



**ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN
PROFESYONEL OTONOMİYE YÖNELİK
TUTUMLARI İLE AHLAKİ SIKINTI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve YILDIZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE

Adıyaman/2024

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL OTONOMİYE
YÖNELİK TUTUMLARI İLE AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE YILDIZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. GÜLHAN ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL OTONOMİYE YÖNELİK TUTUMLARI İLE AHLAKİ SIKINTI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Merve YILDIZ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eylül/2024

Danışman: Doç. Dr. Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutum ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmada verileri T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 171 hemşireden 1 Mart-1 Nisan 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Bilgi Formu, Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı $72,55 \pm 10,36$; Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı $113,84 \pm 53,23$ 'tür. Araştırmada hemşirelerin yaşa göre profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyut puanı anlamlı değişim göstermiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerden mesleki yayın takip eden ve bilimsel etkinliklere katılanların yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği puanı anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Araştırmada hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği, iş ile ilgili bağımsızlık alt boyutu ve otonom klinik kararlar alt boyutu ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ahlaki sıkıntı düzeylerinin %7,7'sini açıklamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin çalışma ortamlarında otonomilerini kullanabilmesi için, mesleki gelişimlerini desteklemek adına bilimsel yayın ve etkinliklere katılımların kurumlar tarafından desteklenmesi ve etik karar verme süreçlerinde destek alabilecekleri komisyonların kurumlarda oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım; Hemşire, Profesyonel otonomi; Ahlaki sıkıntı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ICU NURSES' ATTITUDES TOWARDS PROFESSIONAL AUTONOMY AND THEIR MORAL DISTRESS LEVELS

Merve YILDIZ

Fundamentals of Nursing Department

Adiyaman University, Graduate Education Institute, September/2024

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPCE

This study was a descriptive, correlational study that examined the relationship between intensive care nurses' attitudes towards professional autonomy and their levels of moral distress. The data were collected from 171 nurses working in the intensive care units of the Adiyaman Training and Research Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Turkey, between March 1 and April 1, 2024. Data were collected using the Sociodemographic Information Form, the Attitude towards Professional Autonomy for Nurses Scale, and the Intensive Care Moral Distress Scale. The data was analyzed using the SPSS for Windows 22. The total scores were 72.55 ± 10.36 for the Attitude towards Professional Autonomy of Nurses Scale and 113.84 ± 53.23 for the Intensive Care Moral Distress Scale. In the study, the nurses' attitude scale towards professional autonomy and the sub-dimension score of control over working conditions changed significantly with age ($p < 0.05$). Nurses who followed professional publications and participated in scientific activities had significantly lower scores on the Intensive Care Moral Distress Scale ($p < 0.05$). The study found a positive, low-level relationship between the nurses' attitude scale towards professional autonomy and the Intensive Care Moral Distress Scale, specifically the sub-dimensions of independence related to work and autonomous clinical decisions. It was revealed that nurses' attitudes towards professional autonomy account for 7.7% of their moral distress levels. Based on these findings, it is recommended that institutions promote participation in scientific publications and activities to enhance nurses' professional development. Additionally, establishing committees to provide support for ethical decision-making processes can help nurses effectively utilize their autonomy in the workplace.

Keywords: Intensive care; Nurse; Professional autonomy; Moral distress

TEŞEKKÜR

Bu tezin ortaya çıkış sürecinde bana destek olan, yol gösteren ve cesaret veren herkese en içten teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Öncelikle, değerli danışman hocam Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE 'ye bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bu yolculukta bana rehberlik ettiği için sonsuz minnettarım. Bilgi ve deneyimleriyle beni hep bir adım öteye taşıdığı ve ilham verici bir yol arkadaşlığı sunduğu için teşekkür ederim.

Her daim yanımda olan ve bana inanan canım anneme ve ablama, sabırları, sevgileri ve duaları için teşekkür ederim. Onların desteği, her zor anımda bana güç verdi.

Bu süreci ne yazık ki benimle tamamlayamayan sevgili babama da özel bir teşekkür borçluyum. O, her zaman en büyük ilham kaynağım oldu. Kendisini her zaman kalbimde taşıyacağım.

Ve son olarak, bu uzun ve zorlu süreçte sabırlı, azimli ve kararlı bir şekilde çalışarak bu başarıyı elde eden kendime de teşekkür etmek istiyorum. Bu yolculuk bana sadece akademik anlamda değil, kişisel olarak da çok şey kattı.

Bu tez, sadece bir akademik çalışmanın ürünü değil, aynı zamanda bana inanan ve destek olan herkesin katkısıyla şekillendi. Hepinize sonsuz teşekkürler.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmamın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

.....

Merve YILDIZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yoğun Bakım ve Özellikleri.....	5
2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği	5
2.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları etik sorunlar	6
2.2.1.1. Aydınlatılmış onam	6
2.2.1.2. Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması	7
2.2.1.3. Yararsız (nafile) tedavi	7
2.3. Profesyonel Otonomi.....	8
2.3.1. Profesyonellik ve otonomi kavramları	9
2.3.2. Hemşirelikte profesyonellik ve otonomi	9
2.3.3. Hemşirelikte otonomiye etkileyen etmenler	10
2.4. Ahlaki Sıkıntı.....	11
2.4.1. Ahlaki sıkıntı nedenleri	11
2.4.2. Ahlaki sıkıntının etkileri.....	13
2.4.3. Ahlaki sıkıntı ile başetme yöntemleri	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları	17

3.5. Araştırmanın Uygulanması	16
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR	20
5.SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	34
5.1. Sonuç	34
5.2. Tartışma	35
5.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarına yönelik bulguların tartışılması	35
5.2.2. Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerine yönelik bulguların tartışılması	40
5.2.3. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması	42
5.3. Öneriler	43
KAYNAKÇA	48
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	19
Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	19
Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri	20
Tablo 4.2. Hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	21
Tablo 4.3. Yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği'nden alınan puanların dağılımı.....	22
Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması	23
Tablo 4.5. Demografik özelliklere göre yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.6. Çeşitli değişkenler ile hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	30
Tablo 4.7. Hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ile yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	32
Tablo 4.8. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarının ahlaki sıkıntı düzeyine etkisini gösterir basit doğrusal regresyon modeli	33

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AACN : American Association of Critical-Care Nurses

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

DNR : Do Not Resuscitate

ICU : Intensive Care Unit



1. GİRİŞ

Yoğun bakım ünitesi; bir veya daha fazla yaşamsal fonksiyonu tehlikede ve sağlık sorunu kritik düzeyde olan, yakından izlem yapılması gereken hastalara tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu, öncelikli hedefin durumu kritik olan hastalara yaşamı sürdüren bakımın sağlanması olan multidisipliner çalışmanın ön planda olduğu bir alandır (AllahBakhshian, 2017; Lima, 2023). Sağlık kurumlarında yoğun bakım üniteleri diğer birimlerden ayrılan ve özelleşen çalışma alanlarıdır. Hastaların klinik tablolarının değişkenliği, yakından izlem yapılması ihtiyacı, müdahale sayısının fazla olması, morbidite ve mortalite riski ve hasta bakımı ile ilgili etik sorunların meydana gelme ve acil karar alma durumları diğer birimlere göre daha sık meydana gelmektedir (Kırşan vd., 2018; Danielis vd., 2020). Dolayısıyla karmaşık ve değişken durumların erdevirfazla olduğu, yüksek teknoloji içeren araç gereçlerin kullanıldığı bu alanlarda çalışan yoğun bakım hemşireleri, sağlık sisteminin temel bir unsuru olarak hayati bir rol oynar.

Yoğun bakım hemşireliği; içerisinde yaşam kurtarma, monitörizasyon, ilaç yönetimi, aile-hasta iletişimi, multidisipliner iş birliği, enfeksiyon kontrolü ve eğitim-danışmanlık sorumlulukları barındıran geniş bir alandır (Lima, 2023). Bu uzmanlık alanı, kritik durumdaki hastaların karmaşık bakım ihtiyaçlarını karşılayarak hayat kurtarır ve hastaların sağlıklarını optimize eder (Ulrich vd., 2019). Bunun yanı sıra diğer sağlık bakım ortamlarına göre yoğun bakım hemşireleri aktif tedavi ve yaşam sonu bakım ile ilgili karmaşık ve sık sık hızlı kararlar almaları gereken bir birimde çalışmaları nedeniyle profesyonel otonomiye daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Hamric ve Epstein, 2017; Mealer ve Moss, 2016; Paganini ve Bousso, 2015). Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin bakım sorumluluğunu istendik şekilde yerine getirmesi, kanıta dayalı, hasta merkezli, nitelikli hemşirelik bakımı sunabilmesi için profesyonel otonomiye yönelik tutumlarının desteklenmesi ve geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Profesyonel otonomi, bireyin mesleki sorumluluklarını bağımsız olarak, olanaklar ölçüsünde, denetime gerek duymadan, ilke ve yasalar rehberliğinde yerine getirme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Atasoy ve Baykara, 2020). Profesyonel otonomi, bir mesleğin mesleki anlamda var olabilmesi için önemli bir unsur olarak kabul edilmekte olup mesleki faaliyetlerinde bireyin kendi iradesiyle hareket etmesi, dışarıdan herhangi bir baskı veya yönlendirme olmaksızın kendi seçimlerini yapmasıdır (Atasoy ve Baykara, 2020; Baykara ve Şahinoğlu, 2014). Diğer bir ifadeyle profesyonel otonomide, meslek mensuplarının kendi çalışma alanlarında kendi işlerini ve sorumluluklarını yönetebilmeleri önemlidir (Başaran ve

Dinç, 2018). Hemşirelikte profesyonel otonomi ise hasta bakımında bağımsızlık, klinik karar verme, klinik muhakeme yeteneği ve meslek standartlarına uygun olarak çalışabilmeleri olarak kabul edilmektedir (Başaran ve Dinç, 2018; Labrague vd., 2019). Ancak hemşirelerin profesyonel otonomisi, yalnızca karar verme, problem çözme ve hastanın ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak eylemler dâhil olmak üzere klinik çalışmalarda bağımsızlık anlamına gelmez (Labrague vd., 2019); aynı zamanda çalışma koşullarını etkileme ve hemşirelik uygulamalarını daha geniş anlamda geliştirme fırsatı anlamına da gelir (Atasoy ve Baykara, 2020).

Hemşirelerde profesyonel otonomiye ele alan çalışmalar incelendiğinde farklı ülke ve kurumlarda yapılan araştırma bulguları hemşirelerin profesyonel otonomi tutumlarının orta ile yüksek düzey arasında değiştiğini; profesyonel otonominin hemşirelerin iş doyumunu yükselttiğini (Labrague vd., 2019), hemşire-hekim iş birliğini ve ekip çalışmasında iletişimi güçlendirdiğini (Papathanassoglou, 2012), hasta bakımının kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirdiğini (Laschinger, 2008; Lee ve Choi, 2019), mortalite ve komplikasyon oranlarını düşürdüğünü (Laschinger, 2008) ortaya koymaktadır. Profesyonel otonominin hemşireler üzerinde olumlu etkileri olduğu bir gerçektir. Profesyonel otonominin hemşirelik uygulaması ve sonuçları üzerindeki olumlu etkileri göz önüne alındığında, hemşirelerin profesyonel otonomisini destekleyen ve geliştiren bir çalışma ortamı yaratılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak kurumların yeterli desteği sağlamaması, hemşirelerin motivasyonunu artırmak için gerekli önlemleri almaması, hasta ve yakınlarının beklenti ve istekleri, kurumların sunduğu imkânların yetersizliği, rol tanımlarının belirsizliği, hasta bakımı ile ilgili karar verme bağımsızlığında ahlaki çatışma yaşama gibi faktörler hemşirelerin profesyonel otonomisini olumsuz etkileyip kısıtlamakta ve ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (Shorideh vd., 2012; Allahbakhshian vd., 2017).

Ahlaki sıkıntı, Jameton tarafından (1984) *'bireyin doğru olan eylemi belirlediği halde çeşitli engeller (sosyal, kurumsal veya bağlamsal) yüzünden bunu gerçekleştiremediği zaman yaşadığı çatışma'* olarak tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre ahlaki sıkıntı; hemşirelerin etik ikilem/ etik problemler yaşadıklarında etik ilke-değerlere, profesyonel sorumluluklarına uymayacak şekilde yani çelişkili davranışları sonucu hissettikleri strestir (Kälvemark, 2004). Hemşirelik doğası gereği ahlaki çatışmalar ve zorlukların sıklıkla görüldüğü bir meslektir. Ahlaki sıkıntı, hemşirelerin değerlerine, inançlarına veya etik ilkelerine aykırı davranışlarına neden olan bir durumdur (Asayesh vd., 2018; Browning ve Cruz, 2018; Sannino vd., 2019). Hastanelerde hemşireler tarafından yaşanan ahlaki sıkıntı

hemşirelerin yaşam kalitesini, motivasyonunu, iş performansını, mesleki doyumunu olumsuz etkilemekte ve buna bağlı olarak hemşirelerde mesleki tükenmeye neden olmaktadır (Moynihan vd., 2021; Rivaz vd., 2020; Romero-García vd., 2022). Ayrıca hasta takip ve tedavilerinde hatalara neden olabilecek dikkat dağınıklığına ve hasta bakımında isteksizliğe neden olmaktadır (Shorideh vd., 2012). Bu durum hemşirenin motivasyonunu, hastanın memnuniyeti ve de bakımın kalitesini azaltmaktadır (Asayesh vd., 2018). Hemşirelerde ahlaki sıkıntı ile ilgili yapılan uluslararası çalışmalarda hemşirelerin yoğun ve yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (Asayesh vd., 2018; Browning ve Cruz, 2018; Sannino vd., 2019). Özellikle de yoğun bakım gibi kritik ve özel bakım gerektiren birimlerde çalışan hemşireler daha fazla ahlaki sıkıntı yaşamaktadır. (Dodek vd., 2016; Prentice vd., 2016).

Yoğun bakım ünitelerinde sıkça karşılaşılan acil durumlar, yaşam desteği kararları, karmaşık çalışma ortamı, kurumsal politikalar ve sağlık personeli arasındaki iletişim eksikliği gibi etkenler ahlaki sıkıntıların daha sık yaşanmasına yol açmaktadır (Sannino vd., 2019). Ahlaki sıkıntı, hemşirelerin en iyi hasta bakımını sağlama ve kaliteli sonuçlara ulaşma becerilerini etkiler. Ayrıca yetersiz örgütsel destek ve kurum politikaları, iş ortamında yaşanan çatışmalar gibi faktörler de hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama sıklıklarını etkileyebilir (Lusignani vd., 2017). Ülkemizdeki hemşire sayısının yetersizliği, yoğun çalışma koşulları, düşük maaşlar, adaletsiz terfi sistemleri, eksik rol ve iş tanımları, uygunsuz kurum politikaları gibi sorunlar hemşireler arasında çaresizlik, ümitsizlik, tükenmişlik ve iş tatmininde azalmaya neden olarak işten hatta meslekten ayrılma düşüncesine yol açmakta ve ahlaki sıkıntıları tetiklemektedir (Yıldırım vd., 2013). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir araştırmada, bir hastanın daha fazla iyileşme umudu olmamasına rağmen solunum cihazı desteğiyle tedaviye devam etmesi ve hastanın ailesinin yaşamı sürdüren tedavileri talep etmesi durumunda hemşirelerin ciddi ahlaki sıkıntı yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır (Browning ve Cruz, 2018). Yapılan başka bir çalışmada ise yoğun bakım hemşireleri için en yüksek ahlaki sıkıntı kaynağının istenmeyen ve yararsız tedavilerin uygulanması olduğu bulunmuştur (Shorideh vd., 2015). Öte yandan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler günlük olarak birçok etik karar alırlar, ancak bu kararları uygulamada kendi inançlarına uygun şekilde hareket edememeleri de ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (Shorideh vd., 2012).

Hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri ile ilgili yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde hem profesyonel otonomi ile ahlaki sıkıntı

arasındaki ilişkiyi inceleyen hem de yoğun bakım ünitesi gibi özelleşmiş bir birimde hizmet veren hemşireler ile ilgili (Yeganeh vd., 2017; Sarkoohijabalbarezi vd., 2017) araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu araştırma konu ile ilgili hem güncel duruma ilişkin veri sağlaması açısından ve hem de literatürde yer alan bir boşluğu doldurması açısından önem arz etmektedir. Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye ilişkin tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi ve bu tutumların ahlaki sıkıntı üzerindeki etkilerini belirleyerek literatüre katkıda bulunmayı hedeflemektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım ve Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri, hastaların kritik düzeydeki sağlık sorunlarının takip, tetkik ve tedavi hizmetini sunduğu özel birimlerdir (Marshall vd., 2017). Bu üniteler, aniden genel durumu bozulan veya takibinde sağlık durumu hızla kötüleşen hastalara erken ve etkili bir şekilde müdahale edebilmek amacıyla gerekli malzemelerle donatılmıştır (Erdevir, 2018). Yoğun bakım ünitelerinin; hastaların hayatta kalabilmesi için gerekli olan temel yaşam desteğinin sağlanması (örneğin, entübasyon ve mekanik ventilasyon), temel yaşam desteği sağlanan hastaların, bu desteklerden ayrılarak kendi başlarına ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelmesi ve hastanın yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamak ve yaşam kalitesinin yükselmesini sağlama görevi bulunmaktadır (Erdevir, 2018).

Yoğun bakım ünitelerinin özellikleri dört ana başlık altında toplanmaktadır:

1. *Hayati Destek Sağlama:* Yoğun bakım üniteleri, hastaların yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel yaşam desteğini sağlar. Bu destekler arasında entübasyon ve mekanik ventilasyon gibi solunum yardımları önemli bir yer tutar (Stokes vd., 2019).
2. *Sürekli İzleme ve Değerlendirme:* Yoğun bakım ünitelerinde hastalar sürekli olarak izlenir ve değerlendirir. Bu birimlerde, hastaların hayati belirtileri (kalp atış hızı, kan basıncı, solunum hızı vb.) sürekli olarak monitörize edilir ve anormallikler anında tespit edilir (Marshall vd., 2017).
3. *Çok Disiplinli Yaklaşım:* Yoğun bakım üniteleri, farklı tıbbi uzmanlık alanlarından gelen profesyonellerin bir arada çalıştığı yerlerdir. Bu birimler, doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonellerinin koordineli bir şekilde çalışmasını gerektirir (Brown vd., 2019).
4. *Hastaların İyileşme Sürecini Destekleme:* Yoğun bakım ünitelerinin bir diğer önemli özelliği, hastaların iyileşme sürecini desteklemektir. Bu süreçte, hastaların desteklerden ayrılarak kendi başlarına ihtiyaçlarını giderebilmeleri ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri hedeflenir (Rochester, 2009).

2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşireliği, özel eğitim ve uygulamalar gerektiren, araştırma sonuçlarına dayalı bilgi ve becerilerin kullanılmasını zorunlu kılan bir hemşirelik alanıdır (Akdeniz ve Ünlü, 2004). Bu birimlerde güvenli hasta bakımı sağlamak için yüksek

motivasyona sahip ve iyi donanımlı hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır (Başak vd., 2010). Bu doğrultuda, yoğun bakım kliniklerinde hastaların takibini ve tedavisini gerçekleştiren hemşireler, mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak hastaya ait verileri değerlendirir; takip sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemeye çalışır; en üst düzeyde bakım sunarak hastaların taburculuk sürecinin planlanmasında kritik bir rol oynar (Çınar ve Karadakovan, 2016).

2.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları etik sorunlar

Yoğun bakım ünitelerinin dinamik yapısı ve yaşam ile ölüm arasındaki belirsiz sınırlar, bu birimlerde sıkça etik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (İbrahimoglu, 2017). Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların bilinç düzeyindeki değişiklikler nedeniyle iletişim kurulamaması, teknoloji destekli hizmet sunumu, acil kararlar alınması ve müdahalelerin gerekliliği, bu hastaların sağlık sorunlarının ciddiyeti gibi faktörler de yoğun bakım ünitelerinde etik sorunların daha sık yaşanmasına neden olmaktadır (Tel, 2012). Yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonellerinin sıklıkla karşılaştığı ve etik düşünme ile karar verme gerektiren en hassas konular arasında; tedavi kararları, bilgilendirilmiş onam alınması, resüsitasyon uygulamaları, organ nakli, hastanın mahremiyeti ve özerkliğinin korunması, tıbbi kaynakların adil dağıtımı, hastaların tanı ve tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesi, terminal dönem hasta bakımı, hasta haklarının korunması ve ötanazi yer almaktadır (İbrahimoglu, 2017).

2.2.1.1. Aydınlatılmış onam

Yoğun bakım hemşirelerinin sıkça karşılaştığı ahlaki sorunlardan biri, aydınlatılmış onamın sağlanmasında yaşanan zorluklardır (İbrahimoglu, 2017). Aydınlatılmış onam, sağlık hizmeti alan bireylerin, kendilerine önerilen tedavi ya da girişim hakkında yeterli bilgiye sahip olduktan sonra özgür iradeleriyle karar vermelerini sağlayan bir süreçtir (Brown, 2019). Ancak yoğun bakım ünitelerinde, hastaların genellikle bilinç seviyeleri düşük olduğundan veya iletişim kurmaları güç olduğundan bu onam süreci genellikle karmaşık hale gelir (Tel, 2012). Hemşireler, bu durumlarda hastaların özerkliklerini korumak ve etik standartları sürdürmekte zorlanabilirler (Orlemans vd., 2015). Bu durum, hemşirelerin aydınlatılmış onam sürecine dair etik yükümlülüklerini yerine getiremedikleri düşüncesine kapılmalarına neden olabilir (Brown, 2019). Hemşireler, hastalarının menfaatlerini gözetmekle yükümlüdür; ancak hastaların bilinçsiz veya karar verme yetisine

sahip olmadıkları durumlarda aydınlatılmış onam sürecinin yetersiz kalması ve hastaların gerektiği gibi bilgilendirilmemesi, hemşirelerde ahlaki sıkıntılara yol açabilir (Tel, 2012; Brown, 2019). Bu sıkıntı, hemşirenin hastaya olan sorumlulukları ile hastanın haklarına saygı gösterme zorunluluğu arasında kalmasından kaynaklanır. Bu tür durumlar, hemşirelerde profesyonel sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirememe duygusu, ahlaki sıkıntı ve etik ikilem yaşamalarına sebep olur (Orlemans vd., 2015; Karagözoğlu vd., 2017).

2.2.1.2. Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması

Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması kararı, "Do Not Resuscitate (DNR)" talimatı olarak da bilinir ve hastanın yaşam sonu bakımına yönelik önemli etik kararlar arasında yer alır. DNR, genellikle hastanın iyileşme şansının çok düşük olduğu, acı çekmemesi veya gereksiz yaşam uzatma müdahalelerinin önlenmesi amacıyla alınan bir karardır (İbrahimoglu, 2017). Yoğun bakım hemşireleri, DNR kararına uymak zorunda kaldıklarında hem hastanın haklarını savunma hem de hekimlerin tıbbi kararlarına saygı gösterme arasında bir denge kurmaya çalışır. Bu süreç, hemşirelerde ahlaki sıkıntı yaratabilir, çünkü DNR kararlarının, hastanın veya ailesinin istekleri doğrultusunda alınıp alınmadığı konusunda etik sorular doğabilir (Özkaya ve İlkılıç, 2022). Ayrıca, DNR kararı verildiğinde, hastanın bakımında aktif olarak yer almışlarsa ve bu süreçte hasta ve ailesiyle yakın ilişkiler kurmuşlarsa hemşireler bu talimatı uygularken duygusal açıdan zorlu bir süreç yaşayabilirler (Stokes vd., 2019). DNR talimatı, yaşam sonu bakımın bir parçası olarak önemli bir yer tutmakta ve hem hasta haklarının korunması hem de onurlu bir ölüm sağlanması açısından etik açıdan hassas bir müdahale olarak değerlendirilmektedir (İbrahimoglu, 2017).

2.2.1.3. Yararsız (nafile) tedavi

Tedavinin etkisiz ya da nafile kabul edilmesi durumunda, planlanan müdahalelerin hastanın belirlenen sağlık hedeflerine ulaşmasını sağlayamayacağı öngörülyorsa, bu tür bir tedaviye başlanmaması ya da mevcut tedavinin durdurulması gündeme gelebilir (Uysal, 2004; İbrahimoglu, 2017). Tedavinin nafile olduğuna karar verilmesi, genellikle hastanın iyileşme olasılığının son derece düşük olduğu veya uygulanan tedavinin hastanın yaşam kalitesine katkı sağlamadığı durumlarda değerlendirilir (Çınar ve Karadakovan, 2016). Bu süreç, özellikle yoğun bakım hemşireleri için önemli etik ve duygusal zorluklar yaratır

(Stokes vd., 2019; Michalsen vd., 2019). Tedavinin sonlandırılması, hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini ve onurunu koruma sorumluluğu ile tedavinin sınırlılıkları arasında denge kurmalarını güçleştirir ve onları derin bir etik ikilemle karşı karşıya bırakır (Özkaya ve İlkılıç, 2022). Bu tür kararların alınmasında multidisipliner ekiplerin ve hasta yakınlarının görüşlerinin dikkate alınması büyük önem taşır (Michalsen vd., 2019). Ailelerin ve sağlık ekibinin karar verme sürecine dahil edilmesi, alınan etik kararların daha dengeli ve hasta merkezli olmasına katkı sağlar (Michalsen vd., 2019).

Ülkemizde nafile tedavi kavramı, etik ve yasal açıdan henüz tam anlamıyla netlik kazanmamış bir konudur. Ancak, son yıllarda tıbbın ilerlemesiyle birlikte bu konuda daha fazla farkındalık oluşmuştur. Türk Tabipleri Birliği'nin etik kılavuzlarında da nafile tedaviye dair ilkeler bulunmaktadır. Özellikle yaşamın son döneminde olan hastalar için uygulanan tedavilerin fayda sağlamadığı ve hastanın yaşam kalitesini artırmadığı durumlarda tedavinin durdurulması ya da kısıtlanması tartışılmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2019). Bununla birlikte, nafile tedaviye ilişkin kararların alınmasında klinik ekiplerin yanı sıra hasta yakınlarının da sürece dahil edilmesi, etik açıdan önemli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır (Çiftci, 2021). Türkiye'de, özellikle yoğun bakım ünitelerinde, hastanın iyileşme şansı çok düşükse ve uygulanan tedaviler hastanın yaşam kalitesine anlamlı bir katkı sağlamıyorsa, bu tür tedavilerin devam edip etmemesi ciddi etik tartışmalar doğurur. Yoğun bakım hemşireleri ve hekimler, böyle durumlarda hastanın onurunu koruma sorumluluğu ile yaşamı sürdürmeye yönelik beklentiler arasında sıkışabilmektedir (İbrahimoglu, 2017). Bu bağlamda, multidisipliner ekiplerin karar süreçlerine dâhil olması ve hasta yakınlarıyla sağlıklı bir iletişim kurulması, etik kararların daha dengeli ve hasta merkezli olmasına yardımcı olur (Çiftci, 2021).

2.3. Profesyonel Otonomi

Profesyonel otonomi, kişinin karar verme sürecinde özerk olmasını, yani başkalarının direktiflerine bağlı kalmadan kararlar alabilmesini ifade eder. Profesyonel otonomiye sahip olan bireyler, kendi etik değerlerini belirler ve bu değerlere göre hareket ederler (Karagözoğlu, 2008; Danacı vd., 2023). Bu hem bireysel hem de mesleki gelişim için temel bir unsurdur ve mesleki uygulamalarda etkinlik ve sorumluluk duygusunu pekiştirir. Bununla birlikte, bu özerklik, meslektaşlarla iş birliği ve etik standartlara bağlılıkla dengelenmelidir (Danacı vd., 2023).

2.3.1. Profesyonellik ve otonomi kavramları

Profesyonellik, bir bireyin kendi alanında derinlemesine bilgi ve beceriye sahip olmasını gerektiren karmaşık bir kavramdır. Bu, sadece teorik bilgiye değil, aynı zamanda pratik uygulama yeteneğine de vurgu yapar (Gökçora, 2006). Profesyonel olmak, bireylerin mesleki kimliklerini güçlendirmek ve genişletmek için sürekli çaba göstermelerini yani sürekli öğrenme ve gelişme sürecini gerektirir (Purdy vd., 2023). Profesyonellik ayrıca, bireylerin sorumluluklarını kabul etmeleri, kendi fikirlerine sahip olmaları ve tutarlı davranmalarını da içerir. Bu durum, profesyonellerin hatalarını kabul etmelerini ve başarısızlıklarından ders çıkarmalarını, böylece daha iyi kararlar alabilmelerini ve mesleklerinde daha etkili olabilmelerini sağlar. İşin detaylarına hakim olmak ve bu detayları uygulayabilmek, profesyonelliğin temel taşlarından biridir ve bireyin kariyerinde ilerlemesine olanak tanır (Adıgüzel vd., 2011; Taylan vd., 2012; Purdy vd., 2023). Profesyonellik, bireyin kendi alanında uzmanlaşmasını ve topluma değer katmasını sağlayan önemli bir niteliktir.

Otonomi kavramı, bireylerin kendi yaşamları üzerinde tam kontrol sahibi olmalarını ifade eder. Bu, kişisel kararlarını özgürce alabilmeleri, meslek seçimlerini yapabilmeleri ve gelecek planlarını kendi istekleri doğrultusunda şekillendirebilmeleri anlamına gelir. Ayrıca, otonomi, bireylerin kendi düşüncelerini serbestçe ifade edebilme özgürlüğünü de içerir (Koçak vd., 2012) Bu bağlamda, otonomi, bireysel özgürlük ve bağımsızlığın temel bir unsuru olarak kabul edilir ve her bireyin kendi hayatı üzerinde söz sahibi olmasının önemini vurgular.

2.3.2. Hemşirelikte profesyonellik ve otonomi

Profesyonel otonomi, hemşirelerin kendi uzmanlık alanları içinde bağımsız kararlar alabilmelerini ifade eder (Karagözoğlu, 2008). Bu bağlamda, hemşirelikte profesyonel otonomi; hastaların durumlarını değerlendirme, onlara özgü bakım planları oluşturma ve uygulanan bakımın sonuçlarını analiz etme yetkinliğini içerir (Danacı vd., 2023). Yüksek düzeyde profesyonel otonomiye sahip hemşireler, kendi kararlarını verebilir, uygulamalarını eleştirel bir şekilde değerlendirebilir ve alternatif çözümler üretebilirler (Altıok ve Üstün, 2014). Bu yetkinlikler, hemşirelerin mesleki bilgi ve deneyimlerini kullanarak kaliteli bakım sunmalarını, geniş bir bilgi birikimine ve deneyime dayanarak, herhangi bir dış müdahale olmaksızın, hasta sağlığını destekleyici önlemleri belirleyip uygulamalarını sağlar (Altıok ve Üstün, 2014; Orton, 2021). Bu, özellikle acil durumlarda veya beklenmedik

komplasyonlarla karşılaşıldığında, hasta sonuçlarını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir (Orton, 2021). Ayrıca profesyonel otonomi hemşirelerin iş motivasyonunu memnuniyetini ve bağlılığını artırır (Labrague vd., 2019). Profesyonel otonomi, hemşirenin bilgi birikimini ve bakım sürecindeki özgürlüğünü yansıtır ve bu, hemşirelik pratiğinin temel bir unsuru olarak kabul edilir (Danacı vd., 2023). Ancak, genel olarak hemşirelik mesleğinde, diğer meslek gruplarına kıyasla karar verme süreçlerinde bir eksiklik olduğu ve bu durumun otonomi düzeylerini olumsuz etkilediği gözlemlenmektedir (Şimşek, 2020).

2.3.3. Hemşirelikte otonomiye etkileyen etmenler

Hemşirelik alanında bağımsızlık ve özgürlüğün artırılması, tarihsel süreçte çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmıştır (Altıok ve Üstün, 2014). Hemşirelerin, yalnızca doktorların talimatlarına göre hareket etmeleri, genellikle doktorların asistanı olarak algılanmaları, mesleğin kadınlarla özdeşleştirilmesi ve eğitim standartlarının net olmaması gibi faktörler, hemşireliğin otonomisini sınırlayan unsurlardır (Baykara ve Şahinoğlu, 2013; Hedman vd., 2019). Ayrıca, yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikler; deneyim, kıdem ve çalışma alanlarının çeşitliliği gibi profesyonel faktörlerin de bu durumu etkilemekte olduğu literatürde belirtilmektedir (Pursio vd., 2021; Baykara ve Şahinoğlu, 2013).

Ülkemizde hemşirelerin otonomilerinin olumsuz etkilenmesinin başlıca sebepleri arasında, yeterli eğitim seviyesine (en az lisans derecesine) sahip olmayan veya farklı sağlık alanlarında eğitim almış kişilerin hemşirelerle aynı yetki ve sorumluluğa sahip olmaları bulunmaktadır (Yetim ve Beydağ, 2015). Ayrıca kamu ve özel sektördeki sağlık kuruluşlarında hemşirelerin genellikle doktorların taleplerini yerine getirmekle görevlendirilmesi, hemşirelerin mesleki özerkliğini ikinci plana iten bir diğer önemli problemdir (Yetim ve Beydağ, 2015; Baykara ve Şahinoğlu, 2013).

Hemşirelik otonomisinin geliştirilmesinde olumsuz etkenlerin ortadan kaldırılması için en önemli kriter, bilimsel bilgi birikiminin artırılmasıdır. Baykara'nın (2010) aktardığı Chitty'nin (2005) otonom meslekleşme kriterleri, hemşirelik mesleğine uygulandığında şu şekilde sıralanabilir; hemşirelik alanında derinlemesine bilgi sahibi olmak ve bu bilgiyi lisans düzeyindeki eğitimle pekiştirmek, eğitim kurumlarının bu ihtiyaca cevap verebilir olması; hemşirelerin, mesleklerini benzersiz bir felsefeyle bütünleştirebilmesi; etik değerlere bağlı kalarak mesleği icra etme; meslek mensuplarının kendilerine has stratejiler geliştirebilmesi; mesleğin, profesyonellik standartlarına uygun ortamlarda yürütülmesi; mesleki faaliyetlerin organize bir yapıda gerçekleştirilmesi; bilimsel araştırmalar ve kanıta

dayalı uygulamaların devamlılığının sağlanması; ve toplum yararını gözeterek hizmet verilmesi (Baykara, 2010). Bu ölçütler, hemşirelik mesleğinin otonomisini güçlendiren ve mesleki gelişimi destekleyen temel taşlardır (Acorn vd.,1997; Baykara, 2010).

2.4. Ahlaki Sıkıntı

Ahlak, bireylerin toplumsal yaşamda uygun bulunan davranış kalıplarına ve normlarına uyması gereken bir kavramdır. Sıkıntı ise, bir sorunun, karmaşanın neden olduğu yoğun ve uzun süreli yıpranma durumudur (TDK, 2023) Ahlaki sıkıntı, bir meslek sahibinin doğru olan eylemi bildiği halde çeşitli nedenlerle bunu yapamadığında hissettiği baskıdır (Yıldırım vd., 2013; Karagözoğlu vd., 2017).

Ahlaki sıkıntı, Jameton (1984) tarafından ilk kez tanımlanmış olup, bireyin doğru olduğunu düşündüğü eylemi belirlemesine rağmen, çeşitli engeller (sosyal, kurumsal ya da bağlamsal) nedeniyle bu eylemi gerçekleştiremediği durumlarda yaşadığı içsel çatışma olarak ifade edilmiştir. Kalvemark ve arkadaşları (2004), sağlık profesyonellerinin etik karar verme sürecinde karşılaştıkları zorluklar nedeniyle mesleki değerlerine bağlı kalamadıklarını düşündüklerinde ortaya çıkan olumsuz stres belirtilerine ahlaki sıkıntı adını vermiştir. Bu tanım, Jameton'un 1984 yılında yaptığı tanıma benzerdir.

Ahlaki sıkıntı, bir kişinin ahlaki değerlerine aykırı davranmak zorunda kaldığında veya ahlaki olarak yanlış olduğunu düşündüğü bir durumla karşılaştığında duyduğu rahatsızlık ve üzüntüdür. Bu durum, kişinin kendisini değersiz, suçlu veya çaresiz hissetmesine neden olabilir. Ahlaki sıkıntı, kişinin ahlaki bütünlüğünü korumak için mücadele ettiği bir süreçtir (Rushton vd., 2017). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (AACN, 2020) tarafından yapılan tanıma göre, ahlaki sıkıntı, hemşirelerin etik olarak doğru olanı bildikleri halde, kendi değerleriyle çelişen bir davranışta bulunmaları gerektiğinde hissettikleri rahatsızlıktır. Yapılan tanımlar incelendiğinde, hemşirelerin mesleki uygulamaları engellendiğinde veya psikolojik olarak zorlandıklarında ahlaki sıkıntı yaşadıkları söylenebilir. Fakat ahlaki sıkıntının kaynağı sadece kurumsal faktörler değildir. Personel eksikliği ve hasta yakınlarıyla yaşanan sorunlar da ahlaki sıkıntıya yol açabilir. Bu yüzden ahlaki sıkıntının farklı nedenleri vardır (Defilippis vd., 2020).

2.4.1. Ahlaki sıkıntı nedenleri

Ahlaki sıkıntı, hemşirelik alanında önemli bir sorundur, çünkü hemşirelik hizmetini, hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını, hastaların haklarını savunma yeteneğini

olumsuz yönde etkileyebilir. Hatta bazı durumlarda, hemşirelerin işten veya meslekten ayrılmasına neden olabilir (AACN, 2020).

Avrupa'daki yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştığı zorlukları incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada hemşirelerin bağımsız karar verme yetkilerinin kısıtlı olduğu, sıkça ağır ahlaki baskı altında çalıştıkları ve hekimlerle olan iş birliklerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu faktörlerin kombinasyonu, hemşirelerin ahlaki açıdan büyük stres yaşamalarına yol açmaktadır (Papathanassoglou vd., 2012). Ebrahimi ve arkadaşları (2013) tarafından İran'da gerçekleştirilen araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin büyük bir kısmının (%67) ahlaki zorluklar, iş doyumsuzluğu, bakım verme sürecindeki zorlanmalar ve yetersiz maddi kaynaklar nedeniyle sağlık hizmeti kalitesinde düşüşe yol açabilecek sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (Ebrahimi vd., 2013). Taşkiran (2022) tarafından yapılan araştırmaya göre, yoğun bakım hemşirelerinin yarısı ahlaki zorluklar yaşamaktadır. Araştırma sonuçları, hemşirelerin yaklaşık %50 'si bu tür zorluklarla karşılaştığını ve yoğun bakım ünitelerinde geçirilen sürenin uzamasıyla bu durumun daha da arttığını göstermektedir. Bu bulgular, yoğun bakım alanında çalışan sağlık profesyonellerinin karşılaştığı etik sorunların boyutunu ortaya koymaktadır (Taşkiran, 2022). Karagözoğlu ve arkadaşlarının da ilerleyen yıllarda yapmış olduğu bir diğer araştırmada ise, yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Araştırma, ekip içi iletişim eksiklikleri, faydasız tedavi uygulamaları hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini artıran önemli faktörler olduğunu ortaya koymuştur (Karagözoğlu vd., 2017).

Tüm bu çalışmalar ahlaki sıkıntının birçok durumla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntı nedenlerini bireysel ve kurumsal faktörlerle ilişkili olarak sınıflandırılabilir (Hamric vd., 2012; Oh ve Gastmans, 2015). Bireysel faktörlerde, etik konulara daha fazla hassasiyet gösterme (Burston ve Tuckett, 2012), etik problemleri fark edememe (Elpern vd., 2005), kendine güven eksikliği (Huffman ve Rittenmeyer, 2012), çaresizlik duygusu (Papathanassoglou vd., 2012), yeterince girişimci olamama (Kayar ve Erdem, 2017), kendini takımın bir parçası olarak hissedememe (Wiegand ve Funk, 2012) gibi sebepler sıralanmaktadır. Kurumsal faktörler arasında ise ekip üyelerinin birbirleriyle yeterince iletişim kuramaması ve iş birliği yapamaması önemli bir rol oynar (Elpern vd., 2005). Ayrıca, profesyonellerin etik konularda farklı görüşlere sahip olması (Elpern vd., 2005), personel eksikliği nedeniyle iş yükünün artması (Maluwa vd., 2012; O'Connell, 2015), kaynak kısıtlılığı, yönetim desteğinin yetersiz olması (Oh ve Gastmans, 2015; Piers vd., 2012), sağlık ve kurum politikalarının uyumlu olmaması

(Shorideh vd., 2012), etik iklimin olumsuz olması (Oh ve Gastmans, 2015) gibi nedenler sayılmaktadır.

Sağlık profesyonelleri, bireysel ve kurumsal etkenlerin ötesinde, görev yaptıkları sağlık kurumlarının özelliklerinden de etkilenmektedirler (Yıldırım vd., 2013). Yoğun bakım, onkoloji ve organ nakli gibi özel alanlarda çalışanlar, bu durumların getirdiği zorluklar nedeniyle daha fazla ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedirler (Yıldırım vd., 2013).

2.4.2. Ahlaki sıkıntının etkileri

Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler, çeşitli olumsuz psikolojik ve fiziksel tepkilerle mücadele etmektedir. Araştırmalar, bu tür deneyimlerin hayal kırıklığı, öfke, suçluluk hissi ve kaygı gibi duygusal reaksiyonlara yol açabileceğini göstermektedir (Epstein ve Hemric, 2009). Ayrıca, güçsüzlük hissi, uyuşukluk, yorgunluk ve hatta ishal, mide bulantısı, iştah kaybı ve uykusuzluk gibi fiziksel belirtiler de yaşanabilmektedir (Austin vd., 2009; Deschenes vd., 2020) Bu durumlar, ahlaki sıkıntının bireyler üzerindeki etkisini gözler önüne sermektedir.

Hemşireler ahlaki ikilemlerle karşılaştıklarında, bu durum sadece kişisel düzeyde değil, aynı zamanda mesleki performanslarında da olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Deschenes vd., 2020). Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler, hasta bakımının kalitesinde düşüşler yaşayabilir, etik standartları uygulamada zorlanabilir ve dürüstlüklerini korumakta güçlük çekebilirler. Bu tür deneyimler, iş tatmininde azalma, tükenmişlik yaşama ve işten ayrılma eğilimi gösterme gibi mesleki yıpranma belirtilerine neden olabilmekte, böylece hemşirelerin hem bireysel hem de profesyonel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Pauly vd., 2012; Deschenes vd., 2020; Morley vd., 2021). Bunun sonucunda, sağlık hizmetlerinin kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir ve hasta bakımı standartlarında düşüş yaşanabilir.

2.4.3. Ahlaki sıkıntı ile başetme yöntemleri

Hemşirelikte ahlaki sıkıntının önlenmesi ve azaltılması için hem bireysel hem de kurumsal düzeyde çeşitli önlemler alınması önerilmektedir. Bireysel düzeyde, hemşirelerin etik bilinçlerini geliştirmeleri, etik eğitim almaları, etik danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaları, mesleki destek gruplarına katılmaları ve stres yönetimi becerilerini geliştirmeleri öneriler arasındadır. Kurumsal düzeyde ise, etik iklimin iyileştirilmesi, etik komitelerin kurulması ve işlevselleştirilmesi, etik kodların oluşturulması ve uygulanması,

hemşirelerin katılımının sağlanması ve hemşirelik liderliğinin güçlendirilmesi gibi önerilerin uygulanması sayılmaktadır. (McCue, 2010; Savel ve Munro, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutum ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırma soruları:

- Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumu nasıldır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyi nedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutum ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki bir ilişki var mıdır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ahlaki sıkıntı düzeylerini ne kadar etkilemektedir?

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009 yılında 55.000m² alan üzerine 72.000m² inşaat alanı olarak tasarlanmış ve 2015 yılında hizmete açılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatak kapasitesi, 6 Şubat'ta meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler nedeniyle 740'tan 580'e indirilmiştir. Hastanede yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 15, erişkin yoğun bakım ünitesinde ise 81 yatak bulunmaktadır. Hastanede görev yapan hemşire sayısı ise 806'dır. Evreni oluşturan yoğun bakım ünitelerinde, hasta başına düşen hemşire sayıları ve bakım ortamlarının farklı yoğunluklarda değiştiği gözlemlenmiştir. Bazı yoğun bakım ünitelerinde her bir hemşireye iki hasta düşerken, bazı yerlerde bu sayının 4-5 hastaya kadar çıktığı tespit edilmiştir. Hemşireler genellikle ikinci basamak hastalara bakım vermektedirler; bu hastalar, durumu stabil olmayan üçüncü basamak hastalara göre daha az kritik seviyededir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde 31, beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde 40, reanimasyon yoğun bakım ünitesine 37, dahiliye yoğun bakım ünitesinde 30, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde 11, pediatri yoğun bakım ünitesinde 31, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 16 olmak üzere toplam 196 hemşire çalışmaktadır. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı süreçte yoğun bakım ünitelerinde aktif olarak görevde olan (resmi, idari, doğum izni ve raporlular hariç) 171 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerden %87,24 araştırmaya katılmıştır.

Dahil edilme ve dışlama kriterleri

Araştırmada, örneklem grubunun belirlenmesi için çeşitli dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri, yoğun bakım ünitelerinde en az bir ay süreyle görev yapan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırma verilerinin toplandığı dönemde aktif olarak görev yapan hemşireleri içermektedir. Bu kriterler, hemşirelerin deneyim düzeyinin belirli bir seviyede olmasını ve bakım süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamak amacıyla belirlenmiştir. Dışlanma kriterleri ise, çalışmaya katılım göstermek istemeyen hemşireler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmanın yürütüldüğü dönemde izin, hastalık ya da geçici görev gibi sebeplerle aktif olarak yoğun bakım ünitesinde bulunmayan hemşireler de dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda ‘Sosyodemografik Bilgi Formu (EK1)’, ikinci kısımda ‘Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği (EK2)’, üçüncü kısımda ise ‘Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (EK3)’ bulunmaktadır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup araştırmaya katılacak olan hemşirelerin kişisel (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) ve çalışma yaşamı (çalıştığı birimdeki pozisyon, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, çalıştığı birimde günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı, mesleği kendi isteğiyle tercih etme durumu, mesleki örgüte üyelik durumu, mesleki yayın takip etme durumu, mesleki

bilimsel etkinliğe katılma durumu, temel mesleki eğitim dışında etik eğitim alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili eğitim alma durumu, çalıştığı birimde yaşam sonu kararlara katılma durumu) ile ilgili toplam 14 sorudan oluşturulmuştur.

Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği: Asakura, Satoh ve Watanabe tarafından (2016) geliştirilen, Şimşek ve Ceylan (2021) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek, 18 madde ile iş ile ilgili bağımsızlık (14.-18. maddeler), otonom klinik kararlar (1.-5. maddeler, 10. madde) ve çalışma koşulları üzerindeki kontrol (6. 9. maddeler, 11.-13. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1 “Kesinlikle katılmıyorum” ve 5 “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Bu ölçekle, “Kesinlikle katılıyorum” seçeneği, hemşirelerin profesyonel özerkliğe yönelik en serbest tutumunu temsil ederken, “Kesinlikle katılmıyorum” seçeneği ise en sınırlayıcı tutumu yansıtmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 18 ile 90 arasında değişmektedir ve puanın artması, profesyonel otonomi seviyesinin yükseldiğini göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak belirlenmişken, bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği: Hamric ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen ölçek, hastanelerde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntının sıklığını ve yoğunluğunu değerlendirmekte kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Karagözoğlu ve arkadaşları (2017) tarafından yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılmıştır. Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği, 21 maddeden oluşmakta olup tek boyutludur. Beşli Likert tipi bir formatta puanlanır; sıklık (0–4) ve yoğunluk (0–4) puanları maddelere göre belirlenir ve her bir madde için 0 ile 16 arasında değişen sonuçlar elde edilir. Bu bireysel sonuçlar toplanarak bileşik bir ahlaki sıkıntı puanı hesaplanır. Her bir maddeye ait puan, sıklık skoru ile yoğunluk skorunun çarpılmasıyla hesaplanır. Toplam puan, ölçek genelinde 0 ile 336 arasında değişir ve daha yüksek puanlar, daha yüksek ahlaki sıkıntıyı gösterir. Hamric ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuşken, Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu değer 0,85 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri etik kurul ve kurum izinlerinin alınmasından sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile 01.03.2024-01.04.2024 tarihleri arasında gündüz ve gece

vardiyasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aşamasında hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya davet edilmiş ve araştırma ile ilgili bilgi verilerek onam alınmıştır. Veri toplama formunun cevaplama süresinin ortalama olarak 15 dk sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan (Tarih: 10.11.2023, Sayı: 472) (EK4) ve T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Tarih: 01.03.2024) (EK5) gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca, araştırmada kullanılacak ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta yoluyla gerekli izinler temin edilmiştir (EK6). Araştırma başlamadan önce, katılımcılara çalışmanın amacı, kapsamı ve süresi hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü katılım onamı alınmıştır (EK7).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “*Kurtosis*” ve “*Skewness*” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik Verilerin normallik dağılımı	Cronbach α kat sayısı Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu (n=171)

Sürekli Değişkenler	Skewness		Kurtosis	
	Kat Sayısı		Kat Sayısı	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
İş ile İlgili Bağımsızlık	-0,309	0,186	-0,431	0,369
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	-0,953	0,186	0,678	0,369
Otonom Klinik Kararlar	-0,548	0,186	0,169	0,369
Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	-0,549	0,186	0,332	0,369
Yoğun Bakım Ahlakı Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu	-0,021	0,186	-0,567	0,369
Yaş	1,280	0,186	2,692	0,369
Mesleki deneyim ayı	1,177	0,186	1,639	0,369
Yoğun bakım deneyim ayı	1,159	0,186	1,150	0,369
Günlük bakım verdiği hasta sayısı	0,652	0,186	1,711	0,369

* Normal dağılmayan verilerdir. Tüm veriler normal dağılmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (n=171)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	102	59,6
	Erkek	69	40,4
Yaş	20-29 yaş	101	59,1
	30 ve üstü	70	40,9
Eğitim Durumu	Lise/ön lisans	22	12,9
	Lisans	137	80,1
	Lisansüstü	12	7,0
Çalışılan Pozisyon	Sorumlu hemşire	9	5,3
	Servis hemşiresi	162	94,7
Mesleki Deneyim	0-12 ay	30	17,5
	13-60 ay	54	31,6
	61-120 ay	61	35,7
	121 ay ve üzeri	26	15,2
Yoğun Bakım Deneyimi	0-12 ay	50	29,2
	13-60 ay	86	50,3
	61-120 ay	35	20,5
Mesleği Kendi İsteğiyle Tercih Etme	Evet	114	66,7
	Hayır	57	33,3
Mesleki Örgüt Üyeliği	Evet	37	21,6
	Hayır	134	78,4
Mesleki Yayın Takip Etme	Evet	61	35,7
	Hayır	110	64,3
Bilimsel Etkinliklere Katılma	Evet	53	31,0
	Hayır	118	69,0
Mesleki Eğitim Dışında Etik Eğitimi Alma	Evet	37	21,6
	Hayır	134	78,4
Yoğun Bakım Hemşireliği ile İlgili Özel Eğitim Alma	Evet	43	25,1
	Hayır	128	74,9
Çalışılan Birimde Yaşam Sonu Kararlara Katılım Durumu	Evet	74	43,3
	Hayır	97	56,7

Tablo 4.1. (Devam) Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (n=171)

Sayısal Değişkenler	Ort.	SS.	Min.	Max.
Yaş	29,12	4,63	20,00	48,00
Mesleki deneyim (ay)	69,69	54,22	8,00	276,00
Yoğun bakım deneyim (ay)	38,65	32,21	1,00	168,00
Günlük bakım verilen hasta sayısı	2,58	1,14	0	7,00

Araştırmada katılımcıların %59,6'sı kadındır, %59,1'i 20-29 yaş arasındadır, %80,1'i lisans mezunudur, %94,7'si servis hemşiresi olarak çalışmaktadır ve %35,7'sinin 61-120 ay mesleki deneyimi vardır. Katılımcıların %50,3'ünün 13-60 ay yoğun bakım deneyimi vardır, %66,7'si mesleği kendi isteği ile tercih etmiştir, %78,4'ünün mesleki örgüt üyeliği yoktur ve %64,3'ü mesleki yayınları takip etmemektedir. Katılımcıların %69'u bilimsel etkinliklere katılmamaktadır, %78,4'ü mesleki eğitim dışında etik eğitimi almamıştır, %74,9'u yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim almamıştır ve %56,7'si çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım sağlamamaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $29,12 \pm 4,63$; mesleki deneyim ay ortalaması $69,69 \pm 54,22$; yoğun bakım deneyimi ay ortalaması $38,65 \pm 32,21$ ve günlük bakım verilen hasta sayısı ortalaması $2,58 \pm 1,14$ 'dür.

Hemşirelerin Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı (n=171)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ort.	SS.	Min.	Max.
Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye				
Yönelik Tutum Ölçeği	72,55	10,36	39,00	90,00
İş ile İlgili Bağımsızlık	20,15	3,45	10,00	25,00
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	28,75	4,71	14,00	35,00
Otonom Klinik Kararlar	23,65	4,01	12,00	30,00

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi katılımcılar Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplamından $72,55 \pm 10,36$; İş ile İlgili Bağımsızlık alt boyutundan $20,15 \pm 3,45$; Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyutundan $28,75 \pm 4,71$ ve Otonom Klinik Kararlar alt boyutundan $23,46 \pm 4,01$ puan almışlardır.

Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği'nden alınan puanların dağılımı Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. *Yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği'nden alınan puanların dağılımı (n=171)*

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ort.	SS.	Min.	Max.
Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği	113,84	53,23	0	250,00

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi katılımcılar Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplamından $113,84 \pm 53,23$ puan almışlardır ve alınan puanlar 0-250 arasında değişmektedir.

Demografik özelliklere göre Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

		n	İş ile İlgili Bağımsızlık		Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol		Otonom Klinik Kararlar		Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	102	19,90	3,44	28,95	4,39	23,31	3,99	72,17	9,81
	Erkek	69	20,51	3,45	28,46	5,16	24,14	4,03	73,12	11,19
	Test ve Önemlilik		t=-1,127 p=0,261		t=0,663 p=0,508		t=-1,332 p=0,185		t=-0,586 p=0,558	
Yaş	20-29 yaş	101	20,43	3,47	20,15	3,45	27,23	5,34	24,09	3,93
	30 ve üstü	70	19,74	3,41	29,81	3,90	28,75	4,71	23,01	4,07
	Test ve Önemlilik		F=1,276 p=0,204		t=3,456 p=0,001		t=1,733 p=0,085		t=2,744 p=0,007	
Eğitim Durumu	Lise/ön lisans	22	19,68	3,63	27,82	5,64	23,45	4,21	70,95	12,18
	Lisans	137	20,24	3,39	28,97	4,45	23,66	3,99	72,87	10,05
	Lisansüstü	12	19,92	3,94	28,00	5,86	23,92	4,21	71,83	11,01
	Test ve Önemlilik		F=0,275 p=0,760		F=0,731 p=0,483		F=0,052 p=0,949		F=0,351 p=0,704	
Çalışılan Pozisyon	Sorumlu hemşire	9	18,33	3,35	26,44	4,13	23,56	3,00	68,33	8,77
	Servis hemşiresi	162	20,25	3,44	28,88	4,72	23,65	4,07	72,78	10,42
	Test ve Önemlilik		t=-1,628 p=0,105		t=-1,518 p=0,131		t=-0,072 p=0,943		t=-1,256 p=0,211	
Mesleki Deneyim	0-12 ay	30	19,20	3,82	30,07	3,82	22,83	5,05	72,10	10,48
	13-60 ay	54	20,43	3,27	28,93	3,82	24,43	3,40	73,78	9,02
	61-120 ay	61	20,31	3,47	28,52	5,04	23,44	3,75	72,28	10,25
	121 ay ve üzeri	26	20,27	3,33	27,42	6,16	23,46	4,41	71,15	13,14
	Test ve Önemlilik		F=0,928 p=0,429		F=1,557 p=0,202		F=1,164 p=0,325		F=0,438 p=0,726	

Tablo 4.4. (Devam) Demografik özelliklere göre hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

		n	İş ile İlgili Bağımsızlık		Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol		Otonom Klinik Kararlar		Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Yoğun Bakım Deneyimi	0-12 ay	50	19,50	3,66	29,36	4,43	23,00	4,66	71,86	10,79
	13-60 ay	86	20,47	3,37	28,86	4,20	24,01	3,49	73,34	9,42
	61-120 ay	35	20,29	3,30	27,63	6,05	23,69	4,21	71,60	12,01
	Test ve Önemlilik		F=1,279 p=0,281		F=1,443 p=0,239		F=1,007 p=0,368		F=0,503 p=0,606	
Mesleği Kendi İsteğiyle Tercih Etme	Evet	114	20,18	3,46	28,93	4,64	23,39	4,31	72,51	10,43
	Hayır	57	20,07	3,45	28,40	4,86	24,16	3,32	72,63	10,32
	Test ve Önemlilik		t=0,203 p=0,839		t=0,688 p=0,492		t=-1,279 p=0,203		t=-0,073 p=0,942	
Mesleki Örgüt Üyeliği	Evet	37	20,54	3,33	28,84	5,80	23,73	4,12	73,11	11,73
	Hayır	134	20,04	3,48	28,73	4,39	23,63	4,00	72,40	10,00
	Test ve Önemlilik		t=0,785 p=0,434		t=0,104 p=0,918		t=0,138 p=0,891		t=0,369 p=0,712	
Mesleki Yayın Takip Etme Durumu	Evet	61	20,25	3,37	29,08	5,06	23,38	4,35	72,70	10,38
	Hayır	110	20,09	3,50	28,57	4,52	23,80	3,83	72,46	10,40
	Test ve Önemlilik		t=0,281 p=0,779		t=0,676 p=0,500		t=-0,659 p=0,511		t=0,145 p=0,885	

Tablo 4.4. (Devam) Demografik özelliklere göre hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

		n	İş ile İlgili Bağımsızlık		Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol		Otonom Klinik Kararlar		Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	53	20,40	3,35	28,74	5,10	24,21	4,37	73,34	11,41
	Hayır	118	20,03	3,50	28,76	4,55	23,40	3,83	72,19	9,89
	Test ve Önemlilik		t=0,634 p=0,527		t=-0,034 p=0,937		t=1,221 p=0,224		t=0,667 p=0,506	
Mesleki Eğitim Dışında Etik Eğitimi Alma Durumu	Evet	37	20,03	3,27	28,27	4,98	23,86	4,67	72,16	11,62
	Hayır	134	20,18	3,51	28,89	4,64	23,59	3,83	72,66	10,03
	Test ve Önemlilik		t=-0,237 p=0,813		t=-0,705 p=0,483		t=0,369 p=0,713		t=-0,256 p=0,798	
Yoğun Bakım Hemşireliği ile İlgili Özel Eğitim Alma	Evet	43	20,63	3,19	28,77	5,37	23,91	4,10	73,30	11,07
	Hayır	128	19,98	3,53	28,75	4,49	23,56	3,99	72,30	10,15
	Test ve Önemlilik		t=1,059 p=0,291		t=0,021 p=0,983		t=0,486 p=0,628		t=0,549 p=0,584	
Çalışılan Birimde Yaşam Sonu Kararlara Katılım	Evet	74	19,97	3,73	28,28	5,43	23,58	4,02	71,84	11,37
	Hayır	97	20,28	3,23	29,11	4,06	23,70	4,03	73,09	9,55
	Test ve Önemlilik		t=-0,573 p=0,568		t=-1,100 p=0,274		t=-0,193 p=0,847		t=-0,784 p=0,434	

İş ile İlgili Bağımsızlık alt boyutu için;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan pozisyon, mesleki deneyim, yoğun bakım deneyimi, mesleği kendi isteğiyle tercih etme, mesleğinden memnun olma durumu, mesleki örgüt üyeliği, mesleki yayın takip etme durumu, bilimsel etkinliklere katılma durumu, mesleki eğitim dışında etik eğitimi alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma ve çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım durumuna göre İş ile İlgili Bağımsızlık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$)

Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyutu için;

Hemşirelerin yaşa göre Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerden 30 yaş ve üzeri olan hemşirelerin Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puan ortalaması 20-29 yaş aralığındakilere göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan pozisyon, mesleki deneyim, yoğun bakım deneyimi, mesleği kendi isteğiyle tercih etme, mesleğinden memnun olma durumu, mesleki örgüt üyeliği, mesleki yayın takip etme durumu, bilimsel etkinliklere katılma durumu, mesleki eğitim dışında etik eğitimi alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma ve çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım durumuna göre Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Otonom Klinik Kararlar alt boyutu için;

Araştırmada hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan pozisyon, mesleki deneyim, yoğun bakım deneyimi, mesleği kendi isteğiyle tercih etme, mesleğinden memnun olma durumu, mesleki örgüt üyeliği, mesleki yayın takip etme durumu, bilimsel etkinliklere katılma durumu, mesleki eğitim dışında etik eğitimi alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma ve çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım durumuna göre Otonom Klinik Kararlar alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplamı için;

Araştırmada hemşirelerin yaşa göre Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerden 20-29 yaş aralığındakilerin puan ortalaması 30 yaş ve üzeri olanlara göre daha yüksektir.

Cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan pozisyon, mesleki deneyim, yoğun bakım deneyimi, mesleği kendi isteğiyle tercih etme, mesleğinden memnun olma durumu, mesleki örgüt üyeliği, mesleki yayın takip etme durumu, bilimsel etkinliklere katılma durumu, mesleki eğitim dışında etik eğitimi alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma ve çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım durumuna göre Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Demografik özelliklere göre Yoğun Bakım Ahlakı Sıkıntı Ölçeği'nden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Demografik özelliklere göre yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		n	Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	102	110,74	52,93	t=-0,926	0,350
	Erkek	69	118,42	53,73		
Yaş	20-29 yaş	101	117,50	54,65	t=1,080	0,282
	30 ve üstü	70	108,56	51,04		
Eğitim Durumu	Lise/ön lisans	22	104,59	63,14	t=0,745	0,476
	Lisans	137	116,31	49,65		
	Lisansüstü	12	102,58	72,95		
Çalışılan Pozisyon	Sorumlu hemşire	9	88,44	71,47	t=-1,475	0,142
	Servis hemşiresi	162	115,25	51,96		
Mesleki Deneyim	0-12 ay	30	102,47	53,29	F=1,752	0,158
	13-60 ay	54	124,94	50,87		
	61-120 ay	61	114,93	51,72		
	121 ay ve üzeri	26	101,31	58,99		
Yoğun Bakım Deneyimi	0-12 ay	50	100,22	48,99	F=2,726	0,068
	13-60 ay	86	122,08	53,33		
	61-120 ay	35	113,03	56,15		
Mesleği Kendi İsteğiyle Tercih Etme Durumu	Evet	114	109,17	55,22	t=-1,630	0,105
	Hayır	57	123,18	48,13		
Mesleki Örgüt Üyeliği	Evet	37	118,97	52,07	t=0,662	0,509
	Hayır	134	112,42	53,65		
Mesleki Yayın Takip Etme Durumu	Evet	61	102,15	57,38	t=-2,161	0,032
	Hayır	110	120,32	49,88		
Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumu	Evet	53	101,81	56,82	t=-1,997	0,047
	Hayır	118	119,24	50,87		
Mesleki Eğitim Dışında Etik Eğitimi Alma Durumu	Evet	37	103,78	50,22	t=-1,300	0,195
	Hayır	134	116,61	53,88		
Yoğun Bakım Hemşireliği İle İlgili Özel Eğitim Alma	Evet	43	116,49	51,31	t=0,377	0,707
	Hayır	128	112,95	54,03		
Çalıştığınız Birimde Yaşam Sonu Kararlara Katılım Durumu	Evet	74	107,72	48,43	t=-1,316	0,190
	Hayır	97	118,51	56,42		

Araştırmada hemşirelerin mesleki yayın takip etme ve bilimsel etkinliklere katılma durumuna göre Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerden mesleki yayın takip etmeyen ve bilimsel etkinliklere katılmayan hemşirelerin Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması mesleki yayınları takip eden ve bilimsel etkinliklere katılanlara göre daha yüksektir.

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan pozisyon, mesleki deneyim, yoğun bakım deneyimi, mesleği kendi isteğiyle tercih etme, mesleki örgüt üyeliği, mesleki eğitim dışında etik eğitimi alma durumu, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim alma ve çalışılan birimde yaşam sonu kararlara katılım durumuna göre Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çeşitli değişkenler ile Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Çeşitli değişkenler ile hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ve yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi ($n=171$)

		İş ile İlgili Bağımsızlık	Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	Otonom Klinik Kararlar	Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu
Yaş	r	0,002	-0,196	-0,056	-0,110	-0,170
	p	0,981	0,010	0,469	0,153	0,026
Mesleki Deneyim (Ay)	r	0,046	-0,190	-0,015	-0,077	-0,123
	p	0,547	0,013	0,844	0,319	0,109
Yoğun Bakım Deneyim (Ay)	r	0,027	-0,205	-0,006	-0,086	0,021
	p	0,727	0,007	0,943	0,261	0,785
Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı	r	0,029	0,151	-0,097	0,041	0,122
	p	0,706	0,048	0,209	0,595	0,113

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi **Yaş** ile Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yaş arttıkça Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları düşmektedir. Yaş ile İş ile İlgili Bağımsızlık, Otonom Klinik Kararlar alt boyutları ve Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi **Mesleki Deneyim (Ay)** ile Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Mesleki Deneyim (Ay) ay arttıkça Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı düşmektedir. Mesleki Deneyim (Ay) ile İş ile İlgili Bağımsızlık, Otonom Klinik Kararlar alt boyutları, Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi **Yoğun Bakım Deneyim (Ay)** ile Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yoğun Bakım Deneyim (Ay) ay arttıkça Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı düşmektedir. Yoğun Bakım Deneyim (Ay) ile İş ile İlgili Bağımsızlık, Otonom Klinik Kararlar alt boyutları, Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi **Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı** ile Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı arttıkça Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı da artmaktadır. Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı ile İş ile İlgili Bağımsızlık, Otonom Klinik Kararlar alt boyutları, Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Hemşireler için profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği ile yoğun bakım ahlaki sıkıntı ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=171)

		Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu
İş ile İlgili Bağımsızlık	r	0,353
	p	0,000
Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol	r	0,129
	p	0,093
Otonom Klinik Kararlar	r	0,289
	p	0,000
Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği	r	0,288
	p	0,000

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi **İş ile İlgili Bağımsızlık** alt boyut puanı ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). İş ile İlgili Bağımsızlık alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi **Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol** alt boyut puanı ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi **Otonom Klinik Kararlar** alt boyut puanı ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Otonom Klinik Kararlar alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi **Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği** toplam puanı ile Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarının, ahlaki sıkıntı düzeyini ne kadar etkilediğini ortaya koymak için yapılan lojistik regresyon modeli Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarının, ahlaki sıkıntı düzeyine etkisini gösterir lojistik regresyon modeli

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	6,601	27,728	-	0,238	0,812	-48,137	61,340
Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanı	1,478	0,378	0,288	3,906	0,000	0,731	2,225

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, regresyon analizi, Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarının, ahlaki sıkıntı düzeyini ne kadar etkilediğini ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği ve Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0,288$, $R^2_{\text{adjusted}}=0,077$, $F_{(1,169)}=15,260$; $p=0,000$). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutum puanı, Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçek puanındaki değişimin %7,7’sini açıklamaktadır.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- *Profesyonel Otonomi Düzeyi:* Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeyi ortalamanın üzerindedir. Araştırmaya göre, 20-29 yaş aralığındaki yoğun bakım hemşirelerinin Profesyonel Otonomi Tutum Ölçeği puanları, diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.
- *Çalışma Koşulları ve Yaş İlişkisi:* Çalışma koşulları alt boyut puanı için 30 yaş ve üzeri yoğun bakım hemşirelerinin otonomi düzeyleri daha yüksektir.
- *Ahlaki Sıkıntı Düzeyi:* Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyi ortalamanın altındadır. Ancak, mesleki yayın takip etmeyenlerin ve bilimsel etkinliklere katılmayanların ahlaki sıkıntı düzeyi daha yüksektir.
- *Otonomi ve Ahlaki Sıkıntı İlişkisi:* Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçek puanı da artmaktadır.
- *İş İlgili Bağımsızlık ve Ahlaki Sıkıntı:* İş ile ilgili bağımsızlık alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.
- *Otonom Klinik Kararlar ve Ahlaki Sıkıntı:* Otonom klinik kararlar alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

5.2. Tartışma

Yoğun bakım üniteleri, sağlık hizmetlerinin en karmaşık ve stresli alanlarından biridir (AllahBakhshian vd., 2017). Bu ortamda çalışan hemşireler, hayatı tehdit eden durumlarla başa çıkmak, yüksek teknik beceriler ve etik hassasiyet gerektiren kararlar almak zorundadır (AllahBakhshian vd., 2017; Lima vd., 2023). Profesyonel otonomi, hemşirelerin klinik kararlarını kendi bilgi ve deneyimlerine dayanarak bağımsız bir şekilde alabilme yeteneğini ifade eder (Atasoy ve Baykara, 2020). Otonomi, hemşirelerin mesleki tatminlerini arttırarak hastalara vermiş oldukları bakımın kalitesini iyileştirmektedir (Laschinger, 2008; Lee ve Choi, 2019). Hemşirelerin mesleki bağımsızlıklarının artmasıyla birlikte, klinik karar alma süreçlerinde daha fazla sorumluluk ve etik yükümlülük üstlenmeleri gerekmektedir. Bu artan sorumluluk, hemşireleri daha karmaşık ve zorlayıcı etik ikilemlerle karşı karşıya bırakabilir, bu da ahlaki sıkıntı yaşama durumlarını etkileyebilir. Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 171 yoğun bakım hemşiresinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda aşağıda belirtildiği şekliyle kategorize edilerek tartışılmıştır:

5.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarına yönelik bulguların tartışılması.

5.2.2. Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerine yönelik bulguların tartışılması.

5.2.3. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması.

5.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumlarına yönelik bulguların tartışılması

Profesyonel otonomi, hemşirelerin klinik kararlarını kendi bilgi ve deneyimlerine dayanarak bağımsız bir şekilde alabilme yeteneğini ifade eder (Atasoy ve Baykara, 2020). Çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeyleri ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Profesyonel otonomi tutum ölçek puanının yüksek olması, hemşirelerin mesleki kararlarında bağımsız hareket etme, iş süreçlerini kontrol edebilme ve kendi klinik yargılarını kullanma konularında güçlü bir eğilime sahip olduklarını gösterir (Atasoy ve Baykara, 2020). Bu durum, hemşirelerin mesleki özerkliklerini koruma ve geliştirme konusunda kararlı olduklarını ve sağlık hizmetleri sunumunda daha etkin bir rol oynamak istediklerini ifade eder (Atasoy ve Baykara, 2020). Profesyonel otonomi düzeyinin yüksek

olması aynı zamanda hemşirelerin iş tatminini artırabilir ve hasta bakımında daha sorumlu ve özenli olmalarını sağlayabilir (Varjus vd., 2011). Varjus ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir literatür incelemesi, hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin ülkelere göre farklılık gösterdiğini, ancak genel olarak hastanelerde çalışan hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin sınırlı olduğunu ortaya koymuştur (Varjus vd., 2011). Aynı çalışmada, hemşirelerin karar verme süreçlerine katılımı ve klinik uygulamalarda bağımsız hareket etme yetenekleri düşük bulunmuş, ancak bu durumun hemşirelerin eğitimi ve sağlık sistemi politikalarına bağlı olarak değişebileceği vurgulanmıştır (Varjus vd., 2011). Türkiye’de yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar gözlemlenmiştir. Zengin ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında Türkiye’deki hemşirelerin profesyonel özerklik düzeyleri incelenmiş ve hemşirelerin meslekteki deneyimlerinin arttıkça otonomi düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (Zengin vd., 2018). Yine, Can ve Hisar’ın (2019) Türkiye’de farklı hastanelerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, özellikle yaş ve deneyim arttıkça profesyonel otonomi puanlarının da arttığı belirtilmiştir (Can ve Hisar, 2019). Uluslararası ve ulusal çalışmaların bulguları, hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin genellikle sınırlı olduğunu ancak mesleki deneyim ve eğitim düzeylerinin bu özerklik üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin profesyonel otonomilerini artırmak, hasta bakım kalitesini iyileştirebilir ve hemşirelerin mesleki tatminlerini artırabilir. Bu nedenle hem uluslararası hem de ulusal düzeyde hemşirelerin profesyonel otonomilerini destekleyecek politikaların geliştirilmesi önemlidir.

Araştırmada hemşirelerin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamalarına yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında; **çalışma koşulları üzerindeki kontrol** alt boyutunda 30 yaş ve üzeri olan hemşirelerin puan ortalamalarının diğer gruplara göre, Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeğinde ise 20-29 yaş arasında olanların puan ortalamasının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Can ve Hisar (2019) tarafından Türkiye’de farklı hastanelerde çalışan 336 hemşire ile, hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ve bu tutumların yaş gruplarına göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada 26-35 ve 36-45 yaş grubundaki hemşirelerin profesyonellik puanlarının, 18-25 yaş grubundaki hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Can ve Hisar 2019). Bu durum, profesyonel otonominin çalışma yılı ve deneyimle birlikte arttığını göstermektedir. Yeni mezun hemşirelerin daha dinamik ve hevesli olduğu, ancak zamanla çalışma koşulları, diğer

Çalışanların olumsuz tutumları ve tükenmişliğin artması nedeniyle profesyonel otonomilerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir. Araştırmamızda profesyonel otonomiye yönelik tutum puanı yaşı nispeten daha genç olan, çalışma yaşamının erken yıllarında olan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum mezuniyet sonrası hemşirelik mesleğini yapmaya duyulan heyecan, hemşirenin bağımsız rollerini vurgulama isteği ve kararlarda daha bağımsız karar alma duygusundan kaynaklanmış olabilir. Öte yandan çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyutunda ise 30 yaş üzeri hemşirelerin puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun ise çalışma yılı, mesleki deneyimlerle hemşirelerin yaptıkları işlerdeki kontrol duygusunun ve bağımsızlığının güçlenmesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine göre Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum leği puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyutunun **mesleki deneyim ve yoğun bakımda mesleki deneyim süresi** ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuca göre hemşirelerin mesleki deneyim süresi arttıkça profesyonel otonomi düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Zengin ve arkadaşları (2018) tarafından hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin meslekte çalışma yılı ve yaş gibi demografik faktörlerle olan ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, meslekte çalışma yılı ile profesyonel otonomi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani, hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça, profesyonel otonomi düzeylerinde de bir artış gözlemlenmiştir. Ancak, bu ilişkinin güçlü olmadığı, sadece hafif bir artış trendi gösterdiği belirlenmiştir (Zengin vd., 2018). Asl ve arkadaşlarının (2022) İran’da 250 yoğun bakım hemşiresi ile yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin iş deneyimi ile olan ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde iş deneyimi ile profesyonel otonomi düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yani, iş deneyimi arttıkça hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri de artmıştır (Asl vd., 2022). Literatürde, bazı çalışmalar yapılan çalışma ile uyumlu olup, yaş ve deneyimin artmasının profesyonel otonomi üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini öne sürerken, diğer çalışmalar bu ilişkiyi farklı şekillerde yorumlamış ve daha deneyimli hemşirelerin, artan bilgi ve becerilerle profesyonel otonomiyi daha etkin bir şekilde kullanabileceğini belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda ortaya çıkan bulgulardaki farklılıkların; çalışma ortamları, kurumsal destek ve bireysel farklılıklar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin **günlük bakım verdiği hasta sayısı** ile Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısı arttıkça Çalışma Koşulları Üzerindeki Kontrol alt boyut puanı da artmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bu durum ile farklı araştırma bulguları ortaya çıktığı görülmektedir. Labrague ve arkadaşlarının (2019) Filipinler'de çalışan 166 hemşire ile hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerini, bu düzeyleri etkileyen faktörleri ve profesyonel otonominin iş doyumu, örgütsel bağlılık ve iş performansı ilişkisini incelemeyi amaçlayan çalışmada, profesyonel otonomi düzeyi yüksek olan hemşireler, iş doyumu, örgütsel bağlılık ve iş performansı açısından daha olumlu sonuçlar göstermiş, hasta sayısının azalmasıyla da hemşirelerin profesyonel otonomi seviyelerinin yükseldiği görülmüştür. Yapılan araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin günlük bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça profesyonel otonomi düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Bu bulgu, literatürde yer alan bazı çalışmalarla çelişiyor gibi görünse de belirli faktörler bu durumu açıklamaya yardımcı olabilir. Günlük hasta sayısının artması, hemşirelerin klinik uygulamalarda daha fazla deneyim kazanmasına yol açabilir ve hemşirelerin klinik karar alma süreçlerinde kendilerine olan güvenlerini artırarak, otonomilerini güçlendirebilir. Daha fazla hastayla ilgilenmek, hemşirelerin uygulamalara ilişkin bilgi ve deneyim kazanarak bağımsız hareket etme kapasitelerini de destekleyebilir. Hemşirelerin daha fazla hasta ile çalışması, onları zaman yönetimi, hasta önceliklendirme ve hızlı karar verme becerileri konusunda daha etkili olmaya zorlayabilir. Bu durum, hemşirelerin daha hızlı ve etkin kararlar alarak profesyonel otonomilerini daha fazla kullanmalarına neden olabilir. Ayrıca araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin ilgilendiği hasta grubunun nispeten daha stabil veya daha az komplike vakalardan oluşmuş olması da bu sonucu etkilemiş olabilir. Bu durumda, hasta sayısındaki artış, hemşirelerin otonomi düzeylerini olumsuz etkilemek yerine, tekrarlayan durumlarla daha fazla karşılaştıkları için bağımsız karar alma kapasitelerini geliştirmiş olabilir. Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım biriminin, hemşirelerin otonom kararlar almasını destekleyen bir çalışma kültürüne sahip olması da önemli bir faktör olabilir. Daha fazla hasta sayısı ile karşılaşan hemşirelerin, aynı zamanda daha fazla karar alma yetkisiyle destekleniyor olması, otonomi düzeylerini artırabilir. Sonuç olarak, hasta sayısının artışına rağmen profesyonel otonomi düzeylerinin artması, hemşirelerin deneyim kazanması, çalışma koşullarına uyum sağlaması, daha fazla sorumluluk alması ve karar alma

süreçlerinde desteklenmeleri gibi faktörlerle açıklanabilir. Literatürdeki farklı bulgular, bu çalışmanın yapıldığı bağlamdan farklı koşullara sahip olabilir.

Araştırmada, hemşirelerin eğitim durumlarına göre profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde eğitim durumu ile profesyonel otonomi düzeyinin değiştiğini gösteren bulgular mevcuttur. Can ve Hisar'ın (2019) çalışmasında, lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleriyle ilgili puan ortalamalarının, ön lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu; Danacı ve arkadaşları (2023) tarafından hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile profesyonel otonomi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada daha yüksek eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, profesyonel otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Can ve Hisar, 2019; Danacı vd., 2023). Uluslararası çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Varjus vd., 2011; Parizad vd., 2021). Finlandiya'da 500 hemşirenin katıldığı çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelerin, özellikle karar alma süreçlerinde daha bağımsız oldukları, hasta bakımına yönelik stratejik kararları daha etkin bir şekilde alabildikleri belirlenmiş (Varjus vd., 2011). Parizad ve arkadaşlarının (2021) İran'da 300 hemşire ile yaptığı çalışmada yüksek lisans veya daha üst düzeyde eğitim almış hemşirelerin, daha düşük eğitim seviyesine sahip meslektaşlarına kıyasla, klinik kararlar alırken daha bağımsız oldukları ve çalışma koşulları üzerinde daha fazla kontrol sağladıkları saptanmıştır (Parizad vd., 2021). Çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerinin yüksek bulunmasına karşın, eğitim durumuyla anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, hemşirelerin profesyonel otonomi algısının eğitimden bağımsız olarak gelişebileceğini düşündürülebilir. Bu durumu destekleyen gözlemsel bilgiler, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin günlük olarak üstlendikleri karmaşık ve kritik sorumluluklar sayesinde, eğitim düzeylerinden bağımsız olarak yüksek bir otonomi geliştirmiş olabileceklerini ortaya koymaktadır. Yoğun bakım ünitesi, hemşirelerin sık sık hızlı ve bağımsız kararlar vermelerini gerektiren bir ortamdır. Bu ortam, uzun süreli deneyime sahip hemşirelerin, uygulamalı deneyim ve meslek içi öğrenme süreçleriyle profesyonel otonomi geliştirmelerine katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca, ekip içi iş birliğinin güçlü olduğu, birbirini uzun süredir tanıyan bir ekipte çalışmanın da hemşirelerin otonomi düzeyini artırdığı söylenebilir.

5.2.2. Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerine yönelik bulguların tartışılması

Ahlaki sıkıntı; hemşirelerin etik ikilem/etik problemler yaşadıklarında etik ilke-değerlere, profesyonel sorumluluklarına uymayacak şekilde yani çelişkili davranmaları sonucu hissettikleri strestir (Kälvemark, 2004). Bu araştırmada Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçek toplam puanı ortalamanın altında bulunmuştur. Bu bulguya göre hemşirelerin mesleki karar ve eylemlerinde stres ve sıkıntı yaşama düzeylerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyi farklılık göstermektedir. (Kayar ve Erdem, 2017; Eşer vd., 2021; Gülfidan ve Gezer, 2022). Varcoe ve arkadaşları (2012) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerini belirlemek ve bu sıkıntının hasta ilişkileri ve hemşirelerin duygusal durumu üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun hasta ilişkileri ile duygusal durumları üzerinde olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur (Varcoe vd., 2012). Whitehead ve arkadaşları (2015) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeyleri ve bu sıkıntının hasta bakım kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Whitehead vd., 2015).

Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerini inceleyen çalışmaların birçoğu uzak geçmişe aittir. Yakın geçmişe ait çalışmalar ise daha çok farklı birimlerde çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Eşer ve arkadaşlarının (2021) Türkiye’de 448 hemşire ile hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama durumlarını ve etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçladığı çalışmada hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyleri orta bulunmuştur (Eşer vd., 2021). Kayar ve Erdem (2017) tarafından Türkiye’de hemşirelerde ahlaki sıkıntının işe adanma davranışı üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ahlaki sıkıntı düzeyleri orta bulunmuştur (Kayar ve Erdem, 2017). Gülfidan ve Gezer (2022) tarafından cerrahi hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin hemşirelik bakımı davranışları üzerine etkisi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ahlaki sıkıntı düzeyleri düşük bulunmuştur (Gülfidan ve Gezer, 2022). Prompahakul ve arkadaşları (2021) tarafından Tayland’da hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini ve bununla ilgili faktörleri tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada ahlaki sıkıntı düzeyleri orta bulunmuştur (Prompahakul vd., 2021). Silverman ve arkadaşları (2021) tarafından Amerika’da Kovid-19 hastalarına bakım veren 31 hemşire ile hemşirelerde ahlaki sıkıntının nedenlerini

araştırmak ve ahlaki dayanıklılıklarını artıracak stratejileri belirlemek amacıyla anket ve gözlem yöntemiyle yapılan çalışmada ahlaki sıkıntı düzeyleri yüksek bulunmuştur (Silverman vd., 2021). Bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki sıkıntı düzeylerinin düşük bulunmasının altında yatan birkaç temel neden vardır. Gözlemlerimize göre çalışmanın örneklemini oluşturan grubun çalıştığı birimlerin daha çok birinci ve ikinci basamak düzeyinde hastaları kabul eden birimler olması, bakım verilen hastalar ile ilgili nispeten az komplike olan vakalarla karşılaşmalarına neden oluyor olabilir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin önemli bir kısmı uzun süredir yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Bu durum birbirini daha iyi tanıyan bir ekiple çalışma, karar alma süreçlerinin kolaylaşması, kurumsal etkilerin daha az hissedilmesi gibi sonuçları ortaya çıkarmış ve ahlaki sıkıntı düzeyinin daha düşük görülmesine neden olmuş olabilir.

Araştırmada, hemşirelerin demografik özelliklere göre ahlaki sıkıntı düzeylerinde meydana gelen değişim incelendiğinde; **mesleki yayınları takip etmeyenlerin ve bilimsel etkinliklere katılmayanların** ahlaki sıkıntı düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir. McAndrew ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin mesleki bilgi ve gelişimlerini sürdürmeleri durumunda daha düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur (McAndrew vd., 2011). Özellikle mesleki literatürü takip eden hemşirelerin, zorlu etik durumlarla başa çıkma konusunda daha hazırlıklı oldukları ve bu nedenle ahlaki sıkıntı seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (McAndrew vd., 2011). Hamric ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 300 hemşire ile hemşirelerin mesleki gelişim etkinliklerine katılımının ahlaki sıkıntı düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin mesleki gelişim etkinliklerine katılımının ahlaki sıkıntı düzeylerini azalttığı bulunmuştur. Özellikle etik eğitime katılan hemşirelerin, daha düşük düzeyde ahlaki sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir (Hamric vd., 2012). Bu bulgular, hemşirelerin mesleki yayınları takip etmeleri ve bilimsel etkinliklere katılmalarının ahlaki sıkıntı düzeylerini azaltmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Mesleki gelişime yönelik etkinliklerin ihmal edilmesi, hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerle başa çıkmalarını zorlaştırabilir ve bu durum ahlaki sıkıntılarını artırabilir. Bu nedenle, hemşirelerin sürekli mesleki gelişim fırsatlarına erişimini sağlamak, ahlaki sıkıntının azaltılmasında etkili bir strateji olabilir. Ayrıca sağlık kurumlarındaki yöneticilerin, hemşirelerin ahlaki sıkıntılarını azaltmak amacıyla kurum içi ve dışı kongre, seminer, kurs gibi bilimsel etkinliklere katılım konusunda eşit fırsatlar sunmaları büyük önem

taşımaktadır. Bu tür destekleyici yaklaşımlar, hemşirelerin profesyonel gelişimlerine katkıda bulunurken, hasta bakım kalitesini de yükseltecektir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarındaki yöneticilerin bu konuda proaktif adımlar atması, hemşirelerin ahlaki sıkıntılarını azaltmada ve kurum içi moral ve motivasyonu artırmada kritik bir rol oynar.

5.2.3. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

Bu çalışmada Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Yoğun Bakım Ahlakı Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0,05$). Çalışmayı Hemşireler İçin Profesyonel Otonomiye Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutlarıyla inceleyecek olursak *İş ile İlgili Bağımsızlık* alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlakı Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu toplam puanı da artmaktadır. *Otonom Klinik Kararlar* alt boyut puanı arttıkça Yoğun Bakım Ahlakı Sıkıntı Ölçeği Türkçe Versiyonu toplam puanı da artmaktadır. Hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, özellikle yoğun bakım ünitesi gibi özelleşmiş birimlerde hizmet veren hemşireler üzerine odaklanan çalışmaların (Yeganeh vd., 2017; Sarkoohijabalbarezi vd., 2017) sınırlı olduğu gözlemlenmektedir. Sarkoohijabalbarezi ve arkadaşları (2017) tarafından İran'da 120 pediatri servis ve pediatri yoğun bakım hemşiresi ile hemşirelerin profesyonel otonomi ve ahlaki sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada çalışmamız ile benzer sonuçlara rastlanılmıştır (Sarkoohijabalbarezi vd., 2017). İran'da Yeganeh ve arkadaşları (2017) tarafından 180 yoğun bakım hemşiresi ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada da, hemşirelerin profesyonel otonomiye yönelik tutumları ile ahlaki sıkıntı düzeyleri arasında pozitif, anlamlı ve düşük bir ilişki bulunmuştur (Yeganeh vd., 2017).

Bu araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerinin artmasıyla ahlaki sıkıntı düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Bu sonuç, ilk bakışta çelişkili görünse de, çeşitli faktörler bu ilişkiyi anlamlı kılmaktadır. Profesyonel otonomi arttıkça, hemşireler daha fazla karar verme yetkisine sahip olurlar ve bu da onların sorumluluklarını artırır. Karar verme süreçlerinde yalnız kalmaları, hemşirelerin daha fazla stres ve baskı hissetmesine yol açabilir. Bu durum, hemşirelerin etik ikilemlerle karşılaştıklarında yalnız kalma hissini artırır ve yanlış bir kararın sonuçlarından doğan ahlaki sıkıntı düzeylerini yükseltebilir. Yüksek düzeyde profesyonel otonomi, hemşirelerin hasta bakımında daha

fazla inisiyatif almasına ve kendi etik değerlerine göre hareket etmesine olanak tanır. Ancak, bu özgürlük aynı zamanda hemşireleri daha fazla etik ikilemle karşı karşıya bırakabilir. Hemşirelerin, hasta bakımında en iyi kararı vermeye çalışırken hastane politikaları, hasta istekleri ve mesleki standartlar arasında çatışmalar yaşayabilirler. Bu çatışmalar, ahlaki sıkıntının artmasına neden olabilir. Profesyonel otonomi, hemşirelerin klinik kararları bağımsız olarak almalarını sağlar. Ancak, bu bağımsızlık bazen yalnızlık hissine yol açabilir ve hemşirelerin destek ağlarından uzaklaşmalarına neden olabilir. Yalnızlık hissi, hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları daha zor çözmelerine ve duygusal yüklerinin artmasına neden olabilir. Destek ağının eksikliği, ahlaki sıkıntının artmasına yol açabilir. Profesyonel otonomi, hemşirelerin mesleki tatminlerini artırabilir, ancak bu aynı zamanda idealist beklentileri de yükseltebilir. Hemşireler, kendi etik ve mesleki standartlarına uygun olmayan durumlarla karşılaştıklarında daha fazla hayal kırıklığı yaşayabilirler. Yüksek idealist beklentiler ve bu beklentilerin karşılanmaması, hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerini artırabilir. Mesleki tatminin artışıyla birlikte gelen idealist hedefler, pratikte karşılanmadığında ahlaki sıkıntıya yol açabilir.

Sonuç olarak bu çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerinin artmasıyla birlikte ahlaki sıkıntı düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bu bulgu, profesyonel otonomi ve ahlaki sıkıntı arasındaki ilişkiyi açıklayan literatürle uyumlu ve anlamlıdır. Hemşirelerin mesleki bağımsızlıkları arttıkça, klinik kararlarını alırken daha fazla sorumluluk ve etik yükümlülük üstlenmeleri gerekmektedir. Bu artan sorumluluk, hemşirelerin daha karmaşık ve zorlu etik ikilemlerle karşılaşmasına yol açarak ahlaki sıkıntıları artırabilir. Profesyonel otonomi, hemşirelerin hasta bakımında daha etkin rol oynamalarını sağlarken, aynı zamanda karşılaştıkları etik sorunlar karşısında yalnız kalma ve yeterli destek bulamama riskini de beraberinde getirebilir (Yeganeh vd., 2017; Sarkoohijabalbarez vd., 2017). Bu nedenle, profesyonel otonomiye sahip olmak hemşireler için birçok avantaj sağlasada, beraberinde getirdiği etik ve duygusal yükler nedeniyle ahlaki sıkıntı düzeylerinde artışa neden olabilir.

5.3. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak, yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel otonomi düzeylerinin artırılması ve ahlaki sıkıntılarının azaltılması için çeşitli önerilerde bulunulabilir;

Hasta Açısından Öneriler

- Günlük bakım verilen hasta sayısının artmasıyla birlikte çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyut puanının da arttığı göz önüne alındığında, hemşirelerin hasta başına düşen iş yükünün dengelenmesi ve yeterli personel desteğinin sağlanması gerekmektedir. Bu, hastaların daha kaliteli ve bireyselleştirilmiş bakım almasını sağlayacaktır.

Kurum Açısından Öneriler

- Genç hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin yüksek olduğu göz önüne alındığında, bu grubun desteklenmesi ve bağımsız çalışma yeteneklerinin geliştirilmesi için sürekli eğitim programları düzenlenmelidir. Bu hem hemşirelerin kuruma katkılarını artıracak hem de iş gücü devamlılığını sağlayacaktır.
- 30 yaş ve üzeri hemşirelerin çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyut puanlarının yüksek olduğu dikkate alınarak, bu hemşirelerin liderlik ve yönetim rollerine teşvik edilmesi kurumun yönetim yapısını güçlendirebilir.
- Mesleki deneyim ve yoğun bakım deneyim süresi arttıkça çalışma koşulları üzerindeki kontrol alt boyut puanının düştüğü bulgusu, deneyimli hemşirelerin iş tatminini artırmak için iş yükünün dengelenmesi ve destekleyici çalışma ortamlarının sağlanması gerektiğini göstermektedir. Bu, hemşirelerin kuruma olan bağlılıklarını artırabilir ve deneyimli personelin işten ayrılmasını engelleyebilir.
- Ahlaki sıkıntı düzeylerinin ortalamanın altında bulunması olumlu bir bulgu olsa da, mesleki yayınları takip etmeyen ve bilimsel etkinliklere katılmayan hemşirelerin ahlaki sıkıntı puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle, hemşirelerin mesleki gelişimlerini desteklemek amacıyla sürekli eğitim programlarına katılımlarının teşvik edilmesi ve bilimsel etkinliklere katılım imkanlarının artırılması gerekmektedir.

Hemşire Açısından Öneriler

- Profesyonel otonomiye yönelik tutum ölçeği puanlarının ve ahlaki sıkıntı ölçek puanlarının artması arasındaki ilişki, hemşirelerin bağımsız klinik kararlar alırken karşılaştıkları etik ikilemler ve bu durumun neden olduğu ahlaki sıkıntıların daha fazla destek ve rehberlik ile yönetilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin etik karar verme süreçlerinde desteklenmesi ve gerekli rehberlik hizmetlerinin sunulması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acorn, S., Ratner, P. A., & Crawford, M. (1997). "Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurse managers". *Nursing Research*, 46(1), 52-58.
- Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H., & Özkan, D. S. (2011). "Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği". *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 235-260.
- Akdeniz, S., & Ünlü, H. (2004). "Yoğun bakım hemşireliği". *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(3), 179-185.
- AllahBakhshian, M., Alimohammadi, N., Taleghani, F., Nik, A. Y., Abbasi, S., & Gholizadeh, L. (2017). "Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study". *Nursing outlook*, 65(4), 392-399.
- Altıok, H. Ö., & Üstün, B. (2014). "Profesyonellik: Kavram analizi". *D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 151-155.
- American Association of Critical-Care Nurses [AACN]. (2020). Moral distress. American Association of Critical-Care Nurses. ABD: AACN. Erişim adresi: [//www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress](http://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress).
- Asakura, K., Satoh, M., & Watanabe, I. (2016). "The development of the attitude toward professional autonomy scale for nurses in Japan". *Psychological reports*, 119(3), 761-782.
- Asayesh, H., Mosavi, M., Abdi, M., Masoud, M. P., & Jodaki, K. (2018). "The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses". *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 11, 2.
- Asl, R. G., Taghinejad, R., Parizad, N., & Jasemi, M. (2022). "The Relationship Between Professional Autonomy and Job Stress Among Intensive Care Unit Nurses: A Descriptive Correlational Study". *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(2), 119-124. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_375_20
- Atabay, G., Çangarlı, G. B., & Penbek, Ş. (2015). "Impact of ethical climate on moral distress revisited: Multidimensional view". *Nursing Ethics*, 22(1), 103-116.
- Atasoy, N., & Baykara, Z. G. (2020). "Hemşirelerin Mesleki Özerkliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması". *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 28(2), 206-215.
- Austin, W., Kelecevic, J., Goble, E., & Mekechuk, J. (2009). "An overview of moral distress and the paediatric intensive care team". *Nursing Ethics*, 16(1), 57-68.
- Basaran Acil, S., & Dinç, L. (2018). "Turkish adaptation and psychometric characteristics of the Nursing Authority and Autonomy Scale". *Journal of Nursing Management*, 26(6), 735-743.
- Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2010). "Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi". *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.

Baykara, Z. G., & Şahinoğlu, S. (2013). "Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 176-181.

Baykara, Z. G., & Şahinoğlu, S. (2014). "An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey". *Nursing ethics*, 21(4), 447-460.

Brown, S. M., Bose, S., Banner-Goodspeed, V., Beesley, S. J., Dinglas, V. D., Hopkins, R. O., ... & Sevin, C. M. (2019). "Approaches to addressing post-intensive care syndrome among intensive care unit survivors. A narrative review". *Annals of the American Thoracic Society*, 16(8), 947-956.

Browning, E. D., & Cruz, J. S. (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.

Burston, A. S., & Tuckett, A. G. (2012). "Moral Distress: Contributing Factors, Outcomes and Interventions". an Overview of the Nursing Literature" (2012). INRC (Congress). 44.
https://www.sigmarepository.org/inrc/2012/presentations_2012/44

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (20 ed.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Can, R., & Hisar, K. M. (2019). "Hemşirelerin profesyonellik davranışları ve tükenmişlik düzeyleri". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 1-9.

Çınar, D., & Karadakovan, A. (2016). "Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği". *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 20(2), 116-122.

Çifci, A. (2021). "Yaşam sonu ve palyatif bakım". *Journal of Medicine and Palliative Care*, 2(1), 21-24.

Danacı, E., Alkan, S. A., Erdoğan, T. K., Özbudak, E., & Harbali, S. M. (2023). "Hemşirelerin profesyonel otonomi düzeylerinin kanıta dayalı hemşireliği yönelik tutumları üzerine etkisi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), 43-54.

Danielis, M., Palese, A., Terzoni, S., & Destrebecq, A. L. L. (2020). "What nursing sensitive outcomes have been studied to-date among patients cared for in intensive care units? Findings from a scoping review". *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103491.

Defilippis, T. M. L. S., Curtis, K., & Gallagher, A. (2020). "Moral resilience through harmonised connectedness in intensive care nursing: A grounded theory study". *Intensive Critical Care Nursing*, 57, 102785.

Deschenes, S., Gagnon, M., Park, T., & Kunyk, D. (2020). "Moral distress: A concept clarification". *Nursing ethics*, 27(4), 1127-1146.

Dodek, P. M., Wong, H., Norena, M., Ayas, N., Reynolds, S. C., Keenan, S. P., ... & Alden, L. (2016). "Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience". *Journal of critical care*, 31(1), 178-182.

Ebrahimi, H., Kazemi, A., & Azarm, A. (2013). "Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest medical of Iran". *Iranian Journal of Microbiology*, 5(4).

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.

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). "Moral distress, moral residue, and the crescendo effect". *The Journal of clinical ethics*, 20(4), 330-342.

Erdevir, A. G. (2018). "Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların yakınlarının öfke düzeyi ve öfke ifade tarzının değerlendirilmesi". Yüksek lisans tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erikmen, E., & Vatan, F. (2019). "Hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomilerinin incelenmesi". *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(6), 141-152.

Eşer, İ., Şahbaz, M., Ergin, E., Taşkiran, N., Yılmaz, S., & Şahin, M. (2021). "Moral Distress Experience in Nursing: Perceptions of Nurses: Descriptive Study". *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 29(3), 357-363.

Gökçora, İ. H. (2006). Türkiye'de bilimsel iletişim ve bilim yönetiminde profesyonellik. *ÜNAK*, 6, 167-176.

Gülfidan, H. & Gezer, N. (2022). "Cerrahi Hemşirelerinin Ahlaki Sıkıntı Düzeylerinin Hemşirelik Bakımı Davranışları Üzerine Etkisi Ve İlişkili Faktörler". (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi. [11607/4613/1/hulyagulfidanYLtez.pdf](https://tez.yok.gov.tr/Lakoni/tezdetay.aspx?tezno=11607/4613/1/hulyagulfidanYLtez.pdf)

Hamric, A. B. (2012, March). "Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities". In *HEC forum* (Vol. 24, pp. 39-49). Springer Netherlands.

Hamric, A. B., & Epstein, E. G. (2017, June). "A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation". In *HEC forum* (Vol. 29, pp. 127-143). Springer Netherlands.

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

Hedman, M., Häggström, E., Mamhidir, A. G., & Pöder, U. (2019). "Caring in nursing homes to promote autonomy and participation". *Nursing ethics*, 26(1), 280-292.

Huffman, D. M., & Rittenmeyer, L. (2012). "How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review". *Critical Care Nursing Clinics*, 24(1), 91-100.

İbrahimoglu, Ö. (2017). "Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 216-220.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*.

Kälvemark, 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.

Karagozoglu, S., Yildirim, G., Ozden, D., & Çınar, Z. (2017). "Moral distress in Turkish intensive care nurses". *Nursing ethics*, 24(2), 209-224.

Karagözoğlu, Ş. (2008). "Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 41-50.

Kayar, Z., & Erdem, R. (2017). "Hemşirelerde Ahlâkî Sıkıntının İşe Adanma Davranışı Üzerine Etkisi-The Effects Of Moral Distress On Work Engagement Behavior In Nurses". *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(22), 77-103.

Kırşan, M., Yildirim, D., Ceylan, B., Korhan, E. A., & Uyar, M. (2018). "Yoğun bakım ünitelerinde etik sorunlar: sistematik derleme". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 26(2), 57-65.

Koçak, E., Turan, S., & Aydoğdu, E. (2012). "Öğretmenlerin yetki devri, otonomi ve hesap verebilirliklerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi". *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama*, (5), 117-148.

Labrague, L. J., McEnroe Petite, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Tsaras, K. (2018, July). "Perceptions of organizational support and its impact on nurses' job outcomes". In *Nursing forum* (Vol. 53, No. 3, pp. 339-347).

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., & Tsaras, K. (2019). "Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study". *International journal of nursing practice*, 25(1), e12711.

Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). "When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates". *Journal of health psychology*, 22(1), 51-67.

Laschinger, H. K. S. (2008). "Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing worklife model". *Journal of nursing care quality*, 23(4), 322-330.

Lee, S. S., & Choi, H. R. (2019). "Convergence influences of nurses' professional autonomy and empathy on patient safety culture". *Journal of Digital Convergence*, 17(2), 231-241.

Lima, A., Moreira, M. T., Fernandes, C., Ferreira, M. S., Ferreira, M., Teixeira, J., ... & Coelho, A. (2023). "The burnout of nurses in intensive care units and the impact of the SARS-CoV-2 pandemic: A scoping review". *Nursing Reports*, 13(1), 230-242.

Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G., & Buffon, M. L. (2017). "Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units". *Journal of Nursing Management*, 25(6), 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.

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., ... & Zimmerman, J. (2017). "What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of

Societies of Intensive and Critical Care Medicine". *Journal of critical care*, 37, 270-276.

McAndrew, N. S., Leske, J. S., & Garcia, A. (2011). "Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care". *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 18(4), 221-230.

McCue, C. (2010). "Using the AACN framework to alleviate moral distress". *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 301-308.

Mealer, M., & Moss, M. (2016). "Moral distress in ICU nurses". *Intensive care medicine*, 42(10), 1615-1617.

Michalsen, A., Long, A. C., Ganz, F. D., White, D. B., Jensen, H. I., Metaxa, V., ... & Curtis, J. R. (2019). "Interprofessional shared decision-making in the ICU: a systematic review and recommendations from an expert panel". *Critical care medicine*, 47(9), 1258-1266.

Morley, G., Field, R., Horsburgh, C. C., & Burchill, C. (2021). "Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature". *International journal of nursing studies*, 121, 103984.

Moynihan, K. M., Taylor, L., Crowe, L., Balnaves, M. C., Irving, H., Ozonoff, A., ... & Jansen, M. (2021). "Ethical climate in contemporary paediatric intensive care". *Journal of medical ethics*, 47(12), e14-e14.

Oerlemans, A. J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E. S., Wollersheim, H., Dekkers, W. J., & Zegers, M. (2015). "Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands". *BMC medical ethics*, 16, 1-10.

Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). "Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review". *Nursing ethics*, 22(1), 15-31.

Orton, A. (2021). "Supporting nursing autonomy through shared governance". *Nursing Management*, 52(12), 44-46.

Özden, D., Karagözoğlu, Ş., & Yıldırım, G. (2013). "Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions". *Nursing ethics*, 20(4), 436-447.

Özkaya, H., & İlkılıç, İ. (2022). "Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar". *İçinde Palyatif Bakım ve Tıp*, Editör: Adem Akçakaya, 777-88.

Paganini, M. C., & Bousso, R. S. (2015). "Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units". *Nursing ethics*, 22(7), 803-814.

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 Journal of Critical Care*, 21(2), e41-e52.

Parizad, N., Lopez, V., Jasemi, M., Gharaaghaji Asl, R., Taylor, A., & Taghinejad, R. (2021). "Job stress and its relationship with nurses' autonomy and nurse-physician collaboration in intensive care unit". *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2084-2091.

Pauly, B. M., Varcoe, C., & Storch, J. (2012, March). "Framing the issues: moral distress in health care". In *Hec forum* (Vol. 24, pp. 1-11). Springer Netherlands.

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.

Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). "Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review". *Archives of disease in childhood*, 101(8), 701-708.

Prompahakul, C., Keim-Malpass, J., LeBaron, V., Yan, G., & Epstein, E. G. (2021). "Moral distress among nurses: A mixed-methods study". *Nursing Ethics*, 28(7-8), 1165-1182.

Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., & Kvist, T. (2021). "Professional autonomy in nursing: An integrative review". *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1577-1585.

Rivaz, M., Asadi, F., & Mansouri, P. (2020). "Avaliação da relação entre a percepção das enfermeiras sobre o clima ético e o desgaste no trabalho em Unidade de Terapia Intensiva". *Investigación y educación en enfermería*, 38(3).

Rochester, C. L. (2009, December). "Rehabilitation in the intensive care unit". In *Seminars in respiratory and critical care medicine* (Vol. 30, No. 06, pp. 656-669). © Thieme Medical Publishers.

Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Gálvez-Herrer, M., Ángel-Sesmero, J. A., Velasco-Sanz, T. R., Benito-Aracil, L., & Heras-La Calle, G. (2022). "Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103206.

Rushton, C. H., Schoonover-Shoffner, K., & Kennedy, M. S. (2017). "Executive summary: transforming moral distress into moral resilience in nursing". *Journal of Christian Nursing*, 34(2), 82-86.

Sannino, P., Gianni, M. L., Carini, M., Madeo, M., Lusignani, M., Bezze, E., ... & Mosca, F. (2019). "Moral distress in the pediatric intensive care unit: an Italian study". *Frontiers in pediatrics*, 7, 338.

Sarkoohijabalbarez, Z., Ghodousi, A., & Davaridolatabadi, E. (2017). "The relationship between professional autonomy and moral distress among nurses working in children's units and pediatric intensive care wards". *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 117-121.

Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., & Alavi Majd, H. (2015). "Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover". *Nursing ethics*, 22(1), 64-76.

Shorideh, F. A., Ashktorab, T., & Yaghmaei, F. (2012). "Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis". *Nursing ethics*, 19(4), 464-478.

Silverman, H. J., Kheirbek, R. E., Moscou-Jackson, G., & Day, J. (2021). "Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19". *Nursing ethics*, 28(7-8), 1137-1164.

Stokes, H., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F. F., & Wright, D. K. (2019). "Meaningful

experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study". *Intensive and Critical Care Nursing*, 53, 1-7.

Şimşek, S., & Ceylan, B. (2021). "Turkish reliability and validity of the attitude scale towards professional autonomy for nurses". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 411-417.

Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* 2012; 3(2): 1–9. [Crossref](#). [PubMed](#).

Taşkıran, G. (2022). "Yoğun bakım hemşirelerinin etkisiz uygulamalara ilişkin tutumu ve ahlaki sıkıntı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi". Yüksek lisans tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Taylan, S., Alan, S., & Kadioğlu, S. (2012). "Hemşirelik rolleri ve özerklik". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.

Tel, H. (2012). "Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar". *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 30-38.

Türk Dil Kurumu [TDK]. (2020). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Ankara: TDK. Erişim adresi: <https://sozluk.tdk.gov.tr/>

Türk Dil Kurumu [TDK]. (2023). Türk Dil Kurumu. "Sıkıntı." Ankara: TDK. Erişim adresi: <https://www.tdk.gov.tr/>

Türk Tabipleri Birliği (2015). Tıbbi etik ilkeleri. Ankara: TTB. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik-ilkeleri.pdf>.

Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). "Critical care nurse work environments 2018: findings and implications". *Critical Care Nurse*, 39(2), 67-84.

Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L., & Makaroff, K. (2012). "Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations". *Nursing ethics*, 19(4), 488–500. <https://doi.org/10.1177/0969733011436025>

Varjus, S. L., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2011). "Professional autonomy of nurses in hospital settings—a review of the literature". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201-207.

Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2015). "Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey". *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 117-125.

Wiegand, D. L., & Funk, M. (2012). "Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress". *Nursing ethics*, 19(4), 479-487.

Yeganeh, M. R., Pouralizadeh, M., & Ghanbari, A. (2019). "The relationship between professional autonomy and moral distress in ICU nurses of Guilan University of Medical Sciences in 2017". *Nursing Practice Today*, 6(3).

Yetim, S., & Beydağ, K. D. (2015). "Nazilli devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörler". *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(2), 63-69.

Yıldırım, G., Özden, D., & Karagözoğlu, Ş. (2013). “Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut”. Cumhuriyet Medical Journal, 35(2), 318-325.

Zengin, M., Yayan, EH, Yıldırım, N., Akın, E., Avşar, Ö. ve Mamiş, E. (2018). “Pediatri Sertifikalarının profesyonel değerlerinin mesleki tutumlarına etkisi”. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi , 5 (3), 316-323.



EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** Kadın () Erkek ()
2. **Yaşınız:**
3. **Eğitim Durumunuz:** Lise/Önlisans (....) Lisans () Lisansüstü ()
4. **Çalıştığınız birimdeki pozisyonunuz:** Sorumlu hemşire (.....) Servis hemşiresi (.....)
5. **Toplam mesleki deneyim yılınız nedir?**ayyıl
6. **Toplam yoğun bakımda çalışma süreniz nedir?**ay...yıl
7. **Çalıştığınız birimde günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı nedir? Yazınız.** (.....)
8. **Mesleği kendi isteğiyle tercih etme durumunuz nedir?**
Kendi isteğimle tercih ettim () Kendi isteğimle tercih etmedim (.....)
9. **Mesleki örgüte üyelik durumunuz nedir? : Üyeyim () Üye Değilim ()**
Cevabınız EVET ise hangi dernek yazınız.
10. **Mesleki yayın takip etme durumunuz nedir?**
Takip Ediyorum () Takip Etmiyorum ()
11. **Mesleki bilimsel etkinliğe katılma durumu (kurs, sempozyum, kongre vb) nedir?**
Katılıyorum () Katılmıyorum ()
12. **Temel mesleki eğitiminiz dışında etik ile ilgili bir eğitim aldınız mı?**
Evet () Hayır ()
Cevabınız EVET ise eğitimi nereden aldığınızı yazınız.
13. **Yoğun bakım hemşireliği ile ilgili özel eğitim aldınız mı?**
Evet () Hayır ()
Cevabınız EVET ise eğitimi nereden aldığınızı yazınız.
14. **Çalıştığınız birimde yaşam sonu kararlarına katılıyor musunuz?**
Evet () Hayır ()

EK-2. HEMŞİRELER İÇİN PROFESYONEL OTONOMİYE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hekimlerden farklı bir görüşüm olduğunda onlara bunu söylemek isterim.					
2	Hemşirelerin bir hekime bağımlı olmadan kararlarını vermek istediklerini düşünürüm.					
3	Hemşirelerin, hastaya hangi profesyonelin bakım vermesi gerektiğine karar vermek isteyebileceğini düşünürüm.					
4	Hemşirelik mesleğini kendi kararlarım doğrultusunda uygulamak isterim.					
5	Bir hemşire olarak kendime yargıma göre hastalara nasıl Bakım vereceğime karar vermek istiyorum.					
6	Kendi vardiyama kendim karar vermek isterim.					
7	Hemşirelerin kendi çalışma kıyafetlerini seçmek istediklerini düşünürüm.					
8	Hemşirelerin, işlerini yapmalarına engel olmadığı sürece saçlarını istedikleri tarzda kullanmak istediklerini düşünürüm.					
9	Hemşirelerin görevlerini, kendileri düzenlemek istediklerini düşünürüm.					
10	Hastanın durumunu göz önünde bulundurarak görevlerimi bağımsız bir şekilde nasıl yerine getirebileceğime karar vermek isterim.					
11	İzin alacağım bir günün kararını kendim vermek isterim.					
12	Ne zaman gece nöbeti tutacağıma kendim karar vermek isterim.					
13	Tercih ettiğim görev alanında çalışmayı isterim.					
14	Hemşirelerin kendi uygulamalarını yapmalarına izin verilmesi gerektiğini düşünürüm.					
15	Hemşirelerin hekim gözetimi olmadan hemşirelik uygulamalarını yapmak istediklerini düşünürüm.					
16	Hemşirelerin bir sağlık kurumunun yöneticisi olmak istediklerini düşünürüm.					
17	Hemşirelerin toplumda bağımsız olarak çalışmak istediklerini düşünürüm.					
18	Hemşirelerin birinci basamak hemşirelik hizmetlerini bağımsız olarak yönetmek istediklerini düşünürüm.					

EK-3. YOĞUN BAKIM AHLAKİ SIKINTI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE VERSİYONU

Profesyoneller iç veya dış engeller nedeniyle etik olarak uygun olduğuna inandığı eylemleri uygulayamadığında ahlaki sıkıntı oluşur. Klinik uygulamada aşağıdaki durumlar oluşabilir. Bu durumları yaşamanız 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)’ı seçiniz. Böyle bir durumu yaşamamış olsanız bile, sizin uygulamalarınızda böyle bir şey olsaydı ne derece rahatsızlık duyabileceğinizi belirtin. Her bir maddeyi şu iki boyut için uygun olan sütunu işaretleyerek yanıtlamanız gerektiğini unutmayın: **Sıklık** ve **rahatsızlık düzeyi**.

	Sıklık					Rahatsızlık Düzeyi				
	Asla		Çok sık			Hiç		En fazla		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme										
2. Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiği tanık olma										
3. Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma										
4. Sadece ölüm sürecini uzatacağını düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatma										
5. Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmama										
6. Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulama										
7. Ventilatör 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 Ölümüne neden olacağı endişesi nedeniyle ağrı kesici ilaç dozunun artırılabilmesi sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım verme.										
13. Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunu tartışılmasına yönelik hekim isteğine uyma										

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