



## HEMŞİRELERDE AHLÂKÎ SIKINTININ İŞE ADANMA DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ<sup>1</sup>

### THE EFFECTS OF MORAL DISTRESS ON WORK ENGAGEMENT BEHAVIOR IN NURSES

Zuhal KAYAR<sup>2</sup>, Ramazan ERDEM<sup>3</sup>

#### Öz

*Ahlâkî sıkıntı etik bir ikilem ortaya çıktığında, ahlâkî açıdan doğru bir şey yapmak isterken kurumsal veya yasal kısıtlamalar nedeniyle istenen davranışların uygulanmasının mümkün olmamasıdır. Bu çalışmada ahlâkî sıkıntı ve işe adanma davranışı arasındaki ilişkinin tespiti hedeflenmiştir. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet gösteren hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 206 hemşireye ulaşılmıştır. Ahlâkî sıkıntının işe adanma davranışı üzerindeki etkisi çoklu regresyon analiziyle incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, ahlâkî sıkıntının sık görülmesinin hemşirelerin kendilerini işlerine vermeleri üzerinde olumsuz etkisi görülürken; ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık duyulması hemşirelerin kendilerini işlerine vermeleri üzerinde olumlu katkı sağlamıştır. Hemşirelerde ahlâkî sıkıntının görülme sıklığının enerjik olmayı negatif yönde etkilediği görülmüştür. Ancak yaşanan ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık duyulmasının işe adanmanın enerjik olma boyutu üzerinde beklenenin aksine bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanede çalışanlara göre ahlâkî sıkıntıdan daha fazla rahatsızlık duymaktadır. Meslekteki toplam hizmet süresi 6-15 yıl olanların, mesleğe ilk başlayan ve meslekte 15 yıldan fazla hizmet süresine sahip olanlara göre ahlâkî sıkıntıdan daha fazla rahatsızlık duydukları görülmüştür.*

**Anahtar Kelimeler:** Ahlâk, etik, etik ikilem, ahlâkî sıkıntı, işe adanma<sup>1</sup>

#### Abstract

*Moral distress is the impossibility of the practice of the desired behaviors as wishing to do a righteous thing when an ethical dilemma occurs due to institutional or legal restrictions. In this study, it was aimed that the relationship between moral distress and work engagement behavior was determined. Nurses serving in hospitals that operate in Isparta city center made up the research population. 206*

<sup>1</sup> Bu çalışma 4651-YL1-16 numaralı proje ile Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü tarafından desteklenen "Hemşirelerde Ahlâkî Sıkıntının İşe Adanma Davranışı Üzerine Etkisi" isimli yüksek lisans tezinin bazı değişiklikler yapılmış ve makale biçimine dönüştürülmüş halidir.

<sup>2</sup> Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, zuhalturkmen.kayar@hotmail.com

<sup>3</sup> Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

nurses were reached in the research scope. The effect of moral distress on work engagement behavior was analyzed by multiple regression analysis. Based on the research results, it was seen that whereas frequent moral distress affected the nurses unfavorably for committing or focusing to their work; feeling discomfort from moral distress contributed the nurses positively for committing to their work. It was seen that frequency of moral distress in the nurses affected vigor negatively. However, it was determined that feeling discomfort about moral distress did not have an effect on the vigor dimension of work engagement in contrary to expectations. The nurses working at the university hospital felt more discomfort about moral distress in comparison to the workers of the Ministry of Health hospitals and private hospitals. It was seen that the nurses who had service duration of 6-15 years felt more discomfort about moral distress in comparison to the ones who just started the profession and had more than 15 years of service in the profession.

**Keywords: Morality, ethics, ethics dilemmas, moral distress, work engagement**

## 1.GİRİŞ

Ahlâk ve etik ilkeleri hayatın her alanında olduğu gibi sağlık kurumlarında da toplumsal düzeni sağlayan, işgörenler arasında iyi ilişkiler yürütülmesini sağlayan ve uzaktan da olsa başkalarının hayatları üzerinde etik karar verme sürecini etkileyen vazgeçilmez bir gerekliliktir. Ahlâk ve etik, günlük hayatta birbirinin yerine kullanılsa da literatürde farklılık gösteren kavramlardır.

Etik, “doğru ve yanlış davranış teorisisidir”, ahlâk ise “onun pratiği”dir. Bundan dolayı etik için ahlâki davranış tarzından, ahlâk için ise etik ilkelerden söz etmek daha doğru olacaktır (Billington, 2011, s. 46). Frankena (2007, s. 20) etiği felsefenin bir dalı; ahlâk felsefesi (moral philosophy) olarak tanımlarken; ahlâkı da (morality) ahlâkî sorunlar ve ahlâkî yargılar hakkında felsefi düşünme olarak ifade etmiştir. Literatürde “ahlâk” ile “etik” arasında yapılan ayırmda daha çok, etiğin ahlâk üzerinde incelemeler yapan felsefi bir disiplin olduğu vurgulanmaktadır. Aslında her iki terimin aynı anlamda kullanılmasına neden olan gerekçelerden birincisi; her iki terimin etimolojik kökenleri itibariyle aynı anlama gelmeleri, ikincisi ise; günlük kullanımda ortak çağrışımlara sahip olmalarıdır (İlhan, 2005, s. 259).

Etik ve ahlâk kavramları sadece literatür tanımlarıyla farklılık göstermekle kalmayıp, konuları açısından da farklı alanlara yönelmektedir. Ahlâkın konusunu, insan davranışlarını toplumsal kurallar çerçevesinde değerlendirmek oluştururken; etik ahlâkla ilgili insan davranışlarının sebepleri ve gerekçeleri üzerinde değerlendirmeler yapan kendine özgü konulara sahiptir (Usta, 2011, s. 41). Bir başka ifadeyle etik ahlâk üretmez, ahlâk üzerine konuşur. Etiğin amacı, oluşumu ve görünümü topluma, dine, doğaya ya da bu boyutların bir karışımına bağlanabilir. Ahlâk ise bir kurallar sistemidir ve özünde bireylerin bu kurallara karşı duyduğu saygı vardır (Başpınar ve Çakıroğlu, 2012, s. 16-17).

Ahlâk ve etik zaman zaman günlük kullanım dilinde de farklı şekillerde kullanılmaktadır. Örneğin tıp etiğinden söz edebilirken; tıp ahlâkından çok söz edilmez. Ancak bir hekimin ahlâkından söz edilebilir. Çünkü tıp etiği, hekimlik mesleğinin acının dindirilmesi için göz önüne alması gereken ilkelerle ilgilidir; bir hekimin ahlâkı ise onun kendi kişisel davranışlarıyla ilgilidir ve hastalarından çok arkadaşlarının ve yakın çevresinin ilgi alanına girer (Billington, 2011, s. 47). Sağlık kurumlarında yazılı

olmayan ahlâk kuralları ile yazılı olarak var olan etik konular (meslek etiği, tıp etiği, biyoetik, etik kurullar, etik iklim vb.) etik karar verme sürecini doğrudan etkileyen unsurlardır. Bu doğrultuda ahlâk temelli etik sorunlar “ahlâkî sıkıntı”ya sebep olmaktadır.

Ahlâkî sıkıntı, bir profesyonelin yapılacak doğru davranışı bildiği halde engeller nedeniyle doğru davranışı gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı sıkıntı olarak ifade edilmektedir (Yıldırım vd., 2013, s. 318). Bir başka ifadeyle ahlâkî sıkıntı, etik bir ikilem meydana geldiğinde ahlâkî açıdan doğru bir şey yapmak amacıyla ortaya çıkan, fakat kurumsal kısıtlamalar ile istenen davranışların uygulanmasının imkânsız olması sonucu meydana gelen tehlikedir (Kalvemark vd., 2004, s. 1077). Basitçe tanımlayacak olursak; seküler sağlık ortamında acı ahlâkî sıkıntıya eşit olabilir (McCroly, 2010, s. 1). Buradan hareketle bireylerin toplumsal ahlâk kuralları ile bireysel etik dayanaklarının ahlâkî sıkıntıya sebep olduğu ve ahlâkî sıkıntının bu faktörler ile psikolojik ve çevresel engellerin gölgesinde yaşanan sıkıntı durumu olduğu düşünülmektedir.

Ahlâkî sıkıntı sağlık kurumlarında meydana gelen etik konuları kategorize etmek için 1984 yılında ilk olarak Jameton tarafından ortaya atılmıştır. Jameton ahlâkî sıkıntıyı, kişinin ahlâken doğru olduğuna inandığı bir eylemi yapacakken karşılaştığı engeller nedeniyle yapmasının mümkün olmadığı durumlarda yaşanan sıkıntı olarak tanımlamıştır. Kişi doğru olduğuna inandığı eylemleri gerçekleştirecekken kurumsal kısıtlama ve çatışma biçiminde ahlâkî sıkıntıyla karşılaşabilir (Radzvin, 2008, s. 4).

Amerikan Hemşireler Birliği (AACN) 2008’de ahlâkî sıkıntının ciddi bir sorun olduğunu ifade ederek, çalışma ortamında bütünlük olmaması ve memnuniyetsizliğin hissedilmesinin hemşirelerin fiziksel ve duygusal stres yaşamalarına; hemşirelik bakımının niteliğinin, niceliğinin ve maliyetinin etkilenmesine, hatta hemşirelik mesleğini bırakma fikrine sebep olacak kadar profesyonel bir sorun olduğunu belirtmiştir.

Günlük çalışma yaşamlarında hemşireler hem hasta bakım hizmeti verip hem de hekim *order*’lerini yerine getirerek etik karar verme çabası içinde olduklarından çevresel faktörlerin etkisiyle imkânsız ve zor durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Dolayısıyla hemşirelerin hem hekimler, hem hastane yönetimi, hem de hasta ve hasta yakınları tarafından baskılanan taraf olması hemşirelerin sıkıntı durumuna en çok maruz kalan meslek grubu olmalarını kaçınılmaz hale getirmektedir.

**Tablo 1. Ahlâkî Sıkıntı İkilemi**

İkilem	Yasal Doğru	Yasal Yanlış
Ahlâkî Doğru	Sadece Yap	Ahlâkî Sıkıntı
Ahlâkî Yanlış	Ahlâkî Sıkıntı	Yapma

Kaynak: Kalvemark vd., 2004, s. 1083.

Tablo.1’de görüldüğü gibi Kalvemark ve arkadaşları (2004, s. 1083) davranışları “ahlâkî doğru” ve “ahlâkî yanlış” olarak iki gruba ayırmış ve “yasal doğru” ve “yasal yanlış” ile ilişkilendirerek ahlâkî sıkıntı ikilemini açıklamaya çalışmışlardır. Eğer bir davranış hem ahlâkî olarak hem de yasal olarak

doğruysa “sadece yap”, hem ahlâkî olarak hem de yasal olarak yanlış ise de “yapma” şeklinde ahlâkî davranış komutalarını belirlemişlerdir.

Kalvemark ve arkadaşları (2004, s. 1083) ahlâkî sıkıntı ikileminde de “ahlâkî bir yanlış” ile “yasal bir doğrunun” çatışması durumunun ahlâkî sıkıntı ile sonuçlanacağını veya da “ahlâkî bir doğru” ile “yasal bir yanlışın” çatışması durumunun ahlâkî sıkıntıya sebep olacağını ifade ederek, ahlâkî sıkıntının yasa ve mevzuat kaynaklı engeller nedeniyle meydana geldiğine dikkat çekmişlerdir.

Wilkinson (1988) ahlâkî sıkıntıyı hemşirelerin en iyi hasta bakımını uygulamak amacıyla, ahlâkî karar verme süreçlerini mümkün olduğu kadar kolaylaştırmak ve bu durumdan kaynaklanan davranışlarla baş etmek için yaşadıkları “psikolojik dengesizlikler” olarak tanımlamıştır (Akt., Lützen vd., 2003, s. 313). Aşağıdaki örnek olay bu durumu destekleyici niteliktedir (Ulusoy ve Görgülü, 1997, s. 30):

*“Hekim kanser nedeniyle terminal dönemde olan ve şiddetli ağrılar çeken hastasına uygulanan narkotik ilaç dozunu arttırmıştır. Hemşire, bu dozda narkotik ilacın solunum depresyonuna neden olabileceğini ve hastanın yaşamın kaybedebileceğini düşünmektedir. Ancak, hastasının bu acılara daha fazla dayanamayacağını hissettiğinden, istenen dozu uygulamaya karar verir.”*

Wilkinson (1988) ahlâkî sıkıntı teorisini Jameton’ın ahlâkî sıkıntı temeline dayanarak geliştirmiştir. Wilkinson’un ahlâkî sıkıntı teorisinin Jameton’dan ayrılan yönü ahlâkî sıkıntının hem hasta bakımı üzerindeki etkilerini hem de nedenlerini içermesidir (Akt., Lützen vd., 2003, s. 313).

Hemşirelik mesleği ahlâkî kurallar, vicdan, merhamet, sorumluluk, karşılıklı güven, etik kurallar ve dini inanışlar gibi soyut kavramları barındırması sebebiyle ahlâkî sıkıntıyla doğrudan ilgili olan *ahlâkî ikilem* ve *etik ikilem* davranışlarını da doğrudan etkilemektedir. Hemşirelik mesleğinde ahlâkî sıkıntının sıklıkla yaşanan bir durum olması, işle ilgili süreçleri etkileme potansiyeli taşımaktadır. Dolayısıyla Roberts ve Davenport’a göre işgörenlerin işlerine karşı bağlılık ve heyecan duyması anlamına gelen işe adanma (2002, s. 21) ile hemşirelerin yaşadıkları ahlâkî sıkıntı davranışı arasında bir etkileşim olduğu düşünülmektedir.

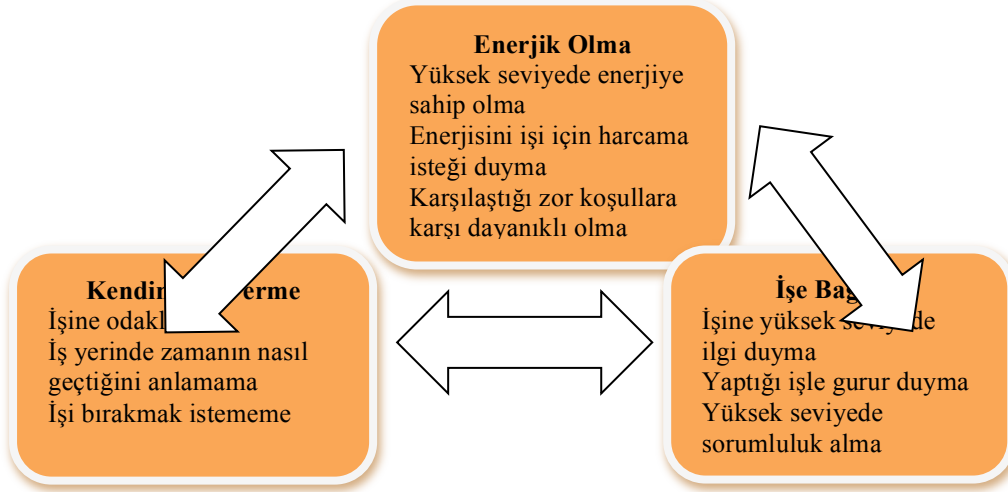
Nelson ve Simmons (2003)’a göre işe adanma, işgörenin işi ile ilgili olumlu duygulara sahip olmasının yanı sıra; işini anlamlı bulması, iş yükünün yönetilebilir olduğunu düşünmesi ve geleceğe yönelik işiyle ilgili iyimser beklentilere sahip olmasıdır (Akt., Attridge, 2009, s. 384). İşe adanma, zihnin bir işle ilgili olumlu durumudur (Rice, 2009, s. 2). Öte yandan işe adanma motivasyon kavramının daha ileri bir boyutu ve işe karşı isteklilik durumunu da ifade etmektedir (Ertemli, 2011, s. 47).

İşe adanma, tükenmişlik, stres ve işinde etkinliğin azalması durumlarının yerine enerjik, işine bağlı ve işine karşın olumlu düşünceleri yerine getirmede etkili olan tutumları nitelendirmektedir (Bakker vd., 2008, s. 188). İşe adanmayı ölçmek için araştırmacılar arasında kullanılan yaklaşımlar farklı olsa da adanmanın kavramsallaşması benzerdir (Gill, 2007, s. 5).

İşe adanma kavramı ile ilgili ilk kez 1990 yılında William Kahn’s tarafından bir araştırma yapılmıştır. Kahn’ın teorisine göre anlık psikolojik durumlar kişisel varlık seviyesini ve kişinin iş tutumlarında tercih ettiği söylemlerini etkiler. Çünkü bir kişi ya kendisine verilen rolle bütünleşir (engages) ya da geri çekilmeyi (disengages) tercih eder (Antonison, 2010, s. 33).

Schaufeli ve arkadaşları (2002) işe adanmayı enerjik olma, işe bağlılık ve kendini işe verme olmak üzere üç boyut altında sınıflandırmışlardır (Akt., Antonison, 2010, s. 37).

Şekil 1. İşe Adanmanın Boyutları



Kaynak: Antonison, 2010, s. 37.

- **Enerjik Olma:** Enerjik olma, işgörenin işine karşı kendisinden beklenenin üzerinde çaba göstermesi ve işine isteyerek gelmesidir. Çalışırken zihinsel süreç sergileyen, çaba harcayan, karşılaştığı zorluklar karşısında dirençli bir ruh hali içerisinde azimle gayret gösterenler işine karşı enerjiktir denilmektedir. Eğer bir işgören bu özellikleri gösteriyorsa işine adanmış karakterdedir (Louison, 2007, s. 8; Hakanen vd., 2008, s. 79).

Schaufeli ve arkadaşları (2002)'na göre enerjik olma; yüksek derecede dinçlik ve zihni esneklik ihtiyacı, çalışırken özen gösterme, zorluklar karşısında ısrarcı olma ve çaba harcama istekliliği anlamına gelmektedir (Akt., Simpson, 2009, s. 47).

- **İşe Bağlılık:** İşe bağlılık, işgörenin işine değer vermesi, coşku, ilham ve gurur duygularını yaşanmasıyla çalışmalarında işine yüksek düzeyde katılımıdır (Simpson, 2009, s. 47; Hakanen vd., 2008, s. 79). İşe bağlılık, işgörenlerin işe karşı gösterdikleri çabayı, işten ayrılma niyetlerini ve örgütsel bağlılıklarını etkilemesi sebebiyle örgütler için kritik bir önem taşımaktadır. Bu nedenle örgütlerin işgörenleri seçme sürecinde değerlendirme yaparken pozisyon için aranan yetkinlikte birey-iş uyumuna dikkat ederek tercih yapması gerekmektedir. Çünkü işe bağlılığın sağlanması kişi-iş uyumunun oluşturulmasıyla başlamaktadır. Bireylerin sahip oldukları kişisel ve psikolojik özellikler işe bağlılık üzerinde etkili olmaktadır (Kuruüzüm vd., 2010, s. 194).
- **Kendini İşe Verme:** İşgörenin kendini işe vermesi benimsemesi ise kişinin tam anlamıyla bir konsantrasyon, işe kapılma ve işiyle mutlu bir şekilde meşgul olma durumu olarak açıklanabilir (Simpson, 2009, s. 47). Bir başka ifadeyle işgörenin işine yoğunlaşması, çalışırken zamanın nasıl geçtiğinin farkına varamaması ve işinin başından kalkmak istememesi durumudur (Hakanen vd., 2008, s. 79). Ayrıca Schaufeli ve arkadaşları (2006)'na göre kendilerini işine veren işgörenler çalışma yaşamlarında dikkatlerini dağıtan unsurlarla zaman kaybetmeyerek mutlu bir şekilde işleriyle meşgul olmaya devam etmektedirler (Akt., Deese, 2009, s. 3).

Yapılan araştırmalar sonucunda işine adanan işgörenlerin mesleki tükenmişliklerinin azaldığı, işleriyle ilgili daha zor görevleri daha güçlü bir şekilde özümseyerek üstlenmek ve yeteneklerini daha çok kullanmak istedikleri görülmüştür (Burke vd., 2009, s. 13).

Türkiye’deki sağlık kurumlarında hemşireler ve diğer sağlık personelinin çalışma koşullarının, hekim ve idari personele göre daha ağır olması, iş yüklerinin fazla olması, nöbet tutmaları, ücret seviyelerinin düşük olması ve rol belirsizliği yaşamaları işe adanma düzeylerinin daha düşük olmasına sebep olmaktadır (Özer vd., 2015, s. 269).

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Amaç ve Önem**

Sağlık sektörünün hızla gelişen teknoloјisi ve emek yoğun bir sektör olması, sağlık kullanıcılarının da sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yükselmesi sağlık profesyonellerinin ahlâk ve etik kurallar çerçevesinde verdikleri/verecekleri kararları sorgulanabilir hale getirmektedir. Hemşirelerin etik karar verme ve uygulama süreçlerinde; iş arkadaşlıkları, çalışma ortamının etikliği, çalışılan hekim grubu ile yöneticilerin tarzı etkili olmaktadır. Bir tarafta hemşirelerin kişisel özelliklerini oluşturan ahlâk kurallarının varlığı, diğer tarafta etik kuralların varlığı ve yaşanılan sıkıntı durumu *ahlâki sıkıntı (moral distress)* denilen duruma zemin hazırlamaktadır.

Araştırmanın amacı, ahlâki sıkıntı olgusunun örgütsel ve bireysel başarıyı arttıracakı düşünölen işe adanma davranışı üzerinde olumsuz etki oluşturduğu varsayımından hareketle durum tespitinin yapılması ve önlemeye yönelik öneriler geliştirilecek olması, çalışmanın katkısı olacaktır. Ayrıca sağlık profesyonelleri arasında yer alan hemşirelerin sıklıkla yaşadığı ancak dile getiremedikleri sıkıntılar olarak düşünölen “ahlâki sıkıntı” deneyimlerini analiz etmek, söz konusu sıkıntının yansımaları ile işe adanma davranışı üzerindeki etkilerini tespit etmektir. Öte yandan bu çalışma ile “ahlâki sıkıntı” ifadesi kavramsallaştırılarak; politika yapıcılar, yöneticiler, çalışanlar gibi sağlık piyasası paydaşlarının bu konuya dikkatinin çekilmesi ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

### **2.2. Problem Cümlesi**

Araştırmanın problem cümlesi “Hemşirelerde ahlâki sıkıntının *sıklık* durumunun, işe adanma davranışı üzerinde etkisi var mıdır?” ve “Hemşirelerde ahlâki sıkıntının *rahatsızlık düzeyi*’nin işe adanma davranışı üzerinde etkisi var mıdır?” şeklinde sorulardan oluşmaktadır.

### **2.3. Varsayımlar**

Araştırma kapsamında Isparta il merkezinde bulunan hastanelerde görev yapan hemşirelerin bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevaplar gerçek durumu yansıtmaktadır.

### **2.4. Araştırmanın Kısıtları**

Bu araştırma 2015-2016 yılı ile sınırlı olarak 2016 yılının Nisan-Mayıs-Haziran aylarında Isparta ili merkezinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı; Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dr. Sadık Yağcı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve bir özel hastane çalışanları ile yapılmıştır. Bu doğrultuda araştırma hemşirelerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Bu nedenle ankete verilen cevaplar bu evrenin özellikleri ile sınırlı olduğundan genellemeler yapılırken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır. Araştırmanın bir diğer sınırlayıcısı ise Isparta il

merkezinde faaliyet gösteren kamu ve özel sektöre ait 7 hastanenin sadece 4 tanesinden gerekli izinlerin alınabilmesidir. Bu durum evrenin küçülmesine sebep olmuş, ayrıca araştırma verilerinin toplanmasını zorlaştırmıştır.

### 2.5. Evren ve Örneklem

Ahlâkî sıkıntı ve işe adanma ilişkisinin incelendiği bu araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet göstermekte olan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dr. Sadık Yağcı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile özel bir hastanede çalışan 515 hemşire oluşturmaktadır. Evren büyüklüğünün belli olduğu durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında yaklaşık 220 hemşireye ulaşan bir örneklem yeterli sayılabilmektedir (Kan, 1998). Araştırma için bahsi geçen tüm hastanelerden izin alınamaması nedeniyle kolayda örnekleme yoluyla 210 ankete ulaşılmış olup 206 anket değerlendirmeye alınmıştır.

### 2.6. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Schaufeli ve Bakker (2003) tarafından geliştirilen 17 ifadeden oluşan *İşe Adanma Ölçeği (Work Engagement Scale)* ile Hamric (2012) tarafından geliştirilen, Karagözoğlu ve arkadaşları (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Sıklık ve Rahatsızlık Düzeyini kapsayan 21 ifadeden oluşan *Ahlâkî Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress Scale)* kullanılmıştır. 5'li Likert tipi Ahlâkî Sıkıntı ölçeğinde ankete cevap verenlerin *Sıklık* ifadelerine katılma düzeyi *asla* "0", *çok sık* "4" ve *Rahatsızlık* düzeyi ifadelerine katılma düzeyi *hiç* "0", *çok fazla* "4" puan aralığında, 5'li Likert tipi İşe Adanma Ölçeğinde ise ankete cevap verenlerin ifadelerine katılma düzeyi *kesinlikle katılmıyorsa* "0", *kesinlikle katılıyorsa* "4" puan aralığında ölçeklendirilmiştir.

### 2.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizi bu program aracılığıyla yapılmıştır. Ankette 5'li Likert ölçeği kullanılmış ve elde edilen puanların aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Ahlâkî Sıkıntı ölçeğinde ankete cevap verenlerin *Sıklık* ifadelerine katılma düzeyi *asla* "0", *çok sık* "4" ve *Rahatsızlık* düzeyi ifadelerine katılma düzeyi *hiç* "0", *çok fazla* "4" puan aralığında, İşe Adanma ölçeğinde ankete cevap verilenlerin ifadelerine katılma düzeyi *kesinlikle katılmıyorsa* "0", *kesinlikle katılıyorsa* "4" puan aralığında değerlendirildiği için puan ortalamaları 2'ye kadar düşük algı, 2 orta nokta ve orta düzeyde algı ve 2 puan ortalamasının üzeri ise yüksek algı olduğunu ifade etmektedir. Veriler normallik testine tabi tutulmuştur. Verilerin normal dağılım göstermediği anlaşılmıştır. Bütün boyutlarda veriler normal dağılım göstermediğinden analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Ahlâkî sıkıntının iki boyutunun (*sıklık ve rahatsızlık düzeyi*) işe adanmanın alt boyutları üzerindeki etkisi Çoklu Regresyon Analizi (Enter yöntemi) ile incelenmiştir. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda veriler normal dağılım göstermediği için ikili gruplarda Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin Ahlâkî Sıkıntı anketinde yer alan ifadelere verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2’de gösterilmektedir.

**Tablo 2. Hemşirelerin Ahlâkî Sıkıntı İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları**

No	İfadeler	Sıklık		Rahatsızlık Düzeyi	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1	Maliyeti azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım vermek	1.269	1.244	2.178	1.425
2	Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine “boş ümit” verdiği tanık olmak	0.899	1.054	1.470	1.493
3	Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uymak	2.116	1.364	1.724	1.351
4	Sadece ölüm sürecini uzatacağımı düşündüğüm yoğun yaşam kurtarma uygulamalarını başlatmak	2.173	1.482	1.599	1.461
5	Ölümü hakkında soru soran hasta ile ailenin isteği üzerine bu konuyu konuşmamak	1.710	1.373	1.761	1.372
6	Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulamak	2.071	1.342	2.409	1.382
7	Ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürmek	2.299	1.497	1.503	1.468
8	Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmediğini öğrendiğimde, gerekeni yapmamak	1.247	1.177	2.245	1.540
9	Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etmek	1.904	1.391	2.077	1.522
10	Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım vermek	2.211	1.477	2.005	1.442
11	Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığını tanık olmak	1.512	1.297	1.954	1.504
12	Ölüme neden olacağı endişesi nedeniyle ağrı kesici ilaç dozunun artırılmaması sonucu hastanın acısını azaltmayan bakım vermek	1.584	1.297	1.974	1.477
13	Hasta ya da ailesi ile hastanın prognozunun tartışılmamasına yönelik hekim isteğine uymak	1.985	1.383	1.942	1.381



14	Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif / uyuşturucu dozunun artırıldığına tanık olmak	1.077	1.228	1.608	1.493
15	Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dâhil olan bir profesyonelin engellemesi nedeniyle gerekeni yapmamak	1.296	1.192	1.974	1.477
16	Dava açılma korkusu nedeniyle aynı fikirde olmasam da ailenin hastanın bakımı ile ilgili isteğine uyma	1.313	1.287	1.902	1.481
17	Hasta bakımı konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışmak	1.348	1.319	2.031	1.568
18	Ekip iletişiminin yetersizliği nedeniyle hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olmak	1.683	1.297	2.237	1.519
19	Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam almak	1.742	1.363	2.253	1.466
20	Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olmak	1.395	1.268	2.005	1.538
21	Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyonelleri ile çalışmak	1.562	1.348	2.262	1.579

Tablo 2'ye bakıldığında hemşirelerin "*Hastanın yararına olduğuna inanmasam da ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğine uyma*" ifadesinin sıklık düzeyi katılımcılardan 2.116±1.364 puan almıştır. Bu da hemşirelerin bu durumla sık karşılaştıklarını ve ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir. "*Sadece ölüm sürecini uzatacağımı düşündüğüm yoğun yaşam uygulamalarını başlatmak*" ifadesinin sıklık düzeyi hemşirelerden 2.173±1.482 puan almıştır. Bu durumla hemşirelerin çok sık karşılaştıkları ancak sık karşılaşmalarına rağmen rahatsızlık duymadıkları anlaşılmaktadır.

Yine Tablo 2'de görüleceği üzere "*Ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürmek*" ifadesinin sıklık düzeyi hemşirelerden 2.299±1.479 puan olarak, katılımcılar bu durumu sık yaşadıklarından dolayı ahlâkî sıkıntıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Böylece hemşireler yine bir durumun sık karşılaşılmamasından dolayı ahlâkî sıkıntı yaşamaktadırlar.

Ahlâkî sıkıntının "*Sağlık çalışanlarının hasta ya da ailesine "boş ümit" verdiğine tanık olmak*" ifadesinin sıklık düzeyi hemşirelerden 0.899±1.054 puan almıştır. Bu durumda katılımcıların en düşük puanla değerlendirdikleri bu ifadenin sıklığının ahlâkî sıkıntıya sebep oluşturamayacağı varsayılabilir. Yine katılımcılardan "*Bilinçsiz hastanın ölümünü hızlandıracağını düşündüğüm halde hasta yararı için sedatif / uyuşturucu dozunun artırıldığına tanık olmak*" ifadesinin sıklık düzeyi 1.077±1.228 ve "*Ortaya çıkan etik sorun hakkında yetkili pozisyonda olan birisinin veya olaya dâhil olan bir profesyonelin engellemesi nedeniyle gerekeni yapmamak*" ifadesinin sıklık düzeyinin katılımcılardan 1.296±1.192 puan almasının bu sıklık durumlarını ahlâkî sıkıntıya sebep olarak görmedikleri anlamına gelebilir.

Tablo 2'ye bakıldığında “*Maliyetleri azaltma veya yöneticilerden gelen baskı nedeniyle daha az bakım verme*” ifadesinin rahatsızlık düzeyinden hemşireler 2.178±1.425 puan almıştır. Böylece hemşireler bu durumla sık karşılaşmadıklarını ancak rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir. “*Doktor veya hemşire meslektaşımın tıbbi bir hata yaptığını ve bunu bildirmedğini öğrendiğimde gerekeni yapmamak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi katılımcılardan 2.245±1.540 puan almıştır. Bu durum hemşirelerin sık karşılaşmadıkları ancak karşılaştıkları zaman rahatsızlık duymalarına ve ahlâkî sıkıntı yaşamalarına sebep olacak bir durum olarak ifade edilmiştir. Yine “*Yetersiz tedavi ve uygulama yapan hekime yardım etmek*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi hemşirelerden 2.077±1.522 puan almıştır. Bu durumda yine hemşireler bu durumdan rahatsızlık duyduklarını ve ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“*Hasta bakım konusunda ehil olmayan sağlık profesyonelleri ile çalışmak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi katılımcılardan 2.031±1.568, “*Ekip iletişiminin yetersizliği nedeniyle hasta bakım kalitesinin azaldığına tanık olmak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi hemşirelerden 2.237±1.519, “*Hasta ve/veya yakınına gerekli bilgileri vermeden aydınlatılmış onam almak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi hemşirelerden 2.253±1.466, “*Bakım verenlerin sürekliliğinin sağlanmasındaki eksiklikten dolayı hastanın acı çektiğine tanık olmak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi hemşirelerden 2.005±1.538 ve “*Güvenilir olmadığını düşündüğüm sağlık profesyonelleri ile çalışmak*” ifadesinin rahatsızlık düzeyi hemşirelerden 2.262±1.579 puan almıştır. Hemşirelerin bu ifadelerinden yola çıkarak rahatsızlık düzeylerinin artmasıyla paralel olarak ahlâkî sıkıntı yaşadıkları sonucuna varılabilir.

“*Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulamak*” ifadesinin sıklık düzeyi katılımcılardan 2.071±1.342, rahatsızlık düzeyi ise 2.409±1.382 puan almıştır. Yani bu ifade hemşirelerin bu durumla hem sık karşılaştıklarını hem de rahatsızlık duymaları sonucu ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir. Hemşireler “*Bakım alması gerektiğine inanmadığım hastalara bakım vermek*” ifadesine 2.111±1.447 puan vererek sıklık düzeyini, 2.005±1.442 puan ile de rahatsızlık duyduklarını ve her iki kategoride de ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “İşe Adanma Anketi” ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Tablo 3. Hemşirelerin İşe Adanma İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları**

No	İfadeler	$\bar{X}$	S
1	İşimde kendimi enerji dolu hissediyorum.	2.537	1.263
2	Amacı ve anlamı olan bir iş yaptığımı düşünüyorum.	3.379	0.999
3	Çalışırken, zamanın nasıl geçtiğini anlamıyorum.	2.990	1.156
4	İşimde, kendimi güçlü ve dinç hissediyorum.	2.551	1.218
5	İşime karşı istekli ve hevesliyim.	2.878	1.241
6	Çalışırken etrafımdaki her şeyi unutuyorum.	2.461	1.271
7	İşim bana ilham veriyor.	2.330	1.346
8	Sabahları içimden gelerek işe gidiyorum.	2.078	1.416
9	Yoğun bir şekilde çalıştığım zaman kendimi mutlu hissediyorum.	2.201	1.398
10	Yaptığım işle gurur duyuyorum.	3.291	1.088
11	Çalışırken tamamen işime odaklanıyorum.	3.180	1.030
12	İşimde çok uzun saatler çalışabiliyorum.	2.569	1.350
13	İşimi ilgi çekici ve özel buluyorum.	2.867	1.230
14	Çalışırken kendimi işime kaptırıyorum.	2.801	1.231
15	Çalışırken kendimi zihinsel olarak oldukça dinç hissediyorum.	2.335	1.310
16	Çalışırken beni işimin başından kaldırmak zordur.	2.350	1.261
17	İşimde her şey yolunda gitmese bile azimle çalışmaya devam ediyorum.	2.795	1.199

Tablo 3'te görüldüğü gibi hemşireler işe adanma ile ilgili "Amacı ve anlamı olan bir iş yaptığımı düşünüyorum" ifadesinden  $3.379 \pm 0.999$ , "Yaptığım işle gurur duyuyorum" ifadesinden  $3.291 \pm 1.088$  ve "Çalışırken tamamen işime odaklanıyorum" ifadesinden  $3.180 \pm 1.030$  puan almışlardır. Bu ifadelerin en yüksek puanlamalar olduğu ve 3'ün üzerinde değer taşıdıkları görülmektedir.

"İşimde kendimi enerji dolu hissediyorum" ifadesi  $2.537 \pm 1.263$ , "Çalışırken, zamanın nasıl geçtiğini anlamıyorum" ifadesi  $2.990 \pm 1.156$ , "İşimde, kendimi güçlü ve dinç hissediyorum" ifadesi  $2.551 \pm 1.218$ , "İşime karşı istekli ve hevesliyim" ifadesi  $2.878 \pm 1.241$ , "Çalışırken etrafımdaki her şeyi unutuyorum" ifadesi  $2.461 \pm 1.271$ , "İşim bana ilham veriyor" ifadesi  $2.330 \pm 1.346$ , "Sabahları içimden gelerek işe gidiyorum" ifadesi  $2.078 \pm 1.416$ , "Yoğun bir şekilde çalıştığım zaman kendimi mutlu hissediyorum" ifadesi  $2.201 \pm 1.398$ , "İşimde çok uzun saatler çalışabiliyorum" ifadesi  $2.569 \pm 1.350$ , "İşimi ilgi çekici ve özel buluyorum" ifadesi  $2.867 \pm 1.230$ , "Çalışırken kendimi işime kaptırıyorum" ifadesi  $2.801 \pm 1.231$ , "Çalışırken kendimi zihinsel olarak oldukça dinç hissediyorum" ifadesi  $2.335 \pm 1.310$ , "Çalışırken beni işimin başından kaldırmak zordur" ifadesi  $2.350 \pm 1.267$ , "İşimde her şey yolunda gitmese bile azimle çalışmaya devam ediyorum" ifadesi  $2.795 \pm 1.199$  puan almıştır. Bu durumda bütün değerlerin 2'nin üzerinde olması hemşirelerin işe adanma davranışı gösterdikleri anlamına gelmektedir.

### 3.1. Faktör Analizi Sonuçları

İşe Adanma ölçeğinde yer alan ifadeler, orjinal boyutlarına uygun olması ve daha anlaşılır analizler yapılabilmesi adına faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi uygulanmış, faktör yükü 0.30'dan düşük ifadeler ve 0.10'dan daha az farkla birden fazla faktöre dahil olan ifadeler boyutlardan çıkarılmıştır. İşe adanma ifadelerine ilişkin faktör analiz sonuçları Tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4. İşe Adanma İfadelerinin Faktör Analizi Sonuçları**

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
1. Faktör: Enerjik Olma			
4. İşimde, kendimi güçlü ve dinç hissediyorum.	0.814	42.738	0.838
5. İşime karşı istekli ve hevesliyim.	0.777		
1. İşimde kendimi enerji dolu hissediyorum.	0.705		
8. Sabahları içimden gelerek işe gidiyorum.	0.594		
15. Çalışırken kendimi zihinsel olarak oldukça dinç hissediyorum.	0.581		
2. Faktör: Kendini İşe Verme			
16. Çalışırken beni işimin başından kaldırmak zordur.	0.747	9.935	0.795
14. Çalışırken kendimi işime kaptırıyorum.	0.741		
11. Çalışırken tamamen işime odaklanıyorum.	0.683		
6. Çalışırken etrafımdaki her şeyi unutuyorum.	0.636		
12. İşimde çok uzun saatler çalışabiliyorum.	0.576		
3. Faktör: İşe Bağlılık			
2. Amacı ve anlamı olan bir iş yaptığımı düşünüyorum.	0.788	9.521	0.675
10. Yaptığım işle gurur duyuyorum.	0.780		
13. İşimi ilgi çekici ve özel buluyorum.	0.550		

Tablo 4'te İşe adanma ölçeğinin üç boyutunun faktör yükleri verilmiştir. Örneklem büyüklüğü yeterliliği, verilen faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi yapılmıştır. Testin sonucunda işe adanma testi boyutlarının KMO değeri 0.884 bulunmuş olup, seçilen örneklem büyüklüğünün analiz için yeteri düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca Barlett testinin sonucuna bakıldığında, değişkenler arası korelasyonun  $p<0.01$  düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5. Ahlâkî Sıkıntı ve İşe Adanma Boyutlarının Psikometrik Değerleri**

Boyutlar	İfade Sayısı	Max.- Min.	Cronbach Alfa	$\bar{X}$	S
Ahlâkî Sıkıntı (Sıklık)	21	0-4	0.874	1.631	0.702
Ahlâkî Sıkıntı (Rahatsızlık Düzeyi)	21	0-4	0.918	1.932	0.898
Enerjik Olma	5	0-4	0.838	2.476	1.005
Kendini İşe Verme	5	0-4	0.795	2.676	0.908
İşe Bağlılık	3	0-4	0.675	3.175	0.865

Ankette bulunan beş boyut şu şekildedir:

**Ahlâkî Sıkıntı (Sıklık) Boyutu:** Bu boyut 21 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuta verilen ifadeler araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları ahlâkî sıkıntının sıklık derecesini göstermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 1.631 ve standart sapması 0.702 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.874 oldukça güvenilir olarak bulunmuştur.

**Ahlâkî Sıkıntı (Rahatsızlık Düzeyi) Boyutu:** Bu boyut 21 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuta verilen ifadeler araştırmaya katılan hemşirelerin yaşadıkları ahlâkî sıkıntının rahatsızlık düzeyini göstermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 1.932 ve standart sapması 0.898 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.918 oldukça güven derecesi yüksek olarak bulunmuştur.

**Enerjik Olma Boyutu:** Bu boyut hemşirelerin işe adanma davranışının enerjik olma boyutunu ölçen 5 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.476 ve standart sapması 1.005 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.838 ve güven derecesinin yüksek olarak görülmüştür.

**Kendini İşe Verme Boyutu:** 5 ifadeden oluşan bu boyut hemşirelerin işlerine kapılma ve odaklanmaları anlamına gelen kendini işine vererek yapma davranışını ölçen ifadeleri içermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 2.676 ve standart sapması 0.908 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.795 ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

**İşe Bağlılık Boyutu:** İşe bağlılık boyutu ise 3 ifadeden oluşmaktadır. Yani hemşirelerin mesleklerine olan bağlılıklarını işe adanma davranışı boyutunda ölçen ifadelerden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.175 ve standart sapması 0.865 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.675 ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

### **3.2. Ahlâkî Sıkıntının İşe Adanma Boyutları Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi İle Değerlendirilmesi**

Ahlâkî sıkıntının iki boyutunun (sıklık ve rahatsızlık düzeyi) işe adanmanın alt boyutları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi (Enter yöntemi) ile incelenmiştir. Regresyon denkleminde bağımsız değişken olarak Ahlâkî Sıkıntının Sıklık ve Rahatsızlık Düzeyi boyutları, bağımlı değişken olarak da İşe Adanmanın Enerjik Olma boyutu eklenmiş ve ortaya çıkan regresyon analizi sonuçları

Tablo 6’da gösterilmiştir. Aynı regresyon modeli işe adanmanın Kendini İşe Verme ve İşe Bağlılık boyutları için de kurulmuş ve analiz sonuçları sırasıyla Tablo 7 ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 6. Ahlâki Sıkıntı Boyutlarının Enerjik Olma Üzerindeki Etkisi**

Bağımsız Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	t	P	F	P
Ahlâkî Sıkıntı (Sıklık)	0.217	0.047	-0.258	-2.475	0.015	4.906	0.029
Ahlâkî Sıkıntı (Rahatsızlık Düzeyi)			0.118	1.130	0.261		

Tablo 6’da da görüldüğü gibi Ahlâkî Sıkıntı boyutları ile İşe Adanma boyutlarından Enerjik Olma arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur (F=4.906, p=0.29). Bu model Enerjik Olma boyutundaki değişimin %4.7’sini (R<sup>2</sup>=0.047) açıklamaktadır. Tablo 6’daki  $\beta$  değerlerine dayanarak, İşe Adanma boyutu olan *Enerjik Olma* bağımlı değişkenini yordayan Ahlâki Sıkıntı boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda Ahlâki Sıkıntının *Sıklık* Boyutunun Enerjik Olma boyutunu açıkladığı ve anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ( $\beta$ =-0.258, t=-2.475, p=0.015). Ahlâki Sıkıntının görülme sıklığı İşe Adanma boyutlarından Enerjik Olma üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Bunun yanında Ahlâki Sıkıntının Rahatsızlık Düzeyi boyutunun İşe Adanma Davranışlarından Enerjik Olma üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ( $\beta$ =0.118, t=1.130, p=0.261).

**Tablo 7. Ahlâki Sıkıntı Boyutlarının Kendini İşe Verme Üzerindeki Etkisi**

Bağımsız Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p
Ahlâkî Sıkıntı (Sıklık)	0.204	0.041	-0.219	-2.120	0.036	2.744	0.068
Ahlâkî Sıkıntı (Rahatsızlık Düzeyi)			0.206	1.989	0.049		

Ahlâkî Sıkıntı boyutları ile İşe Adanma boyutlarından Kendini İşe Verme arasında kurulan çoklu regresyon modeli Tablo 7’de görüldüğü üzere önemli bulunmuştur (F=2.744, p=0.068). Bu model Kendini İşe Verme boyutundaki değişimin %4.1’ini (R<sup>2</sup>=0.041) açıklamaktadır. Tablo 7’deki  $\beta$  değerlerine dayanarak, İşe adanma boyutu olan *Kendini İşe Verme* bağımlı değişkenini yordayan Ahlâki Sıkıntı boyutlarını görmek mümkündür. Ahlâki Sıkıntının *Sıklık* Boyutunun Kendini İşe Verme boyutunu açıkladığı ve anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ( $\beta$ =0.219, t=2.120, p=0.036). Ahlâki Sıkıntının görülme sıklığı İşe Adanma boyutlarından Kendini İşe Verme üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Bunun yanında Ahlâki Sıkıntının Rahatsızlık Düzeyi boyutunun İşe Adanma

Davranışlarından Kendini İşe Verme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ( $\beta =0.206$ ,  $t=1.989$ ,  $p=0.049$ ).

**Tablo 8. Ahlâki Sıkıntı Boyutlarının İşe Bağlılık Üzerindeki Etkisi**

Bağımsız Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p
Ahlâki Sıkıntı (Sıklık)	0.021	0.000	0.024	0.226	0.822	0.027	0.973
Ahlâki Sıkıntı (Rahatsızlık Düzeyi)			-0.008	-0.071	0.943		

Tablo 8’de de görüldüğü gibi Ahlâki Sıkıntı boyutları ile İşe Adanma boyutlarından İşe Bağlılık arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ( $F=0.027$ ,  $p=0.973$ ). Bu model İşe Bağlılık boyutundaki değişimin %0.0’ını ( $R^2=0.000$ ) açıklamaktadır. Tablo 8’deki  $\beta$  değerlerine dayanarak, İşe Adanma boyutu olan *İşe Bağlılık* bağımlı değişkenini yordayan Ahlâki Sıkıntı boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda Ahlâki Sıkıntının *Sıklık* Boyutunun İşe Bağlılık boyutu üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ( $\beta=0.024$ ,  $t=0.226$ ,  $p=0.822$ ). Bunun yanında Ahlâki Sıkıntının Rahatsızlık Düzeyi boyutunun da İşe Adanma Davranışlarından İşe Bağlılık üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ( $\beta=0.008$ ,  $t=0.071$ ,  $p=0.943$ ).

### 3.3. Ahlâki Sıkıntının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Ahlâki sıkıntının sıklık ve rahatsızlık düzeylerinin aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 9 ve 10’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Ahlâki Sıkıntı Sıklığının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	87	1.730	0.722	$X^2=2.328$ $p=0.312$
30-39	70	1.610	0.701	
40+	46	1.467	0.650	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	33	1.465	0.722	U=1374 $p=0.117$
Kadın	173	1.666	0.696	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	122	1.553	0.670	U=2317 $p=0.117$
Evli Değil	81	1.768	0.707	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise	44	1.689	0.833	$X^2=0.698$ $p=0.874$
Ön Lisans	53	1.563	0.739	
Lisans	92	1.619	0.648	
Yüksek Lisans	17	1.731	0.585	
<b>Çalıştığı Kurum</b>				
Üniversite Hastanesi	92	1.716	0.633	$X^2=2.644$ $p=0.267$
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	82	1.538	0.743	
Özel Hastane	32	1.606	0.794	
<b>Toplam Hizmet Süresi (Yıl)</b>				
1-5	72	1.657	0.756	$X^2=1.798$ $p=0.615$
6-10	36	1.738	0.652	
11-15	25	1.676	0.823	
16+	69	1.506	0.606	
<b>Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
1-5	111	1.659	0.722	$X^2=0.079$ $p=0.961$
6-10	47	1.611	0.761	
11+	46	1.613	0.614	
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>				
-40	131	1.606	0.702	U=2537.500 $p=0.637$
41+	72	1.676	0.710	

Ahlâki sıkıntı sıklığının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 9'da gösterilmektedir. Yaş, medeni durum, toplam hizmet süresi, mevcut hastanedeki çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi sorularına bazı katılımcılar cevap vermemiştir. Bu değişkenlerde toplam sayının



206 olmaması bundan kaynaklanmaktadır. Katılımcılardan alınan puanlar hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $X^2=2.328$ ,  $p=0.312$ ). Bunun yanı sıra ahlâkî sıkıntı sıklığının hemşirelerin cinsiyet ( $U=1374$ ,  $p=0.117$ ), medeni durum ( $U=2371$ ,  $p=0.117$ ), eğitim düzeyi ( $X^2=0.698$ ,  $p=0.874$ ), çalıştığı kurum ( $X^2=2.644$ ,  $p=0.267$ ), meslek hayatındaki toplam hizmet süresi ( $X^2=1.798$ ,  $p=0.615$ ), hizmet verdiği hastanedeki çalışma süresi ( $X^2=0.079$ ,  $p=0.961$ ) ve haftalık çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $U=2537.500$ ,  $p=0.637$ ).

Tablo 10. Ahlâki Sıkıntının Rahatsızlık Düzeyinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	87	2.029	0.896	$X^2=3.842$ $p=0.146$
30-39	70	2.000	0.911	
40+	46	1.613	0.856	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	33	1.948	0.989	U=1420.500 $p=0.902$
Kadın	173	1.929	0.881	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	122	1.874	0.917	U=2037.500 $p=0.408$
Evli Değil	81	2.023	0.874	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise	44	1.753	0.913	$X^2=2.782$ $p=0.426$
Ön Lisans	53	1.859	0.867	
Lisans	92	2.073	0.894	
Yüksek Lisans	17	1.831	0.972	
<b>Çalıştığı Kurum</b>				
Üniversite Hastanesi	92	2.135	0.888	$X^2=8.559$ $p=0.014$
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	82	1.846	0.958	
Özel Hastane	32	1.555	0.594	
<b>Toplam Hizmet Süresi (Yıl)</b>				
1-5	72	1.913	0.934	$X^2=8.318$ $p=0.040$
6-10	36	2.281	0.756	
11-15	25	2.068	0.857	
16+	69	1.636	0.886	
<b>Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
1-5	111	1.939	0.901	$X^2=1.760$ $p=0.415$
6-10	47	2.068	0.932	
11+	46	1.784	0.884	
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>				
-40	131	2.003	0.952	U=1864.500 $p=0.226$
41+	72	1.829	0.787	

Ahlâki sıkıntının rahatsızlık düzeyinin demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 10'da gösterilmektedir. Görüldüğü üzere katılımcılardan alınan puanlar hemşirelerin yaşlarına ( $X^2=3.842$ ,  $p=0.146$ ), cinsiyetlerine (U=1420.500,  $p=0.902$ ), medeni durumlarına (U=2037.500,  $p=0.408$ ), eğitim düzeylerine ( $X^2=2.782$ ,  $p=0.426$ ), şu anda hizmet verdiği hastanedeki çalışma sürelerine

( $X^2=1.760$ ,  $p=0.415$ ) ve haftalık çalışma saatlerine ( $U=1864.500$ ,  $p=0.226$ ) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bunun yanı sıra katılımcıların çalıştıkları kuruma göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $X^2=8.559$ ,  $p<0.014$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre puanının yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu durumda Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Sağlık Bakanlığı ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre ahlâkî sıkıntıdan daha fazla rahatsızlık duyduğu söylenebilir.

Ayrıca katılımcıların mesleklerini icra ettikleri toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $X^2=8.318$ ,  $p<0.040$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, toplam hizmet süresi 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası olan çalışanların puanının toplam hizmet süresi 1-5 yıl ve 16 yıl ve üzeri olanlardan daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buna göre mesleğe yeni başlayan (1-5 yıl) hemşirelerin ve meslekte 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık düzeyinin, meslekte 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasında çalışan hemşirelere göre daha az olduğu sonucuna varılabilir.

### 3.4. İşe Adanmanın Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

İşe adanma boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler sırasıyla aşağıdaki Tablo 11, Tablo 12 ve Tablo 13'de gösterilmektedir.

**Tablo 11. İşe Adanma Davranışlarından Enerjik Olma Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	87	2.489	1.123	$X^2=2.056$ $p=0.358$
30-39	70	2.537	0.989	
40+	46	2.386	0.817	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	33	2.512	0.992	$U=2569.500$ $p=0.692$
Kadın	173	2.469	1.010	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	122	2.440	0.967	$U=4280.000$ $p=0.383$
Evli Değil	81	2.529	1.075	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise	44	2.419	1.052	$X^2=0.238$ $p=0.971$
Ön Lisans	53	2.461	0.978	
Lisans	92	2.491	0.985	
Yüksek Lisans	17	2.576	1.155	

Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	92	2.443	1.005	$X^2=3.357$ $p=0.187$
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	82	2.402	0.985	
Özel Hastane	32	2.750	1.043	
Toplam Hizmet Süresi (Yıl)				
1-5	72	2.526	1.087	$X^2=8.319$ $p=0.040$
6-10	36	2.120	1.164	
11-15	25	2.887	0.477	
16+	69	2.471	0.881	
Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)				
1-5	111	2.441	1.103	$X^2=0.172$ $p=0.918$
6-10	47	2.422	0.948	
11+	46	2.572	0.786	
Haftalık Çalışma Saati				
-40	131	2.470	0.992	$U=4325.000$ $p=0.811$
41+	72	2.487	1.057	

İşe adanma davranışlarını etkileyen faktörlerden Enerjik Olma boyutundan alınan puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 11’de gösterilmektedir. Görüldüğü üzere işe adanma davranışlarından Enerjik Olma boyutunun puanları hemşirelerin yaşlarına ( $X^2=2.056$ ,  $p=0.358$ ), cinsiyetlerine ( $U=2569.500$ ,  $p=0.692$ ), medeni durumlarına ( $U=4280.000$ ,  $p=0.383$ ), eğitim düzeylerine ( $X^2=0.238$ ,  $p=0.971$ ), çalıştığı kuruma ( $X^2=3.357$ ,  $p=0.187$ ), mevcut hastanedeki çalışma süresine ( $X^2=0.172$ ,  $p=0.918$ ) ve haftalık çalışma saatine ( $U=4325.000$ ,  $p=0.811$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bunun yanı sıra Enerjik Olma boyutu katılımcıların mesleklerindeki toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $X^2=8.319$ ,  $p<0.040$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, mesleğindeki toplam hizmet süresi 11-15 yıl aralığında olan hemşirelerin diğerlerine göre puanının daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Ancak hemşirelerin genel olarak mesleğe başladıkları ilk andan itibaren enerjik bir tutum sergiledikleri söylenebilir.

Tablo 12. İşe Adanma Davranışlarından Kendini İşe Verme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	87	2.740	0.903	$X^2=1.113$ $p=0.573$
30-39	70	2.701	0.832	
40+	46	2.531	1.051	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	33	2.793	0.699	$U=2555.000$ $p=0.704$
Kadın	173	2.655	0.941	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	122	2.645	0.915	$U=4564.500$ $p=0.524$
Evli Değil	81	2.716	0.904	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise	44	2.711	1.073	$X^2=0.555$ $p=0.907$
Ön Lisans	53	2.692	0.882	
Lisans	92	2.657	0.867	
Yüksek Lisans	17	2.647	0.814	
<b>Çalıştığı Kurum</b>				
Üniversite Hastanesi	92	2.762	0.724	$X^2=4.324$ $p=0.115$
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	82	2.472	1.096	
Özel Hastane	32	2.943	0.767	
<b>Toplam Hizmet Süresi (Yıl)</b>				
1-5	72	2.733	0.921	$X^2=7.727$ $p=0.052$
6-10	36	2.627	0.641	
11-15	25	3.075	0.642	
16+	69	2.495	1.026	
<b>Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
1-5	111	2.623	0.974	$X^2=0.812$ $p=0.666$
6-10	47	2.680	0.791	
11+	46	2.764	0.852	
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>				
-40	131	2.621	0.903	$U=4119.500$ $p=0.212$
41+	72	2.786	0.860	

Tablo 12'de işe adanma davranışlarını etkileyen faktörlerden Kendini İşe Verme boyutundan alınan puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir.

Görüldüğü üzere işe adanma davranışlarından Kendini İşe Verme boyutunun puanları hemşirelerin yaşlarına ( $X^2=1.113$ ,  $p=0.573$ ), cinsiyetlerine ( $U=2555.000$ ,  $p=0.704$ ), medeni durumlarına ( $U=4564.500$ ,  $p=0.524$ ), eğitim düzeylerine ( $X^2=0.555$ ,  $p=0.907$ ), çalıştığı kuruma ( $X^2=4.324$ ,  $p=0.115$ ), mevcut hastandeki çalışma süresine ( $X^2=0.812$ ,  $p=0.666$ ), mesleklerindeki toplam hizmet sürelerine ( $X^2=7.727$ ,  $p=0.052$ ) ve haftalık çalışma saatine ( $U=4119.500$ ,  $p=0.212$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 13. İşe Adanma Davranışlarından İşe Bağlılık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması**

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
<b>Yaş (Yıl)</b>				
-29	87	3.318	0.890	$X^2=10.064$ $p=0.007$
30-39	70	3.135	0.873	
40+	46	2.954	0.789	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	33	3.125	0.874	$U=2548.500$ $p=0.531$
Kadın	173	3.185	0.865	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	122	3.058	0.883	$U=3818.500$ $p=0.011$
Evli Değil	81	3.321	0.822	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Lise	44	3.333	0.736	$X^2=3.812$ $p=0.282$
Ön Lisans	53	3.239	0.880	
Lisans	92	3.142	0.819	
Yüksek Lisans	17	2.745	1.222	
<b>Çalıştığı Kurum</b>				
Üniversite Hastanesi	92	3.117	0.875	$X^2=20.901$ $p=0.000$
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	82	3.037	0.873	
Özel Hastane	32	3.687	0.616	
<b>Toplam Hizmet Süresi (Yıl)</b>				
1-5	72	3.365	0.845	$X^2=19.088$ $p=0.000$
6-10	36	2.935	1.004	
11-15	25	3.527	0.519	
16+	69	2.940	0.830	
<b>Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
1-5	111	3.243	0.881	$X^2=4.806$ $p=0.090$
6-10	47	2.992	0.868	
11+	46	3.155	0.812	

Haftalık Çalışma Saati				
-40	131	3.127	0.866	U=4045.500 p=0.145
41+	72	3.263	0.870	

Tablo 13’de işe adanma davranışlarını etkileyen faktörlerden İşe Bağlılık boyutundan alınan puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Görüldüğü üzere işe adanma davranışlarından İşe Bağlılık boyutunun puanları hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $X^2=10.064$ ,  $p<0.007$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, 29 yaş ve altında olanların diğer yaş gruplarına göre puanının yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu durumda katılımcıların işe bağlılık boyutunu üç kategoride de önemsedikleri görülmektedir. Ancak 29 yaş ve altında olanlar diğer gruplara göre daha fazla önemsemektedirler.

Bunun yanı sıra İşe Bağlılık boyutu hemşirelerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında her iki kategoride de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U=3818.500$ ,  $p<0.011$ ). Burada evli olmayan hemşireler diğerlerine göre daha yüksek puan almıştır. Böylece evli olmayan hemşirelerin işe bağlılığının daha fazla olduğu ifade edilebilir.

Ayrıca İşe Bağlılık boyutu katılımcıların çalıştıkları kurum açısından da karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $X^2=20.901$ ,  $p<0.000$ ). Burada üç kategoride de hemşireler yüksek puan almıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda özel hastanede çalışan hemşirelerin işe bağlılıklarının diğer gruplara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yine katılımcıların İşe Bağlılık boyutunda toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=19.088$ ,  $p<0.000$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 11-15 yıl hizmet süresine sahip olan hemşirelerin diğerlerine göre işe bağlılıklarının fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan alınan puanlar hemşirelerin mevcut hastanedeki çalışma süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $X^2=4.806$ ,  $p<0.090$ ).

#### 4. SONUÇ

Bu çalışmada hemşirelerde ahlâkî sıkıntının işe adanma davranışı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Hemşireler sadece ölüm sürecini uzatacaklarını düşündükleri hastalara yoğun yaşam uygulamaları başlattıklarını ve bu durumun sık yaşanmasının ahlâkî sıkıntıya neden olan bir etken olduğunu belirterek, ventilatör desteği alan ve hiç yaşama ümidi olmayan bireyin bakımını sürdürme durumuyla da sık karşılaştıklarını ve yaşam sonu bakım hizmeti noktasında ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Ahlâkî sıkıntının sık görülmesinin “kendini işe verme” boyutuyla negatif ilişkili olduğu görülürken; ahlâkî sıkıntıdan duyulan rahatsızlık düzeyinin artması ile “kendini işe verme” boyutu arasında pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kalvemark ve arkadaşları (2004: 1083)’nın sağlık sisteminde yaşanan ahlâkî sıkıntı ve etik ikilem çatışmalarını incelediği çalışmasında her ne kadar hemşirelerin hekim *order*’lerini yerine getirme zorunluluğu olsa da bunun çeşitli sorunlara sebep olduğu açıklanmıştır. Çünkü hekimler ve hemşireler bazen farklı durumları farklı şekillerde değerlendirmektedir.

Özellikle yaşlı hastalar için tedaviye devam etme ya da tedaviyi durdurmak isteme farklılıkları buna örnektir. Bu çalışma kapsamında da hemşirelere yöneltilen “*Gereksiz test ve tedavi olduğunu düşündüğüm hekim istemini uygulamak*” ifadesi literatürü destekleyici nitelikte anlamlı bulunmuştur. Hemşireler bu durumla hem sık karşılaştıklarını hem de rahatsızlık duymaları sonucu ahlâkî sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Ganz ve Berkovitz (2011: 1521)’in araştırma sonucuna göre hemşirelerin yaşadığı ahlâkî sıkıntının sıklığı ile yaş arasında negatif ilişki olduğu görülürken, genel hemşirelik bakımının kalitesi ile pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bir başka çalışmada ahlâkî sıkıntının sıklığı ile yaş arasında önemli ölçüde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Mobley vd., 2007: 258). Bu çalışmada ise ahlâkî sıkıntının sıklığının hemşirelerin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermeyerek, Mobley ve arkadaşlarının çalışmasıyla aynı doğrultuda bir sonuç verdiği görülmüştür.

Ahlâkî sıkıntının sık görülmesinin hemşirelerin kendilerini işlerine vermeleri veya işlerine odaklanmaları üzerinde olumsuz etkisi görülürken, ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık duyulması hemşirelerin kendilerini işlerine vermeleri üzerinde olumlu katkı sağlamıştır. Hemşirelerde ahlâkî sıkıntının görülme sıklığının enerjik olmayı negatif yönde etkilediği görülmektedir. Ancak yaşanan ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık duyulmasının beklenen aksine işe adanmanın enerjik olma boyutu üzerinde bir etkisinin olmadığı ortaya çıkmıştır. Ahlâkî sıkıntının sık görülmesinin ve ahlâkî sıkıntıdan rahatsızlık duyulmasının işe bağlılık üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Öte yandan Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanede çalışanlara göre ahlâkî sıkıntıdan daha fazla rahatsızlık duyduğu görülmektedir. Ayrıca mesleğindeki toplam hizmet süresi 6-15 yıl olanların mesleğe ilk başlayan ve mesleğinde 15 yıldan fazla hizmet süresine sahip olanlara göre yaşadıkları ahlâkî sıkıntıdan dolayı rahatsızlık düzeyleri daha fazla olduğu anlaşılmıştır.

Elpern ve arkadaşları (2005: 525)’nin yoğun bakımda çalışan hemşirelerde ahlâkî sıkıntı üzerine yaptığı çalışmada ahlâkî sıkıntı ile demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hemşirelik mesleğindeki hizmet yılı) karşılaştırmalı analizi yapılmıştır. Sadece ahlâkî sıkıntının hemşirelik mesleğindeki hizmet yılı ile pozitif anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Diğer faktörler arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada da sadece hemşirelerin mesleklerini icra ettikleri toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buradan hareketle mesleğindeki toplam hizmet süresi 6-15 yıl olanların mesleğe ilk başlayanlar ve mesleğinde 15 yıldan fazla hizmet süresine sahip olanlara göre yaşadıkları ahlâkî sıkıntıdan dolayı rahatsızlık düzeylerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Hamric ve arkadaşları (2007: 424)’nin hemşire ve hekimlerin yoğun bakım ünitesindeki ölümcül hastalara karşı bakış açılarını araştırdığı çalışmada hemşirelerin ahlâkî sıkıntı deneyimlerinin daha fazla olduğunu ve ahlâkî sıkıntı algısında önemli derecede farklılıklar bulunduğunu tespit etmişlerdir. Hekim ve hemşirelerde bu algının farklılığı şu ifadeyle anlaşılmaktadır: “*Öğrencilerin yalnızca becerilerini arttırmak amacıyla hastalar üzerinde ağırlı işlemler yaptığını tanık olmak*” ifadesine hekimler böyle bir durum karşısında ahlâkî sıkıntı yaşamadığını belirtirken, hemşireler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise hemşireler bu durum karşısında ahlâkî sıkıntı yaşamadıklarını belirtirken, bu ifadenin ahlâkî sıkıntının sıklık boyutuyla da rahatsızlık boyutuyla da eşleşmediği



görülmüştür. Yine Hamric ve arkadaşları (2007: 426) yoğun bakım ortamında hemşirelerin ahlâkî sıkıntı puanlarının yüksek, etik iklimin fazla, bakım kalitesinden memnuniyetin düşük olduğunu, bununla birlikte hekim ve hemşire işbirliğinin de daha az olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin mesleğe başladıkları ilk andan itibaren enerjik bir tutum sergilediği görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin mesleklerinin 10. yılından sonra kendini işe verme davranışı sergilemektedirler. Son olarak bu çalışmanın önemli diğer sonuçları da; evli olmayan, özel hastanede çalışan, meslek hayatında 10-15 yıldır hizmet eden, mevcut çalıştığı kurumda ilk beş yılını doldurmamış ve 29 yaş ve altında olan hemşirelerin, işe bağlılıklarının daha fazla olmasıdır. Araştırma sonuçlarına yansıyan bir diğer konu ise özel hastanede çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının çok düşük olması ve bununla birlikte eğitim düzeylerinin de lise olmasıdır.

Sonuç olarak ahlâkî sıkıntı kavramının henüz Türk literatüründe çok yeni olmasının yanı sıra, araştırılmaya muhtaç birçok alanda karşılaşılan etik ve ahlâk temelli sorunlara ışık tutabileceği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarında hekim, ebe, teknisyenler ve yardımcı diğer sağlık personelleri üzerinde de çalışılabilir. Ayrıca sağlık alanı dışındaki hukuk, ekonomi, yönetim ve sosyoloji alanlarında da yaşanan ahlâkî sıkıntılarının tespiti yapılarak ve sorun çözme yöntemleri geliştirilebilir. Ayrıca ahlâkî sıkıntı kavramının sağlık yöneticileri açısından da anlamlı hale gelmesi için hastane yöneticileri ve idari birimlerde bulunan sağlık yöneticilerine yönelik ahlâkî sıkıntıyı ölçen *Ahlâkî Sıkıntı Ölçeği* geliştirme çalışmaları yapılmalıdır.

## 5. KAYNAKÇA

AACN, (2016). American Association of Colleges of Nursing Moral distress. Erişim 18 Mayıs 2016, <http://www.aacn.org/wd/practice/content/ethic-moral.pcems?menu=practice>

Antonison, M. (2010). *Evaluation of Work Engagement As A Measure of Psychological Well-Being From Work Motivation*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, The University of Alabama In Huntsville.

Attridge, M. (2009). Measuring and Managing Employee Work Engagement: A Review of the Research and Business Literature”, *Journal of Workplace Behavioral Health*, 24(4), 383-398.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Taris, T. W. (2008). Work Engagement: An Emerging Concept in Occupational Health Psychology, *Work & Stress*, 22(3), 187-200.

Başpınar, N. ve Çakıroğlu, D. (2012). *Meslek Etiği*, Nobel Yayıncılık, İstanbul.

Billington, R. (2011). *Felsefeyi Yaşamak*, Çev: Abdullah Yılmaz, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

Burke, R. J., Koyuncu, M., Jing, W., Fiksenbaum, L. (2009). Work Engagement Among Hotel Managers in Beijing, China: Potential Antecedents and Consequences, *Tourism Review*, 64(3), 4-18.

Deese, M. N. (2009). *Testing An Extension of The Job Demands-Resources Model: The Addition of Personal Resources As Mediators to The Resources- Engagement Relationship*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, The Graduate School of Clemson University.

Elpern, E. H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). Moral Distress of Staff Nurses in A Medical Intensive Care Unit, *Am J Crit Care*, 14, 523-530.

Ertemli, H. B. (2011). *İş Aile ve Aile İş Çatışmalarının İşe Cezbolma Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Frankane, W. (2007). *Etik*, Çev: Azmi Aydın, İmge Yayınevi, Ankara.

Ganz, F. D., Berkovitz, K. (2011). Surgical Nurses' Perceptions of Ethical Dilemmas, Moral Distress and Quality of Care, *Journal of Advanced Nursing*, 22 October.

Gill, D. S. (2007). *Employee Selection And Work Engagement: Do Recruitment And Selection Practices Influence Work Engagement?*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Department of Psychology College of Arts and Sciences, Kansas State University.

Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., Toppinen-Tanner, S. (2008). Positive Gain Spirals at Work: From Job Resources to Work Engagement, Personal Initiative and Work-Unit Innovativeness, *Journal of Vocational Behavior*, 73, 78-91.

Hamric, A. B., Blackball, L. J. (2007). Nurse-Physician Perspectives on The Care of Dying Patients in Intensive Care Units: Collaboration, Moral Distress And Ethical Climate, *Crit Care Med*, V35, 422-429.

İlhan, S. (2005). İş Ahlakı: Kurumsal Bir Yaklaşım, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 258-275.

Kalvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm P., Arnetz, B. (2004). Living With Conflicts-Ethical Dilemmas And Moral Distress in The Health Care System, *Soc Sci Med*, 58, 1075-1084.

Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G., Özden, D., Çınar, Z. (2015). Moral Distress in Turkish Intensive Care Nurses, *Nursing Ethics*, 1(16).

Kuruüzüm, A., Irmak, S. ve Çetin, E. İ. (2010). İşe Bağlılığı Etkileyen Faktörler: İmalat ve Hizmet Sektörlerinde Karşılaştırmalı Bir Analiz, Bilig Ahmet Yesevi Üniversitesi Mütevelli Heyet Başkanlığı, 53, 183-198.

Louison, C. P. (2007). *Convergent and Discriminant Validity of Employee Engagement*, Doktora Tezi, Alliant International University.

Lützen K., Cronqvist, A. M., Annbella and Andersson, L. (2003). Moral Stress: Synthesis of A Concept, *Nurs Ethics*, 10, 312-322.

McCrory, M. S. (2010). *Suffering Identified As Moral Distress: Recommendations for Shifting Institutional Cultures in Healthcare*, Garrett-Evangelical Theological Seminary, Yüksek Lisans Tezi, Evanston, Illinois.

Mobley, M. J., Rady, M. Y., Verheijde, J. L., Partel, B., Larson, J. S. (2007). The Relationship Between Moral Distress and Perception of Futile Care in The Critical Care Unit, *Intensive and Critical Care Nursing*, 26 March, 23, 256-263.

Özer, Ö., Saygılı, M., Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık Çalışanlarının İşe Cezbolma Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma, *Business & Management Studies: An International Journal*, 3(3), 261-272.

Radzvin, L. C. (2008). *The Occurrence Of Moral Distress in Certified Registered Nurse Anesthetists*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Duquesne University.

Rice, J. K. (2009). *The Role of Tenure As A Moderator to Work Engagement and Job Satisfaction*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, San Jose State University.

Roberts, D. R. ve Davenport, T. O. (2002). Job Engagement: Why It's Important and How to Improve It, *Employment Relations Today*, Autumn, 21-29.

Simpson, M. R. (2009). Predictors of Work Engagement Among Medical-Surgical Registered Nurses, *Western Journal of Nursing Research*, 31(1), 44-65.

Ulusoy, M., ve Görgülü, R. S. (1997). *Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler*, 3. Baskı, Cilt.1, Ankara.

Usta, A. (2011). Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetiminde Etik ve Ahlâk, İnönü Üniversitesi, Kamu Yönetimi Bölümü.

Yıldırım, G., Özden, D., Karagözoğlu, Ş. (2013) Ahlâkî Sıkıntı: Türkiye'de Sağlık Alanında Gündeme Gelmeyen Bir Boyut, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35, 318-325.