu Ölçek geliştirme çalışmaları+ Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 11.08.2016 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.


Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK- 13 Kamu Hastaneler Birliği Araştırma İzni

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŐKANLIĐI
14/12/2016 13:48 - 54103609 - 604.02 - E.22634


00035249883


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği


2017
SAMSUN
DEAFLYMPICS

Sayı : 54103609-604.02
Konu : Araştırma İzni (Selin KESKİN
KIZILTEPE)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 31/10/2016 tarih ve E.24146 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Doktora öğrencisi Selin KESKİN KIZILTEPE'nin "Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler " konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı tüm Devlet Hastanelerinin Acil Servisinde çalışan hemşirelere yapmaları uygun görölmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kişi ile "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter



EK:
1. Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (1 sayfa)
2. Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (6 sayfa)

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/
Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi
Adalet Mahallesi 100. Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28
e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt Adresi: -

Bilgi için:KÜRŐAT YURDAKŐŐ
Unvan:UZMAN
Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aaf2bb5a-bb38-4918-bd21-f09da51d92be kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-14 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma
İzni

 T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 

Sayı : 15374210-804.01-E.4922 24/02/2017
Konu : Dilekçeniz Hk.

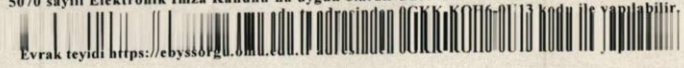
SN. SELİN KESKİN KIZILTEPE

"Acil Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler" konulu çalışmayı hastanemiz acil hemşirelerine uygulayabilme talebiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN Engin KUYUMCU
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29 engin.kuyumcu@omu.edu.tr
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/> Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr Dahili: 2327
5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak teyidi: <https://ebyssoglu.com.tr/>



EK- 15 Nitel Araştırma Kursu Katılım
Belgesi



EK-16 Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof.Dr. Deniz SAYINER	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Zeliha TÜLEK	İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dr.Öğr. Üyesi Serap TOPATAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Yücel ÖKSÜZ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Prof. Dr. Ahmet BAYDIN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Türker YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Turgut DENİZ	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Latif DURAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Celal KATI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Selin KESKİN KIZILTEPE

Doğum Yeri: Çorum

Doğum Tarihi: 14/ 02 /1986

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2005-2010

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2012-2014

OMÜ Acil Hemşireliği Doktora Programı 2014-2019

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Sağlık Bakanlığı Çorum Devlet Hastanesi 2011-2014

Sağlık Bakanlığı İzmit Seka Devlet Hastanesi 2014-2016

Sağlık Bakanlığı Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi 2016-2017

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2017- Devam...

E-posta: selinkeskin@duzce.edu.tr