

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AHLAKİ SIKINTI
DÜZEYLERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMI DAVRANIŞLARI
ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

HÜLYA GÜLFİDAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER

AYDIN-2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACTviii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Ahlaki Sıkıntı Kavramı	7
2.1.1. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler	8
2.1.2. Ahlaki Sıkıntının Etkileri.....	8
2.1.3. Ahlaki Sıkıntı ile Başetme Yolları.....	10
2.2. Hemşirelik Bakım Davranışları	11
2.2.1. Cerrahi Hemşireliği ve Hasta Bakımı.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Gereç	16
3.1.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	16
3.1.3. Verilerin Toplanma Tarihi.....	17
3.1.4. Veri Toplama Araçları	17
3.1.4.1. Hemşire Tanıtım Formu	17

3.1.4.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	17
3.1.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24	19
3.2. Yöntem	20
3.2.1. Araştırmada Uygulanan ve Kullanılan Yöntem.....	20
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.2.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.2.4. Verilerin Araştırmaya Kabul Edilme ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	21
3.2.5. Uygulanan İstatiksel Testler.....	22
3.2.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	22
4. BULGULAR	23
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Hasta Bakımına ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	26
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Hasta Bakımına ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre BDÖ-24 Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	31
4.4. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile BDÖ-24 Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	39
5. TARTIŞMA	40
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması.....	40

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	41
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24'den Aldıkları Puanların Tartışılması.....	45
5.4. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Bakım Davranışları Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	75
Ek 1 (Hemşire Tanıtım Formu)	75
Ek 2 (Ahlaki Sıkıntı Ölçeği)	77
Ek 3 (Bakım Davranışları Ölçeği-24).....	79

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AACN : Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

BDÖ-24 : Bakım Davranışları Ölçeği-24

CNA : Kanada Hemşireler Birliği

KBB : Kulak Burun Boğaz

TDK : Türk Dil Kurumu

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	23
Tablo 2.	Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı.....	25
Tablo 3.	Hemşirelerin hasta bakımını yeterli bulmama nedenlerine ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre dağılımı	25
Tablo 4.	Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamaları.....	26
Tablo 5.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 6.	Hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre ahlaki sıkıntı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 7.	Hemşirelerin BDÖ-24 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları.....	31
Tablo 8.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 9.	Hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının dağılımı.....	36
Tablo 10.	Ahlaki sıkıntı ölçeği ile BDÖ-24 puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	39

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMI DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gülfidan H, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.

Amaç: Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, analitik-kesitsel olarak, Ocak 2020 ve Eylül 2020 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinde cerrahi klinikler, cerrahi yoğun bakımlar ve ameliyathanede çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi araştırmanın etik kurul onayı ve kurum izni alınmıştır. Araştırma kabul kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Hemşire Tanıtım Formu, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 formları ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler sayı yüzde, ortalama, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin cinsiyet ($p<0,05$), eğitim durumu ($p<0,05$), çalıştıkları klinik ($p<0,001$), günlük bakım verilen hasta sayısı ($p<0,05$), kliniğin cerrahi girişim sayısı ($p<0,001$), çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma ($p<0,05$), yaşadığı ahlaki sıkıntıdan dolayı istifa etmeyi düşünme ($p<0,001$) durumları ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hemşirelerin eğitim durumu, hasta bakımına yeterli zaman ayırma, çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu ile Bakım Davranışları Ölçeği-24'den aldıkları toplam puan ve güvence, bağlılık, saygı alt boyut puan ortalamaları arasında, günlük bakım verilen hasta sayısı ile güvence alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda; cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşama düzeylerinin düşük, bakım davranışları algısının olumlu anlamda yüksek düzeyde olduğu, ahlaki sıkıntı düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Ahlaki Sıkıntı, Bakım Davranışları, Cerrahi Hemşireliği, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

THE EFFECT OF MORAL DISTRESS LEVELS OF SURGICAL NURSES ON NURSING CARE BEHAVIORS AND RELATED FACTORS

Gülfidan H. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Surgical Diseases Nursing Program, Master's Thesis, Aydın, 2022.

Aim/Purpose: The purpose of this study was to specify the effects of surgical nurses' moral distress on nursing caring behaviours and related factors.

Material and Method: This analytical cross-sectional study was carried out with the nurses in the surgery service, intensive care units and operating theatre of a university hospital between January 2020 and September 2020. Ethics committee approval and institutional permission of the research were obtained before the study. After informing the nurses who met the research acceptance criteria and agreed to participate in the study, verbal and written consent was obtained. Data in the study was collected using "Nurse Introduction Form", "Moral Distress Inventory" and "Caring Behaviours Inventory-24" forms. Descriptive statistics, number percentage, mean, correlation and regression analysis were used to analyse data.

Results: A statistically significant difference was found between nurses' gender ($p < 0,05$), education level ($p < 0,05$), the department they work in ($p < 0,001$), the number of patients they care for ($p < 0,05$), the number of operations carried out in their departments ($p < 0,001$), satisfaction with level of nursing care in their departments ($p < 0,05$), consideration of resigning due to moral distress ($p < 0,001$) and total mean scores of the Moral Distress Scale.

A statistically significant difference was found between education level, allocating enough time for patient care, satisfaction with level of nursing care in their departments, and the total score they got from the Caring Behaviours Scale-24, commitment, assurance and the mean scores of the sub-dimensions of respect; the number of patients receiving daily care and the sub-dimension score of assurance ($p < 0,05$).

There was no statistically significant difference between the mean scores of the Moral Distress Scale and the Caring Behaviours Scale-24 ($p > 0,05$).

Conclusion: It was found that surgical nurses' level of Moral Distress was low, the perception of caring behaviours was high in a positive sense and the level of moral distress had no effect on caring behaviours.

Keywords: Moral Distress, Caring Behaviours, Perioperative Nursing, Nursing Care.

1. GİRİŞ

Hemşirelik bakımı, bireylerin beklenti ve ihtiyacını karşılayarak; kendilerini değerli hissetmesini, sağlığını geliştirmesini, yaşam kalitesini arttırmasını, tedaviye uyum göstermesini ve sağlığına yeniden kavuşmasını sağlar. Buna bağlı hemşirelerin iş gücü ve maliyet kaybı azalır (Yürün, 2015).

Erdil ve Elbaş (1999), cerrahi yaklaşımların, hastalıkların tedavisinde, bireylerin sorunlarının çözümlenmesinde insanoğlunun var oluşundan bu yana kullanılan etkili tedavi yöntemlerinden biri olduğunu bildirmiştir. Bireyler için cerrahi süreç, kendileri veya aileleri tarafından ihtiyaçlarının karşılanamadığı, iyileşmelerinin ve yaşam için gerekli olan temel ihtiyaçlarının karşılanmasının sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin vereceği bakıma bağlı olduğu kritik bir dönemdir. Cerrahi girişim için hastaneye yatma; bireyi, duygusal ve fiziksel desteğe gereksinimi olan bağımlı konumuna getirmektedir. Hemşireler, bireylerin hastanede kaldıkları süreçte en fazla zaman geçirdikleri sağlık çalışanıdır (Coşkun ve Akbayrak, 2001). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin temel sorumluluğu ise, istenilen sonuca ulaşmada, hastalar için gerekli olan eğitim, destek, duygusal ve fiziksel bakım gibi hemşirelik bakım davranışlarının kaliteli şekilde yerine getirilmesidir. Kaliteli hemşirelik bakımının planlaması, olası sorun ve komplikasyonları mümkün olduğunca azaltmak ve en iyi sonucu elde etmek üzere yapılmalıdır (Swan, 1998). Aynı zamanda hemşirelik bakımında ahlaki bir boyutta bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasının yanı sıra, bakımın insani ve ahlaki boyutunda da duyarlı davranması ve meslek ahlakına uygun hizmet vermesi gerekmektedir. Ancak bilimde ve teknolojiye gelişmeler, etik sorunların ortaya çıkmasına ve hemşirelik bakımının karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır. Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren, mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemde bırakan sorunlardır (Dinç 2009). Hemşireler hasta bakım hizmeti verirken ve hekim istemlerini yerine getirirken etik sorunlarla karşı karşıya kalmakta, çevresel faktörlerin de etkisiyle zor ve imkansız durumlarla mücadele içinde olmaktadır. Hemşirelerin hekimler, hastane yönetimi, hasta ve hasta yakınları tarafından baskılanan taraf olması ise hemşirelerin sıkıntı durumuna daha fazla maruz kalmasını kaçınılmaz yapmaktadır (Kayar ve Erdem, 2017).

Ahlaki sıkıntı kavramı, bakımın, tedavinin maliyetini, nicelik ve niteliğini etkileyen etik bir sorundur (Repenshek, 2009; Rittenmeyer ve Huffman, 2012). American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2020) ahlaki sıkıntıyı, hemşirelerin etik açıdan yapılacak doğru eylemi bildiği halde kişisel ve profesyonel değerlerine tamamen zıt bir eylemi yapmak zorunda kaldığında yaşadığı sıkıntı olarak tanımlamıştır. AACN (2020), hemşirelikte ahlaki sıkıntının önemini vurgulamış, hemşirelerin hastalar için savunuculuk yapma becerisini engellemekten işini veya mesleğini bırakmaya kadar sağlık ekibi üzerinde önemli olumsuz etkilere sahip olabilecek karmaşık ve zorlu bir sorun olduğunu belirtmiştir. Ahlaki sıkıntının nedenleri bireyler arasında farklılık gösterir. Yaygın tetikleyiciler arasında yaşam sonu bakımı, personel yetersizliği, değer çatışmaları, zorlu ekip dinamikleri ve güvenlik endişeleriyle çelişen görev yer alır. Nedeni ne olursa olsun hemşirelikte temel değerleri derinden tehdit eden ahlaki sıkıntıyı kabul etmek ve ele almanın, bütünlüğümüzü korumak için çok önemli olduğunu bildirmiştir. Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin farklı tepkiler verdiği belirtilmektedir. AACN (2020)'ye göre; en önemli zorluklardan biribaş ağrısı, çarpıntı, mide rahatsızlığı, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı, geri çekilme ve depresyon dahil olmak üzere fiziksel, duygusal ve/veya psikolojik semptomlar şeklinde yaşanabilecek ahlaki sıkıntının tanınmasıdır. Bu nedenle; AACN (2020) ahlaki sıkıntının farkına varmak ve bu konuda yapılması gerekenlerle ilgili dört temel bileşen yayınlamıştır. Buna göre; ilk olarak ahlaki sıkıntı, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasındaki ayrımın yapılmasını, ikinci sırada sıkıntının ölçülmesini, daha sonra nedenlerin ve kısıtlamaların belirlenmesini, son olarak birim ve kurumda bulunan kişisel kaynakları değerlendirerek harekete geçilmesini içermektedir (AACN, 2020).

Canadian Nurses Association (CNA, 2003) ise ahlaki sıkıntıyı etik ikilemden ayıran noktalara vurgu yapmıştır. Etik ikilemi, doğru eylemin seçiminde yaşanan kararsızlık durumu olarak tanımlarken, ahlaki sıkıntıyı ise doğru eylem ve kararın bilindiği halde engeller nedeniyle gerçekleştirilemediğinde yaşanan sıkıntı olarak tanımlamıştır.

Ahlaki sıkıntıya neden olan kurumsal ve bireysel faktörler bakım ve tedavinin yetersiz verilmesine yol açabilmektedir (Elpern ve diğerleri, 2005; Hamric ve diğerleri, 2012; Rice ve diğerleri, 2008). Aynı zamanda yetersiz bakım ve tedavi de sağlık çalışanlarında ahlaki sıkıntıya neden olabilmektedir (Gutierrez, 2005; Rice ve diğerleri, 2008; Silen ve diğerleri, 2011).

Ahlaki sıkıntıya psikolojik tepkilerin araştırıldığı çalışmalarda; hemşireler daha sık ahlaki sıkıntı yaşadıkça, hastalara karşı daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlık yaşadıkları belirtilmektedir (Meltzer ve Huckabay, 2004; Ohnishi ve diğerleri, 2010).

Ahlaki sıkıntılara maruz kalmaya devam etmek, yalnızca hemşirelerin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda hasta bakımının kalitesi üzerinde de zararlı etkilere neden olabilir (Timberlake ve Phillips, 2019). Wilson ve diğerleri (2013)'nin yaptığı çalışmada; hemşirelerin %73'ü iş performanslarının ahlaki sıkıntı deneyimlerinden etkilendiği bildirilmiştir.

Birçok hemşire ahlaki sıkıntı nedeniyle istifa noktasına varmadan önce, ahlaki sıkıntı ile çeşitli şekillerde başa çıkmaya çalışmaktadır. Bir savunma mekanizması olarak, hemşirelerin bunaldıklarında ahlaki stresin olumsuz yan etkileriyle başa çıkmak için duygularını kapattıkları belirtilmiştir (Robinson ve Stinson, 2016).

Silen ve diğerleri (2011) hemşirelerin hem ahlaki sıkıntı düzeylerinin hem de sıklığının düşük olduğunu, ancak hastalara uygun ve güvenli bakım verilmeyen durumlarda ahlaki sıkıntı düzeyinin yükseldiğini bildirmişlerdir.

Dekeyser Ganz ve Berkovitz (2012)'in yaptığı çalışmada; cerrahi hemşirelerinin sık ahlaki sıkıntı yaşamadığı ancak ahlaki sıkıntı yaşandığında duyguların yoğun olma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin etik ikilemler ve ahlaki sıkıntı yaşadıklarında, hemşirenin algılanan bakım kalitesinin düşebileceği, cerrahi hemşirelerinin özellikle yüksek hasta devir hızı ve yüksek iş yükü nedeniyle ahlaki sıkıntı yaşama riski altında olduğu bildirilmiştir. Ayrıca cerrahi hemşirelerinde etik ikilem, ahlaki sıkıntı ve algılanan hemşirelik bakımı kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmada; hemşirelerin verdiği genel hemşirelik bakımı kalitesinin düşük olması, hemşirelik becerisi ve hastanın gereksinimlerini daha az karşılamının, hemşirelerde ahlaki sıkıntıya yol açtığı bildirilmektedir (Dekeyser Ganz ve Berkovitz, 2012).

Kayar ve Erdem (2017) ahlaki sıkıntının hemşirelerde işe adanma davranışını olumsuz etkilediğini, Borhani ve diğerleri (2015) suçluluk, acı, ıstırap çekme ve işten hoşnutsuzluk duygusu yaşayarak hemşirelerin işi bırakmasına neden olduğunu, Karagözoğlu ve diğerleri (2017) hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörlerin ekip içinde yetersiz iletişim, beceriksiz olduğunu düşündükleri profesyoneller ile çalışmak ve boşuna bakım olduğunu, Atabay ve diğerleri (2015) ise örgütsel kısıtlamalar, yanlış biçimlendirilmiş, gereksiz tedavi edilmiş hastalar, zaman ve kaynak yetersizliği olduğunu bildirmişlerdir.

Bilimsel temele dayalı, hasta/sağlıklı bireyin olası veya mevcut sorunlarına, fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerine hümanistik ve holistik yaklaşımla yardım eden (Alidina, 2012; Çelik ve diğerleri, 2013) hemşirelik mesleği, çeşitli mesleki özelliklere, davranışlara, değerlere ve tutumlara sahiptir (Adigüzel ve diğerleri, 2011; Güven, 2019; Zencir ve Eşer, 2016).

Hemşireler bu değer, inanç ve tutumları bireysel sağlık davranışı ve alışkanlıklarına ek olarak bireylerin gereksinimlerini karşılarken olumlu veya olumsuz tepkide bulunma eğilimi şeklinde gösterirler (Güven, 2019; Zencir ve Eşer, 2016).

Bakım davranışları, hemşirelerin güvenini, kaygısını, ilgisini ve hastalarla bir arada bulunmayı ve ilgilenmeyi içeren eylemler, davranışlar ve tutumlar olarak ifade edilir (Brilowski ve Wendler, 2005). Hemşirelik ve hemşirelik hizmetlerinin vazgeçilmez parçasını oluşturan bakım davranışı, hemşirenin bilgi ve becerilerini aktarmanın tek yoludur (Karlou ve diğerleri, 2015; Papastavrou ve diğerleri, 2011). Bakım davranışları hemşireye, hasta bakımına hazır olduğunu, hasta için endişelenmesi gerektiğini, hastaya ise hemşirenin bakıma hazır olduğunu hissettirir (Dursun Ergezen ve diğerleri, 2020). Watson (2008a, 2008b), İnsan Bakım Kuramında, soyut ve kompleks olan hemşirelik bakımının somutlaştırılarak görünür hale gelmesi ve etkili olması için bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışları hastaların algılaması gerektiğini ifade etmiştir.

Bakım davranışları kelimeler, düşünceler, duygular, görünümler, eylemler, hareketler, jestler, beden dili, dokunuşlar ve bilgiden oluşur (Watson, 2008a). Bilinen ve öne çıkan bakım davranışları; otantik var olma, varlığını sunma, günlük tutma, dikkatli dinleme, göz teması kurma, gülümseme, mizah, müzik, sanatsal dışavurumlar, oyun, eğlence, doğaçlama, olumlu vücut hareketleri ve iletişim, nefes egzersizleri/ hayal kurma/ imajinasyon, bireyin rahatlığını sağlama, sorumluluğunu alma, dürüst olma, dokunma, duyarlılık, saygılı olma, yargılayıcı olmayan kabul etme, yumuşak ses tonu kullanma, bireyin güvende hissetmesini sağlama, hastayı bakıma katma, sözlü güvence sunma, zihinsel ve fiziksel hazır olma, duygusal olarak açık ve ulaşılır olma, kişiye insan olduğunu hissettiren davranışlarda bulunma, bireye tercih ettiği adı ile seslenme, birey merkezli olma, hastaya gönüllü olarak geri bildirimde bulunma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma, hasta izlemleri sırasında sergilenen mesleki bilgi ve beceriler, bireyin yaşadıklarına önem verme gibi hastanın iyiliğiyle ilgili ve hasta için önemli olan eylemlerdir (Boz, 2018; Finfgeld-Connett, 2008; Salimi ve Azimpour, 2013; Watson, 2008a, 2008b; Wolf ve diğerleri, 1994).

Bakım davranışları, bireylerin ve hemşirelerin algılarından etkilenebilir (J Ehlers, 2008). Hemşirelik uygulamalarında bakım davranışları hemşirenin yaşı, öz saygısı, inançları, deneyimi, yetkinliği ve uzmanlığı, hastanın tanısı (Salimi ve Azimpour, 2013) ve yaşı (J Ehlers, 2008) bakım verilen hasta sayısı, kurumun özellikleri (Salimi ve Azimpour, 2013), kültürel farklılıklar (King ve Crisp, 2005), hemşirelerin çalışma koşulları (Corbin, 2008), zaman eksikliği ve bakım desteği eksikliği gibi faktörlerden etkilenebilir (Enns ve Gregory, 2007).

Bucco (2015) hemşirelerin, uygulamalarını değerlendirebilmeleri ve hemşire bakım davranışlarıyla hasta sonuçlarını iyileştirebilecek bireyselleştirilmiş, iyileştirilmiş hemşirelik bakımı sağlayabilmeleri için kendi bakım algılarını belirlemeleri gerektiğini bildirmiştir.

Aft (2011) cerrahi hemşirelerinin personel sayısının yetersizliği, hasta sayısı, hasta ihtiyaçların aciliyeti, diğer hemşirelerin beceri düzeylerinin yetersiz bakıma neden olduğunu, yeterli bakımın sağlanamamasının ise orta düzeyde ahlaki sıkıntıya neden olduğunu bildirmiştir.

Dodek ve diğerleri (2019) ahlaki sıkıntının duygusal bir sonucu olarak, istenmeyen durumlara ve hasta bakımında yanlışlara sebep olabilecek dikkat dağınlığına veya bakım davranışlarında isteksizliğe neden olduğunu belirtmiştir.

Rostami ve diğerleri (2019) yararsız bakım nedeniyle ahlaki sıkıntıdan rahatsızlık duyan hemşirelerde; hastanın ağrısı olduğunda dikkat eksikliği, tedavilerde ihmal, hastalara karşı duyarsızlık, kaliteli bakım sağlamak için daha az çaba gösterme ile birlikte maliyetin artması, enerji ve zaman kaybına neden olduğunu bildirmişlerdir.

Gutierrez (2005) ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin çoğunluğunun üzüntü ve öfke duyduğunu, çalışma ve hasta bakımı konusunda isteksizlik ve bakım vermekten kaçınma davranışları sergilediklerini belirtmiştir.

Wiegand ve Funk (2012) ahlaki sıkıntının hemşirelerde, diyare, baş ağrısı, kalp çarpıntısı ve kusma gibi fiziksel semptomların yanı sıra ağlama, iştahsızlık ve kabus gibi fiziksel semptomlara ve anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve güçsüzlüğe neden olduğunuda belirtmiştir. Ahlaki sıkıntının hemşireler üzerindeki etkileri, iş performansını, hasta ve ailelerine bakma becerilerini etkileyebileceğini, hemşirelerin, iletişimlerinin sık sık görmezden geldiğini hissettikleri için hastalarına daha düşük standartlarda bakım sağladıklarını bildirmiştir.

Yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadığı ve verdikleri hemşirelik bakımının bu duruma bağlı olarak olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (Aft, 2011).

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakım davranışları ile ilişkisini inceleyen yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşama durumları ve hemşirelik bakım davranışları üzerine etkileri belirlenebilirse, hemşirelik bakım davranışlarına olan olumsuz etkilerinin engellenebileceği ve bakım kalitesinin arttırılabileceği dűřünűlmektedir.

Bu çalışmanın amacı, cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı dűzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktűrleri belirlemektir.

Araştırmanın soruları:

Cerrahi klinikler ve yoğun bakımlar ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı dűzeyleri nedir?

Cerrahi klinikler ve yoğun bakımlar ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin bakım davranışları nasıldır?

Cerrahi klinikler ve yoğun bakımlar ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama dűzeylerinin hemşirelik bakım davranışları üzerine etkisi var mıdır?

Cerrahi klinikler ve yoğun bakımlar ile ameliyathanede çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama dűzeylerine ve hemşirelik bakımı davranışlarına etki eden ilişkili faktűrler var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ahlaki Sıkıntı Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK, 2020)'na göre; ahlak, toplum içinde kişilerin uymak zorunda oldukları davranış biçimlerini ve kurallarını ifade ederken sıkıntı sözcüğü ise, bir bozukluğun, karışıklığın sebep olduğu etkili ve sürekli yorgunluk hali olarak tanımlanmıştır. Ahlaki sıkıntı, bir profesyonelin yapılacak doğru davranışı bilmesine rağmen çeşitli engeller nedeniyle doğru davranışı gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı strestir (Karagözoğlu ve diğerleri, 2017; Yıldırım ve diğerleri, 2013).

Ahlaki sıkıntı kavramı ilk kez 1984 yılında Jameton tarafından tanımlanmıştır. Jameton ahlaki sıkıntıyı “bir sağlık profesyonelinin yapılacak doğru eylemi bildiği halde kurumsal engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirmesinin neredeyse imkansız olduğu durumlarda yaşanan sıkıntı” olarak ifade etmiştir (Jameton, 1984).

Jameton 1993'de ilk ve reaktif ahlaki sıkıntı arasındaki ayrımı yaparak ahlaki sıkıntı kavramını ayrıntılandırmıştır. İlk ahlaki sıkıntıda; kişinin değerler ile ilgili bireysel çatışmalar ve kurumsal engellerle karşılaştığında engellenme, öfke ve anksiyete hissettiğini, reaktif ahlaki sıkıntının ise ilk sıkıntının üstüne eylemin gerçekleştirilememesi durumunda ortaya çıktığını belirtmiştir (Jameton, 1993).

AACN (2020) ise ahlaki sıkıntıyı, “hemşirelerin etik açıdan yapılacak doğru eylemi bildiği halde kişisel ve profesyonel değerlerine tamamen zıt bir eylemi yapmak zorunda kaldığında yaşadıkları sıkıntı” olarak tanımlamış, hemşirelikte ahlaki sıkıntının önemini vurgulayarak, hemşirelik bakımını, ayrıca hemşirelerin fiziksel ve duygusal sağlığını etkileyen, hastalar için savunuculuk yapma becerilerini engellemekten, işini veya mesleğini bırakmaya kadar önemli olumsuz etkilere sahip olabilecek karmaşık ve zorlu bir sorun olduğunu belirtmiştir (AACN, 2020).

2.1.1. Ahlaki Sıkıntıya Neden Olan Faktörler

Sağlık çalışanlarının yaşadığı ahlaki sıkıntı birçok bireysel ve kurumsal faktörle ilişkilidir (Hamric ve diğerleri, 2012; Oh ve Gastmans, 2015).

Bireysel faktörlerde, artan etik duyarlılık, etik sorunları tanımlayamama, kendinden şüphe duyma, güçsüz hissetme, yetersiz girişkenlik, kendini ekibin bir üyesi olarak görememe nedenleriyle kendini değersiz hissetme ve motivasyon eksikliği önde gelenlerdir. (Burston ve Tuckett, 2012; Elpern ve diğerleri, 2005; Hamric ve diğerleri, 2012; Huffman ve Rittenmeyer, 2012; Maluwa ve diğerleri, 2012; Papathanassoglou ve diğerleri, 2012; Wiegand ve Funk, 2012).

Kurumsal faktörlerde başlıca, ekip üyeleri arasında yetersiz iletişim ve işbirliği, etik sorunlara profesyonellerin farklı bakış açıları, yetersiz personel nedeniyle iş yükünde artma, kaynak sınırlılığı, eksik yönetim desteği, sağlık ve kurum politikaları arasında uyumsuzluklar, olumsuz etik iklim gelmektedir (Atabay ve diğerleri, 2015; Elpern ve diğerleri, 2005; Huffman ve Rittenmeyer, 2012; Maluwa ve diğerleri, 2012; O'Connell, 2015; Oh ve Gastmans, 2015; Piers ve diğerleri, 2012; Rice ve diğerleri, 2008; Shorideh ve diğerleri, 2012; Wiegand ve Funk, 2012).

Hemşireler bakım verirken hasta sözcülüğünü üstlenememe, karar verme mekanizmasına katılamama, hasta ve ailesini bilgilendirememe ve yetersiz ekip iletişimi gibi konularda etik sorunlar ile karşılaşır. Ayrıca yetersiz fiziksel ortam ve hemşire sayısı ile yoğun bir şekilde nöbetli çalışma şekli, terfi ve ücret olanaklarının yetersiz olması, adaletsiz yönetim anlayışı, rol ve iş tanımındaki belirsizlik ve eşitsizlikler, sağlık ve kurum politikalarındaki uygunsuzluklar nedeni ile yaşadıkları sorunlar ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik ve iş doyumunda azalma, işten hatta meslektan ayrılma düşüncesine yol açmakta (Elçigil ve diğerleri, 2011; Karakuş, 2011) ve ahlaki sıkıntı yaşanmasını kolaylaştırmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2013).

2.1.2. Ahlaki Sıkıntının Etkileri

Ahlaki sıkıntının kurum, hasta ve hemşirelerde olumsuz etkileri görülmektedir (Hamric ve Blackhall, 2007; Hamric, 2012; Lievrouw ve diğerleri, 2016).

Kurumun ahlaki sıkıntıyı önlemede başarısız olması, iş stresine ve personel değişimine neden olarak hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı zamanda kurumun itibarı ve güvenilirliği zarar görebilir. Hemşirelerin sık iş değiştirmesi ve yeni hemşirelerin işe alınması kurumun yaptığı harcamaları artırabilir. Mali yükün artmasının yanı sıra yeni gelen hemşirelerin yeterli beceri düzeyine sahip olmaması hasta bakım kalitesini ve memnuniyetini etkileyebilir. Personel değişimi bireye sunulan bakımın kalitesini azaltabilir. Kurumun personel ve hastalar tarafından daha az tercih edilmesine yol açabilir (Meltzer ve Huckabay, 2004; Pendry, 2007; Zuzelo, 2007).

Ahlaki sıkıntı, hastaların yaşadıkları ağrıda artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, hastalara yetersiz ve uygun olmayan bir bakım sunulmasına neden olabileceği bildirilmiştir (Corley ve diğerleri, 2001; Corley ve Minick, 2002; Kalvemarm ve diğerleri, 2004; Radzvin, 2011).

Ahlaki sıkıntının hemşireler üzerindeki etkileri psikolojik, manevi, fiziksel ve sosyal olarak görülür. Bu etkiler, birdenbire ortaya çıkan ya da kaybolan değil, aşamalı olarak ilerleyen, ahlaki sıkıntıyı tetikleme potansiyeli olan durumlarda artarak patlak veren özelliktedir (Epstein ve Hamric, 2009).

Ahlaki sıkıntı ilk olarak hayal kırıklığı, öfke (Kalvemarm ve diğerleri, 2004; Kleinknecht-Dolf ve diğerleri, 2015), suçluluk, endişe, korkma, yas, çökkünlük şeklinde görülebilir (Austin ve diğerleri, 2003; Epstein ve Hamric, 2009; Hamric, 2012; Morley ve diğerleri, 2017). Bunların yanısıra umutsuzluk, pişmanlık (Austin, 2016; Brazil ve diğerleri, 2010; Elpern ve diğerleri, 2005; Gutierrez, 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Pauly ve diğerleri, 2009; Pavlish ve diğerleri, 2011; Rice, 2008), güçsüzlük, anksiyete, depresyon ve öz-değer kaybı (Elpern ve diğerleri, 2005; Gutierrez, 2005) gibi psikolojik etkiler, çaresizlik (Deady ve McCarthy, 2010), acı çekme, gücenme, keder, bozulmuş bütünlük, utanç, mahcubiyet, üzüntü ve ıstırap duyguları (Brazil ve diğerleri, 2010; Corley ve Minick, 2002; Elpern ve diğerleri, 2005; Hamric ve Blackhall, 2007; Ohnishi ve diğerleri, 2010; Pauly ve diğerleri, 2009; Rice, 2008), bazen hastanın yaşadıklarına ya da çektiklerine tanıklık ettiklerinde kabuslar görülebilir (Zuzelo, 2007).

Fiziksel olarak, kalp çarpıntısı, baş ağrısı, kusma (Gutierrez, 2005; Nathaniel, 2006), ishal, mide ağrısı, kas ağrısı, uykusuzluk, ağlama gibi problemler oluşabilir (Morley ve diğerleri, 2017; Ohnishi ve diğerleri, 2010; Radzvin, 2011).

Sosyal olarak, aile üyeleri ile çatışma, aile ilişkilerinde bozulma gibi problemlere neden olabilir (Cavaliere ve diğerleri, 2010; Dekeyser Ganz ve Berkovitz, 2012; Gutierrez, 2005; Hamric ve diğerleri, 2012; Maluwa ve diğerleri, 2012; Radzvin, 2011; Repenshek, 2009; Rice ve diğerleri, 2008; Wiegand ve Funk, 2012).

Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler profesyonel olarak da etkilenebilmekte (McClendon ve Buckner, 2007), sürekli ahlaki sıkıntıya neden olan durumlarla baş etmek zorunda kalan hemşirelerde (Keskin Kızıltepe ve Koç, 2019) stres, tükenmişlik (Ganz ve diğerleri, 2013; Hamric ve diğerleri, 2012; Oh ve Gastmans, 2015; Özden ve diğerleri, 2013; Papathanassoglou ve diğerleri, 2012; Piers ve diğerleri, 2012; Shoorideh ve diğerleri, 2015), iş tatmininde azalma (Ganz ve diğerleri, 2013; McCarthy ve Gastmans, 2015; Özden ve diğerleri, 2013), mesleği isteksiz bir şekilde yapmaya devam etme (Keskin Kızıltepe ve Koç 2019), işe gitmede isteksizlik, ahlaki sıkıntıya neden olabilecek hastalara bakım vermeme, klinik değişikliği (Hamric ve diğerleri, 2012; Pauly ve diğerleri, 2012; Piers ve diğerleri, 2012; Russell, 2012), işten (Hamaideh, 2014; McCarthy ve Gastmans, 2015) ve meslekten ayrılma (Barlem ve diğerleri, 2012; Edwards ve diğerleri, 2013; Ganz ve diğerleri, 2013; Johnstone MJ ve Hutchinson, 2015; Keskin Kızıltepe ve Koç 2019; Piers ve diğerleri, 2012; Shoorideh ve diğerleri, 2015; Woods ve diğerleri, 2015) gibi durumlar görülebilir.

Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin iş tatmininin düşmesi ve tükenmişlik yaşaması ise bakımın kalitesini düşürerek hem kuruma hem de hastaya zarar vermektedir (Af Sandeberg ve diğerleri, 2017; Morley ve diğerleri, 2017; Oh ve Gastmans, 2015).

2.1.3. Ahlaki Sıkıntı ile Başetme Yolları

Ahlaki sıkıntıyla başetmek için, belirtilerinin farkına varmak, nedenlerini bilmek, sorunu tanımaya ve yönetmeye yardımcı olacak yaklaşımları öğrenmek gerekir (Savel ve Munro, 2015). American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2004), klinisyenlerin ahlaki sıkıntıları fark etmelerine ve azaltmalarına yardımcı olmak için 2004 yılında, ahlaki sıkıntıya öncelik vermiş 4A yaklaşımını yayınlamıştır (AACN, 2004; McCue, 2010). Bu yaklaşımda sor, doğrula, değerlendir ve harekete geç aşamaları bulunmaktadır (AACN, 2004; McCue, 2010; Savel ve Munro, 2015).

Ask (Sor); Bu aşamada ahlaki sıkıntının tanımı ve belirtileri incelenir, hissedilen sorunun ahlaki sıkıntı olup olmadığı sorgulanır (Savel ve Munro, 2015). Bunlar yorgunluk, bitkinlik,

uyuşukluk, bozulmuş uyku gibi fiziksel, öfke, korku, suçluluk, kafa karışıklığı, kaygı gibi duygusal, alışkanlık yapan davranış, idare edici davranış, apati, ilgisizlik, duyarsızlaşma gibi davranışsal ya da anlam kaybı, inanç krizi, kontrol ve öz değer kaybı, insanlarla veya çalışma topluluğuyla kopukluk gibi manevi olabilir. Burada yaşanan ahlaki sıkıntıyı fark etmek amaçlanır (McCue, 2010; Savel ve Munro, 2015).

Affirm (Onayla); Bu durumla ilgili duygular ve algılar doğrulanarak, ahlaki bütünlüğün tehdit altında olan yönü sorgulanır (Savel ve Munro, 2015). Sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulması için mesleki sorumlulukları bilmek önemlidir. Bu yaklaşımda American Nurses Association (ANA) Etik Kuralları'nda belirtildiği gibi "Hemşire, kişisel ve ahlaki bütünlüğün korunmasında, başkalarına olduğu gibi kendine de aynı görevleri borçludur" (ANA, 2015). Bu aşamanın amacı ahlaki sıkıntıyı kabul etmek, bu sıkıntının giderilmesinde mesleki sorumluluk almaktır (McCue, 2010; Savel ve Munro, 2015).

Assess (Değerlendir); Ahlaki sıkıntının kaynağını/kaynaklarını (hasta, birim politikası, işbirliği eksikliği vb.) (Keskin Kızıltepe ve Koç, 2019; Savel ve Munro, 2015) ve sıkıntının ciddiyetini belirlemeyi (Savel ve Munro, 2015), doğruluğuna inanılan davranışı gerçekleştirmenin risklerini analiz etmeyi (McCue, 2010) içerir. Bu aşamadaki amaç, doğru hareket planı oluşturmayı kolaylaştırmaktır (Savel ve Munro, 2015).

Act (Eyleme Geç); Bir eylem planı oluşturmayı ve uygulamayı kapsar (Savel ve Munro, 2015). Eylem planları çözülecek soruna göre değişiklik gösterse de, stratejiler arasında kişinin kendisine karşı samimi olması ve zihinsel, fiziksel ve ruhsal bakımdan son derece önemli olduğunu kendisine hatırlatması; her zaman hastalar için savunucu olması; birimde bir lider belirlemesi ve onunla çalışması; aksaklıkları tahmin etmesi ve yönetmesi; sürekli yeniden değerlendirmesi yer alır. Amaç, bütünlüğü ve özgünlüğü korumaktır (Savel ve Munro, 2015).

Bu 4 adım tamamlandıktan ve hedefe ulaşıldıktan sonra, istenen davranışların sürdürülmesi önemlidir (McCue, 2010).

2.2. Hemşirelik Bakım Davranışları

Bakım eylem olarak kullanıldığında "korumak, yardım etmek, sevgi beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak" anlamlarına gelir (Kıvanç, 2013). Bakım; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için empati, şefkat, güven verme, yardım

etme gibi değerleri temel alarak hemşirelik bilgi ve becerilerinin yerine getirilmesidir (Baykara, 2010). Çalışma alanını insanın oluşturduğu hemşireliğin (Kılıç ve diğerleri, 2017) temeli olarak görülen “bakım”, hemşire hasta arasındaki ilişkiye ve bakım sürecine bağlıdır (Kurşun ve Kanan, 2012). Hemşireler uygulayıcı rollerini bağımlı ve bağımsız işlevlerle yerine getirirler (Biol, 2007). Hemşirelerin mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullandığı, bilgi ve deneyimleri ile sorunları çözümlediği bakım verme uygulamaları (Biol, 2007) bağımsız oldukları alandır (olak Okumuş ve Uğur, 2017). Bakım, hemşireliğin sanat yönünü oluşturan, duygulanım, kişilik, empati, sevgi, şefkat, iletişim,zen gösterme, umursama, değer verme, etik davranma, ahlaki zorunluluk, saygı (Potter ve diğerleri, 2016), yapılan işlemlere ilişkin bireyin bilgilendirilmesi, bireyselliğenem verilmesi, karşılanamayan gereksinimlerin karşılanması, terapötik müdahale, destek sağlanması, baş etmeye yardım edilmesi, kişilerarası etkileşim ve beceri gibi yönleri içerir (Biol, 2007; Swan, 1998). Profesyonel hemşirelik bakımının temeli, kuramsal bilgi ve sistematik bilimsel yöntemleri içerir (Johansson ve diğerleri, 2002). Bireye ihtiyacı olan bakım ve yardımı kaliteli bir şekilde sunmak hemşirelerin en temel sorumluluğudur (Akça Ay, 2007).

Hemşirelik bakımı hastaların beklenti ve gereksinimini karşılayarak bireylerin kendilerininemli hissetmesini, tedaviye uyum göstermesini, sağlığına yeniden kavuşmasını, sağlığını geliştirmesini ve yaşam kalitesinin arttırmasını sağlar (Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Etkin ve kaliteli hemşirelik bakımı, hastaların hastanede kalış suresini kısaltarak maliyeti azaltır, iş gücü kaybınınler ve hasta memnuniyetini arttırır (Gezer, 2010; Karadağ ve Taşçı, 2005). Hastalıklarınleyebilmesi ve komplikasyonlarının minimuma indirilmesi hemşirelik bakım rolünün en etkin yararlılık göstergesidir (Karadağ ve Taşçı, 2005).

Bilimsel temele dayalı, hasta/sağlıklı bireyin olası veya mevcut sorunlarına, fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerine hümanistik ve holistik yaklaşımla yardım eden (Alidina, 2012; elik ve diğerleri, 2013) hemşirelik mesleği, çeşitli meslekizelliklere, davranışlara, değerlere ve tutumlara sahiptir. (Adigüzel ve diğerleri, 2011; Güven, 2019; Zencir, 2016). Hemşireler bu değer, inanç ve tutumları bireysel sağlık davranışı ve alışkanlıklarına ek olarak bireylerin gereksinimlerini karşılamakten olumlu veya olumsuz tepkide bulunma eğilimi şeklinde gösterirler (Güven, 2019; Zencir ve Eşer, 2016).

Bakım davranışları, hemşirelerin güvenini, kaygısını, ilgisini ve hastalarla bir arada bulunmayı ve ilgilenmeyi içeren eylemler, davranışlar ve tutumlar olarak ifade edilir (Brilowski ve Wendler, 2005). Hemşirelik ve hemşirelik hizmetlerinin vazgeçilmez parçasını oluşturan bakım davranışı, hemşirenin bilgi ve becerilerini aktarmanın tek yoludur (Karlou ve diğerleri,

2015; Papastavrou ve diğeri, 2011). Bakım davranışları hemşireye, hasta bakımına hazır olduğunu, hasta için endişelenmesi gerektiğini, hastaya ise hemşirenin bakıma hazır olduğunu hissettirir (Dursun Ergezen ve diğeri, 2020).

Watson, İnsan Bakım Kuramında; hemşirelik bakımını somutlaştırılarak açığa çıkartılabilmenin (Watson, 2008a) ve etkili olabilmesinin ancak bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla (Watson, 2008a, 2008b) mümkün olabileceğini ifade etmiştir.

Bakım davranışları kelimeler, düşünceler, duygular, görünüm, eylemler, hareketler, jestler, beden dili, dokunuşlar ve bilgiden oluşur (Watson, 2008a). Bilinen ve öne çıkan bakım davranışları; otantik var olma, varlığını sunmak, günlük tutma, dikkatli dinleme, göz teması kurma, gülümseme, mizah, müzik, sanatsal dışavurumlar, oyun, eğlence, doğaçlama, olumlu vücut hareketleri ve iletişim, nefes egzersizleri/ hayal kurma/ imajinasyon, bireyin rahatlığını sağlama, sorumluluk alma, dürüstlük, duyarlılık, dokunma, saygılı olma, yargılayıcı olmayan kabul etme, yumuşak ses tonu kullanma, bireyi güvende hissettirme ve bakıma katma, sözlü güvence sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve erişilebilir olma, kişiye insan olduğunu hissettiren davranışlarda bulunma, bireye tercih ettiği adı ile seslenme, birey merkezli olma, hastaya gönüllü olarak geri bildirimde bulunma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma, hasta izlemleri sırasında sergilenen mesleki bilgi ve beceriler, bireyin yaşadıklarına önem verme gibi hastanın iyiliğiyle ilgili ve hasta için önemli olan eylemlerdir (Boz, 2018; Finfgeld-Connett, 2008; Salimi ve Azimpour, 2013; Watson, 2008a, 2008b; Wolf ve diğeri, 1994).

Bakım davranışları, hastaların ve hemşirelerin algılarından etkilenebilir (J Ehlers, 2008). Hemşirelik uygulamalarında bakım davranışları hemşirenin yaşı (Enns ve Gregory, 2007; J Ehlers, 2008; Salimi ve Azimpour, 2013), öz saygısı, inançları, deneyimi (Enns ve Gregory, 2007; Salimi ve Azimpour, 2013), yetkinliği ve uzmanlığı (Enns ve Gregory, 2007; Salimi ve Azimpour, 2013), hastanın tanısı (Enns ve Gregory, 2007; J Ehlers, 2008; Salimi ve Azimpour, 2013) ve yaşı (J Ehlers, 2008) bakım verilen hasta sayısı, kurumun özellikleri (Enns ve Gregory, 2007; Salimi ve Azimpour, 2013), kültürel farklılıklar (J Ehlers, 2008; King ve Crisp, 2005), hemşirelerin çalışma koşulları (Corbin, 2008), zaman eksikliği ve bakım desteği eksikliği gibi faktörlerden etkilenebilir (Enns ve Gregory, 2007).

2.2.1. Cerrahi Hemşireliği ve Hasta Bakımı

Cerrahi girişim, organizmanın temel fizyolojik akışını olabildiğince koruyarak deformitelerde, yaralanmalarda ve hastalıklarda, bozulan beden fonksiyonlarının organlarda uygun düzenlemeler yoluyla normal fizyolojiye en yakın duruma getirilmesi ya da dayanılabilir sınırlar içinde yaşamın sürdürülmesi amacıyla uygulanan yaygın bir tedavi yöntemidir (Aksoy, 2017).

Farklı nedenlerle cerrahi kliniklere yatan hastaların hastanede kaldıkları süre, kendileri veya aileleri tarafından gereksinimlerinin karşılanamadığı, belirli bir süre için de olsa yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanmasının ve iyileşmelerinin, sağlık çalışanlarının sunacakları bakıma bağlı olduğu kritik bir dönemdir (Coşkun ve Akbayrak, 2001).

Tüm sistemlerin etkilenmesi sonucu bireyi, günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanan, bu aktivitelerini yerine getirebilmek için (Eti Aslan, 2010) fiziksel ve duygusal desteğe gereksinim duyan bağımlı bir kişi konumuna getiren cerrahi girişimler (Coşkun ve Akbayrak, 2001) büyük veya küçük, acil veya planlanmış olsun bireylerde stres yaratmakta, ağrı, enfeksiyona yatkınlık gibi psikolojik ve fizyolojik birçok değişime yol açmakta (Özbaş ve Çavdar, 2017; Yıldız Fındık ve Soydaş Yeşilyurt, 2017), hasta ve ailesi için olumsuz bir deneyim olarak algılanmaktadır (Kurşun, 2010). Hastaların hastanede yattıkları dönemde en fazla etkileşime girdiği sağlık çalışanı hemşirelerdir (Coşkun ve Akbayrak, 2001).

Hemşirelik uygulamalarının gerçekleştirildiği her alanda olduğu gibi cerrahi hemşireliğinde de bakım girişimleri, istenen sonuca ulaşmak için hastalara ihtiyaç duyulan fiziksel ve duygusal bakım, eğitim ve destek gibi hemşirelik bakım davranışlarının kaliteli bir şekilde sunulmasıdır. Kaliteli bir hemşirelik bakımında, olası sorun ve komplikasyonları mümkün olduğunca azaltmak ve en iyi sonucu sağlamak planlanmalıdır (Swan, 1998).

Cerrahi birimler, teknolojik olarak kompleks, enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı nedeni ile cerrahi hemşiresi ve hastası için yüksek riskli ortamlardır. Cerrahi ortamda yaşamı tehdit eden durumların bulunması, ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlık ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi daha yoğun baskı altında çalışılmasına ve iş ortamında daha fazla stres yaşanmasına neden olmaktadır (Aksoy ve Polat, 2013; Karamanoğlu ve diğerleri, 2009). Cerrahi süreçteki nitelikli hasta bakımı cerrahi girişimin başarısına katkı sağlayan en önemli faktörlerdendir (Aksoy, 2017).

Hasta yatış çıkışının fazla olduğu cerrahi kliniklerde (Aksoy ve Polat, 2013) hasta sayısının fazla olması ve hastaların kişisel gereksinimlerini karşılamada hemşireye bağımlı olması nedeni ile hemşirelik bakımına daha fazla gereksinim duyması, cerrahi girişimlerden sonra, tüm sistemlerin etkilenmesi (Karabulut ve Çetinkaya, 2011), olası komplikasyon riskleri ve vücut bütünlüğünün bozulması nedeni ile hasta bakımının daha kapsamlı ve zaman alıcı olması, hemşire sayısının yetersiz olması gibi durumlar hemşirelerin iş yoğunluğunun artmasına, motivasyonunun düşmesine (Aksoy ve Polat, 2013) ve hasta bakımında bazı güçlüklerle neden olmaktadır (Karabulut ve Çetinkaya, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Gereç

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tasarlanmış analitik-kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın evrenini; bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde (KBB-Göz-Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, Ortopedi Servisi, Genel Cerrahi Servisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi) çalışan 52 hemşire, dahili ve cerrahi kliniklerin birlikte olduğu kliniklerinde (Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahisi Servisi, Çocuk Cerrahisi-Genel Pediatri Servisi, Üroloji-Kardiyoloji 2 Servisi, Kalp Damar Cerrahisi-Kardiyoloji 1 Servisi, Beyin Cerrahisi-Nöroloji Servisi) çalışan 60 hemşire, cerrahi yoğun bakımlarında (Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Genel Cerrahi Yoğun Bakım, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, Genel Yoğun Bakım, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım) çalışan 77 hemşire ve ameliyathanede çalışan 40 hemşire olmak üzere toplam 229 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem sayısı ve seçiminde; örneklem belirlemeye gidilmeyip tüm evrenin örneklem olarak alınması planlanmıştır. Çalışmaya katılamama, izin, askerlik, tayin ve istifalar, ücretsiz izin ve doğum izni gibi nedenlerle 206 hemşireye ulaşılmış, 23 hemşireye ulaşılamamıştır.

3.1.3. Verilerin Toplanma Tarihi

Çalışmanın verileri 25 Ocak 2020-27 Eylül 2020 tarihleri arasında toplandı.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; Hemşire Tanıtım Formu, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ile toplanmıştır.

3.1.4.1. Hemşire Tanıtım Formu

Literatür doğrultusunda hazırlanan bu form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, şu andaki pozisyonu, çalışma şekli, günlük bakım verdiği hasta sayısı, kliniğin günlük cerrahi girişim sayısı, hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme ve çalıştığı klinikte verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları ile hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenlerini içerecek şekilde oluşturulan 15 soruluk formdur (Köksal, 2009; Kurşun, 2010; Tatlı, 2018; Türkmen, 2016; Yürün, 2015).

3.1.4.2. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği

Orijinal 32 maddelik “Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Hemşire Anketi”, Corley tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçeği, hastanede çalışan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntının sıklığını ve yoğunluğunu değerlendirmek için kullanmıştır.

Ölçek, daha sonra Hamric ve diğerleri (2012) tarafından revize edilerek “sıklık” ve “rahatsızlık seviyesi” olmak üzere iki bölüm altında incelenmiş, ölçekteki soru sayısı çeşitli klinik ortamlarda kullanılabilir şekilde kısaltılarak 21 maddeye düşürülmüştür (Karagözoğlu ve diğerleri, 2017; Türkmen, 2016). Bu ölçeğin iki sorusu Hamric ve diğerleri (2012) tarafından hazırlanmıştır. Uygulamada ahlaki sıkıntıya neden olan diğer koşullara ilişkin açık uçlu olan bu sorular: (a) “Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan

dolayı görevinizden istifa etmeyi veya ayrılmayı hiç düşündünüz mü?” (b) “Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?” Bu açık uçlu iki soru, revize edilmiş ölçeğin türkçe sürümünde de yer almaktadır ve puanlara orijinal ölçekte olduğu gibi herhangi bir etkisi yoktur. Hamric ve diğerleri (2012)’nin revize ettiği 21 maddeye sahip tek boyutlu Ahlaki Sıkıntı Ölçeği’nde; bakım ve tedavinin kalitesi, güvenliği ve devamına ilişkin yaşanan sorunlar; yararsız uygulamalar; ailenin ve hekimlerin taleplerine uygunluk; yanlış tanı; tedavi sürecine ve hastanın ağrısına tanık olmak; güvenilmez ve beceriksiz profesyonellerle çalışmak yer almaktadır (Karagözoğlu ve diğerleri, 2017).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karagözoğlu ve diğerleri (2017) tarafından yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılmıştır (Karagözoğlu ve diğerleri (2017). Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği oluşturan araştırmacılardan izin alınmıştır.

Hamric ve diğerleri (2012) tarafından revize edilen ölçekte likert tipi puanlaması 0 ile 4 arasında; sıklık (0–4) ve yoğunluğun (0–4) her bir madde sonucu 0 ile 16 arasında değişmektedir. Bileşik bir ahlaki sıkıntı puanı elde etmek için, bu bireysel sonuçlar birlikte toplanmalıdır. Bu puanlama şemasını kullanmak, gerçek ahlaki sıkıntının daha doğru bir yansımalarını vererek, “hiç yaşanmadı” veya “sıkıntı yaratmıyor” olarak işaretlenen tüm maddelerin puandan çıkarılmasına izin verir. 21 maddeden elde edilebilecek muhtemel sonuç 0 ile 336 arasında değişecektir. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği’nin güvenilirlik ve geçerlilik sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı 0,88 ve test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,58’dir (Hamric ve diğerleri, 2012).

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği’nin Türkçe versiyonunda ankete cevap verenlerin Sıklık ifadelerine katılma düzeyi asla “0”, çok sık “4” ve Rahatsızlık düzeyi ifadelerine katılma düzeyi hiç “0”, çok fazla “4” puan aralığında, 5’li Likert tipi ölçeklendirilmiştir. Ölçeğin madde puanları, her bir maddenin sıklık skoru (0-4), her bir maddenin yoğunluk skoru (0-4) ile çarpılarak elde edilmiştir. Ölçek içindeki bir maddenin puanını hesaplarken, frekans ve yoğunluk puanları birbiriyle çarpılır ve ardından tek bir puan elde edilir. Bu nedenle, bir maddeden elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 0 ve 16’dır (4x4) ve ölçekten alınacak toplam puan 0 ile 336 arasında değişebilir. Daha yüksek puanlar, sıkıntı seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyon katsayısı sırasıyla 0.85 ve 0.82 olarak belirlenmiştir (Karagözoğlu ve diğerleri, 2017).

Bizim çalışmamızda Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Cronbach's Alpha değeri toplam ölçek için 0,88 olarak belirlenmiştir.

3.1.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Wu ve diğerleri (2006) tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve diğerleri (1994) tarafından geliştirilen hasta ve hemşireler tarafından çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)’nin kısa formudur (Wu ve diğerleri, 2006).

Ölçek, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Wolf ve diğerleri, 1994). Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24), hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. (Wu ve diğerleri, 2006). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır.

BDÖ-24, güvence (8 madde=16,17,18,20,21,22,23,24), bilgi-beceri (5 madde=9,10,11,12,15), saygılı olma (6 madde=1,3,5,6,13,19) ve bağlılık (5 madde=2,4,7,8,14) olmak üzere 4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşmakta, yanıtlar için 6 puanlı likert tipi skala (1=asla, 2=hemen hemen asla, 3=bazen, 4=genellikle, 5=çoğu zaman, 6=her zaman) kullanılmaktadır.

BDÖ-24’ün “**güvence**” alt boyutunda; hastaya istekle gitme; hastayla konuşma; sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme; hastanın çağırısına hemen yanıt verme; hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme; hastaya ilgi gösterme; hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama; hastanın semptomlarını hafifletme maddeleri bulunmaktadır.

“**Bilgi ve Beceri**” alt boyutunda; enjeksiyon, intravenöz uygulama gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme; hastaya güven verme; profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme; bakımla ilgili araç-gereci beceriyle kullanma; hastaya ait bilgileri gizli tutma maddeleri bulunmaktadır.

“**Saygılı Olma**” alt boyutunda; hastayı dikkatle dinleme; hastaya bir birey olarak davranma; hastaya destek olma; hastayla özdeşleşme ya da empati kurma; hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme; hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama maddeleri bulunmaktadır.

“Bağlılık” alt boyutunda; hastayı eğitime ya da bilgilendirme; hastaya zaman ayırma; hastanın gelişimine yardım etme/destek olma; hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma; bakımın planlanmasında hastanın katılımını sağlama maddeleri bulunmaktadır.

Ölçek, hasta ile araştırmacı tarafından (bireysel veya telefon görüşmesi) ya da hastanın kendisinin doldurması ile uygulanmaktadır. Hem hasta hem de hemşireler için ölçeğin iç tutarlılığı, toplamda 0,96, alt gruplarda 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu ve diğerleri, 2006). BDÖ-24’ün Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Kurşun ve Kanan (2012)’in çalışmasında BDÖ-24’ün Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0,96 olarak bulunmuştur. Saptanan bu değerler, ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda BDÖ-24’ün Cronbach Alfa değeri toplam ölçek için 0,95 olarak bulunmuştur.

Ölçek puanlarının hesaplanması;

Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra 24’e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir.

Alt boyutların elde edilmesi: Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir. Alt boyut ve toplam ölçek puanı arttıkça hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyleri artmaktadır (Kurşun ve Kanan, 2012).

Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği oluşturan araştırmacılardan izin alınmıştır. Bu çalışmada ölçeğin hemşireler için olan bölümü kullanılmıştır.

3.2. Yöntem

3.2.1. Araştırmada Uygulanan ve Kullanılan Yöntem

Bu çalışmada; bir üniversite hastanesinin cerrahi klinikleri, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanesinde çalışan toplam 229 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem sayısı ve seçiminde; örneklem belirmeye gidilmeyip tüm evrenin örneklem olarak alınması planlanmıştır. Çalışmaya katılamama, izin, askerlik, tayin ve istifalar, ücretsiz izin ve doğum izni gibi nedenlerle 206 hemşireye ulaşılmıştır. Hemşirelere hergün 08⁰⁰-16⁰⁰ ve 16⁰⁰-20⁰⁰ saatleri arasında klinikler gezilerek ulaşılmış, hemşirelere araştırma hakkında bilgi

verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Uygun saatlerde anketler verilerek doldurmaları istenmiş, hemşireler anketi dolduruncaya kadar beklenmiş, doldurulan anketler teslim alınmıştır. Uygun olmayan hemşirelere anketlerin doldurulması için ard arda iki ziyaret yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 18 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler sayı yüzde, ortalama ile ilişki arayıcı korelasyon, regresyon analizleri uygulanmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalıştığı kliniği, meslekte çalışma süresi, şu andaki pozisyonu, çalışma şekli, günlük bakım verdiği hasta sayısı, kliniğin günlük cerrahi girişim sayısı, hasta bakımına yeterince zaman ayırabilme durumu, çalıştığı klinikte verilen hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu, hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri gibi sorular çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ve BDÖ-24 puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.2.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18 programı ile yapılmıştır.

3.2.4. Verilerin Araştırmaya Kabul Edilme ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Bir üniversiteye bağlı hastanede cerrahi klinikler, dahili ve cerrahi kliniklerin birlikte olduğu klinikler, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanede çalışan hemşireler çalışmaya alınmıştır. Bu kliniklerde bir aydan az süredir çalışan hemşireler çalışmaya alınmamıştır.

3.2.5. Uygulanan İstatiksel Testler

Verilerin değerlendirilmesinde; grubun dağılımını değerlendirmek için Kolmogorov Simirnov analizi, tanımlayıcı istatistikler sayı yüzde, ortalama, korelasyon, regresyon analizleri uygulanmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğu için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih: 20/11/2019, sayı: 50107718-050.99, protokol: 2019/147) (EK-6) ve çalışmanın yapılabilmesi için ilgili üniversite hastanesinin başhekimliğinden yazılı klinik çalışma izni (Tarih:03/01/2020, sayı: 63364346-804.99) (EK-8) alınmıştır. Araştırma kabul kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere tezin yapılış amacı ve içeriği hakkında bilgi verildikten sonra katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışma tamamlandıktan sonra Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul uygunluk onayı (Tarih: 18.01.2022, sayı: E-76261397-050.99-125754, protokol: 2019/147) (EK-7) alınmıştır.

3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Çalışmanın tek merkezde yapılmış olması, anket uygulaması yapılan birimlerde vardiyalı çalışma sisteminden kaynaklı hemşirelere ulaşmanın zor olması, uzun bekleme süreleri, yoğun çalışma koşulları nedeniyle anket doldurmanın kesintiye uğraması, hemşirelerin görev yeri değişiklikleri, pandemi nedeniyle kliniklerde dolaşmanın risk oluşturması bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Bu çalışma cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörleri belirlemek üzere yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablo halinde gösterilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kolmogorov Simirnov analizine göre çalışmaya katılan grubun normal dağıldığı görülmüştür.

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular **Tablo 1** de, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine ait bulgular **Tablo 2** ve **Tablo 3** de görülmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N: 206)

Özellikler	Ort.±S.S. (min-maks)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	29,89±6,95 (20-53)*		
20-30		128	62,14
31-40		53	25,73
41 ve üzeri		25	12,14
Cinsiyet			
Kadın		179	86,89
Erkek		27	13,11
Eğitim Durumu			
Sağlık Meslek Lisesi		38	18,45
Önlisans		33	16,02
Lisans		119	57,77
Lisansüstü		16	7,77
Çalıştığı Klinikler			
Ameliyathane		30	14,56
Yoğun bakım		78	37,86
Cerrahi klinik		98	47,57

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N: 206) (devam)

Özellikler	Ort.±S.S. (min-maks)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleki Çalışma Süresi	101,85±80,30 (1-420) *ay		
1 yıldan az		13	6,31
1-5 yıl		51	24,76
6-10 yıl		93	45,15
11 yıl ve üzeri		49	23,79
Klinikteki Görevi			
Klinik hemşiresi		192	93,20
Klinik sorumlusu		14	6,80
Çalışma Şekli			
Sürekli gündüz 8-16		37	17,96
Sürekli gece 16-08		9	4,37
Vardiya		160	77,67
Bakım Verilen Hasta Sayısı (Günlük)	10,01±13,52 (0-100)*		
Doğrudan bakıma katılmayan		13	6,31
1-4 hasta		80	38,83
5-9 hasta		18	8,74
10-14 hasta		38	18,45
15 ve üzeri hasta		57	27,67
Günlük Cerrahi Girişim Sayısı	19,66 ±30,51 (1-100)*		
1-5 girişim		100	48,54
6-10 girişim		47	22,82
11-15 girişim		11	5,34
16-20 girişim		11	5,34
21 ve üzeri girişim		37	17,96

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımına bakıldığında; hemşirelerin yaş ortalaması 29,89±6,95 (min-maks 20-53) olup %62,14'ü 20-30 yaş grubundadır. Çalışmaya katılanların %86,89'u kadın, %57,77'si lisans mezunu, % 47,57'si cerrahi kliniklerde çalışmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin toplam mesleki çalışma süresi yaklaşık 101,85±80,30 ay olup çalışma yılına göre dağılımına baktığımızda %45,15'i 6-10 yıl arası çalışmaktadırlar. Hemşirelerin %93,20'si klinik hemşiresi olarak çalıştığını, %77,67'si vardiya usulü çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin çalışma koşullarına bakıldığında günlük bakım verilen hasta sayısı ortalama 10,01±13,52 (min-maks 0-100) dir. Hemşirelerin %38,83'ü 1-4 hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı kliniklerdeki günlük cerrahi girişim sayısı ortalamasının 19,66±30,51 (min-maks 1-100) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %48,54'ü kliniklerinde günlük 1-5 girişim yapıldığını bildirmiştir (Tablo 1 devam).

Tablo 2. Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı (N: 206)

Özellikler	Ort.±S.S. (min-maks)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta Bakımına Yeterli Zaman Ayırma			
Evet		43	20,87
Kısmen		116	56,31
Hayır		47	22,82
Bilmiyorum		43	20,87
Çalıştığı Birimdeki Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulma			
Evet		56	27,18
Kısmen		107	51,94
Hayır		43	20,87

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine bakıldığında hasta bakımına yeterli zaman ayırma sorusuna %56,31'i, çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımının yeterliliğine %51,94'ü kısmen yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin hasta bakımını yeterli bulmama nedenlerine ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre dağılımı (N: 206)

Nedenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Klinikteki hemşire sayısının yetersiz olması	128	62,14
Günlük bakım verilen hasta sayısının fazla olması	124	60,19
Hasta bakımı dışında kliniğin iş yükünün fazla olması	121	58,74
Bakım için yeterli zamanın olmaması	83	40,29
İsteddiği klinikte çalışamaması	23	11,17
Hastanın bakım beklentisinin olmaması	6	2,91
Diğer (yetersiz malzeme, fazla mesai, cerrahi kliniği vb)	4	1,94
Ahlaki Sıkıntıdan İstifa Etme Düşüncesi		
“Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim”	150	72,82
“Evet, İstifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım.”	56	27,18

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. N=206 kümülatif olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelerin hasta bakımını yeterli bulmama nedenlerine bakıldığında %62,14'ü klinikteki hemşire sayısının yetersiz olması, %60,19'u günlük bakım verilen hasta sayısının fazla olması, %58,74'ü hasta bakımı dışında kliniğin iş yükünün fazla olması ve %40,29'u ise bakım için yeterli zamanın olmaması olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde yaşadıkları ahlaki sıkıntı nedeniyle istifa etme düşüncesine ilişkin soruya %72,82'si "hiç düşünmedim" yanıtını vermiştir (Tablo 3).

4.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Hasta Bakımına ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması ve Cronbach's Alpha değerinin dağılımı Tablo 4'de, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 5'de, hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 6 da yer almaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamaları (N: 206)

Ölçekler	n	Ortalama puan ± Standart sapma	Toplam puan (min-maks)	Cronbach's Alpha
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalaması	206	80,91±50,89	(0-247,00)	0,88

Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları 80,91±50,89 ve ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,88 bulunmuştur.

Tablo 5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N: 206)

Özellikler	Sayı (n)	Ahlaki sıkıntı ölçeği Ort. ±S.S	p
Yaş sd =2 tek yönlü anova			
20-30	128	78,42±48,46	F=0,934
31-40	53	89,08±54,12	p= 0,394 p>0,05
41 ve üzeri	25	76,36±56,13	
Cinsiyet sd=204 bağımsız gruplar için t testi			
Kadın	179	84,85±51,45	T=2,910
Erkek	27	54,81±38,53	p=0,004 p<0,05
Eğitim Durumu sd =3 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni			
Sağlık Meslek Lisesi	38	58,79±44,42	F=3,392
Önlisans	33	78,12±39,66	p=0,019 p<0,05
Lisans	119	88,23±52,55	(1-3)
Lisansüstü	16	84,81±61,25	
Çalıştığı Klinikler sd =2 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni			
Ameliyathane	30	69,00±59,95	F=8,817
Yoğun bakım	78	99,29±47,27	p=0,000 p<0,001
Cerrahi klinik	98	69,93±46,78	(1-2) (2-3)
Mesleki Çalışma Süresi sd =3 tek yönlü anova			
1 yıldan az	13	50,31±42,00	F=1,827
1-5 yıl	51	80,65±54,46	p= 0,143 p>0,05
6-10 yıl	93	85,37±46,51	
11 yıl ve üzeri	49	80,86±55,62	
Klinik Görev sd=204**** Mann-Whitney U=Z			
Klinik hemşiresi	192	80,09±52,10	Z=1,242
Klinik sorumlusu	14	92,14±28,62	p=0,214 p>0,05
Çalışma Şekli sd =2 tek yönlü anova			
Sürekli gündüz 8-16	37	90,38±49,50	F=1,868
Sürekli gece 16-08	9	54,67±56,45	p=0,157 p>0,05
Vardiya	160	80,20±50,64	

Tablo 5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam) (N: 206)

Özellikler	Sayı (n)	Ahlaki sıkıntı ölçeği Ort. ± S.S	p
Bakım Verilen Hasta Sayısı (Günlük) sd=4 tek yönlü anova post hoc Bonferroni			
Doğrudan bakıma katılmayan	13	88,38±25,95	F=2,814 p=0,026 p<0,05 (2-4)
1-4 hasta	80	93,91±50,51	
5-9 hasta	18	67,28±43,85	
10-14 hasta	38	65,63±43,19	
15 ve üzeri hasta	57	75,46±58,48	
Günlük Cerrahi Girişim Sayısı sd=4 tek yönlü anova post hoc Bonferroni			
1-5 girişim	100	96,52±50,49	F=5,497 p=0,000 p<0,001 (1-2)
6-10 girişim	47	63,98±41,44	
11-15 girişim	11	54,36±37,12	
16-20 girişim	11	58,91±37,92	
21 ve üzeri girişim	37	74,68±57,53	

Hemşirelerin yaşa göre, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin cinsiyete göre, Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı kadınların $84,85\pm 51,45$, erkeklerin $54,81\pm 38,53$ olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın hemşirelerin toplam puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamaları sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının sırasıyla ($58,79\pm 44,42$; $78,12\pm 39,66$; $88,23\pm 52,55$; $84,81\pm 61,25$, $p<0,05$) bulunmuştur.

Hemşirelerin aldıkları puanlar incelendiğinde lisans mezunu hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın lisans mezunu hemşireler ile sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere bakıldığında ameliyathane, yoğun bakım ve cerrahi kliniklerde çalışanların sırasıyla Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları ($69,00\pm 59,95$; $99,29\pm 47,27$; $69,93\pm 46,78$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Yapılan ileri analize göre yoğun bakımda çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamalarının cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışanlardan daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin mesleki çalışma sürelerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo5).

Hemşirelerin klinikteki görevlerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin çalışma şekli ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısına göre, sırasıyla (doğrudan bakıma katılmayan, 1-4 hasta, 5-9 hasta, 10-14 hasta, 15 ve üzeri hasta) Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları ($88,38\pm25,95$; $93,91\pm50,51$; $67,28\pm43,85$; $65,63\pm43,19$; $75,46\pm58,48$, $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde farkın 1-4 hastaya bakım veren grup ile 10-14 hastaya bakım veren grup arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4 devam). Ahlaki sıkıntı sıklığı alt boyut puan ortalamaları sırasıyla (doğrudan bakıma katılmayan, 1-4 hasta, 5-9 hasta, 10-14 hasta ve 15 üzeri hasta) ($1,53\pm0,49$; $1,79\pm0,70$; $1,14\pm0,63$; $1,24\pm0,68$; $1,34\pm0,72$, $p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 5 devam).

Çalışılan klinikteki günlük cerrahi girişim sayısına göre bakıldığında sırasıyla (1-5 girişim, 6-10 girişim, 11-15 girişim, 16-20 girişim, 21 ve üzeri girişim), Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları ($96,52\pm50,49$; $63,98\pm41,44$; $54,36\pm37,12$; $58,91\pm37,92$; $74,68\pm57,53$, $p<0,001$) arasında fark olduğu ve yapılan ileri analizde bu farkın 1-5 girişim ile 6-10 girişim arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 5 devam).

Tablo 6. Hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre ahlaki sıkıntı ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N: 206)

Düşünceler	Sayı (n)	Ahlaki sıkıntı ölçeği Ort. ±S.S	P
Hasta Bakımına Yeterli Zaman Ayırma sd=2 tek yönlü anova			
Evet	43	71,02±54,83	F=1,043 p=0,354 p>0,05
Kısmen	116	83,06±51,67	
Hayır	47	84,66±44,81	
Çalıştığı Birimdeki Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulma sd=2 tek yönlü anova-post hoc LSD			
Evet	56	66,11±54,64	F=3,390 p=0,036 p<0,05 (1-2) (1-3)LSD
Kısmen	107	85,54±48,70	
Hayır	43	88,67±48,36	
Ahlaki Sıkıntıdan İstifa Etme Düşüncesi*sd=204 bağımsız gruplar için t testi			
Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim	150	72,78±47,28	t=3,880 p=0,000 p<0,001
Evet, İstifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım.	56	102,70±54,17	

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalamalarına bakıldığında çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma düşüncesine ilişkin puanları sırasıyla evet, kısmen ve hayır (66,11±54,64; 85,54±48,70; 88,67±48,36) yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın **evet** ile **kısmen** ve **evet** ile **hayır** arasındaki puan ortalamalarından kaynaklandığı görülmektedir. Hasta bakımına yeterli zaman ayırma ile ahlaki sıkıntı toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıdan dolayı “**istifa etmeyi hiç düşünmedim**” diyenlerin puan ortalamaları (72,78±47,28) ile “**istifa etmeyi düşündüm ama ayrılmadım**” diyenlerin puan ortalamaları (102,70±54,17) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 6).

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puan Ortalamaları ile Hemşirelerin Hasta Bakımına ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre BDÖ-24 Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin BDÖ-24 ve alt ölçeklerin puan ortalamalarının ve Cronbach's Alpha değerlerinin dağılımı Tablo 7’de, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 8’de, hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarına ait bulgular Tablo 9’ da yer almaktadır.

Tablo 7. Hemşirelerin BDÖ-24 ve alt ölçeklerin puan ortalamaları (N: 206)

Ölçekler	n	Ortalama puan ± Standart sapma	Toplam puan (min-maks)	Cronbach's Alpha
BDÖ-24 toplam	206	5,36±0,54	(3,25-6,00)	0,95
Güvence	206	5,36±0,60	(3,00-6,00)	
Bilgi beceri	206	5,60±0,51	(3,40-6,00)	
Saygılı olma	206	5,33±0,58	(3,17-6,00)	
Bağlılık	206	5,17±0,66	(3,00-6,00)	

Hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ortalamaları 5,36±0,54, alt boyut puan ortalamaları sırasıyla “Güvence” 5,36±0,60, “Bilgi beceri” 5,60±0,51, “Saygılı olma” 5,33±0,58, “Bağlılık” 5,17±0,66 ve ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,95 bulunmuştur.

Tablo 8. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının karşılaştırılması (N: 206)

Özellikler	Sayı(N)	BDÖ Toplam Ort.± S.S	p	Güvence Ort.± S.S	p	Bağlılık Ort.± S.S	p	Saygılı Olma Ort.± S.S	p	Bilgi Beceri Ort.± S.S	p
Yaş** sd=2 tek yönlüanova											
20-30	128	5,35±0,55	F=10,448	5,37±0,60	F=0,258	5,16±0,69	F=0,518	5,32±0,63	F=0,376	5,56±0,53	F=1,333
31-40	53	5,36±0,51	p=0,639	5,33±0,57	p=0,773	5,17±0,63	p=0,596	5,33±0,48	p=0,687	5,66±0,54	p=0,266
41 ve üzeri	25	5,47±0,55	p>0,05	5,43±0,71	p>0,05	5,30±0,66	p>0,05	5,43±0,57	p>0,05	5,72±0,38	p>0,05
Cinsiyet sd=204 bağımsız gruplar için t testi											
Kadın	179	5,40±0,49	t=1,425	5,40±0,56	t=1,594	5,20±0,62	t=0,933	5,37±0,53	t=1,491	5,63±0,47	t=1,209
Erkek	27	5,17±0,80	p=0,165 p>0,05	5,13±0,84	p=0,122 p>0,05	5,03±0,91	p=0,358 p>0,05	5,11±0,88	p=0,147 p>0,05	5,45±0,74	p=0,236 p>0,05
Eğitim Durumu sd=3 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni koyu olmayanlar LSD (koyu olanlar)											
Sağlık Meslek Lisesi	38	5,48±0,56	F=4,321	5,49±0,62	F=4,860	5,36±0,70	F=4,111	5,40±0,59	F=2,731	5,69±0,50	F=2,385 p=0,070 p>0,05
Önlisans	33	5,52±0,49	p= 0,006	5,55±0,52	p=0,003	5,28±0,65	p=0,007	5,52±0,61	p=0,045	5,72±0,41	
Lisans	119	5,26±0,54	p<0,05	5,24±0,62	p<0,05	5,05±0,65	p<0,05	5,24±0,58	p<0,05	5,53±0,55	
Lisansüstü	16	5,61±0,41	LSD (1-3) (2-3) (4-3)	5,66±0,38	LSD (1-3) (2-3) (4-3)	5,50±0,54	LSD (1-3) (4-3)	5,52±0,53	LSD (2-3)	5,76±0,38	
Çalıştığı Klinikler sd=2 tek yönlü anova											
Ameliyathane	30	5,34±0,69	F=1,229	5,28±0,85	F=3,024	5,20±0,75	F=0,305	5,33±0,72	F=1,782	5,57±0,59	F=0,080
Yoğun bakım	78	5,44±0,46	p=0,295	5,50±0,48	p=0,051	5,22±0,56	p=0,738	5,43±0,51	p=0,171	5,61±0,51	p=0,923
Cerrahi klinik	98	5,32±0,55	p>0,05	5,29±0,59	p>0,05	5,14±0,72	p>0,05	5,26±0,60	p>0,05	5,62±0,50	p>0,05
Mesleki Çalışma Süresi sd=3 tek yönlü anova											
1 yıldan az	13	5,19±0,75	F=0,854	5,12±0,83	F=1,101	5,17±0,80	F=0,368	5,22±0,83	F=0,816	5,28±0,67	F=1,943
1-5 yıl	51	5,42±0,42	p=0,466	5,44±0,48	p=0,350	5,20±0,58	p=0,776	5,42±0,48	p=0,486	5,62±0,41	p=0,124
6-10 yıl	93	5,34±0,55	p>0,05	5,34±0,60	p>0,05	5,13±0,70	p>0,05	5,29±0,60	p>0,05	5,62±0,52	p>0,05
11 yıl ve üzeri	49	5,41±0,58		5,39±0,66		5,24±0,66		5,38±0,66		5,64±0,54	

Hemşirelerin eğitim durumuna göre BDÖ-24 toplam puan ortalamalarına bakıldığında sırasıyla sağlık meslek lisesi, önlisans, lisans, lisansüstü grupların sırasıyla (5,48±0,56; 5,52±0,49; 5,26±0,54; 5,61±0,41) toplam puanları arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlere göre farkın sağlık meslek lisesi ile lisans, ön lisans ile lisans ve lisans ile lisansüstü arasında olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre BDÖ-24'ün alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında, sağlık meslek lisesi, önlisans, lisans, lisansüstü grupların sırasıyla güvence (5,49±0,62; 5,55±0,52; 5,24±0,62; 5,66±0,38), bağlılık (5,36±0,70; 5,28±0,65; 5,05±0,65; 5,50±0,54), saygılı olma (5,40±0,59; 5,52±0,61; 5,24±0,58; 5,52±0,53) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde; güvence alt boyutunda farkın sağlık meslek lisesi ile lisans, önlisans ile lisans ve lisansüstü ile lisans arasında olduğu, bağlılık alt boyutunda sağlık meslek lisesi ile lisans ve lisans ile lisansüstü arasında olduğu, saygılı olma alt boyutunda ise ön lisans ile lisans arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ölçeğin bilgi beceri alt boyutundaki puanların ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin tanıtıcı verilerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarına bakıldığında, yaş, cinsiyet, çalıştığı klinikler, mesleki çalışma süresi ile puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 8)

Tablo 8. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam) (N: 206)

Özellikler	Sayı (n)	BDÖ Toplam Ort.±S.S	p	Güvence Ort.±S.S	p	Bağlılık Ort.±S.S	p	Saygılı Olma Ort.±S.S	p	Bilgi Beceri Ort.±S.S	p
Klinik görev sd=204**** Mann-Whitney U=z nonparametrik											
Klinik hemşiresi	192	5,36±0,54	Z=0,651	5,35±0,61	Z=1,098	5,17±0,67	Z=0,393	5,34±0,59	Z=0,110	5,61±0,51	Z=0,278
Klinik sorumlusu	14	5,43±0,58	p=0,515 p>0,05	5,51±0,58	p=0,272 p>0,05	5,26±0,66	p=0,694 p>0,05	5,35±0,60	p=0,913 p>0,05	5,59±0,60	p=0,781 p>0,05
Çalışma Şekli sd=2 tek yönlü anova											
Sürekli gündüz 8-16	37	5,50±0,49	F=1,273	5,51±0,55	F=1,418	5,35±0,57	F=2,115	5,46±0,51	F=1,108	5,66±0,49	F=0,248
Sürekli gece 16-08	9	5,31±0,48	p=0,282	5,43±0,55	p=0,245	4,91±0,60	p=0,123	5,24±0,43	p=0,332	5,58±0,49	p=0,780
Vardiya	160	5,34±0,56	p>0,05	5,33±0,62	p>0,05	5,15±0,69	p>0,05	5,31±0,61	p>0,05	5,60±0,52	p>0,05
Bakım Verilen Hasta Sayısı (Günlük) sd=4 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni koyu olmayanlar-LSD (bold olanlar)											
Doğrudan bakıma katılmayan	13	5,44±0,60	F=1,092 p=0,362 p>0,05	5,54±0,60	F=2,554	5,28±0,69	F=0,607 p=0,658 p>0,05	5,36±0,62	F=0,665 p=0,617 p>0,05	5,55±0,62	F=0,969 p=0,425 p>0,05
1-4 hasta	80	5,42±0,49		5,46±0,53	p=0,040	5,19±0,59		5,40±0,55			
5-9 hasta	18	5,19±0,66		5,01±0,82	p<0,05	5,14±0,78		5,21±0,71			
10-14 hasta	38	5,43±0,48		5,39±0,58	LSD	5,27±0,64		5,36±0,56			
15 ve üzeri hasta	57	5,30±0,58		5,29±0,75	(1-3)	5,08±0,75		5,27±0,62			
Günlük Cerrahi Girişim Sayısı sd=4 tek yönlü anova											
1-5 girişim	100	5,43±0,48	F=0,749 p=0,560 p>0,05	5,46±0,50	F=1,534 p=0,194 p>0,05	5,22±0,61	F=0,417 p=0,796 p>0,05	5,40±0,55	F=0,727 p=0,574 p>0,05	5,63±0,49	F=0,976 p=0,422 p>0,05
6-10 girişim	47	5,30±0,53		5,24±0,61		5,10±0,70		5,31±0,54			
11-15 girişim	11	5,26±0,81		5,39±0,79		5,04±0,88		5,15±0,84			
16-20 girişim	11	5,41±0,43		5,40±0,51		5,25±0,63		5,21±0,48			
21 ve üzeri girişim	37	5,31±0,65		5,24±0,79		5,17±0,74		5,30±0,68			

Hemşirelerin günlük bakım verilen hasta sayısına göre sırasıyla; doğrudan bakıma katılmayan, 1-4 hasta, 5-9 hasta, 10-14 hasta, 15 ve üzeri hastaya bakım veren grupların BDÖ-24'ün güvence alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde doğrudan bakıma katılmayan grup ile 5-9 hastaya bakım veren grup, 1-4 hastaya bakım veren grup ile 5-9 hastaya bakım veren grup, 5-9 hastaya bakım veren grup ile 10-14 hastaya bakım veren gruplar arasında olduğu görülmüştür (Tablo 8 devam). Hemşirelerin klinikteki görevlerine, çalışma şekillerine ve günlük cerrahi girişim sayısına göre BDÖ-24 toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8 devam).

Tablo 9. Hemşirelerin hasta bakımına ve ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının dağılımı (N: 206)

Özellikler	Sayı (n)	BDÖ Toplam Ort.±S.S	p	Güvence Ort.±S.S	p	Bağlılık Ort.±S.S	p	Saygılı Olma Ort.±S.S	p	Bilgi Beceri Ort.±S.S	p
Hasta Bakımına Yeterli Zaman Ayırma sd=2 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni											
Evet	43	5,56±0,49	F=4,898 p=0,008 p<0,05* (1-3)	5,60±0,52	F=4,737 p=0,010 p<0,05* (1-2) (1-3)	5,39±0,64	F=5,403 p=0,005 p<0,05* (1-3)	5,52±0,53	F=4,343 p=0,014 p<0,05* (1-3)	5,72±0,52	F=1,902 p=0,152 p>0,05
Kısmen	116	5,36±0,48		5,33±0,56		5,19±0,58		5,34±0,53		5,60±0,46	
Hayır	47	5,21±0,67		5,23±0,73		4,94±0,82		5,16±0,72		5,51±0,62	
Çalıştığı Birimdeki Hemşirelik Bakımını Yeterli Bulma** sd=2 tek yönlü anova post hoc; Bonferroni koyu olmayanlar--LSD (bold olanlar)											
Evet	56	5,54±0,48	F=5,269 p=0,006 p<0,05 LSD (1-2) (1-3)	5,52±0,55	F=3,116 p=0,046 p<0,05 (1-3)	5,41±0,60	F=7,024 p=0,001 p<0,05 LSD (1-2) (1-3)	5,54±0,53	F=6,185 p=0,002 p<0,05LSD (1-2) (1-3)	5,71±0,39	F=2,003 p=0,138 p>0,05
Kısmen	107	5,35±0,54		5,35±0,62		5,16±0,63		5,31±0,57		5,59±0,55	
Hayır	43	5,20±0,57		5,22±0,60		4,92±0,75		5,14±0,63		5,52±0,56	
Ahlaki Sıkıntıdan İstifa Etme Düşüncesi* sd=204 bağımsız gruplar için t testi											
“Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim”	150	5,40±0,53	t=1,428 p=0,155 p>0,05	5,39±0,61	t=0,893 p=0,373 p>0,05	5,23±0,65	t=1,814 p=0,071 p>0,05	5,37±0,57	t=1,125 p=0,262 p>0,05	5,64±0,48	t=1,474 p=0,144 p>0,05
“Evet, istifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım”	56	5,28±0,57		5,30±0,58		5,04±0,70		5,26±0,63		5,51±0,60	

Tek yönlü anova ve post hoc testler Nonparametrik *TAMHANE parametrik BENFERRONİ LSD

Mann-Whitney U=znonparametrik t test parametrik anova

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, hastaya yeterli zaman ayırma durumuna verdikleri evet, kısmen, hayır yanıtlarına göre sırasıyla (5,56±0,49; 5,36±0,48; 5,21±0,67, p<0,05) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farkın **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24'ün alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında, hastaya yeterli zaman ayırma durumuna verdikleri evet, kısmen, hayır yanıtlarına göre sırasıyla güvence (5,60±0,52; 5,33±0,56; 5,23±0,73), bağlılık (5,39±0,64; 5,19±0,58; 4,94±0,82), saygılı olma (5,52±0,53; 5,34±0,53; 5,16±0,72) alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Yapılan ileri analizlerde güvence alt boyutunda farkın **evet** ve **kısmen** ile **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu, bağlılık ve saygılı olma alt boyutlarında ise **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu görülmüştür (p<0,05). Ölçeğin bilgi beceri alt boyutundaki puanların ortalamaları ile hasta bakımına yeterli zaman ayırma arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 9).

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24'ün toplam puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna verdikleri yanıtlara göre evet, kısmen, hayır sırasıyla (5,54±0,48; 5,35±0,54; 5,20±0,57) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Yapılan ileri analizde bu farkın **evet** ve **kısmen** ile **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24'ün alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında, çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna verdikleri evet, kısmen, hayır yanıtlarına göre sırasıyla güvence (5,52±0,55; 5,35±0,62; 5,22±0,60), bağlılık (5,41±0,60; 5,16±0,63; 4,92±0,75), saygılı olma (5,54±0,53; 5,31±0,57; 5,14±0,63) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Yapılan ileri analizlerde; güvence alt boyutunda farkın **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu, bağlılık ve saygılı olma alt boyutlarında ise **evet** ve **kısmen** ile **evet** ve **hayır** diyen gruplar arasında olduğu görülmüştür (p<0,05). Ölçeğin bilgi beceri alt boyutundaki puanların ortalamaları ile çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 9).

Hemşirelerin ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre BDÖ-24 puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, ahlaki sıkıntıdan istifa etme düşünceleri ile BDÖ-24 toplam puanı ve alt grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

4.4. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile BDÖ-24 Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile BDÖ-24 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Ahlaki sıkıntı ölçeği ile BDÖ-24 puan ortalamaları arasındaki ilişki

		Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Toplam	BDÖ-24 Toplam	BDÖ-24 Güvence	BDÖ-24 Bağlılık	BDÖ-24 Saygılı Olma	BDÖ-24 Bilgi Beceri
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Toplam Puan	r	1					
	p						
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Sıklık	r	,904**					
	p	,000					
Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Düzey	r	,622**					
	p	,000					
BDÖ-24 Toplam	r	-,027	1				
	p	,695					
BDÖ-24 Güvence	r	-,022	,929**	1			
	p	,751	,000				
BDÖ-24 Bağlılık	r	-,077	,917**	,776**	1		
	p	,270	,000	,000			
BDÖ-24 Saygılı Olma	r	-,009	,938**	,805**	,874**	1	
	p	,892	,000	,000	,000		
BDÖ-24 Bilgi Beceri	r	,017	,822**	,694**	,670**	,711**	1
	p	,813	,000	,000	,000	,000	

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyleri ile bakım davranışlarının birbiriyle ve hemşirelerin tanıtıcı verileri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgular; tanıtıcı veriler ile ahlaki sıkıntı düzeyi ve bakım davranışları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular ve ahlaki sıkıntı düzeyi ile bakım davranışları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular literatür ışığında dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %62,14'ü 20-30 yaş grubunda, %86,89'u kadın, %57,77'si lisans mezunu, %47,57'si cerrahi kliniklerde, %93,20'si klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %45,15'inin mesleki çalışma süresi 6-10 yıl arasındadır. Hemşirelerin %77,67'si vardiya usulü çalıştığını belirtmiştir. Çalışma koşullarına bakıldığında hemşirelerin %38,83'ü günlük en çok 1-4 hastaya bakım verdiğini, %48,54'ü kliniklerinde günlük 1-5 cerrahi girişim yapıldığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin hasta bakımına ilişkin düşüncelerine bakıldığında grubun %56,31'i hasta bakımına kısmen zaman ayırdığını ve %51,94'ü çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını kısmen yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin hasta bakımını yeterli bulmama nedenlerine bakıldığında %62,14'ü klinikteki hemşire sayısının yetersiz olması ve %60,19'u günlük bakım verilen hasta sayısının fazla olması, %58,74'ü hasta bakımı dışında kliniğin iş yükünün fazla olması ve %40,29'u ise bakım için yeterli zamanın olmaması olduğunu belirtmiştir.

Literatürde benzer sonuçların bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Altın, 2019; Aydın, 2013; Durukan, 2019; Gül ve Dinç, 2018; Hezer, 2019; Kocatepe ve diğerleri, 2017; Kurşun, 2010).

Kılıç (2014) çalışmasında, çalışmamızla benzer şekilde hemşirelerin hasta bakımını yetersiz bulma nedeni olarak, %47'si hemşire sayısının az olduğunu, %40'ı hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu belirtmekle beraber farklı olarak %13'ü evrak işlerinin fazla olduğunu bildirmiştir.

Yürün (2015), çalışmasında da bizim sonuçlarımızla benzer olmakla beraber ayrıca hemşirelerin %22,5'i hasta ve hasta yakınlarının istekleri nedeniyle, %49,02'si personel yetersizliği ve %25,49'u iş yoğunluğundan dolayı hastalara yeterince zaman ayıramadıklarını bildirmiştir.

Kolay (2019)'un çalışmasında hemşirelerin, verdikleri bakımın kısmen yeterli olmasının veya yeterli olmamasının nedenleri olarak, %12,1'i hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin çok olması ve %17,9'u diğer nedenleri (yardımcı personel eksikliği, yeterli sayıda hemşire bulunmaması, yetkin hemşire bulunmaması, ekip içi yetersiz iletişim, çalışma saatlerinin fazla olması vb.) bildirmiştir. Çalışmaların bütününe bakıldığında hemşirelerin hasta bakımını yeterli bulmadıkları görülmektedir. Bizim çalışmamızda fark hasta yakınlarına yönelik hemşirelerin sorun belirtmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde yaşadıkları ahlaki sıkıntı nedeniyle istifa etme düşüncesi sorusuna %72,82'si hiç düşünmediğini söylemiştir.

Literatürde Asgari ve diğerleri (2019), Hamric ve Blackhall (2007), Karagözoğlu ve diğerleri, (2017) yaptığı çalışmaların sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerdir.

Çalışmamızdan farklı olarak; ahlaki sıkıntı nedeniyle işini bırakmayı düşünen hemşirelerin yüksek oranda olduğunu gösteren sonuçlar da bildirilmiştir (Abbasi ve diğerleri, 2019; Allen ve Butler, 2016; Gonzalez, 2016).

Bizim çalışmamızdaki hemşirelerin istifa etmeyi düşünmelerinin nedeni istifa edildiğinde yeniden iş bulma olanağının kısıtlı olması, yanı sıra hemen tüm hastanelerde çalışma koşullarının benzer olduğunun bilinmesinden kaynaklanmış olabilir.

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ve Ahlaki Sıkıntıya İlişkin Düşüncelerine Göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışma sonuçlarımız ile benzer şekilde Ando ve Kawano (2018), Asgari ve diğerleri (2019), Browning ve Cruz (2018), Gonzalez (2016), Karagözoğlu ve diğerleri (2017), Şeko (2019), Wenwen ve diğerleri (2018) yaptığı çalışmalarda hemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir.

Çalışmamızdan farklı sonuçların bildirildiği çalışmalarda ise Dodek ve diğerleri (2019), Mason ve diğerleri (2014), Shoorideh ve diğerleri (2015), Zolala ve diğerleri (2018) hemşirelerin yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir.

Abbasi ve diğerleri (2019), Altaker ve diğerleri (2018), Borhani ve diğerleri (2015), Lusignani ve diğerleri (2017), Papathanassoglou ve diğerleri (2012) hemşirelerin orta düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda hemşirelerin ahlaki sıkıntı puanlarının düşük olmasının sebebi hastaların bilincinin açık olması ve bakım gereksinimlerinin az olması ve çoğunlukla cerrahi birimlerde hastaların iyileşerek çıkmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kadın hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Benzer şekilde; Berhie ve diğerleri (2020), Colville ve diğerleri (2019), O'Connell (2015), kadınların daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir. Şeko (2019), Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamasının erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğunu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Elçelik (2021), Karagözoğlu ve diğerleri (2017), Kayar ve Erdem (2017), Shoorideh ve diğerleri (2015), cinsiyet ile ahlaki sıkıntı arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir.

Çalışmamızda kadın hemşirelerin ahlaki sıkıntı ölçeği puanlarının yüksek olmasının sebebi kadın hemşirelerin daha hassas olmasından, cinsiyete bağlı olarak katılımcıların bilgi ve algılarından kaynaklanmış olabilir.

Lisans mezunu hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuçlarımızla benzer şekilde; Wenwen ve diğerleri (2018) hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin eğitim derecesi ile ilişkili olduğunu eğitim seviyesi ile doğru orantılı olarak ahlaki sıkıntının arttığını bildirmiştir. Elçelik (2021), Karagözoğlu ve diğerleri (2017), Kayar ve Erdem (2017), Shoorideh ve diğerleri (2015), Şeko (2019)'nun çalışmalarında ise hemşirelerin eğitim durumuna göre ahlaki sıkıntı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir.

Bunun nedeni hemşirelerin eğitim seviyelerinin farklı olması ve seviye arttıkça klinik uygulamalarda hasta için daha fazla sorumluluk hissetmeleri, yanısıra yanlış tedavi ve bakım uygulamalarından kaynaklı hata olasılıklarının farkında olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları cerrahi kliniklerde ve ameliyathanede çalışanlardan daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamızla benzer şekilde; Borhani ve diğerleri (2015) ahlaki sıkıntı ile klinik tipi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, yetişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadığını bildirmiştir.

Bunun sebebi yoğun bakım hastalarının bilincinin kapalı olması, kendi kendilerini ifade edememesi ve kendilerine yapılan girişimler ile ilgili tepki verememelerinden dolayı hemşirelerin kendilerini daha fazla sorumlu hissetmeleri, sadece ölüm sürecini uzatacaklarını düşündükleri hastalara yoğun yaşam uygulamalarının başlanması ve sıkça yaşanması, hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme durumuyla sık sık karşılaşmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda günlük 1-4 hastaya bakım veren hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarının 10-14 hastaya bakım veren hemşirelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Shoorideh ve diğerleri (2015) ise bakım verilen hasta sayısı ile hemşirelerin ahlaki sıkıntıları arasında pozitif bir istatistiksel ilişki olduğunu bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda farklılığın nedeni 1-4 hastaya bakım veren grubun çoğunluğunun yoğun bakım hemşireleri olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda klinikteki günlük cerrahi girişim sayısına göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında 1-5 girişim sayısı olan birimlerde çalışan hemşirelerin 6-10 girişim yapılan kliniklerde çalışan hemşirelere göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi daha az girişim olmasına rağmen daha büyük ve komplike ameliyatlara olmasına bağlı riskli hastalara bakmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama durumu ile yaş arasında ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarımız Gonzalez (2016), Karagözoğlu ve diğerleri (2017), Kayar ve Erdem (2017), Şeko (2019)'un çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

Ancak, Shoorideh ve diğerleri (2015) hemşirelerin yaşları ile ahlaki sıkıntıları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir. Aft (2011), Wenwen ve diğerleri

(2018) hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin yaş ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Borhani ve diğerleri (2015) ahlaki sıkıntı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda yaşla ilgili olarak çalışanların ahlaki sıkıntı ölçeği puan ortalamalarında fark olmasının nedeni çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunu genç grubun oluşturmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin mesleki çalışma süresi ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Shoorideh ve diğerleri (2015) hemşirelerin iş tecrübeleri ile ahlaki sıkıntıları arasında pozitif bir istatistiksel ilişki olduğunu bildirmiştir. Borhani ve diğerleri (2015) ahlaki sıkıntı ile mesleki çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Lusignani ve diğerleri (2017) ise daha az deneyime sahip olan hemşirelerin ahlaki sıkıntıyı daha fazla yaşadıklarını bildirmiştir

Bizim çalışmamızda fark olmamasının nedeni yeni başlayan ve genç yaş grubu hemşirelerin deneyimsizliğinden dolayı sıkıntı yaratan durumları fark edememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin klinik görevleri ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Klinik görev ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarında fark olmamasının sebebi klinik sorumlularının daha çok kliniğin yönetsel işleri ile uğraşmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma şekli ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde; Shoorideh ve diğerleri (2015) çalışma şekli ile ahlaki sıkıntı arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu durum hemşirelerin hemen bütün çoğunluğunun vardiya usulü çalışmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hasta bakımına yeterli zaman ayırma ile Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0,05$), çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulan hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bakımı yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik bakımına yeterli zaman ayırdıklarını düşünmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki sıkıntıya ilişkin düşüncelerine göre Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıdan dolayı

“istifa etmeyi düşündüm ama ayrılmadım” diyenlerin puan ortalamaları **“istifa etmeyi hiç düşünmedim”** diyenlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde; Lusignani ve diğerleri (2017) en yüksek ahlaki sıkıntıyı işlerini bırakmak isteyen hemşirelerin yaşadıklarını bildirmiştir.

Shoorideh ve diğerleri (2015)'nin yaptığı çalışmada ise çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak ahlaki sıkıntı ile işten ayrılmayı düşünme arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızdaki farklılığın nedeni hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına rağmen ekonomik zorluklar ve yeniden iş bulamama endişesi nedeniyle istemediği halde çalışmak zorunda olmalarından kaynaklanmış olabilir.

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BDÖ-24'den Aldıkları Puanların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ortalaması olumlu anlamda yüksek düzeyde olup ölçek puan ortalamalarının, en yüksek bilgi beceri alt boyutunda, en düşük bağlılık alt boyutunda olduğu bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda da, çalışmamızın bulguları ile benzer sonuçların çoğunlukta olduğu, hemşirelerin BDÖ-24'den aldıkları toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu, en düşük puanın bağlılık alt boyutunda, en yüksek puanın bilgi beceri alt boyutunda olduğu bulunmuştur (Altın, 2019; Aydın, 2013; Aydın ve Björk, 2019; Bucco, 2015; Cerit ve Çoşkun, 2018; Çelik ve diğerleri, 2019; Elçelik, 2021; El-Rahman ve diğerleri, 2019; Erenoğlu ve diğerleri, 2019; Erol, 2016; Göğüş, 2016; Gülen, 2019; Gümüšoğlu, 2019; Hezer, 2019; Karlou ve diğerleri, 2015; Kılıç, 2014; Kocatepe ve diğerleri, 2017; Kolay, 2019; Kurşun, 2010; Küçüksarı, 2020; Mert Boğa ve diğerleri, 2020; Pala, 2018; Papastavrou ve diğerleri, 2011; Şanal, 2020; Wu ve diğerleri, 2006; Yürün, 2015).

Uzelli Yılmaz ve diğerleri (2017) çalışmamızla benzer şekilde hemşirelerin bilgi ve beceri alt boyutunda en yüksek, bağlılık alt boyutundan en düşük puanı aldıklarını bildirmiş, bizim çalışmamızdan farklı olarak ise hemşirelerin güvence alt boyutundan da en düşük puanı aldıklarını bildirmiştir.

Yau ve diğerleri (2019), çalışmamızla benzer şekilde hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin olumlu bir algıya sahip olduğunu, ancak en düşük puanı saygılı olma ve bağlılık alt

boyutlarından aldıklarını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızdan farklı olan yanı ise hemşirelerin saygılı olma alt boyutundan da en düşük puanı aldıklarını bildirmesidir.

Bakım işlevi karşılıklı ilişki ve güvene dayanan ahlaki boyutu olan bir kavramdır. Hemşirelerin kaliteli bir hasta bakımı sunabilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olması gereklidir. Ölçeğin bilgi-beceri alt boyutunda hastaya güven verme, hastaya ait bilgileri gizli tutma, enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme, araç-gereci beceriyle kullanma, profesyonel ve mesleki bilgi becerileri sergileme gibi bakımın temel konuları bulunmaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin en yüksek puanı bilgi-beceri alt boyutundan almasının nedeni hemşirelerin bakım ile ilgili temel rol ve sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirdiklerini düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir. Bilgi beceri alt boyutundan daha yüksek puan alınmış olmasının diğer bir nedeni cerrahi hastaların ameliyat sürecinde daha fazla fiziksel bakıma ihtiyaç duymasından kaynaklanabilir. Yanı sıra hemşirelerin bakım algısının yüksek olmasının diğer bir nedeni, cerrahi müdahalenin tedavi edici olması, cerrahi hastasının iyileşme sürecinin daha hızlı olması gibi faktörlerin hemşirelerin bakım algısını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin en düşük puan aldığı ölçeğin bağıllık alt boyutunda; hastayı eğitme ya da bilgilendirme, hastaya zaman ayırma, hastanın gelişimine yardım etme/destek olma, hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma, bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama gibi bakım kalitesini arttıracak önemli başlıklar yer almaktadır. Bağıllık alt boyutundan en düşük puanın alınma nedeni hemşirelerin hastaya yeterince zaman ayıramadıklarını düşünmeleri ya da temel görevlerini yerine getirebildiği ancak hastaya daha fazla zaman ayırarak hastanın gelişimine katkıda bulunacak olan hastayı eğitme, bilgilendirme, bakımın planlanmasına hasta katılımı sağlama gibi aktiviteleri tam anlamıyla yerine getirememelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Aynı zamanda bağımsız rollerini sergilerken sorumluluk almak istemeyerek otonomilerini kullanmakta çekimser kaldıkları, hastaya yanlış bir uygulama yapmaktan kaçındıkları da düşünülebilir. Ek olarak iş yükünün fazla olması, yoğun çalışma saatleri ve çalışan sayısının yetersizliği gibi zorlayıcı çalışma koşullarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumuna göre BDÖ-24'ün toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yapılan ileri analizlerde bu farkın lisans mezunu hemşireler ile sağlık meslek lisesi, önlisans ve lisansüstü eğitim almış hemşireler arasında olduğu, lisans mezunu hemşirelerin diğer gruplardan daha düşük puan aldığı görülmüştür. Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumuna göre BDÖ-24'ün alt grupları puan

ortalamlarına bakıldığında ise; güvence alt boyut puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelerde sağlık meslek lisesi, önlisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, bağlılık alt boyut puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelerde sağlık meslek lisesi ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerden anlamlı şekilde düşük olduğu, saygılı olma alt boyut puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelerde ön lisans mezunu hemşirelerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin bilgi beceri alt grubundaki puanların ortalamaları ile eğitim durumu arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızla benzer şekilde Gümüšoğlu (2019) ve (Hezer, 2019) çalışmalarında, eğitim durumu lise olan hemşirelerin BDÖ-24 toplam puanları, güvence ve bağlılık alt boyut puanlarının eğitim durumu lisans olan hemşirelerden yüksek olduğunu, bilgi beceri alt boyut puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızla benzer şekilde Gülen (2019) çalışmasında hemşirelerin eğitim durumu ile ölçeğin bilgi beceri alt boyutunda anlamlı fark bulunmadığını ve eğitim durumu önlisans olan hemşirelerin saygılı olma alt boyutunda eğitim durumu lisans olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek puan aldıklarını bildirmiştir.

Çalışmamızdan farklı olarak (Hezer, 2019) eğitim durumu lise olan hemşirelerin BDÖ-24 toplam puanları, güvence ve bağlılık alt boyut puanlarının öğrenim durumu lisansüstü olan hemşirelerden yüksek olduğunda bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda öğrenim durumu lise ve lisansüstü olan hemşirelerin ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Gümüšoğlu (2019)'nun çalışmasında eğitim durumu lisans olan hemşirelerin önlisans ve lisansüstü olan hemşireler ile BDÖ-24 toplam puan ortalaması, bağlılık ve güvence alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamış olması bizim çalışma sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise lisans mezunu hemşirelerin puanları önlisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin puanlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Çalışmamızdan farklı olarak Baştürk (2019), hemşirelerin eğitim durumuna göre lise ve önlisans mezunu hemşirelerin BDÖ-24 toplam ve alt boyut puanlarının lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Yau ve diğerleri (2019) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyinin BDÖ-24 puan ortalamalarını olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir.

Aynı zamanda Gülen (2019) çalışmamızdan farklı olarak; hemşirelerin eğitim durumu ile BDÖ-24 toplam puan ve güvence, bağlılık alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir.

Kurşun (2010)'un yaptığı çalışma sonuçlarında önlisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin verdikleri bakımı daha iyi değerlendirmelerine karşın, eğitim durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin bakım davranışlarının incelendiği birçok çalışmada çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak eğitim durumunun BDÖ-24 toplam ve alt boyut puanlarını etkilemediği bildirilmiştir (Altın, 2019; Bekleviç, 2019; Boz ve Kol, 2020; Çolak Okumuş ve Uğur, 2017; Durukan, 2019; Erenoğlu ve diğerleri 2019; Erol ve Türk, 2019; Göğüş, 2016; Kolay, 2019; Mert ve diğerleri, 2021; Uzelli Yılmaz ve diğerleri, 2017; Widiyaningsihab ve diğerleri, 2019; Yürün, 2015).

Hemşirelerin eğitim seviyesinin artması ile mesleki bilgi becerilerinin gelişmesi ve BDÖ-24 puan ortalamalarının artacağı düşünülse de çalışma sonuçlarımıza göre eğitim seviyesinin artması ile BDÖ-24 puan ortalamalarının olumlu anlamda etkilenmediği görülmüştür. BDÖ-24 puan ortalamaları ve alt boyutlarında lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamalarının düşük çıkmasının nedeni lisans mezunu hemşirelerin bakım vermeye ilişkin farkındalıklarının daha fazla olması ve gerekli bakımı veremediklerini düşünmelerinden ve hemşirelerin kliniklerde hasta merkezli çalışmamalarından dolayı BDÖ-24 alt boyutlarla ilişkili becerilerini yerine getirememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızla benzer şekilde (Altın, (2019), Durukan (2019), Erenoğlu ve diğerleri (2019), Gülen (2019), Gümüšoğlu (2019), Kurşun (2010), Shalaby ve diğerleri (2018), Şanal (2020), Widiyaningsihab ve diğerleri (2019), Yürün (2015) çalışmalarında yaş ile BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında çalışmamızla benzer şekilde, Hezer (2019) çalışmasında yaş ile ölçeğin bilgi beceri, saygılı olma, bağlılık alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmiştir.

Çalışmamızdan farklı olarak, Çolak Okumuş ve Uğur (2017) çalışmasında 36-45 yaş grubundaki hemşirelerin bilgi ve beceri alt boyutunda daha genç yaşlardaki hemşirelere göre daha yüksek puan aldıklarını, Baştürk (2019) çalışmasında ise yaşları 31-40 ve 41-52 arasında olan hemşirelerin 20-30 yaş olanlara göre daha düşük puan aldığını bildirmişlerdir. Erol ve Türk

(2019) ise çalışmasında yaş arttıkça hemşirelerin bakım davranışları algısının düştüğünü bildirmiştir.

Yaş ile birlikte bakım davranışının gelişmesi beklenen bir durum olmasına rağmen çalışmamızda genç yaş grubu hemşirelerin çoğunlukta olması (%62,14'ü 20-30 yaş) ve deneyimlerinin az olması nedeni ile bakım davranışları puanlarında farklılık olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda BDÖ-24 toplam ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında, cinsiyet ile arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde cinsiyetin BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olmadığını gösteren sonuçlar bulunmaktadır (Altın, 2019; Baştürk, 2019; Çolak Okumuş ve Uğur, 2017; Erenoğlu ve diğerleri, 2019; Erol ve Türk, 2019; Göğüş, 2016; Gülen, 2019; Gümüšoğlu 2019; Kolay, 2019; Kurşun, 2010; Mert ve diğerleri, 2021; Shalaby ve diğerleri, 2018). Uzelli Yılmaz ve diğerleri (2017) kadın hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamasının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulursa da toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmiştir.

Çalışmamızdan farklı sonuçlar bildiren araştırmalara bakıldığında; Widiyaningsihab ve diğerleri (2019)'nin çalışmasında; kadın hemşirelerin BDÖ-24 puan ortalamasının erkek hemşirelerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yürün (2015) ve Şanal (2020) ise cinsiyet ile bağlılık alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, kadın hemşirelerin bu alt boyuttan erkek hemşirelere göre daha yüksek puan aldığını bildirmiştir. Bekleviç (2019) kadınların BDÖ-24 toplam puan ve bilgi beceri dışındaki diğer alt boyut (güvence, saygılı olma ve bağlılık) puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Hezer (2019) ise erkek hemşirelerin BDÖ-2 güvence alt boyut puan ortalamalarının kadın hemşirelerin puanlarından yüksek bulunduğunu bildirmiştir. Bilgi beceri, saygılı olma, bağlılık, bakım alt boyut puanları ile toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmaması ise çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda cinsiyetin hemşirelerin bakım davranışlarını etkilemediği düşünülebilir. Araştırmaya katılan erkek hemşire ve kadın hemşireler arasında farklılık olmaması, günümüzde artık hemşirelik eğitimi alan erkek öğrencilerin sayısının artması ve cerrahi birimlerde sunulan hizmetin standart olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bekleviç (2019), Gülen (2019), Kurşun (2010)'un yaptıkları çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerdir.

Şanal (2020) çalışmasında hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre BDÖ-24 toplam puan ve bilgi-beceri, bağlılık, saygılı olma alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık olmadığını, ancak acilde çalışan hemşirelerin yoğun bakım da çalışan hemşirelere göre güvence alt boyut puan ortalamalarının yüksek bulunduğunu belirtmiştir. Erenoğlu ve diğerleri (2019) çalışmasında ameliyathanede çalışan hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ve bilgi beceri, bağlılık ve saygılı olma alt boyut puanlarının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu, hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre ölçeğin güvence alt boyutunda farklılık olmadığını bildirmişlerdir.

Altın (2019), hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre BDÖ-24 toplam puan ve güvence, bilgi- beceri, bağlılık alt boyutlarında anlamlı farklılık olmadığını, saygılı olma alt boyutun yoğun bakım kliniğinde çalışanlarda anlamlı derecede daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir.

Erol ve Türk (2019) BDÖ-24 toplam puanlarının yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde yüksek olduğunu belirtmiştir. Baştürk (2019) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre BDÖ-24 toplam puan ve bilgi beceri, bağlılık, saygılı olma alt boyutlarında anlamlı fark olmadığını, ancak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin güvence alt boyutu puan ortalamalarının klinikte çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğunu belirtmiştir.

Yürün (2015)' ün yaptığı çalışmada çalıştıkları birimlere göre ölçek genelinde ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış, toplam ölçek puanında ameliyathane hemşirelerinin klinik, yoğun bakım ve poliklinik hemşirelerinden daha düşük puan aldığı, güvence alt boyutunda yoğun bakım ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyathanede çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı, bilgi beceri boyutunda yataklı kliniklerde, yoğun bakımda ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyathanede çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı, saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarında poliklinik hemşirelerinin klinik ve ameliyathane hemşirelerinden daha yüksek puan aldığı belirtilmiştir. Boz ve Kol (2020) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre BDÖ-24 toplam puan ve bilgi-beceri alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki

puanlarının klinikte çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışma sonuçlarımızın literatür ile benzerlik göstermemesinin sebebi hemşire popülasyonundaki farklılıklar, cerrahi birimlerde yatan hastaların iyileşme sürecinin daha hızlı olması ve kliniklerin tümünün cerrahi birimlerden oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin mesleki çalışma yılı ile BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma sonuçlarımız Altın (2019), Aydın (2013), Bekleviç (2019), Erenoğlu ve diğerleri (2019), Gülen (2019), Gümüšoğlu (2019), Kurşun (2010), Şanal (2020), Uzelli Yılmaz ve diğerleri (2017), Widiyaningsihab ve diğerleri (2019) ve Yürün (2015)'ün çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdan farklı şekilde; (Erol ve Türk, 2019), hemşirelerin çalışma yılı ile BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirtmiş, hemşirelerin ilk beş yıl bakım davranışları puanının yüksek olduğu, beşinci yıldan sonra bakım davranışları puanının düştüğünü bildirmiştir. Baştürk (2019) çalışma yılı 11-15 arasında olan hemşirelerin BDÖ-24 toplam ve alt boyut puanları diğer çalışma yılı gruplarına göre istatistiki yönden anlamlı derecede düşük bulunduğunu belirtmiştir.

Çolak Okumuş ve Uğur (2017) çalışmasında; 0-5 yıllık deneyime sahip hemşirelerin daha deneyimli hemşirelere göre daha düşük puan aldıklarını, meslekte uzun süre geçirenlerde BDÖ-24 bilgi beceri alt boyut puanlarının daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir.

Durukan (2019) çalışmasında altı yıl ve üzeri çalışma süresi olan hemşirelerin; güvence, saygılı olma, bağlılık alt boyutu ve bakım davranışları toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Hemşirelerin mesleki çalışma yılı arttıkça bakım davranışlarına ilişkin algının değişmemesinin mesleğin profesyonelliğinin devamı için olumlu bir sonuç olduğu düşünülebilir. Çalışma yılı arttıkça bakım becerilerinin ve profesyonel tutumların artması, çalışma yılı az olan hemşirelerin ise daha dinamik, motive, istekli olması sonuçların aynı çıkmasını etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin günlük bakım verilen hasta sayısına göre BDÖ-24 güvence alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde 5-9 hastaya bakım veren grubun BDÖ-24 güvence

alt boyutundan aldıkları puanların; doğrudan bakıma katılmayan, 1-4 ve 10-14 hastaya bakım veren gruplardan anlamlı derecede düşük puan aldığı görülmüştür. Günlük bakım verilen hasta sayısına göre BDÖ-24 toplam puan ve diğer alt boyut puanları arasında ise anlamlı fark gözlenmemiştir. Literatürde çalışma sonuçlarımızla benzer çalışmalar bulunmamaktadır.

Çalışmamızdan farklı olarak; Kurşun (2010), hemşire başına düşen yatak sayısının bakım davranışları alt boyutlarından güvence, saygılı olma ve bağlılığı etkilediğini belirtmiştir. Kurşun (2010) hemşire başına düşen yatak sayısına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 11-20 yatak olan grubun BDÖ-24 güvence, saygılı olma ve bağlılık alt boyutları ile toplam puan ortalamaları, 21-30 yatak düşen gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğunu, gruplar arasında bilgi-beceri boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmiştir. Altın (2019), hemşirelerin çalıştığı klinikte bakım verilen hasta sayısına göre BDÖ-24 bilgi beceri alt boyutu haricinde tüm alt boyut ve toplam puanda anlamlı fark saptadığını belirtmiştir. Durukan (2019) günde ortalama 30 ve üzeri hasta bakan hemşirelerin bağlılık alt boyutu ve BDÖ-24 toplam puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Hemşirelerin BDÖ-24 toplam ve alt boyut puan ortalaması ile günlük bakım verilen hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Bekleviç, 2019; Kocatepe ve diğerleri, 2017; Yürün, 2015).

Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermemekle beraber; bakım verilen hasta sayısı arttıkça BDÖ-24 puan ortalamaları ve alt boyutlarında puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Bunun nedeni doğrudan bakıma katılmayan grubun klinik sorumlu hemşireler olması ve hasta bakmıyor olması, 1-4 hastaya bakım veren grubun yoğun bakım hemşiresi olması bakım davranışı puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Yanı sıra bakım verilen hasta sayısının artışı ile hemşirelerin daha çok iş merkezli çalışmalarına yol açmış olabilir. Ayrıca alt boyut puanlarının farklı olması grupların farklı olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin klinikteki görevlerine göre (klinik hemşiresi ve klinik sorumlusu) BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlarımız Bekleviç (2019), Erenoğlu ve diğerleri (2019), Kurşun (2010)'un çalışmaları ile benzerdir.

Erol ve Türk (2019) ise hemşirelerin klinikteki görevlerine göre BDÖ-24 puanlarının etkilendiğini, BDÖ-24 toplam puan ve alt boyutlarından güvence, saygılı olma ve bağlılık

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir. Altın (2019) hemşirelerin klinikteki çalışma konumuna göre; klinik sorumlu hemşiresi olarak çalışanların BDÖ-24 bilgi-beceri alt ölçek puanlarının klinik hemşiresi olarak çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bizim çalışmamızda hemşirelerin klinik görevlerine göre BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puanlarında fark olmamasının nedeni sorumlu hemşirelerin hasta bakımından çok klinik sorunlarına yönelik çalışmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma şekillerine göre BDÖ-24 toplam puan ve alt grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Altın (2019), Aydın (2013), Bekleviç (2019), Erenoğlu ve diğerleri (2019), Gümüsoğlu (2019), Kurşun (2010)'un sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Literatürdeki farklı çalışmalara bakıldığında; Göğüş (2016) araştırmasında karma vardiyada çalışan hemşirelerin bakım davranış ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin toplam puanından daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Baştürk (2019) ise çalışmasında sadece gündüz çalışan hemşirelerin BDÖ-24 toplam, güvence ve bilgi beceri alt boyut puanlarının gece ve karma vardiyada çalışanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Hezer (2019) BDÖ-24 toplam puan ve güvence alt boyut puan ortalamalarında, çalışma sistemi gündüz olanların vardiyalı çalışanlardan yüksek bulunduğunu, bilgi beceri alt boyut puan ortalamalarında çalışma sistemi gece olanların vardiyalı çalışanlardan yüksek bulunduğunu, saygılı olma puanlarında çalışma sistemi gece olanların, çalışma sistemi gündüz ve vardiyalı olanlardan yüksek bulunduğunu, bağlılık puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı bulunmadığını bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda fark çıkmamasının nedeni grubun tamamına yakınının benzer şekilde vardiya olarak çalışmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin günlük cerrahi girişim sayısına göre BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarımız Kılıç (2014)'ün sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Kurşun (2010) hemşirelerin çalıştıkları kliniklerdeki günlük cerrahi girişim sayısına göre BDÖ-24 toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu, günde 1-3 cerrahi girişim yapılan kliniklerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının, günde 4 ve daha fazla cerrahi girişim yapılan kliniklere göre anlamlı olarak

daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Mert ve diğerleri (2021) klinikteki günlük cerrahi girişim sayısı arttıkça BDÖ-24 toplam puanının azaldığını belirtmiştir.

Bunun sebebi günlük cerrahi girişim sayısının yüksek olması sebebiyle bu kliniklerde çalışan hemşire sayısının da ona göre sayıca fazla olması olabilir.

Çalışmamızda hasta bakımına ilişkin düşüncelerine göre; hastaya yeterli zaman ayırdığını düşünen hemşirelerin BDÖ-24 toplam puanı ve güvence, bağlılık, saygılı olma alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), bilgi beceri alt boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yürün (2015) çalışmamızla benzer şekilde BDÖ-24 toplam puanı ve güvence, bağlılık, saygılı olma alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmiştir. Yürün (2015) bizim çalışmamızdan farklı olarak hasta bakımına yeterli zaman ayıran hemşirelerin bilgi beceri alt boyutundan anlamlı derecede yüksek puan aldığını belirtilmiştir. Kocatepe ve diğerleri (2017) ise hastaya yeterli zaman ayırmanın bakım davranışlarını etkilemediğini belirtmiştir.

Hasta bakımına yeterli zaman ayırdığını düşünen hemşirelerin bakım davranışı algılarında olumlu yönde etkileyebilecek becerileri çok daha iyi yerine getirdikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna verdikleri yanıtlara göre BDÖ-24 toplam puan ve güvence, bağlılık, saygılı olma alt boyut puan ortalamalarının hemşirelik bakımını yeterli bulanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bilgi beceri alt boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p<0,05$). Aydın (2013), Altın (2019), Kurşun (2010) da çalışmamızla benzer sonuçlar bildirmişlerdir.

Çalışma sonuçlarımızdan farklı şekilde Göğüş (2016), Kılıç (2014), Kocatepe ve diğerleri (2017) araştırmaya katılan hemşirelerin klinikte uyguladığı hemşirelik bakımını yeterli bulma durumunun BDÖ-24 toplam puanını ve alt boyutları puanını etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulmalarının sebebi çalışma ortamlarındaki arkadaşlarının da kendileri gibi bakım verdiğini düşümlerinden kaynaklanabilir. Güvence, bağlılık, saygılı olma alt boyutlarının hastayla iletişim ve eğitim, yardım etme becerilerini kapsamakta olduğu düşünüldüğünde hemşirelerin bakım davranışlarının bu boyutunu yerine getirdiklerini düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir. Bu

sonuçlara göre, hasta bakımını yeterli bulan hemşirelerin bakım davranışları algılarının da olumlu olduğunu düşünebiliriz.

5.4. Hemşirelerin Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Bakım Davranışları Üzerine Etkisinin Tartışılması

Ahlaki Sıkıntı Ölçeği ile BDÖ-24 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Berhie ve diğerleri (2020) uygun bakım vermeyen hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadığını bildirmiştir. Abbasi ve diğerleri (2019) hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki iş memnuniyetsizliği, yetersiz bakım, maddi yetersizlikler gibi nedenlerden dolayı %67'sinin ahlaki sıkıntı yaşadıklarını bildirmiştir. Dodek ve diğerleri (2019) ahlaki sıkıntının hasta bakımı üzerinde olumsuz etkisi olduğunu, Borhani ve diğerleri (2015) ise ahlaki sıkıntının hemşirelerde suçluluk duygusu, ağrı ve ızdırap yaşattığını, bakımda isteksizliğe neden olduğunu belirtmiştir. Rostami ve diğerleri (2019) tarafından ahlaki sıkıntının, hemşirelerin mesleki sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilecek çeşitli zihinsel ve fiziksel sonuçlara yol açarak bakım kalitesini bozduğu bildirilmiştir.

Henrich ve diğerleri (2017) hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntının olumsuz duygulara neden olduğunu ve bakım kalitesinin olumsuz etkilendiğini, ahlaki sıkıntı rahatsız düzeyi arttıkça hastalara daha hassas bakım verdiklerini bildirmiştir. Bu sonuç, olabilecek hatalar nedeniyle suçluluk duygusu yaşamamak için daha dikkatli hasta bakımı vermelerinden kaynaklanmış olabilir. Lusignani ve diğerleri (2017), hemşirelerde ahlaki sıkıntının kaliteli hasta bakımını sağlamak için gerekli becerileri engelleyerek işlerini bırakmalarına neden olabileceğini bildirmiştir.

Hemşireler arasındaki ahlaki sıkıntı, optimal hasta bakımı sağlama yeteneklerini tehlikeye atar ve işlerini bırakmalarına neden olabilir. Hemşirelerin Ahlak Sıkıntı Ölçeği puanları ile bakım davranışları arasında ilişki bulunmamasının sebebi hemşirelerin ahlaki sıkıntı puanlarının düşük olmasına bağlı olarak daha az ahlaki sıkıntı yaşadıkları düşünülebilir. Bu nedenle bakım davranışlarına yönelik ahlaki sıkıntı yaşamamış olabilirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda;

Hemşirelerin düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin bakım davranışları algısının olumlu anlamda yüksek düzeyde olup, en yüksek bilgi beceri boyutunda, en düşük bağlılık boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin bakım davranışlarını etkilemediği tespit edilmiştir.

Cerrahi hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkileyen faktörlerin; cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı birim, günlük bakım verilen hasta sayısı, günlük cerrahi girişim sayısı ile çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma ve ahlaki sıkıntıya bağlı istifa etme düşüncesi olduğu belirlenmiştir.

Bakım davranışları algısını etkileyen faktörlerin ise eğitim durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı, hasta bakımına yeterli zaman ayırma ve çalıştığı birimdeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumunun olduğu belirlenmiştir.

Öneriler;

Hemşirelerde yaşanan ahlaki sıkıntı ve ahlaki sıkıntıya neden olan faktörlerin belirlenmesi ve tanımlanması,

Hemşirelere ve kurum yöneticilerine ahlaki sıkıntının belirtilerinin erken tanınması ve gerekli önlemlerin alınması için eğitimler verilmesi,

Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşama durumlarının kurum yöneticileri tarafından belirlenmesi,

Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşamalarına yol açabilecek etik ve yasal sorunların belirlenmesi ve buna yönelik çözüm önlemlerinin geliştirilmesi,

Cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntıya yol açabilecek durumlarla başetmelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

Cerrahi hemşirelerinin bakım davranışları puanları yüksek olmakla beraber alt boyutlara yönelik bakım davranışlarının geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

Cerrahi hemşirelerinin bilgi ve becerilerinin daha fazla geliştirilmesi ile otonomilerini daha etkin kullanabilmelerinin sağlanması için hizmet içi eğitimler, kongreler vb. ile mesleki güncel bilgilerin düzenli takip edilmesinin sağlanması,

Bakım davranışlarının etkili şekilde sergilenmesi için ekip iletişimini geliştirmeye yönelik ortak aktivitelerin düzenlenmesi,

Kurumlarda cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı yaşayıp yaşamadıklarını belirleyici araştırmalar yapılması,

Bu çalışmanın daha büyük gruplarla yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abbasi, S., Ghafari, S., Shahriari, M., Shahgholian, N. (2019). Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*, 26(5), 1494–1504. doi:10.1177/0969733018766576
- Adigüzel, O., Tanrıverdi, H., Özkan, D.S. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 238-259.
- Af Sandeberg, M., Wenemark, M., Bartholdson, C., Lutzén, K., Pergert, P. (2017). To change or not to change-translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale Revised (MDS-R). *BioMed Central Medical Ethics*, 18, 1-14. doi: 10.1186/s12910-017-0176-y
- Aft, S.L.K. (2011). *Moral distress in medical surgical nurses*. Masters of Science in Nursing (Yüksek Lisans Tezi), Graduate School of Western Carolina University, Western Carolina.
- Akça Ay, F. (2007). Kuram Nedir? Hemşirelik ile ilgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. F. Akça Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar* içinde (1. Baskı, ss. 5-30). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Aksoy, G. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds.). *Cerrahi Hemşireliği* içinde (2. bs., ss. 1-36). İstanbul: Nobel Tıpkitabevleri.
- Aksoy, N. ve Polat, C. (2013). Job satisfaction and affecting factors of surgical unit nurses of three different hospitals in a province in mediterranean region. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 45-53.
- Alidina, K. (2013). Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 128-137. doi: 10.5430/jnep.v3n5p128
- Allen, R. ve Butler, E. (2016). Addressing moral distress in critical care nurses: a pilot study. *International Journal of Critical Care and Emergency Medicine*, 2(015), 2-6.
- Altaker, K.W., Howie-Esquivel, J., Cataldo, J. (2018). Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 27(4), 295-302. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018252>

- Altın, İ. (2019). *Hemşirelerin bakım kavramına ilişkin metafor alguları ve bakım davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.
- American Association of Critical-Care Nurses [AACN]. (2020). *Moral Distress*. American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> adresinden erişildi.
- American Association of Critical Care Nurses from AACN Ethics WorkGroup. [AACN]. (2004). *The 4 A's to Rise above moral distress*.
- Ando, M. ve Kawano, M. (2018). Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 25(5), 571–579. doi: 10.1177/0969733016660882
- Asgari, S., Shafipour, V., Taraghi, Z., Yazdani-Charati, J. (2019). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*, 26(2), 346–356. doi:10.1177/0969733017712083
- Atabay, G., Çangarlı, G.B., Penbek, Ş. (2015). Impact of ethical climate on moral distress revisited: multidimensional view. *Nursing Ethics*, 22(1), 103–116. doi: 10.1177/0969733014542674
- Austin, W., Bergum, V., Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3), 177-183. doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.00181.x.
- Austin, W. (2016). Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. *Healthcare Management Forum*, 29(3), 131-133. doi: 10.1177/0840470416637835
- Aydın, H. (2013). *Acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Björk, E. ve Aydın, S. (2019). Nurses' perceptions of caring behaviors in clinical practice A questionnaire study with nurses in Vietnam. Bachelor of Science in Nursing, 180 ECTS, Department of Health Care Sciences Independent Degree Project, 15 ECTS, VKGT13, Vietnam.
- Barlem, E.L.D., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Dalmolin, G.L., Tomaschewski, J.G. (2012). The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(3), 681–688. doi: 10.1590/s0080-62342012000300021

- Baştürk, M. (2019). *Hemşirelerin yaşlı bireylere ilişkin tutumlarının bakım davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Baykara, Z. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bekleviç, A.Ç. (2019). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisi: Zonguldak'ı örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Berhie, A.Y., Tezera, Z.B., Azagew, A.W. (2020). Moral Distress and Its Associated Factors Among Nurses in Northwest Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 161–167. doi.org/10.2147/PRBM.S234446
- Brilowski, G.A. ve Wendler, M.C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 641-650. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03449. x.
- Birol, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (8. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Borhani, F., Mohammadi, S., Roshanzadeh, M. (2015). Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 8(2), 1-7.
- Boz, İ. (2018). İyileştirici bakım çevresi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 56-61. doi: 10.5505/bsbd.2018.88579
- Boz, İ. ve Kol, E. (2020). Yoğun Bakım Hemşireliğinde Bakım Davranışları Üzerine Bir Literatür Derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 32-38.
- Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J., Marshall, D. (2010). Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Social Science and Medicine*, 71(9), 1687-1691. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.032
- Brilowski, G.A. ve Wendler, M.C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 641-650. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03449. x

- Browning, E. ve Cruz, J.,(2018). Reflective debriefing: a social work intervention addressing moral distress among ICU Nurses. *Journal of Social Work In End-Of-Life & Palliative Care*, 14(1), 44-72.
- Bucco, T. (2015). *The Relationships between patients' perceptions of nurse caring behaviors, nurses' perceptions of nurse caring behaviors and patient satisfaction in the emergency department*. Degree of Doctor of Philosophy in Nursing (Doktora Tezi), Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs), 2048. South Orange, New Jersey. <https://scholarship.shu.edu/dissertations/2048>
- Burston, A.S. ve Tuckett, A.G. (2012). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), 312–324. doi: 10.1177/0969733012462049
- Canadian Nurses Association [CNA]. (2003). *Ethical distress in health care environments. Ethics in Practice For Registered Nurses*. https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_e.pdf?la=en adresinden erişildi.
- Cavaliere, T.A., Daly, B., Dowling, D., Montgomery, K. (2010). Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care*, 10(3), 145-156. doi: 10.1097/ANC.0b013e3181dd6c48
- Colville, G.A., Dawson, D., Rabinthiran, S., Chaudry-Daley, Z., Perkins-Porras, L. (2019). A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(3), 196–203. doi: 10.1177/1751143718787753
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 163-165. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.09.003
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Corley, M.C. ve Minick, P. (2002). Moral distress or moral comfort. *Bioethics Midwest Bioethics*, 18 (1-2), 7-14.
- Coşkun, H. ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 63-68.
- Çelik, A.S., Pasinlioğlu, T., Kocabeyoğlu, T., Çetin, S. (2013). Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 147-153.

- Çelik, G.K., Taylan, S., Güven, S.D., Çakır, H., Kılıç, M., Akoğlu, C.A. (2019). The Relationship between Teamwork Attitudes and Caring Behaviors among Nurses Working in Surgical Clinics: A Correlational Descriptive Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(6), 849-854. doi: 10.4103/njcp.njcp_623_18
- Çerit, B. ve Çoşkun S. (2018). Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 103-109.
- Çolak Okumuş, D. ve Uğur, E. (2017). Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 104-109.
- Deady, R. ve McCarthy, J. (2010). A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*, 46(3), 209-220. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x
- Dekeyser Ganz, F. ve Berkovitz, K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1516–1525. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05897.x
- Dodek, P., Norena, M., Ayas, N., Dhingra, V., Brown, G., Wong, H. (2019). Moral distress in intensive care unit personnel is not consistently associated with adverse medication events and other adverse events. *Journal of Critical Care*, 53, 258-263. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.06.023
- Dursun Ergezen, F., Bozkurt, S.A., Dinçer, H., Kol. E. (2020). Patients' perceptions of knowledge, trust, and connectedness in nurses' caring behaviors. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(2), 155-161.
- Durukan, E. (2019). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ve çalışma koşulları*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Edwards, M.P., McClement, S.E., Read, L.R. (2013). Nurses' responses to initial moral distress in long-term care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10, 325–336. doi: 10.1007/s11673-013-9463-6
- Elçelik, U.E. (2021). *Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.

- Elçigil, A., Bahar, Z., Beşer, A., Mızrak, B., Bahçelioğlu, D., Demirtaş, D., Özdemir, D., Özgür, E., Yavuz, H. (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 52-60.
- Elpern, E.H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- El-Rahman, M.A., Ibrahim, M.H., Bagdady, E.G.A. (2019). Correlation between Nurses Reported Caring Behaviors and Patients Satisfaction in Surgical Departments. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(1), 19-28.
- Enns, C. ve Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 339-347. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04237.x
- Epstein, E.G. ve Hamric, A.B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Erdil, F. ve Elbaş, N. (1999). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği* (2. Baskı). Ankara: 72 Tasarım Ofset.
- Erenoğlu, R., Can, R., Tambağ, H. (2019). Hemşirelik Bakım Davranışları ve Bakım Davranışları İle İlgili Faktörler; Doğumevi Örneği. *Sağlık ve Toplum*, 29(1), 79-88.
- Erol, F. (2016). *Hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki profesyonel tutumları*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Erol, F., ve Türk, G. (2019). Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses. *Journal Of Pakistan Medical Association*, 69(6), 783-787.
- Eti Aslan, F. (2010). Postoperative care. A. Karadakovan, F. Eti Aslan, (eds). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Hasta Bakımı içinde* (ss. 345-386). Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 196-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x
- Ganz, F.D., Raanan, O., Khalaila, R., Bennaroch, K., Scherman, S., Madeleine, B., ... Benbenishty, J. (2013). Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 415-424. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06020.x

- Gezer, D.Ş. (2010). *Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları etik sorunlar konusunda adana ölçeğinde bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Gonzalez, J. (2016). *Exploring the presence of moral distress in critical care nurses*. Master's Theses, Dissertations, Graduate Research and Major Papers Overview. 184, Rhode Island College. <https://digitalcommons.ric.edu/etd/184> adresinden erişildi.
- Göğüş, F. (2016). *Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışı değerlendirmelerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241. doi: 10.1097/00003465-200509000-00011
- Gülen, D. (2019). *Hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından algılanması*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gül, Ş. ve Dinç, L. (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 192-208. doi: 10.31125/hunhemsire.500787
- Gümüsoğlu, F. (2019). *Hemşirelerin yaşlı hastalara karşı tutumlarının ve bakım davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hatay.
- Güven, Ş.D. (2019). Lise son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik tutumlarının belirlenmesi: Nevşehir ili örneği. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 10(1), 6-11. doi: 10.18663/tjcl.324101
- Hamaideh, S.H. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal Mental Health Nursing*, 23(1), 33-41. doi: 10.1111/inm.12000
- Hamric, A.B. ve Blackhall, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429. doi: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D
- Hamric, A.B., Borchers, C.T., Epstein, E.G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *American Journal of Bioethics Primary Research*, 3(2), 1-9. doi: 10.1080/21507716.2011.652337

- Hamric, A.B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Health Care Ethics Committee Forum*, 24(1), 39-49. doi: 10.1007/s10730-012-9177-x.
- Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S., Rodney, P. (2017). Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), 48-57.
- Hezer, M. (2019). *Hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri ile hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Huffman, D.M. ve Rittenmeyer, L. (2012). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 24(1), 91-100. doi: 10.1016/j.ccell.2012.01.004
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.
- J Ehlers, V.(2008). Is caring a lost art in nursing or is it a changing reality? Commentary on the editorial written by Juliet Corbin. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 802-804. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.09.004
- Johansson, P., Oleni, M., Fridlung, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x
- Johnstone, M.J. ve Hutchinson, A. (2015). "Moral distress"-time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*, 22(1), 5-14. doi: 10.1177/0969733013505312
- Kalvemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084. doi:10.1016/S0277-9536(03)00279-X
- Karabulut, N. ve Çetinkaya, F. (2011). Motivation levels and difficulties encountered in the patient care of the nurses working in surgery clinics. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(1), 14-23.

- Karadağ, S. ve Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 13-21.
- Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G., Özden, D., Çınar, Z. (2017). Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 24(2) 209–224. doi: 10.1177/0969733015593408
- Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6, 46-57.
- Karlou, C., Papathanassoglou, E., Patiraki, E. (2015). Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 244-250. doi: 10.1016/j.ejon.2014.11.005
- Karlou, C., Papadopoulou, C., Papathanassoglou, E., Lemonidou, C., Vouzavali, F., Zafiropoulou-Koutroubas, A., ... Patiraki, E. (2018). Nurses' Caring Behaviors Toward Patients Undergoing Chemotherapy in Greece: A Mixed-Methods Study. *Cancer nursing an international journal for cancer care research*, 41(5), 399-408. doi: 10.1097/NCC.0000000000000562
- Kayar, Z. ve Erdem, R. (2017). Hemşirelerde ahlaki sıkıntının işe adanma davranışı üzerine etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(22), 77-103. doi: 10.20875/makusobed.301563
- Keskin Kızıltepe, S. ve Koç, Z. (2019). Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı ve Nedenleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 6(1), 5-12.
- Kılıç, H.F., Cevheroğlu, S., Görgülü, S. (2017). *Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 22-28. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46792/586760> adresinden erişildi.
- Kılıç, M. (2014). *Cerrahi girişim geçiren hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algılarının karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Kıvanç, M. (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. T. Aştı, A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları* içinde (ss. 217-225). İstanbul: Akademi Yayıncılık.
- King, D.E ve Crisp, J. (2005). Spirituality and health care education in family medicine residency programs. *Family Medicine*, 37(6), 399-403.

- Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I.A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J.S., Spirig, R. (2015). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 22(1), 77–90. doi: 10.1177/0969733014534875
- Kocatepe, V., Uğur E., Karabacak Ü. (2017). Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 13-20. doi: 10.17672/fnhd.99572
- Kolay, N. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinde merhamet ile bakım davranışları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Köksal, H. (2009). *Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kurşun, Ş. (2010). *Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kurşun, Ş. ve Kanan, N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4,) 229-235.
- Küçüksarı, T. (2020). *Hemşirelikte personel güçlendirmenin iş performansı ve bakım davranışları ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Lievrouw, A., Vanheulee, S., Deveugele, M., De Vos, M., Pattyn, P., Belle, V., Benoit, D.D. (2016). Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), 505-512. doi: 10.1188/16.ONF.505-512
- Lusignani, M., Gianni, M.L., Giuseppe, L., Buffon, M.L. (2017). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*, 25, 477–485.
- Maluwa, V.M., Andre, J., Ndebele, P., Chilemba, E. (2012). Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics*, 19(2), 196–207. doi: 10.1177/0969733011414968
- Mason, V.M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit

trauma nurses a pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056

McCarthy, J. ve Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1), 131-152. doi: 10.1177/0969733014557139

McClendon, H. ve Buckner, E.B. (2007). Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(5), 199-206. doi: 10.1097/01.DCC.0000286824.11861.74

McCue, C. (2010). Using the AACN framework to alleviate moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01PPT02

Meltzer, L.S. ve Huckabay, L.M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208. doi: 10.4037/AJCC2004.13.3.202

Mert Boğa, S., Aydin Sayilan, A., Kersu, Ö., Baydem, C. (2020). Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses. *Nursing Ethics*, 27(3), 673–685. doi: 10.1177/0969733020901830

Mert, S., Kersu, Ö., Sayilan, A.A., Baydemir, C., Ilter G. (2021). Patients' and Nurses' Perceptions of the Quality of Nursing Care in Surgical Clinics A Multicenter Study in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(2), 188–194.

Morley, G., Ives, J, Bradbury-Jones, C., Irvine, F. (2017). What is "moral distress" A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646-662. doi: 10.1177/0969733017724354

Nathaniel, A.K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 28(4), 419-438. doi: 10.1177/0193945905284727

O'Connell, C.B. (2015). Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nursing Ethics*, 22(1), 32–42. doi: 10.1177/0969733013513216

Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., ... Narita Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 726-740. doi: 10.1177/0969733010379178

Oh, Y. ve Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. doi: 10.1177/0969733013502803

- Özbaş, A. ve Çavdar, İ. (2017). Care in urinary system surgery. Eti Aslan, F(ed), *Cerrahi Bakım* içinde (2. Baskı, ss. 813-70). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics*, 20(4), 436–447. doi: 10.1177/0969733012466002
- Pala, B. (2018). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mobbing Yaşama Durumlarının Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Efstathiou, G. (2011). Nurses and patients perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x
- Papathanassoglou, E.D., Karanikola, M.N., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., Albarran, J.W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among european intensive care nurses. *American Association of Critical-Care Nurses*, 21(2), e41–e52. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012205>
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5), 561-573. doi: 10.1177/0969733009106649
- Pauly, B.M., Varcoe, C., Storch, J. (2012). Framing the issues: moral distress in health care. *Health Care Ethics Committee Forum*, 24, 1-11. doi: 10.1007/s10730-012-9176-y
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Hersh, M., Shirk, M., Rounkle A.M. (2011). Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 385-395. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01422.x
- Pendry, P. (2007). Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics*, 25(4), 217-221.
- Piers, R.D., Van den Eynde, M., Steeman, E., Vlerick, P., Benoit, D.D., Van Den Noortgate, N.J. (2012). End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 80.e7–80.e13. doi: 10.1016/j.jamda.2010.12.014
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2016). *Fundamentals of nursing*: Elsevier Health Sciences.

- Radzvin, L.C. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *American Association of Nurse Anesthesiology Journal*, 79(1), 39-45.
- Repenshek, M. (2009). Moral distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity? *Nursing Ethics*, 16(6), 734-742. doi:10.1177/0969733009342138
- Rice, E.M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L., Pendergast, D.K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 360-373. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.0798.x
- Robinson, R., ve Stinson, C.K. (2016). Moral distress a qualitative study of emergency nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 235-240. doi: 10.1097/DCC.0000000000000185
- Rostami, S., Esmaeali, R., Jafari, H., Cherati, JY. (2019). Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nursing Ethics*, 26(1), 248-255. doi: 10.1177/0969733017703694
- Russell, A.C. (2012). Moral distress in neuroscience nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1), 15-24. doi: 10.1097/JNN.0b013e31823ae4cb
- Salimi, S. ve Azimpour, A. (2013). Determinants of nurses' caring behaviors (DNCB): preliminary validation of a scale. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 269-278. doi: 10.5681/jcs.2013.032
- Savel, R.H. ve Munro C.L. (2015). Moral distress and moral courage. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 276-279. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015738>
- Shalaby, A.S., Janbi, N.F., Mohammed, K.K., Al-harathi, K.M. (2018). Assessing the caring behaviors of critical care nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 77-85. doi: 10.5430/jnep.v8n10p77
- Shorideh, F.A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F. (2012). Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nursing Ethics*, 19(4), 464-478. doi: 10.1177/0969733012437988
- Shoorideh, F.A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., Majd, H.A. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, 22(1), 64-76. doi: 10.1177/0969733014534874

- Silen, M., Svantesson, M., Kjellström, S., Sidenvall, B., Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3483-3493. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03753.x
- Swan, B.A. (1998). Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *Medical surgical Nursing*, 7(3), 148-158.
- Şanal, S. (2020). *Pediatric hemşirelerinin profesyonel değerlerinin bakım davranışları üzerindeki etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Şeko, Ö. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı durumunun iş doyumu ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2020). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.tdk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Tatlı, T. (2018). *Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve etik duyarlılık düzeylerinin hasta hakları bağlamında incelenmesi: Ağrı ili örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Timberlake, M. ve Phillips, N. (2019). *Moral distress in critical care and emergency department nurses*. Honors Thesis, James Madison University Honors College.
- Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z., (2013). Bir üniversitesi hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 38-44.
- Türkmen Z. (2016). *Hemşirelerde ahlaki sıkıntının işe adanma davranışı üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
- Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., Khorshid, L. (2017). Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2969-2980. doi: 10.14687/jhs.v14i3.4828
- Watson, J. (2008b). *Nursing the philosophy and science of caring*. (Revised ed.). Colorado: United States University Press of Colorado.

- Watson, J. (2008a). *Nursing: Human science and human care* .(1nd Revised). Jones & Bartlett (eds.). New York: Learning.
- Wenwen, Z., Xiaoyan, W., Yufang, Z., Lifeng, C., Congcong, S. (2018). Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Nursing Ethics*, 25(4), 470-480. doi: 10.1177/0969733016658792
- Widiyaningsihab, T., Yettia, K., Kuntartiaa K. (2019). The competency of clinical instructors as it relates to the caring behavior of new nurses. *Enfermeria Clinica*, 29(S2), 815-819. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.122
- Wiegand, D.L. ve Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4), 479–487. doi: 10.1177/0969733011429342
- Wilson, M.A., Goettemoeller, D.M., Bevan, N.A., McCord, J.M. (2013). Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal Clinical Nursing*, 22(9-10), 1455-1466. doi: 10.1111/jocn.12128
- Woods, M., Rodgers, V., Towers, A., Grow, S.L. (2015). Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nursing Ethics*, 22(1), 117–130. doi: 10.1177/0969733014542679
- Wolf, Z.R., Giardino, E.R., Osborne, P.A., Ambrose, M.S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x
- Wu, Y., Larrabee, J.H., Putman H.P. (2006). Caring Behaviors Inventory A Reduction of the 42-Item Instrument. *Nursing Research*, 55(1), 18-25.
- Yau, X.C., Tam, W.S.W., Seah, H.W.V., Siah, C.J.R. (2019). An exploration of factors influencing inpatient nurses' care behaviour in an acute hospital setting. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6), 473–479.
- Yıldırım, G., Özden, D., Karagözoğlu, Ş. (2013). Ahlaki sıkıntı: Türkiye 'de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35(2), 318-325. doi: 10.7197/1305-0028.2178
- Yıldız Fındık, Ü. ve Soydaş Yeşilyurt, D. (2017). Surgical patients' perception of the postoperative nursing care quality. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 195-200.

- Yürün, Y. (2015). *Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.
- Zencir, G. ve Eşer, İ. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumları İle Hemşirelik Tercih Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 30-37. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753019> adresinden erişildi.
- Zolala, S., Almasi-Hashiani, A., Akrami, F. (2018). Severity and frequency of moral distress among midwives working in birth centers. *Nursing Ethics*, 1-9. doi:10.1177/0969733018796680
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 344-359.

EKLER

Ek 1: Hemşire Tanıtım Formu

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMI DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Soru Form No:

Tarih: .../.../2019

Değerli meslektaşlarım,

Bu çalışma [Redacted] Hastanesi'nde cerrahi servislerde, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ve ameliyathanede çalışan cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Anket formu 15 soruluk hemşire tanıtım formu, 21 soruluk "Ahlaki Sıkıntı Ölçeği" ve 24 soruluk "Bakım Davranışları Ölçeği-24" formlarından oluşmaktadır. Ankette toplam 60 soru olup ortalama yanıtlama süresi 25-30 dakikadır. Bu ankete verdiğiniz yanıtlar gizli kalacaktır. Lütfen ankette yer alan her soruyu dikkatle okuyarak yanıtlayınız. Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz sorular için Hemşire Hülya GÜLFİDAN), Dr. Öğr. Üye. Nurdan GEZER le iletişime geçebilirsiniz. Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi: Dr. Öğr. Üy. Nurdan GEZER, Hem. Hülya GÜLFİDAN

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Eğitim durumunuz (en son bitirdiğinizi işaretleyiniz):

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

4.Çalıştığınız kliniği tam adıyla yazınız:

5. Meslekteki çalışma süreniz (ay ya da yıl olarak):

6. Çalıştığınız klinikteki göreviniz: () Klinik Hemşiresi () Klinik Sorumlu Hemşiresi

Diğer:

7. Çalışma şekliniz: () Sürekli Gündüz (08-16) () Sürekli Gece (16-08)

() Vardiya (08-16/16-08)

11. Günlük bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

12. Serviste günlük yapılan ameliyat sayısı:.....

13. Hasta bakımına yeterince zaman ayırabiliyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır () Bilmiyorum

14. Çalıştığınız serviste verilen hemşirelik bakımını yeterli buluyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır () Bilmiyorum

15. Hemşirelik bakımını yeterli bulmuyorsanız nedenlerini işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- () Hemşirelerin istediği serviste çalışamaması
- () Günlük bakım verilen hasta sayısının fazla olması
- () Serviste çalışan hemşire sayısının yetersiz olması
- () Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması
- () Bakım için yeterli zamanın olmaması
- () Hastanın bakım beklentisinin olmaması
- () Diğer.....

Ek 2: Ahlaki Sıkıntı Ölçeği

YOĞUN BAKIM AHLAKİ SIKINTI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE VERSİYONU

Turkish Moral Distress Scale for Intensive care Unit -Revised form (TrMDS-ICU-R)

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

Sıklık ve **rahatsızlık düzeyi**.

	Sıklık					Rahatsızlık Düzeyi				
	Asla		Çok sık			Hiç		En fazla		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme										
2. Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiğine tanık olma										
3. Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma										
4. Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma										
5. Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmama										
6. Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama										
7. Ventilator desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme										
8. Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmediğini öğrendiğimde, gerekeni yapmama										
9. Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etme.										
10. Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım verme										

11. Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığına tanık olma.																						
12 Ölüme neden olacağı endişesi nedeniyle ağı kesici ilaç dozunun artırılmaması sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım verme.																						
13. Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunu tartışılmamasına yönelik hekim isteğine uyma																						
14.Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif / uyuşturucu dozunun artırıldığına tanık olma																						
15. Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dahil olan bir profesyonelin engellemesi nedeniyle gerekeni yapmama.																						
16. Dava açılma korkusu nedeniyle aynı fikirde olmasam da ailenin hastanın bakımı ile ilgili isteğine uyma																						
17. Hasta bakımı konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışma																						
18. Ekip iletişiminin yetersizliği nedeniyle hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olma																						
19. Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam alma																						
20. Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olma																						
21. Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyonelleri ile çalışma.																						
Ahlaki sıkıntı hissettiğiniz diğer durumlar varsa lütfen onları yazıp puanlayın:																						
Kurumunuzda hasta bakımını yönetme şeklinde ahlaki sıkıntı yaşamanızdan dolayı görevinizden istifa etmeyi veya ayrılmayı hiç düşündünüz mü?																						
Hayır, görevimden ayrılmayı ya da istifa etmeyi hiç düşünmedim _____																						
Evet, İstifa etmeyi düşündüm, fakat ayrılmadım. _____																						
Evet, Görevimden ayrıldım _____																						
Şu anda görevinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()																						

Ek 3: Bakım Davranışları Ölçeği-24

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24

Maddeler	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						

15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						