



**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE ETİK İKLİM
ALGISI ve BAKIM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

**Filiz KILINÇ
1178207102**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN: Dr.ŐĐr.Üyesi Zeynep Kurtuluş TOSUN

**Tez No:2020/92
2020-TEKİRDAĞ**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE ETİK İKLİM ALGISI
ve BAKIM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Filiz KILINÇ
1178207102

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Kurtuluş TOSUN

Tez No:2020/92
2020-TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında sabırlı, özverili desteği ile bu süreçte kendisinden çok şey öğrendiğim, çalışmamın her aşamasında değerli katkılarıyla bana her zaman rehberlik ederek değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer danışman hocam

Dr.Öğr.Üyesi Zeynep Kurtuluş TOSUN'a

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, varlığı ile bana güç veren, başarının ve gücün sonsuz bilgi ve eğitimden geçtiğine inanarak yolumu aydınlatan, hayattaki en değerli varlığım annem

Sakine KILINÇ'a

Desteğini ve ilgisini esirgemeyen, güçlü kadınların ancak güçlü yarınları oluşturabileceğine inanarak eğitim süreçlerimi tamamlamamı vasiyet eden anneannem

Melek GÜREŞ'e

Her durumda motive olmamı sağlayan ablam

Yeliz KILINÇ'a

Bu zorlu dönemde bana yardımcı olan kardeşim

Yusuf KILINÇ'a

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen, değerli meslektaşım

Ali ÜNAL'a

Veri toplama aşamasında uzakları yakın eden değerli meslektaşım

Özay ÖZOĞLU'na

Desteğini esirgemeyen tüm meslektaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Filiz KILINÇ-2020

ÖZET

Kılınç, F. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı ve Bakım Kalitesi İlişkisi; Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Tezi, Tekirdağ, 2020. Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) bakım kalitesini etkileyeceği düşünülen tüm faktörlerin bakım kalitesi iyileştirme çalışmaları kapsamında ele alınması gerekmektedir. Bu çalışma YBÜ’de hemşirelerin etik iklim algılarının bakım kalitesine yansımalarının ortaya konması amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde bir çalışmadır. Araştırma Sakarya’da bulunan devlet hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 197 yoğun bakım hemşiresi ile gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmüştür. Veriler sosyodemografik bilgi formu, Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ), Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (KHBÖ) aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmada yer alan hemşirelerin yaş ortalaması 29.53 ± 5.52 olup, %71.1’i kadındır. HEİÖ toplam puan ortalaması 3.60 ± 0.61 olup, en yüksek ortalama puan ‘Hasta Faktörü’ (4.04 ± 0.62), en düşük ortalama puan ‘Hastane Faktörü’ (3.06 ± 0.90) alt boyutlarında elde edilmiştir. HEİÖ’ye göre hemşirelerin yaklaşık yarısı (%48.7) genellikle birimlerinde güvenli hasta bakımı verildiğini düşünmekte; yarıya yakını (%45.2) hastaneleri tarafından hiç desteklenmedikleri ya da nadiren desteklendikleri ve saygı duyulduklarını ifade etmektedir. YBÜ’de etik iklim algısının hemşirelerin çalışma yılına, haftalık çalışma saatine, çalışma şekline, bakım verilen hasta sayısına göre değiştiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmanın yürütüldüğü YBÜ’de en fazla karşılanmayan bakım gereksinimi hasta mobilizasyonu, en az ihmal edilen uygulama ise el yıkama olmuştur. Çalışan hemşirelerin %35.0’i hastaların mobilizasyonunu hiçbir zaman sağlayamadığını belirtirken, %76.6’sı ise el yıkamanın nadiren ihmal edildiğini ifade etmiştir. Hemşireler hasta bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının nedeni olarak ilk sırada hasta durumundaki ani değişimler (%76.1), takiben personel sayısının yetersizliğini (%75.1) göstermiştir. Bakım kalitesi ve etik iklim birbiri ile zayıf da olsa ilişkili olup; KHB gereksinimleri boyutu ile HEİÖ “Hasta Faktörü” ($p < 0.05$), ve “Meslektaş Faktörü” ($p < 0.01$) alt boyutları arasında pozitif; “Hekim Faktörü” boyutu arasında negatif ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hemşire, bakım kalitesi, etik iklim algısı

ABSTRACT

Kılınç, F. The Relationship Between Ethical Climate Perception of Intensive Care Nurses and Quality of Care; Tekirdag Namık Kemal University Institute of Health Sciences Department of Internal Medicine Nursing Thesis of Master's Degree Program Tekirdağ, 2020. All factors that thought to be affect the quality of care in intensive care units (ICU) need to be addresssed within the context of quality of care improvement works. This is a descriptive study planned to exhibit the reflection of the ethical climate perceptions of nurses on the quality of care in ICU. The study is carried out on a volunteer basis with 197 intensive care nurses working in intensive care units of state hospitals in Sakarya. The data is collected by way of The Socio-demographic Information Questionnaire, The Hospital Ethical Climate Survey (HECS) and The MiSSed Nursing Care Survey. The age average of nurses participated in the study is 29.53 ± 5.52 and 71.1% of them are female. HECS total average score is 3.60 ± 0.6 , the highest score is "Patient Factor" (4.04 ± 0.62), while the lowest score is "Hospital Factor" (3.06 ± 0.90) in it's subscales. In terms of HECS, approximately half of the nurses (48.7%) think that safe patient care is given in their units; nearly half of them (45.2%) think that they have never been supported or respected by their hospital. It was determined that the perception of ethical climate in ICU changes due to the working period of nurses, weekly working hours, the way of work and the number of patients who are given care ($p < 0,05$). The most miSSed care need is patient mobilization, while the least ignored practice is hand washing. While 35% of working nurses remark that they could never ensure patient mobilization, 76.6% state that hand washing is rarely disregarded. Nurses stated that the reasons for failure to meet the patient's care needs are the sudden changes in patient condition (76.1%) followed by short-staffed (75.1). Quality of care and ethical climate are related at the least. The correlation between MNS "needs" scale and HECS "patient factor" ($p < 0,05$) and "colleague factor" subscales is positive, while between "doctor factor" scale is negative ($p < 0,05$).

Key Words: Intensive Care Unit, nurse, quality of care, perception of ethical climate

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGE ve KISALTMALAR.....	xi
TABLOLAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. ETİK ve AHLAK KAVRAMLARI.....	2
2.2. ETİK İKLİM KAVRAMI	2
2.3. ETİK İKLİM TÜRLERİ	4
2.3.1. Bakım Etik İklim Türü.....	4
2.3.2. Bağımsız Etik İklim Türü	5
2.3.3. Yasa ve Kod Etik İklim Türü.....	5
2.3.4. Kurallar Etik İklim Türü	5
2.3.5. Aletsel Etik İklim Türü	5
2.4. ETİK İKLİMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	5
2.4.1. Örgütsel Güven.....	5
2.4.2. Motivasyon	7
2.4.3. Çatışma	8
2.4.4. Örgütsel Adalet.....	8
2.5. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN ETİK İLKELERİ	9
2.5.1. Yararlılık/Yarar Sağlama İlkesi	9
2.5.2. Zarar Vermeme İlkesi	9
2.5.3. Özerklik İlkesi.....	10
2.5.4. Bireye Saygı İlkesi.....	10
2.5.5. Doğruluk İlkesi	11
2.5.6. Adalet İlkesi.....	11
2.5.7. Babacan Otorite İlkesi	12

2.5.8. Sadakat/Bağlılık İlkesi.....	12
2.6. YOĞUN BAKIM ve HEMŞİRELİK	12
2.6.1. Yoğun Bakım Üniteleri.....	12
2.6.2. Yoğun Bakım Hemşireliği	14
2.6.3. Yoğun Bakım Hastası	15
2.6.4. Yoğun Bakım Etiği	16
2.7. HEMŞİRELİKTE BAKIM ve KALİTE	17
2.7.1. Bakım Kavramı.....	17
2.7.2. Hemşirelik Bakımı ve Özellikleri	17
2.7.3. Hemşirelik Bakımında Kalite	19
2.7.4. Bakımın Kalite Göstergeleri	20
2.7.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	23
3.2. Araştırmanın Tipi	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	24
3.4.2. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)	24
3.4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (KHBÖ)	26
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.7. Araştırma Yöntem ve Süreci	28
3.8. Verilerin Analizi.....	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	51
5.1. YBÜ’de Etik İklim Algısının Tartışılması	51
5.2. YBÜ’de Karşılanamayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin ve Nedenlerinin Tartışılması	53
5.3. YBÜ’de Etik İklim Algısının Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması	57

5.4. YBÜ’de Karşılanamayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerinin Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması	63
5.5. YBÜ’lerde Etik İklim Algısı ile Bakım Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR	72
EKLER.....	83
EK 1- Sosyodemografik Bilgi Formu	83
EK 2- Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Faktörleri.....	85
EK 3- Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği	89
EK 4- Etik Kurul İzni	92
EK 5- Kurum İzinleri	93
EK 6- E-Mail İzinleri	95
EK 7- Özgeçmiş	98

SİMGE ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devleti
ANA	American Nurses Association
HEİÖ	Hastane Etik İklim Ölçeği
KHBÖ	Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği
KHB	Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı
NCSS	Number Cruncher Statistical System
NQF	National Quality Forum
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3. 1	Araştırmaya Katılan Hemşire Sayıları.....	24
Tablo 3. 2	HEİÖ Puan Dağılımları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi	25
Tablo 3. 3	Karşılanmamış/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği Puanları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi	27
Tablo 4. 1	Hemşirelerin Demografik Özellikleri Dağılımı(n=197).....	29
Tablo 4. 2	Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Dağılımı(n=197)	30
Tablo 4. 3	Hastane Etik İklim Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı ...	32
Tablo 4. 4	HEİÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Değerlerinin Dağılımı	34
Tablo 4. 5	Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	35
Tablo 4. 6	Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenlerine İlişkin Dağılımlar.....	36
Tablo 4. 7	Hastane Etik İklim Algı Düzeyleri ile Bakım Kalitesi Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	38
Tablo 4. 8	Demografik Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	39
Tablo 4. 9	Mesleki Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	42
Tablo 4. 10	Mesleki Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	45
Tablo 4. 11	Demografik Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 4. 12	Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 4. 12	Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi (devamı) ...	48
Tablo 4. 13	Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi.....	50

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Etik iklim, bir kurumda var olan şartların çalışanlar tarafından algılanma durumu olarak ifade edilir (Büte 2011). Kurum içinde yer alan çalışanlar kurum kültürünü kabullenip kendini ne kadar değerli hissederse kuruma karşı olan sadakati o yönde artış gösterir (Yüceler 2009). Kurum da çalışma ortamının verimli şekilde olabilmesi için çalışma ortamının elverişli olması ve çalışanların kurumda iş tatminlerinin yüksek olması gerekmektedir (Tiryaki ve Bahçecik 2014). Kurumdaki çalışanların etik iklimi ne derece etkiliyse verimlilik ve performans da o yönde artma gösterir (Bulut 2012). Etik iklimin kurumdaki çalışanlara sağladığı faydalardan en önemlisi çatışma durumlarını en aza indirmektir. Etik iklimin oluşmasıyla birlikte kurumdaki çalışanların çatışma durumlarının minimum seviyede tutulması amaçlanmıştır (Doğan ve Üngüren 2012).

Hemşireler, kişisel ve mesleki olarak gelişmelerine katkı sağlayacak kurumsal iklimde çalışmayı devam ettirmek isterler. Hemşireler bakım hizmetinin aksamadan yürütülmesini sağlayan sağlık ekibinin önemli bir üyesidir. İçinde bulunduğu kurumun ikliminden oldukça fazla etkilenirler (Tiryaki ve Bahçecik 2014). Etik iklim hemşirenin etik karar vermesini etkiler. Bundan dolayı çalışma ortamının iyileştirilmesi, nitelikli hasta bakımının sağlanması, en etkili uygulamaların belirlenmesi, tıbbi hataların azaltılması için hemşirelikte etik bir çalışma ortamı oldukça önemlidir (Hwang ve Park 2014). Sağlık profesyoneli olarak nitelendirilen hemşirelerin etik iklimle bağlı olumsuz algıları bakım ve tedavinin kabul edilebilir düzeyde uygulanamamasına neden olmaktadır (Hamric ve Blackhall 2007). İhtiyaç duyulan hemşirelik bakımının karşılanmaması sağlık kurumlarında morbitide ve mortalite oranlarında, hasta düşmeleri ve enfeksiyon oranlarında yükselişe ve hastanede yatış sürelerinde uzamaya sebep olmaktadır. Ayrıca bakım veren hemşire ekibinin çalışma memnuniyetinin azalmasına ve çalıştığı kurumu değiştirmesine yol açmaktadır (Kalisch 2009).

Çalışmanın amacı; yoğun bakım ünitelerinde hasta bireyin bakımı konusunda oldukça önemli sorumluluk üstlenen yoğun bakım hemşirelerinin etik iklim algılarının, hasta bakım kalitelerinin belirlenmesi ve etik iklim algısının hasta bakım kalitesini nasıl etkilediğini ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik ve Ahlak Kavramları

Etik Yunanca kökenli olup “ethos” sözcüğünden ortaya çıkarak karakter anlamına gelmektedir (Tütüncü ve Savran 2007). Ahlak, Latin kökenli olup “moralis” kelimesinden türemiş olup, davranış, davranış biçimi anlamlarına gelmektedir (Tschudin 2003). Etik ve ahlak arasında anlam açısı bakımından birbirlerine benzerlik gösterse de bu iki kavram birbirinden değişik anlamlara gelmektedir (Akbaş 2010, Öztürk 2010).

Etik kavramı, evrensel olan yardımseverlik, dürüstlük, doğruluk, adaletli olmak, hırsızlık yapmamak, yalan söylememek, kişiye zarar vermemek, bağlılık gibi değerler ile ilgilenirken, ahlak ise toplumdan topluma değişiklik gösterebilen töre, örf-adet, alışkanlık, gelenek, yaşam biçimi gibi tutum ve davranış ile ilgilenir (Öztürk 2010, Kılavuz 2002). Ahlak kavramı, gelenek ve göreneklerle ilgili tutum veya davranış olup, dini inanış veya kişisel görüşü yansıtır. Etik kavramı, meslek gruplarını etkileyerek bir durum karşısında davranışa yol gösterici olma ya da doğru harekete geçme olarak ifade edilir (Öztürk 2010).

2.2. Etik İklim Kavramı

Victor ve Cullen’in 1987-1988 araştırmaları sonucunda örgütlerde kapsamlı bir yapı olan etik iklimin varlığı ortaya çıkmıştır. Etik iklim, etik sorunlarla başa çıkma ve etik yönden uygun davranışın nasıl olması gerektiği konusunda ortak kavram olarak ifade edilmiş ve etik içerikli örgütsel uygulamalar ile ilgili algı şeklinin etik iş iklimini oluşturduğu saptanmıştır (Victor ve Cullen 1988, Wimbush ve Shepard 1994). Etik iklim; bir örgütün örgüt içinde var olan şartların çalışanlar tarafından algılanması neticesinde örgütteki insan ilişkilerinin niteliğini yansıtan bir kavramdır (Özipek 2014, Büte 2011).

Örgüt iklimi, kurumsal yapıda bulunan değer yargıları ve kuralların oluşmasıyla birlikte ortak bir algı sonucunda ortaya çıkan bir kavramdır (Silva 2004). Çalışma ortamı için çoğunlukla kullanılan iki tanımlayıcı olarak nitelendirilen kurum iklimi ve kurum kültürüdür (Sleutel 2000). Kurum kültürü, kurumdaki çalışanların

tutumlarına yön veren kurallar, kalıplar, inançlar ve davranışları belirler (Sağır 2011). Kurum iklimi, kurumdaki çalışanların tutumlarını etkileyen ve kurum içerisinde farklılık gösteren çalışanların doğrudan veya dolaylı olarak iş çevrelerini algılama şekilleridir (Caricati ve diğ. 2014, Sleutel 2000). Çalışanlar, kurum iklimini değerlendirdiklerinde ortaya çıkan neticeye göre uyumlu bir biçimde davranış gösterirler. (Frag ve diğ. 2009). Kurum iklimi kurum kültürüne göre daha kısa sürelidir, bu kısa süre içerisinde kurum iklimi farklı bir hal alabilir (Karcıoğlu 2001). Kurum iklimi nicel olarak ölçülebilir, kurum kültürü ise daha soyut olduğundan nitel olarak değerlendirilir (Frag ve diğ. 2009).

Hemşirelikte etik iklimin, güvenli olmayan bakım gibi etik olmayan davranışların önemli bir engelleyicisi olduğu varsayılmaktadır (Hwang ve Park 2014). Hemşirelikte etik iklim, kurumdaki güven ve insan ilişkileri dahil etik karar vermeyi ve kurumda yapılan uygulamaları yansıtır (Goldman ve Tabak 2010). Bireylerin kendi kurumlarındaki etik konuların nasıl ele alındığını ifade eder (Hwang ve Park 2014). Hemşirelikte etik iklim, hasta bakımının karmaşık olması nedeniyle ortaya çıkan problemlerin etik soruna neden olması durumunda kurumdaki şartların ve uygulamaların algılanma durumudur (Huang ve diğ. 2012, Hart 2005). Etik iklim etik karar vermeyi, etik sorunlara neden olan davranışa karşı cevap oluşturur (Goldman ve Tabak 2010). Etik iklim, kurumdaki çalışanların etik konuların neler olduğuna dair algılarını etkilemekle kalmayıp, bunun yanı sıra kurum çalışanlarının karşılaştıkları konuları etik açıdan inceleme şekli, değerlendirmeyi ve çözümüne ilişkin sebepleri belirler (Martin ve Cullen 2006). Güçlü bir etik iklim, kurumdaki kontrolü sağlayarak çalışanların nasıl davranması gerektiğini, doğru ve yanlışlarını görmesine olanak tanımaktadır (Lopez ve diğ. 2009). Çalışanlar tarafından kabul görmüş etik iklim çalışanların etik bir sorun ile karşı karşıya kaldıklarında onlara ne yapmaları konusunda yol gösterir (Cullen ve diğ. 2003). Kurumdaki çalışanların kuruma olan bağlılığını arttırıp kurumdan ayrılma niyetini azaltarak çalışanın kendini değerli hissetmesini sağlar (Suhonen ve diğ. 2011, Hwang ve Chang 2009). Hemşireler çalışma ortamını etik yönden nasıl algılasa etik sorunlar ortaya çıktığında, etik olarak gösterilen davranış ve karar o doğrultuda etkilenir (Goldman ve Tabak 2010 ,Olson 1998). Etik iklim kurumdaki çalışanların moralini yüksek tutmasını sağlar (Suhonen

ve diğ. 2011). Çalışanın stresle baş etmesini sağlayarak motive olmasını bunun sonucu olarak da kurumdaki performansını yükseltir (Caricati ve diğ.2014). Çalışanın performansının artmasıyla birlikte işten ayrılma niyeti azalır, çalışanın iş doyumunu artar (Suhonen ve diğ. 2011, Hwang ve Chang 2009, Elçi ve Alphan 2009, Ulrich ve diğ.2007, Luo et al 2007, Martin ve Cullen 2006, Hart 2005). Çalışmalar incelendiğinde de etik iklimin hemşirelerde iş memnuniyetini, işten ayrılma niyetini (Hwang ve Park 2014), kuruma karşı olan sadakati, motivasyonu (Frag et al. 2009) ve hasta memnuniyetini (Kramer ve Schmalenberg 2008) etkilediği saptanmıştır.

Her sağlık bakım kurumunun amacı, kurumun verimliliğini, özellikle güvenli hasta bakımına yönelik kurumsal stratejileri sistemli bir biçimde geliştirmektir (Kramer ve Schmalenberg 2008). Hemşirelikte çalışma ortamının iyileştirilmesi, nitelikli hasta bakımının sağlanması ve tıbbi hataların azaltılması için oldukça önemlidir (Hwang ve Park 2014, Kramer ve Schmalenberg 2008, Schluter ve diğ. 2008). Sağlık profesyoneli olarak nitelendirilen hemşirelerin olumsuz etik iklim algıları bakımın kabul edilebilir düzeyde verilememesine yol açmaktadır (Karagözoğlu ve diğ. 2014). Hemşireler eğer çalışma ortamındaki etik iklimini, hastalara karşı olan sorumluluklarının tehlikeye gireceği şeklinde algılayorsa bunun sonucunda iş doyumunun azalmasına ve işten ayrılma niyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Goldman ve Tabak 2010). Etik iklimin, kurumdaki çalışanlar tarafından açık ve anlaşılır olması son derece büyük önem taşımaktadır (Şahin ve Dündar 2011).

2.3. Etik İklim Türleri

Victor ve Cullen ilk olarak 1987 yılında etik çalışma iklimini açıklamış; bakım, bağımsız, yasa ve kod, kurallar ve aletsel etik iklim türü olmak üzere beş etik iklim çeşidi ifade etmiştir (Victor ve Cullen 1988).

2.3.1. Bakım Etik İklim Türü

Bakım etik iklim türü, 'yardımseverlik' etik ölçütünü temel alarak başkaları için endişelenmeyi amaç edinmiştir. Bu iklimi benimseyen çalışanlar, etik kararlarını etkileyebilecek kurum dışındaki kişilere olduğu kadar kendileri de oldukça önemlidir.

Fazla sayıdaki bireyin çıkarımın olabildiğince en üst seviyeye çıkarılmasını hedefler (Victor ve Cullen 1988).

2.3.2. Bağımsız Etik İklim Türü

Bağımsız etik iklim türü, ilkelik ölçütünü esas alır, çalışanlar kendi etik değerlerine göre davranış gösterir (Victor ve Cullen 1988).

2.3.3. Yasa ve Kod Etik İklim Türü

Yasa ve kod etik iklim türü, kurumsal ahlak kuralları ile bağlantılıdır, çalışanların mesleki kurallara ve düzenlemelere uymalarını gerekli görür (Victor ve Cullen 1988).

2.3.4. Kurallar Etik İklim Türü

Kurallar etik iklim türü, kişisel ahlak kuralları ve kurum tarafından belirlenmiş davranışlar ile bağlantılıdır (Victor ve Cullen 1988).

2.3.5. Aletsel Etik İklim Türü

Aletsel etik iklim türü, bencillik ölçütünü esas alır ve kişinin öncelikle kendi çıkarımını en üst seviyede tutmasını hedefler. Çalışanlar kurumun kendi çıkarları için hizmet ettiğine ve kurumun çıkarları için kararlar verdiklerini düşünebilirler (Huang ve diğ. 2012).

2.4. Etik İklimi Etkileyen Faktörler

2.4.1. Örgütsel Güven

Örgüt; kişilerin ortak bir hedefe ulaşabilmeleri amacıyla karşılıklı olarak ilişki kurmaları neticesinde meydana gelen düzendir (Barnard 1994). Güven; bireylerin karşılıklı doğruluğuna, dürüstlüğüne, karşılıklı etkileşim sonucunda birbirlerine zarar vermeyeceklerine ve kişilerin birbirlerine inanması sonucunda meydana gelen karşılıklı tutum ya da davranış biçimi olarak ifade edilir (Dönertaş 2008). Örgüte güven, örgüt içinde yer alan çalışanların örgütteki güvenilirliği algılama şeklidir. Örgütün, çalışanın çıkarlarını gözetebileceğine, çalışana zarar vermeyecek şekilde davranış göstereceğine dair güven hissettirmesidir (Sayın 2009). Günlük hayatta iki birey arasında oluşan içten ilişkiler neticesinde açığa çıkan güven

kişisel güven olarak ifade edilirken, özellikle örgütsel ilişkiler sonucunda açığa çıkan güven ise, örgütsel güven olarak ifade edilmektedir (Bachmann 2003).

Örgütlerdeki var olan güvenin önemli bir bölümü, karşılıklı ilişkiler neticesinde, saygınlık ve tecrübe temel alınarak açığa çıkan hızlı güven ve hüküm türündendir. Fakat örgütsel güven, örgütte ortaya çıkan kişisel güven ilişkilerinden oluşmamaktadır. Bireyler sahip oldukları güven duygularını, şahsi olarak tanıdıkları kişilerin önerileri sonucunda, belli değerlerle başkalarına da aktarırlar. Bu sayede güvenin bu şekilde yaygınlaşmasıyla birlikte kişisel güven ile örgütsel güven arasında köprü kurar. Bireylere kefil olup karşılıklı etkileşim sağlayarak güven aracılığı yapanlar sonuç olarak örgüt içinde güvenin yaygınlaşmasına destek olurlar (Dönertaş 2008).

2.4.1.1. Yöneticiye Güven

Güven örgütlerde kendiliğinden meydana gelmez. Yönetici güven ortamı sağlayarak, güven duygusunu örgüt çalışanları üzerinde yapılandırması ve titiz bir biçimde yönetmesi gerekmektedir (Sayın 2009). Yöneticilerin değerlendirilmesi çalışanların iş doyumlarında önemli bir rol üstlenmektedir. Örgüt içinde kararların nasıl alındığını bilmek çalışanları sadece karar alma kurallarının yansız olmasına inanmakla beraber, yöneticilere de güven hissetmeye olanak sağlar (Dinç 2007). Güvenin yöneticiler tarafından başlatılması gereken bir aşama olduğu bilinmelidir (Arslan 2009). Dolayısıyla güvenilir bir yöneticiden beklenen; tarafsız, etik ilkelere uygun davranış ve tutum sergilemesidir (Sayın 2009).

2.4.1.2. İşletmeye Güven

Yönetici ve çalışan arasındaki ilişki örgütsel anlamda oldukça önem taşır. Bu ilişkiyi önemli hale getiren durum; çalışanın, yöneticiye karşı duyduğu güven ile tüm örgüte duyduğu güvenin neredeyse aynı algılamasıdır. Örgütsel olarak güven ilişkisini başlatan ilk girişim, yöneticinin davranışdır (Arslan 2009).

Örgüte ve yöneticiye güven birbirleriyle bağlantılı kavramlar olmasının yanında, örgüte güven örgütsel bağlılığı artırırken yöneticiye güven çalışanın memnuniyetini etkilemektedir (Tan ve Tan 2000). Kişiyne güven ve örgüte güven

birbiriyle yakın anlam taşınması sebebiyle, bir bütün olarak örgütsel güven kavramını oluşturur. Dolayısıyla örgüte ve yöneticiye karşı hissedilen güven farklı fakat birbirlerine bağlı kavramlar olarak ifade edilmektedir (Arslan 2009).

2.4.1.3. Çalışma Arkadaşlarına Güven

Kurumdaki çalışanların iletişim içinde oldukları, birlikte hareket edebildikleri, özel şeyler paylaştıkları, birlikte sosyal etkinliklere katılabildikleri veya belirli bir işi yapmak için bir araya geldikleri birtakım gruplar vardır. Çalışanlar, sosyal ihtiyaçlar, ortak ilgiler, öz saygı, güvenlik gibi gereksinimleri nedeniyle gruplara üye olurlar. Grup üyesi olan çalışanlar hep birlikte ekip ruhu ile hareket ederler. Grup üyeliğinin ve grup ilişkilerinin devam etmesinin ilk şartı güvendir. Birbirine güvenmeyen kişilerden oluşan grupların ortak amaçlar dışında davranış göstermesi beklenemez. Grup içi ve gruplar arası ilişkilerde, diğerlerinde güvensizlik oluşturan birey gruptan soyutlanır dolayısıyla birey örgüte yabancılaşır. Yabancılaşma bireyin motivasyonunu ve performansını azaltıp, örgüte karşı bağlılığını olumsuz yönde etkiler (Topaloğlu 2010).

2.4.2. Motivasyon

Motivasyon, bir ya da daha fazla bireylerin belirli bir amaç etrafında harekete geçmesini sağlayan davranışlara yön veren eylemler bütünüdür. Bu amaçla bireylerin davranışlarına yön veren umut, inanç, ihtiyaç ve korku gibi hislerin tümüdür. Kişisel davranışlar bireylerin arzu, korku, inançları ve ihtiyaçları tarafından kontrol altına alınabilir. Arzu, korku, inanç gibi hisler, kişilerin duygu durumlarını bir hedefe ulaşmak için harekete geçirerek yön verir (Eren 1993).

Motivasyon örgütte yer alan çalışanların hedeflerine ulaşmak için belirli kurallar çerçevesinde çalışmasıdır. Belirli amaç için toplanan bireylerin, ortak hedeflerine ulaşmak için eş güdümlü olarak yönlendirilmesi, uyum ve birlik içinde sarf edilen çabaların tümüdür (Öztekin 2010). Motivasyon örgütteki bireyin davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Günümüzde birey örgütlerin en önemli ögesidir. Bu nedenle bireylerin örgüt içerisinde motive edici davranışlar göstermeleri için amaçları

doğrultusunda tutum ve davranışlarına yön verecek vasıtalar kullanılması sağlanmalıdır (Örücü ve Kanbur 2008).

Yöneticiler motivasyonlarını yüksek tutmayı hedefliyorlarsa yapılan işlerin güvenilir şekilde yapıldığı kontrol edilmeli, çalışanda sorumluluk duygusu uyandırılmalı ve çalışanları için işin maddi boyutunun yanı sıra çalışanı geliştirebilecek iş doyumunda tatmin edebilecek hisler uyandırılmalıdır (Can ve diğ. 2011).

2.4.3. Çatışma

Örgütteki bazı yöneticiler dönemin gereklerine uygun yönetimi algılayamadıklarından dolayı kurum içerisinde bulunduğu yere göre davranışlar sergilemek zorunda kaldığı durum çatışma olarak ifade edilmektedir (Eren 1993). Örgüt içinde bulunan yöneticinin, grup ve bireylerin önemli sorumlulukları vardır (Özmutaf 2007). Yöneticiler örgütün amaçları çerçevesinde çoğunluk sağlanmalıdır. Çoğunluk sayesinde örgütteki çalışanlar amaçları doğrultusunda ortaya çıkan çatışmalar en aza düşürülüp çalışanların performanslarının artırılmasına olanak sağlayacaktır. Yöneticiler, çatışmaya neden olan sorunları bulup sorunları ortadan kaldırmayı hedeflemelidir. Yöneticiler, liderliği ön plana çıkaran bir yönetim anlayışını benimsemeli ve her daim kendilerini geliştirmelidir (Özmutaf 2007).

2.4.4. Örgütsel Adalet

Örgütsel adalet kurum içerisinde var olan adalet duygusunu hissettirerek çalışanların kurumda ne derece adaletli şekilde davranış sergilediklerini yansıtır. Çalışanların adaletli davranış göstermesi çalışanlar için iş doyumunu ve örgütün sürekliliği bakımından oldukça önemlidir (Iscan ve Sayın 2010). Adalet duygusunun var olması kurumdaki çalışanlar için önemlidir. Çünkü çalışanları motive edici bir durumdur. Çalışma ortamında adalet duygusunun var olması çalışanların iş doyumlarını arttırarak, çalışanların kurum içerisinde olumlu davranışlar sergilemesi bakımından kuruma katkıda bulunurlar (Yıldırım 2007).

2.5. Hemşirelik Mesleğinin Etik İlkeleri

Bakım, bir meslek olarak hemşirenin hasta bireye verdiği bir hizmettir. Bakım kelimesini en yalın anlamıyla bir şeyin iyi durumda kalmasını sağlamak için sarf edilmiş çabaların bütünü olarak ifade edebiliriz. Başka bir deyişle bakım, kendi gereksinimlerini yerine getiremeyen bir birey için bir başkasının onun ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sorumluluğunu kabul etmesidir. Dolayısıyla bir başkasının bakım sorumluluğunu kabul etmek, ahlaki yönüyle de sorumluluk alındığının göstergesidir. Bakımın bu ahlaki yönünün bireye karşı davranış göstermesi mesleki anlamda hemşireliğin hizmet şeklinde sunulmasını esas alır (Dinç 2009).

Tıbbi etik ilkeler ile hemşireliğin etik ilkeleri çoğunlukla benzer başlıklar altında yer almaktadır. Fakat biri hemşirelik hizmetleri ile ilgili kararların alınmasına rehberlik ederken, diğeri tıbbi hizmetlerle ilgili kararların alınmasına rehberlik eder. Hemşirelikte etik ile ilgili literatüre bakıldığında çoğunlukla yararlılık/yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik, bireye saygı, doğruluk, adalet, babacan otorite, sadakat/bağlılık başlıkları altında da ele alınmaktadır (Kelly 2008, Guido 2007, Erkekol ve diğ. 2002, Toppen ve Weis 2001).

2.5.1. Yararlılık/Yarar Sağlama İlkesi

Başka bireyler için iyi olanı yapma, yarar ve zarar arasında bir denge sağlamadır. Terminal dönemde olan tüm hastalara özenli bakım ile titiz bir yaklaşım içinde olmaktadır. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemeyeip ve yaşam süresi uzadıkça ağrıya neden olabilecek uygulamalardan kaçınmaktır. Bu ilkeye göre her hasta birey saygı ve hoşgörü ile tedavi edilir (Kelly 2008, Guido 2007, Toppen ve WeiSS 2001).

2.5.2. Zarar Vermeme İlkesi

Hiçbir bireye zarar verecek davranıştan ya da zarar verici uygulamalardan kaçınmak anlamındadır. Bu ilke, uygulamaların kendi alanı içerisinde her zaman yapılmasına dayanır. Görev alanı dışındaki uygulamaların asla yapılmaması ve uygulama hakkında bilgi verilmemesidir. Tüm güvenlik kuralları çerçevesinde güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. Beceri gerektiren işlemlerin ya da talimatların

belirlenmiş şekilde uygulanmasıdır. Asla kestirme yol kullanılmaması, eğer şüphe ediliyorsa ilgili bir kişiye sorulmasının sağlanmasıdır. Zarar vermeme ve yarar sağlama ilkeleri yoğun bakım ünitelerinde tedavi amacıyla uygulanan işlemler invazivleştikçe çoğunlukla çatışma durumu ortaya çıkarır ve hemşirelerin çoğu bu ilkeleri yerine getirmekte zorlanır. Çünkü hastalara ağrı veren uygulamaları yapmak zorunda kalabilirler. Aynı zamanda yoğun bakım ünitelerine alınan hasta ile alınmayan hastaya göre açık bir şekilde yararlı olma ihtimali olması gerekir. Yarar sağlama ihtimali çok az olan hastalar yoğun bakımlara alınmamalıdır. Bu ünitelerde olduğu kadar yoğun bakım ünitesi dışında da iyileşme şansı olan hastalar yoğun bakımlara alınmamalıdır (Kelly 2008, Guido 2007, Erkeköl ve diğ. 2002, Toppen ve Weis 2001).

2.5.3. Özerklik İlkesi

Kişinin sahip olduğu özgürlük durumudur ve kişinin istediği her şeyi kendisinin seçme hakkıdır. Bireyin öz saygısını korumayı amaç edinen bu ilke her bireyi ve onların değerlerine, inançlarına ve düşüncelerine saygı göstermeyi ifade eder. Hastanın tedavi ve bakımı konusunda daha fazla söz sahibi olma hakkıdır. Bu ilke, tüm tedaviler ve talimatlara uygun olarak hastanın iznini güvence altına alır, imzalı izin olmadıkça asla hastanın bilgilerini açıklamasına izin vermez, hastanın mahremiyetini korur, hastaların bakımında rol almayan hiçbir bireyle hasta hakkında konuşmaz (Kelly 2008, Guido 2007, Erkeköl ve diğ. 2002, Toppen ve Weis 2001).

2.5.4. Bireye Saygı İlkesi

Bireyin karar verme özgürlüğünü ifade etmesinin yanı sıra bu kararları devam ettirmek için kişisel haklarını korur. Bu ilke karar alırken tüm bireylere bilgi verilmesini, diğerlerinin yerine karar alınmasından kaçınmayı hedefler.

Özerklik ve bireye saygı ilkesi de yoğun bakım ünitelerinde bilinci açık olmayan, hastalığı ve tedavisi konusunda düşünceleri bilinmeyen hastalarla sık karşılaşılmasından dolayı uygulanması zor bir ilkedir. Ayrıca birçok acil durumda acil şartlar göz önüne alındığında bu ilkeler ihmal edilebilir, hasta ya da ailesi bilgilendirilip hastadan yazılı izin alınması da mümkün olmayabilir (Bahçecik ve Öztürk 2011, Kelly 2008, Guido 2007, Erkeköl ve diğ. 2002).

2.5.5. Doğruluk İlkesi

Doğruyu söylemeyi amaç edinerek ve bireylerin şartlar ya da koşullardan etkilenmeksizin doğruyu söylemesi gerektiğini ifade eder. Doğru ya da hakikatin söylenmesini mecburi tutar. Bu ilke, anlık ya da birdenbire yapılan doğru olmayan davranışı kabul eder, fakat yapılan yanlış davranışın bir daha tekrarlamaması için her ne gerekiyorsa yapılmasını söyler, doğru olmayan davranışı reddeder. Örneğin ısrarlı şekilde ağrıdan şikâyet eden hastaya serum fizyolojik verilmesi bu ilke açısından etik bir sorundur. Ayrıca ağrılarını soran kanserli bir hastaya/yakınlarına ağrının nedeninin, durumunu kabullenemeyeceği düşüncesi ile açıklanmaması da doğru ve dürüst bir davranış olarak kabul edilmemektedir ve bu durum hasta/ insan haklarına da aykırıdır. Çünkü haklar insanın kendi bedenine yapılan her uygulamayı ve verilen hizmeti, hasta bireyin/yakınlarının bakımından sorumlu olanların, sorgulama hakkı olduğunu savunmaktadır. Bu ilke ihtiyaç doğrultusunda, uygun zamanda ve yerde, gerekli destekleri sağlayarak, empatik bir yaklaşımla açıklama yapılması/dürüst davranmayı gerektirir (Kelly 2008, Yazıcı Sayın ve Konon 2005, Erkekol ve diğ. 2002, Toppen ve Weis 2001).

2.5.6. Adalet İlkesi

Her bireye eşit derecede ve doğru bir şekilde davranılmasını gerekli görmektedir. Bu ilkeye göre hastaların maddi durumu ne olursa olsun tüm hastaların eşit şekilde tedavi edilmesini kapsar. Bu sebeple hemşire bakım vermekle sorumlu olduğu hastalara bakım verirken kaynakları tıbbi gereksinimlerine göre adil bir şekilde paylaşmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde adalet ilkesi ile ilgili karşılaşılabilecek bir diğer sorun ise kısıtlı yer ve kapasite nedeni ile tıbbi kaynakların adil paylaşılmasıdır. Belli bir grup hastanın yaşam desteğine devam ettirileceği tartışılırken, bu durum hasta hakları ve adalet ilkesi ile çatışmaya yol açar (Kelly 2008, Guido 2007, Erkekol ve diğ. 2002, Toppen ve Weis 2001).

Yoğun bakımlarda kaynaklar sınırlıdır ve hizmetler pahalıdır. Bir başka deyişle üniteadaki yatak sayısının, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının azlığı, bütçenin kısıtlı olması, üniteye kabul edilecek hastaların seçilmesine neden olmaktadır. Bu seçimde hastanın yaşama şansı, yaşam kalitesi ve akut hastanın özelliklerine göre yapılmaktadır. Oysa uygulamada bu ünitelere çoğunlukla yaşama şansı olmayan

hastalar kabul edilmektedir ve bu nedenle hastalar uzun süre ünitelerde yatmakta ve çoğunlukla da kaybedilmektedir. Bu konu ile ilgili bir çalışmada da yoğun bakıma yatan 114 hastanın %44'ünün ilk kez yeniden hayata döndürülmesine rağmen sadece 6'sının (%5) düzelerek taburcu edildiği, 6 hastanın da 4'ünün bir yıl içinde kaybedildiği ve diğer ikisinde de ciddi sağlık sorunlarının olduğu saptanmıştır (Erkekol ve diğ. 2002).

2.5.7. Babacan Otorite İlkesi

Başka birey adına karar vermeyi içerir ve sıklıkla olumsuz ya da istenmeyen bir ilke olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra, bireyler yeterli bilgiye sahip olmadığında bireylere karar verme konusunda bu ilke rehberlik etmektedir. Hastanede çalışanlar tarafından hasta için cerrahi tedavi ya da ilaç tedavisinin mi daha iyi olacağı konusunda hastaların ve hasta ailelerinin karar vermesine yardımcı olması, bu ilkenin kullanılmasıdır (Bahçecik ve Öztürk 2011, Guido 2007, Erkekol ve diğ. 2002).

2.5.8. Sadakat/Bağlılık İlkesi

Talimatlara bağlı kalma sorumluluğunu üstlenen bu ilke gerekli izin ya da yazışmaların tamamlanmasıyla birlikte kontrol altına alınmasını, hastaya ne söylendiği hakkında çok titiz davranılması gerektiğini ifade etmektedir. Çünkü hastalar/yakınları sadece iyi haberleri bilmek isterler. Dolayısıyla özellikle yoğun bakımlarda hasta ve ailesinin söylenenleri anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir. Örneğin bir girişim söz konusu olduğunda muhakkak bilgilendirme yapıp, izin alınmalıdır (Bahçecik ve Öztürk 2011, Kelly 2008, Guido 2007).

2.6. Yoğun Bakım ve Hemşirelik

2.6.1. Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakımlar, birçok hastalığın ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların bulunduğu hasta grubunun; kaybedilmiş ya da işlevsel olarak aktif çalışmayan organların desteklendiği, hastalığa sebep olan sorunların çözüme kavuştuğu, tedavi altına alındığı ve bireyin bütüncül yaklaşım ile değerlendirilerek hemşirelik bakımının verildiği, profesyonel bir ekip ile çalışmayı gerekli kılan ünitelerdir (Kumsar ve Yıldız

2013, Dilek ve diğ.2011). Sağlık hizmetinde oldukça önemli konuma sahip olan, sağlık durumu ciddi olan hastalara sağlanan destek ve tedavi ile hayatta kalma şanslarını arttıran özellikli birimler olarak nitelendirilen üniteler yoğun bakım üniteleridir.

Gelişmiş teknoloji ile donatılan, destek tedavilerin yer aldığı ve yaşamsal işlevlerin yirmi dört saat monitorize edilerek yakından takip edilip hemşirelik bakımının sunulduğu yoğun bakımlar; hasta profili ve hastalık gruplarına göre değişik kısımlara ayrılmıştır (Kumsar ve Yıldız 2013, Urden ve diğ. 2010, Bangard ve Sue 2004).

Ülkemizde cerrahi ve dahili tıp alanlarında birden fazla yoğun bakım üniteleri bulunmaktadır. Bu üniteler dahiliye, cerrahi, koroner, yenidoğan yoğun bakım, beyin cerrahisi, nöroloji, kalp-damar cerrahisi yoğun bakım üniteleridir.Özellikli birim olmaları nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde etik karar alma ve uygulama, bu uygulamalarla ilgili yaşanan etik sorunlar, bu sorunları çözme becerisi zaman geçtikçe oldukça önemli bir hal almaya başlamıştır. Yoğun bakım ünitelerinde hizmet almakta olan hastaların bakım ve tedavi aşamaları planlanırken, bulunan hastalığına odaklanma, hastalığın neden olabileceği ikincil faktörlerin önlenmesi ve tedavinin yan etkilerinden korunması birincil amaçlardandır (Urden ve diğ. 2010, Bangard ve Sue 2004).

Yoğun bakım felsefesi, Florence Nightingale'nin 1852 yılında Kırım Savaşı'nda acil müdahale ve tedaviye ihtiyacı olan hastaları ayırarak bir arada buldurması ile gelişmiştir. Hilberman ise yoğun bakım ünitelerinin atasını, ameliyattan çıkan hastaların ameliyathaneye yakın bir yer olan bakım ve gözlem altında tutulduğu ayılma odaları olarak nitelendirmiştir (Kahraman ve diğ. 2010). Gelişen ve değişen sağlık hizmetlerindeki algı ve ihtiyaçlar, ülkeler arası gerçekleşen savaşlar, triyaj ve resüsitasyon konusunda önemli gelişmeler olmasını sağladı. Hava yolunun kontrolü ve mekanik ventilatördeki gelişmeler ile yoğun bakım bilimi daha da ilerlemiştir. Kopenhag'da 1952 yılında ortaya çıkan çocuk felci sırasında hastaneye başvuran vakaların mekanik ventilatör desteği sağlanarak mortalite oranının düşürüldüğü görülmüştür. Akut gelişen hastalıklar ve tedavi sürecindeki yenilikler

kardiyak pacemaker, diyaliz ve diğer destek yöntemleri bilimin ışığında gelişmeye başlamış ve yoğun bakım üniteleri bugünkü son teknolojik ekipmanların ve profesyonel bir ekibin bulunduğu özelleşmiş bir alan olarak yerini almıştır. Gelişmiş teknolojinin sunmuş olduğu ekipmanlar ile sağlık durumunun ciddi olduğu hasta bakımının sağlanması, invaziv ve noninvaziv yöntemler ve modern cihazlar ile tanı ve tedavi yöntemleri gelişme kaydetmiştir (Aslan ve Olgun 2016). Profesyonel bir iletişim ve yönetim süreci gerektiren yoğun bakım ünitelerinde mesleki etik ilke ve kodların korunması hemşirenin sorumluluğundadır.

2.6.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakımlar, teknik ve fiziki donanım olarak özel tasarıma sahip ünitelerdir. Ekibin oldukça önemli halkalarından biri ise yoğun bakım hemşireleridir (Avcı ve diğ. 2013).

Yoğun bakım hemşireliği yüksek teknoloji donanımlı özel bir ortamda, yüksek düzeyde bilgi ve beceri gerektiren, sağlık ekibinin bir parçası olarak çalışan, doğru karar verme ve verdiği kararları uygulamaya aktarma yeteneği ile ilgili uzmanlık gerektiren bir hemşirelik hizmetidir (Bahçecik ve Öztürk 2003, Algier ve Uyer 1998). Bu nedenle yoğun bakım hemşireleri bakımda kullanılan her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanma bilgi ve becerisi ile donanımlı, bilgide yeterli ve yetenekli, eleştirel düşünen, akılcı çözümler üreten, etik ve yasal doğrulardan yararlanan, uygun durumlarda bireysel hareket eden, bütüncül yaklaşımda etkili olarak yerini alan değişime ve gelişime açık, sürekli eğitime önem veren hemşirelerdir. Tüm hemşirelerde olduğu gibi bakım yoğun bakım hemşirelerinin birincil rollerindedir. Kritik hasta bakımında önemli rolü olan yoğun bakım hemşirelerinin temel sorumluluklarının en başında hastanın teşhis edilmesi, yakından takibi ve hastadaki değişiklikleri fark etmesi, tedavilerin uygulanması ve hasta üzerindeki etkilerini gözlemlemesi, hasta ve yakınları ile etkin, tedavi edici iletişim kurması, hasta haklarını savunması, iyileştirici yönde uygulamalar yapması gelmektedir (Resmî Gazete 2011, Hatipoğlu 2002).

Yoğun bakım hemşireleri, hasta bireyi nesnel ve öznel değişkenlere göre değerlendirerek elde ettiği bilgiler ışığında kritik bakımı planlar (Birol 2007). Yoğun

bakım ünitesinde güvenli çevrenin sağlanması, bireyin görme ve işitme sorunlarının sorgulanması, altta yatan tıbbi neden ve bu nedenin hasta üzerinde oluşturmuş olduğu etmenlerin belirlenmesi ve uygulanan çoklu invaziv uygulamalara ikincil oluşabilecek olan enfeksiyonların önlenmesi gerekmektedir (Terzi ve Kaya 2011). Tüm bu bütüncül aşamalarda ekibin ayrılmaz parçası olan yoğun bakım hemşireleri ise kritik bakım ve tedavi uygulamalarında çoğunlukla etik ikilemler ile karşı karşıya kalmaktadır.

2.6.3. Yoğun Bakım Hastası

Yoğun bakım hastası, organ ya da sistemsel işlevlerde meydana gelen yetersizlik, yaşamsal fonksiyonların sürekli izlenerek vücut iç dengesinin korunması için yakından gözlemlenmesi ve desteklenmesi gereken hastadır (Kumsar ve Yılmaz 2013, Dilek ve diğ 2011, Bangard ve Sue 2004). Yoğun bakımdan tedavi ve bakım hizmeti alabilmek için belirlenen öncelikli hasta grubu aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Urden ve diğ 2010, Bangard ve Sue 2004, Irwin ve Rippe 2002).

- Tekli ya da çoklu organ destek tedavisi gereksinimi olan hastalar
- Ciddi morbiditeleri üzerine akut alevlenmeleri olan hastalar
- Gelişen akut sorunun tedavi edilme durumuna göre yakın takip gereksinimi olan hastalar
- Mekanik ventilasyon desteği gereken hastalar
- Mevcut hastalığa ek olarak gelişen ikincil bir hastalığa bağlı izlenmesi zorunlu olan hastalardır.

Hastane ortamında olmak ve yatarak tedavi almak çoğu birey için stres ve kaygı yaratan bir durumdur. Bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki değişim, bulunduğu çevre ve kişileri yabancı olarak algılama, kendi kontrolü dışında tedavi ve bakım sürecinde olmak, üniteye bulunan diğer hastaların tedavi ve bakım sürecine tanıklık ediyor olması nedeni ile yoğun bakım hastasının fizyolojik, psikolojik ve psikososyal yönden bütüncül bir şekilde hemşirelik bakımı ile desteklenmesi gerekmektedir (Uzelli ve Korhon 2014, Urden ve diğ 2010, Irwin ve Rippe 2002). Yoğun bakım hastalarının fiziksel ortam, gürültü, uyku problemleri, zaman kavramının karışması, aile fertlerinden ayrı kalma durumu hastaların stres ve kaygı durumunu arttırmaktadır. Yoğun bakımda hizmet alan tüm hastaların, mevcut

sorunlarının erken saptanması, müdahale edilmesi, koruyucu ve destekleyici tedavi alma ve psikolojik yönden desteklenerek bilgilendirilme hakkı vardır (Kumsar ve Yılmaz 2013). Ancak gelişen teknolojiye bağlı olarak hastaların yaşam süresinin uzaması, otonomisi olmayan bireyin özerklik haklarının ihlali, yoğun bakım kaynaklarının adil kullanılması ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu etik sorunların gelişim göstermesine neden olmuştur (Aslan ve Olgun 2016).

2.6.4. Yoğun Bakım Etiği

Yoğun bakımlar, hastaların sağlık sorunlarının tipi, son teknoloji ile bütünleşmiş hizmet sunumu, kriz anını yönetme ve acil müdahalede bulunma zorunluluğu nedeni ile etik sorunlarla sık karşılaşılan özellikli birimlerdir (Aslan ve Olgun 2016, Hakverdioğlu ve diğ 2013, Öztürk 2010). Yoğun bakım hizmetleri hasta birey üzerinde sağladığı olumlu katkılarının yanı sıra etik, iletişim, ekonomik, yasal ve idari konularda sorunlara yol açmaktadır.

Teknolojinin gelişmesi, yeni ve etkin tedavi yöntemleri, yaşamı destekleyici sistemlerin yaygınlaşması, insan hakları, hasta hakları ve bireyin özerkliğine olan önemin artması etik sorunlarla karşı karşıya kalınmasına neden olan etmenlerdir. Hizmet sunumunda teknolojiden yararlanan ve bilinci açık olmayan hasta bakım oranının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde etik konularda karar verme zorlukları sağlık bakım profesyonelleri için hastanenin diğer birimlerine göre oldukça fazla yaşanmaktadır (Aslan ve Olgun 2016, Büyükkoçak ve Çakırca 2007). Ortaya çıkan etik sorunların muhakkak çözülmesi gerekmekte ancak kritik hasta bakım hizmeti veriyor olmanın getirmiş olduğu sınırlı süre ve şartların kısıtlı olması sebebiyle çözüm süreci zor ve zahmetli olmaktadır (Aslan ve Olgun 2016, Başak ve diğ. 2010, Gezer 2010, Sağır 2006). Yoğun bakım hemşirelerinin çoğunlukla yararsız tıbbi tedavi, kardiyopulmoner canlandırma yapmama, bilgilendirilmiş yazılı izin, sınırlı kaynakların adil paylaşılması ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumları konusunda sorunlar ile karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (Aslan ve Olgun 2016, Tel 2012, Çobanoğlu ve Algier 2004).

2.7. Hemşirelikte Bakım ve Kalite

2.7.1. Bakım Kavramı

Bakım kelimesi uzun yıllar hemşirelik literatürü ve ders programlarında olmasına rağmen bakım kavramı ile ilgili yürütülen incelemeler 1990'lı yıllara dayanır. Bu tarihsel süreçte bakım kavramının tanımı ve analizi yapılabildiği kapsamlı bir bakış açısı gelişmeye başlamıştır (Altıok ve diğ. 2011).

Hemşirelikte bakım kelimesinin uzun yıllara dayanan köklü bir geçmişi olsa da daha anlamı, özellikleri ve somut yönü yeterince açıklanamamıştır. Bunun sebebi bir tek tanımının ve anlamının olmaması ve hemşirelik bilimi dışında değişik alanlarda da kullanılan geniş bir alana sahip olmasıdır (Madenoğlu Kıvanç 2014).

Tarihsel olarak eskilere dayanan bakım kavramı, hemşirelik kuramcılarının göre hemşirelikte değişik anlamlar ile kullanılmakta ve bu nedenle çoğunlukla fiziksel uygulamalarla sınırlı kalmaktadır (Ertuğrul 2015). Hemşireler tarafından uygulanan hemşirelik uygulamaları hemşirelik bakımı olarak nitelendirilir. Hemşireler bu rollerini bağımlı ve bağımsız şekilde gerçekleştirirler. Hemşirelerin mesleki düzeydeki bilgilerini kullanarak yardım etme ya da bakım verme amacıyla yaptıkları tüm uygulamalar bağımsız rollerini kapsamaktadır (Biol 2013, Velioğlu 2012). Bakım, hastanın karşılanamayan gereksinimlerinin giderilmesi, yapılan uygulamalarına yönelik bilgi vermesi, hastanın hastalığına yönelik baş etmesine destek verilmesi hemşireliğin çok yönlülüğünü ifade eder (Biol 2013). İhmal, erteleme, dikkatsizlik, beceri ve bilgi eksikliği nedeniyle hasta yaşamını tehlikeye uğratabilecek durumlar bakım kalitesine ve hasta güvenliğine yönelik en önemli tehdittir (Dinç 2010).

2.7.2. Hemşirelik Bakımı ve Özellikleri

Hemşirelik bakımı, bireyin sağlığının geliştirilmesi, korunması ve hastalıklarının iyileştirilmesi nedeniyle uygulanabilen ve geliştirilebilen özel bir beceridir. Bakım; mesleki bilgi ve özveri içeren hemşirenin meslek olarak uygulama yapmasıdır (Ertuğrul 2015).

Hemşirelik bakımı hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayarak bireylerin kendilerini değerli hissetmesine, tedaviye uyum göstermesine, sağlığına yeniden kavuşmasına, sağlığını geliştirmesine ve yaşam kalitesini artırmasını olanak sağlamaktadır (Tuğut ve diğ. 2013). Hemşireler, etkin bakım sunarak, hastaların hastanedeki yatış süresini azaltabilir. Dolayısıyla iş gücü ve maddi kaybın da azalmasına katkıda bulunurlar. Hemşirelik bakım rolünün en etkin bir şekilde yararlılık göstergelerinden biri hastalıkları önleyebilmesi ve komplikasyonların minimuma indirilmesidir (Karadağ ve Taşçı 2005).

Hemşireliğin birincil hedefi sağlıklı/hasta bireye yardımcı olmaktır. Hemşirelik bakımının temelini oluşturan bu yardım, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürme, hasta bireyin yeniden sağlığına kavuşması için onlara gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik uygulamaları içerir. Bakım sayesinde hemşire bireyin en kısa sürede bağımsızlığına kavuşmasına destek olur. Hemşire, hemşirelik bakımını bağımsız olarak planlayan, uygulayan, denetleyip ve değerlendirmekten sorumlu, bilgi ve beceriye sahip kişidir. Bakım verdiği bireydeki değişiklikleri hemen fark edip bildirmekten de sorumludur (Velioğlu ve Oktay 1995). Sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bireye özel bakım verilerek sistematik bir şekilde hemşirelik aşamaları kullanılmalıdır. Hemşire, bakımını gerçekleştirirken hemşirelik ilkelerini rehber edinmelidir. Sağlıklı/hasta birey ve ailesine hemşirelik aşamalarını sistematik bir şekilde hemşirelik ilkeleri ışığında sağlanan bakım çok daha verimli ve kaliteli olur (Biol 2004). Sağlıklı/hasta birey veya yakınlarının sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğu olan hemşire; dürüst, objektif değerlendirme yeteneğine sahip, bilimsel yeterliliği olan, bireyin yararı için çaba gösteren sağduyulu kişidir. Aynı zamanda hemşire, bakım verme rolünü bilimsel bir şekilde hemşirelik aşamaları vasıtasıyla gerçekleştirmektedir (Terzi ve Kaya 2011).

Hemşirelik bakımı hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayarak bireylerin kendilerini değerli hissetmesine, tedaviye uyum göstermesine, sağlığına yeniden kavuşmasına, sağlığını geliştirmesine ve yaşam kalitesinin artırmasına olanak sağlamaktadır (Tuğut ve diğ. 2013).

2.7.3. Hemşirelik Bakımında Kalite

Hemşirelik uygulamaları bireyin sağlığının devam ettirilmesini sağlamanın yanı sıra hastaya gerekli bakımda en iyi sonuca ulaşabilmek için uygulanan hemşirelik standartlarını içerir. Standardize edilmeden önce sorunların neler olduğunun belirlenerek sonuca nasıl varılacağı noktasında önceden araştırmaların yapılması gerekmektedir. Hizmet ve beklentiler toplumlara göre değişiklik gösterir ve beklentilerin karşılanabilmesi için sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım vermek oldukça önemlidir (Dramalı1998). Tıbbi bakımın kalitesinin, nicel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda sağladığı gelişme temel alınarak ölçülebileceği düşünülebilir (Kavuncubaşı 1998). Hemşirelik mesleği; geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve ölçütleri ile, hastanın ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımının belirli bir aşamada olmasını hedefler (Uyer 1993).

Hemşirelik bakımının kalitesi, bakım verilen hastaların verilen bakımı nasıl algıladıkları noktasında doğrudan birbirleri ile bağlantılıdır. Hemşirelik bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar, kalite kapsamında bakımın değerlendirilerek sürdürülmesi ve çıkan sonuçların sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesidir (Kol ve diğ. 2017). Bakım standartlarının belirlenmesi ve bu standartların ölçülebilmesi, hastaların verilen bu hizmete ilişkin memnuniyetinin değerlendirilmesi bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan temel yaklaşımlar olarak kabul edilmektedir. Bakım kalitesinin en iyi somut göstergesi, memnuniyettir (Karaca ve Durna 2018, Walkerj ve diğ. 1998). Hemşirelik bakım kalitesi, hemşire ya da hastanın neden olduğu çevresel ve bireysel birçok etmenden etkilenir. Bakım kalitesini etkileyen faktörler hastaya, hemşireye ve kuruma ilişkin faktörler olarak sınıflandırılmıştır;

Hastaya ilişkin faktörler: Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, eğitimi, mesleği, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, tanısı, geçmiş deneyimleri, sosyokültürel özellikleri, hastanın sosyal destek sistemleri hasta memnuniyetini etkiler. Hasta memnuniyeti ise daha önce de belirtildiği gibi bakım kalitesinin en önemli sonucu olarak kabul edilmektedir (Karaca ve Durna 2018).

Hemşireye ilişkin faktörler: Hemşirenin profesyonel tutumları, hastaya nitelikli zaman ayırma, hastaya gösterdiği saygı, nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, yeterli bilgi,

beceri ve deneyime sahip olması, hasta ile açık ve net iletişim kurması, gerektiğinde ulaşılabilir olması bakım kalitesinde büyük farklar oluşturmaktadır (Karaca ve Durna 2018, Irurita 1999).

Kuruma İlişkin Faktörler: Kurumun olanakları, donanımı, hasta yatağı başına düşen hemşire sayısı gibi değişkenler de bakım kalitesine etki ederek hasta memnuniyetini değiştirebilir(Karaca ve Durna 2018).

2.7.4. Bakımın Kalite Göstergeleri

Bakım kalitesi, Florance Nightingale'in sağlık kalitesinde hemşirelerin rolünü tanımlaması ve hasta sonuçlarının ölçümü ile başlamıştır (DoSSey 2005). Zamanla sağlık bakımında kalite ölçümü gelişmiştir. ANA (American Nurses ASSociation- Amerikan Hemşireler Birliği) tarafından 1970'li yıllarda sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesi için Donebedian modeli kullanılmıştır (Donebedian 1992). 1994 yılında Amerikan Hemşireler Birliği "Hasta Güvenliği ve Kalite Girişimi" şeklinde çalışmalar yapmıştır (ANA 1995). ABD'de, ANA tarafından gerçekleştirilen çalışma ile hemşirelik ve kaliteli bakım arasındaki ilişki incelenmiştir (ANA 2000). Bu çalışmalarda, çalışan hemşire özellikleri ile hasta sonuçları karşılaştırılmış; çoğunlukla lisans mezunu hemşirenin çalıştığı kurumlarda hastalarda daha az komplikasyon gözlemlenmiş, hastanede daha kısa süre kalındığı, ölüm oranının azaldığı, maliyetin düştüğü saptanmıştır. Buna bağlı olarak hemşireler üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, hastanede kalma süresi gibi hasta sonuçları arasında güçlü bir ilişki bulunduğu belirtmişlerdir (Yavuz 2013). NQF(National Quality Forum- Ulusal Kalite Forumu) ve ANA bazı kalite ölçütleri belirlemiştir;

- Hasta başına bir günde bakım için ayrılan süre
- Basınç ülserleri prevalansı
- Tüm düşmeler ile yaralanma ile sonuçlanan düşme oranları
- Nazokomiyal enfeksiyonlar (üriner kateter ile ilişkili, ventilatör ile ilişkili pnömoni, santral venöz kateter ile ilişkili enfeksiyonlar)
- Hastaların kısıtlanma oranları
- Ağrının yönetimi
- Hemşire eğitimi ve sertifikasyon

- Periferik venöz infiltrasyon oranları (Montalvo 2007)

2.7.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

Hemşireliğin kalbi olarak nitelendirilen bakım kavramına kalite ölçütü olarak kullanılması önerilen Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı (KHB) 2006 yılında ilk kez Kalisch tarafından nicel bir araştırmada kullanılmıştır. Literatürde; ihmal, erteleme, gecikme olarak kabul edilmektedir (Kalisch ve diğ. 2009a, Kalisch ve diğ. 2009b).

Kalisch'in çalışmasında acil ve acil olmayan durumlarla ilgili ihmal ya da ertelemeler KHB olarak kabul edilmiştir. Kalisch tarafından yapılan çalışma sonucunda, KHB'nin hasta çevirme, hasta beslenmesi, hasta eğitimi, hasta hijyeni, hastanın taburculuk planlaması, aldığı-çıkardığı kaydı, hemşirelik girişimleri için gereken zaman, çalışan personel sayısının giderek azalması gibi konular üzerinde durulmuştur (Kalisch 2006). Kalisch 2006 yılında çalışmasında KHB'nin hemşireler için önemli bir konu olduğunu, yapılan hataların araştırılmadığı sürece gizli kaldığını ifade etmiştir.

Hemşirelik bakımındaki aksaklıkları gidermek için güvenli hemşirelik bakımı verilmesini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar çoğunlukla tıbbi hatalar üzerine yoğunlaşmıştır. Hasta güvenliğinde, tıbbi hatalar iki tip hata olarak tanımlanmıştır. Bu hatalardan birincisi uygulama hatası; örneğin yanlış gözün ameliyat edilmesi gibi, ikinci hata ise ihmal hatası; örneğin hastanın hareket ettirilmemesi gibi. Kalisch ve arkadaşları bu tip hataların bilinmediği sürece gizli tutulduğunu belirtmişlerdir (Kalisch ve ark. 2009b, Kalisch 2010). Bu nedenden dolayı ihmal hatalarının hemşirelik bakımının kaliteli verilmesi için bir gösterge olarak kullanılabileceği de bildirilmiştir (Amidei 2007).

Hemşirelik bakım kalitesinin göstergesi olarak kullanılabilecek çalışmalarda, KHB (Kalisch 2009), bitirilmemiş bakım (Sochalski 2004), yerine getirilmeyen bakım, ertelenmiş bakım, uygun olarak yerine getirilmeyen bakım (Schubert ve diğ. 2008) ve karşılanmamış bakım, gecikmiş bakım (Lucero ve diğ. 2009) kavramları birbirine benzer gibi olsa da bazı farklılıklara sahiptirler.

KHB'nin, ihmali ortaya koyma amacı ile kullanılan, diğer benzer kavramlardan farklılıkları şunlardır (Kalisch ve Williams 2009, Kalish ve diğ. 2009):

- ✓ Sadece nitel araştırmalarla incelemeyip, durumun hasta sonuçlarına yönelik kavramsallaştırma,
- ✓ Kavram analizinin yapılarak test edilmesi ve açıklayıcı olma durumunun ortaya konması,
- ✓ Zaman kısıtlılığından dolayı olan (son vardiya, son yedi gün vb.) ihmal ve ertelemeler yerine düzenli olarak kontrollü şekilde yapılan ihmal ve ertelemeleri ele alması,
- ✓ Geliştirilen psikometrik ölçeğin sadece ihmal ve ertelemeyi belirlememesi aynı zamanda KHB'ye yol açan nedenleri de belirlemesi,
- ✓ Cezalandırıcı olmayan bir surveyans programının geliştirilmesine olanak tanınmasıdır.

Kalisch tarafından ilk kez 2006 yılında kullanılan 'karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkinin bir kısmı KHB sonucu olarak bilimsel şekilde gösterilebilmiştir. Bu sonuçlara bağlı olarak 'gereken bakımın tümünün veya bir kısmının ertelenmesi ya da ihmal edilmesi' biçimde değerlendirilen KHB bu farklılıklar neticesinde hasta sonuçları arasındaki ilişki daha net olarak ortaya konulabilecektir (Kalisch ve Williams 2009, Kalish ve diğ. 2009).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Sakarya ilinde Sakarya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastaneleri olan;

- Akyazı Devlet Hastanesi
- Geyve Devlet Hastanesi
- Hendek Devlet Hastanesi
- Karasu Devlet Hastanesi
- Toyotasa Acil Yardım Hastanesi
- Yenikent Devlet Hastanesi
- Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile gönüllülük esasına dayalı olarak 01.03.2019 – 30.08.2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik iklim algısını ve bakım kalitesini belirleyerek, aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sakarya ilindeki kamu hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 215 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Yoğun bakımlarda çalışmakta olan 215 hemşirenin; 4 hemşirenin yıllık izinde olması, 3 hemşirenin yoğun bakım sertifika programında olması, 3 hemşirenin araştırmaya dahil olmak istememesi ve 8 hemşirenin de yönetici olması hasta bakımında aktif rol almaması sebebiyle 197 yoğun bakım hemşiresine ulaşıldı.

Örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek dahil edilme kriterlerine uyan; (çalışmada yer almaya gönüllü olan, yoğun bakım ünitesinde hasta bakımına aktif olarak katılan yoğun bakım hemşireleri) tüm yoğun bakım hemşireleri araştırmanın örneklemi oluşturdu. Yoğun bakımlarda çalışmakta olan 197 yoğun bakım hemşiresine ulaşıldı (Tablo 3.1).

Tablo 3. 1 Araştırmaya Katılan Hemşire Sayıları

Yoğun Bakım Üniteleri	Hemşire sayısı
Anestezi YBÜ	16
Cerrahi YBÜ	14
Çocuk YBÜ	8
Dahiliye YBÜ	18
Genel YBÜ	71
Göğüs YBÜ	14
KVC-Koroner YBÜ	18
Nöroloji YBÜ	20
Yenidoğan YBÜ	18
Toplam	197

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri;

- Sosyodemografik Bilgi Formu (EK 1)
- Hastane Etik İklim Ölçeği (EK 2)
- Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (EK 3) ile elde edildi.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form; yoğun bakım hemşirelerine ait sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vs.) ile çalışma süresi, hemşirelerin etik konulara ilişkin eğitim alma ve kendilerini yeterli bulmasına yönelik 16 adet sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)

Olson tarafından 1995 yılında Amerika’da geliştirilen ölçeğin, Bahçecik ve Öztürk (2003) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5 alt boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “hiç doğru değil”, “nadiren doğru”, “ara sıra doğru”, “genellikle doğru”, “her zaman doğru” şeklinde 1-5 puan aralığında likert tipinde değerlendirmeye sahiptir. HEİÖ’den alınacak en düşük puan 24, en yüksek puan ise 120’dir. Ölçeğin toplam puanı hastane etik iklim algı düzeyi belirlenmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe, hastane etik iklimine

ilişkin algı da daha olumlu doğrultuda artmaktadır. Yoğun bakım hemşirelerine yöneltilen ölçeğin beş alt boyutu;

- Yöneticiler alt boyutu (altı madde içerir): hemşire-yönetici ilişkisinde saygı, güven ve destek ile ilgili soruları içerir.
- Hekimler alt boyutu (beş madde içerir): “Hekimler” esas alınarak hekime saygı duymayı ve tedaviyle ilgili soruları içerir.
- Meslektaş alt boyutu (dört madde içerir): Hemşirelerin zor durumlarında birbirlerine olan güven ve destek olmaya yönelik soruları içerir.
- Hastane alt boyutu (beş madde içerir): Hemşireye, hastanenin misyonu ve mevcut protokoller aracılığıyla sağlanan destek ile ilgili soruları içerir.
- Hasta alt boyutu (dört madde içerir): Güvenli hasta bakımı esas alınarak hastaya bilgi sağlamayı ve hastanın isteklerine saygı duymaya yönelik sorular içerir.

Olson (1995) ölçeğin Cronbach alfa değerini 0,91 bulmuş, Bahçecik ve Öztürk (2003) ise çalışmasında Cronbach alfa değerini 0,89 olarak belirlemiştir. Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,93 olarak saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin HEİÖ “Hasta Faktörü” alt boyutu iç tutarlılığı $\alpha=0,817$, Yönetici Faktörü alt boyutu iç tutarlılığı $\alpha=0,929$ olarak, Hastane Faktörü alt boyutu iç tutarlılığı $\alpha=0,873$ olarak, Meslektaş Faktörü alt boyutu iç tutarlılığı $\alpha=0,891$ olarak, Hekim Faktörü alt boyutu iç tutarlılığı $\alpha=0,753$ ve ölçek toplamı için iç tutarlılığı $\alpha=0,934$ olarak bulunmuştur (Tablo 3.2).

Tablo 3. 2. HEİÖ Puan Dağılımları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Cronbach's Alpha
Hasta Faktörü	4	4-20 (16)	16,17±2,44	0,817
Yönetici Faktörü	6	8-30 (23)	22,28±5,51	0,929
Hastane Faktörü	5	7-25 (16)	15,32±4,51	0,873
Meslektaş Faktörü	4	6-20 (16)	15,80±3,02	0,891
Hekim Faktörü	5	8-25 (17)	16,97±3,55	0,753
	24	36-118 (87)	86,55±14,88	0,934

3.4.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (KHBÖ)

Ölçek Kalisch tarafından 2006 yılında nicel bir araştırmada ilk defa kullanılmış, 2009 yılında Kalisch BJ, Landstrom L, Hinshow AS. tarafından kavramsallaştırılmıştır. Hemşirelerin hem karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarını hem de nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin ilk kısmı 21 sorudan oluşmakta, hemşirelerden karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarı; 1:Nadiren verilmiyor, 2:Bazen verilmiyor, 3:Sıklıkla verilmiyor, 4:Hiçbir zaman verilmiyor, 5:Uygun değil seçenekleri arasında değişen beşli likert tipi ölçek kullanarak; ikinci kısmı ise 16 sorudan oluşarak karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenlerini 1:Önemli bir neden, 2:Orta düzeyde bir neden, 3:Küçük bir neden, 4:Bakımın verilmemesi için bir neden değil seçenekleri arasında değişen dördümlük likert tipi ölçek kısmını kullanarak görüşlerini belirtmeleri istenmektedir. Ölçeğin İngilizce versiyonunun psikometrik uygunluk testi Kalisch ve Williams tarafından yapılmıştır. Ölçeğin ilk bölümünden alınacak en düşük puan 21, en yüksek puan ise 105'tir. Ölçekten elde edilen toplam puan karşılanamayan hemşirelik girişimleri düzeyini göstermektedir. Ölçeğin ikinci bölümünden alınacak en düşük puan 16, en yüksek puan ise 64'tür. Ölçekten elde edilen toplam puan hemşirelik bakımının verilememe nedenlerinin düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α katsayısı: 0.87 ve test-tekrar test geçerliliği r:0.88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde, incelenen olayın miktarının veya sıklığının artıp azaldığını ifade eden, katılımcıların ulaşacağı herhangi bir puan aralığı bulunmamaktadır. Ölçeğin A bölümünde puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin miktarının arttığını gösterirken, B bölümündeki puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini göstermektedir. Verilen cevaplara göre katılımcıların karşılanmayan hemşirelik bakımı konusunda algıladıkları sıklık miktarı ve nedenleri ortaya koyulmaktadır (Kalisch ve diğ. 2011).

Ölçek Türkçe'ye 2012 yılında Terzioğlu ve Duygulu tarafından çevrilmiş ve psikometrik uygunluğu test edilmiştir. Ölçeğin ilk bölümünün Cronbach alfa değeri 0.93, test-tekrar test katsayısı 0.95 olarak; ölçeğin ikinci bölümünün Cronbach alfa değeri 0.80 ve test-tekrar test katsayısı 0.667 olarak bulunmuştur (Kalisch B.,

Terzioglu F., Duygulu S. 2012) Çalışmamızda ölçeğin ilk bölümünün Cronbach alfa değeri 0,91, ikinci bölümünün Cronbach alfa değeri 0,92 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin Karşılanmamış/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri sorularından aldıkları puanlar 23 ile 105 arasında değişmekte olup, ortalama $69,85 \pm 12,07$ olarak saptanırken, bölümün iç tutarlılığı $\alpha=0,912$ olarak saptanmıştır Hemşirelerin karşılanmayan/verilmeyen hemşirelik bakım nedenleri sorularından aldıkları puanlar 16 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama $52,82 \pm 10,43$ olarak saptanırken, bölümün iç tutarlılığı $\alpha=0,922$ olarak saptanmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3. 3 Karşılanmamış/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği Puanları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Cronbach's Alpha
Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	21	23-105 (72)	69,85±12,07	0,912
Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri	16	16-64 (55)	52,82±10,43	0,922

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Etik Kurulunun 09.01.2019 tarihli 2019/07 Sayılı Etik Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, uygunluğuna karar verilmiştir (EK 4). Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanın kamu hastanelerinde gerçekleşmesi için yazılı izin alınmıştır (EK 5). Araştırmanın yapılabilmesi için HEİÖ'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Prof. Dr. Havva Öztürk'ten (EK 2), KHBö'yü geliştiren Kalisch B.J.'den (EK 6) ve ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasını gerçekleştiren Doç. Dr. Sergül Duygulu'dan e-mail aracılığı ile izin alınmıştır (EK 6). Araştırmaya katılan hemşirelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu alınmış olup, araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu İlkelerine bağlı kalmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada yer alan hemşire sayısının az olması, sadece Sakarya ili kamu hastanelerinde yapılması, yoğun bakım hemşirelerine yönelik olması araştırmanın sınırlılıkları olup, elde edilen sonuçlar tüm hemşirelere genellenemez.

3.7. Araştırma Yöntem ve Süreci

Veri toplama amacıyla anketler uygulanmadan önce yoğun bakımlarda çalışan hemşireler bilgilendirildi. Araştırmaya katılmak isteyen yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden 24 maddeden oluşan “Hastane Etik İklim Ölçeği” ve 37 sorudan oluşan “Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı” anketlerini yanıtlaması istendi. Anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile çalışma saatlerinde, hasta bakım ve tedavi uygulamalarında aksamaya neden olmayacak şekilde uygulandı. Anketlerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA ve Bonferroni düzeltmeli ve Games-Howell ikili değerlendirmeler kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma %71.1'i (n=140) kadın, %28.9'u (n=57) erkek toplam 197 yoğun bakım hemşiresi ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşları 21 ile 46 arasında değişmekte olup, ortalama 29.53 ± 5.52 yaş olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %52.8'inin (n=104) evli, %47.2'sinin (n=93) bekar olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %7.1'inin (n=14) eğitim durumunun lise, %51.8'inin (n=102) yüksekokul, %37.6'sının (n=74) fakülte ve %3.6'sının (n=7) yüksek lisans/ doktora düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1 Hemşirelerin Demografik Özellikleri Dağılımı(n=197)

Yaş	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	21-46 (%28) 29,53±5,52
Cinsiyet	Kadın	140 (%71,1)
	Erkek	57 (%28,9)
Medeni Durum	Evli	104 (%52,8)
	Bekar	93 (%47,2)
Eğitim Durumu	Lise	14 (%7,1)
	Yüksekokul	102 (%51,8)
	Fakülte	74 (%37,6)
	Yüksek Lisans/ Doktora	7 (%3,6)

YBÜ'de çalışan hemşirelerin %1.5'inin (n=3) meslekteki çalışma süresinin 6 aydan az, %14.7'sinin (n=29) 10 yıl üzerinde olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36'sı (n=71) genel YBÜ'de, %41.6'sı (n=82) 2-5 yıldır YBÜ' de, %38.6'sı (n=76) vardiyalı sistemle çalışmaktadır.

Hemşirelerin %70.6'sı (n=139) haftada 50 saatten az çalıştıklarını belirtirken, %9.6'sı (n=19) 60 saatten fazla çalıştığını ifade etmiştir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin yarıya yakını (%47.2) 16 saatlik vardiyalarla çalışmakta, yine neredeyse yarısı (%47.7) her vardiyada ortalama 3 hastaya bakım vermektedir.

Hemşirelerin %84.3'ü (n=166) YBÜ'de çalışmayı sürdürmeyi istediğini, %15.7'si (n=31) çalışmayı istemediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin %19.8'i (n=39) çalışma ortamını iyi olarak değerlendirmiş, %21.8'i (n=43) aldıkları ücretten memnun olduğunu ifade etmiştir.

Hemşireler kendi sorumluluğu olmamasına rağmen yaptığı işler arasında ilk sırada (%39.6) “kan gazı almayı” belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %39.1'i (n=77) YBÜ’de her zaman çalışma ortamında etik ilkelere uygun davranıldığını belirtirken, 1 hemşire hiçbir zaman YBÜ’de etik ilkelere uygun davranılmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Dağılımı(n=197)

Meslekteki Çalışma Süresi	<6 ay	3 (%1,5)
	6 – 24 ay	25 (%12,7)
	2 – 5 yıl	79 (%40,1)
	5 – 10 yıl	61 (%31,0)
	>10 yıl	29 (%14,7)
Çalışılan YBÜ	Anestezi YBÜ	16 (%8,1)
	Cerrahi YBÜ	14 (%7,1)
	Çocuk YBÜ	8 (%4,1)
	Dahiliye YBÜ	18 (%9,1)
	Genel YBÜ	71 (%36,0)
	Göğüs YBÜ	14 (%7,1)
	KVC – Koroner YBÜ	18 (%9,1)
	Nöroloji YBÜ	20 (%10,2)
	Yeni doğan YBÜ	18 (%9,1)
YBÜ Çalışma Süresi	<6 ay	10 (%5,1)
	6 – 24 ay	61 (%31,0)
	2 – 5 yıl	82 (%41,6)
	5 – 10 yıl	35 (%17,8)
	>10 yıl	9 (%4,6)
Çalışma Şekli	Çoğunlukla/Sürekli Gündüz	27 (%13,7)
	Çoğunlukla/Sürekli Gece	69 (%35,0)
	Vardiyalı	76 (%38,6)
	Diğer	25 (%12,7)
Haftalık Çalışma Saati	<50 Saat	139 (%70,6)
	50 – 60 Saat	39 (%19,8)
	>60 Saat	19 (%9,6)
Çoğunlukla Her Vardiyadaki Çalışma Süresi	8 Saat	27 (%13,7)
	10 Saat	6 (%3,0)
	12 Saat	2 (%1,0)
	16 Saat	93 (%47,2)
	24 Saat	69 (%35,0)
Günde Ortalama Bakım Verilen Hasta Sayısı	2 Hasta	64 (%32,5)
	3 Hasta	94 (%47,7)
	4 Hasta	21 (%10,7)
	5 Hasta	16 (%8,1)
	6 Hasta	2 (%1,0)
YBÜ’ de Çalışmayı Sürdürmeyi İsteme Durumu	Evet	166 (%84,3)
	Hayır	31 (%15,7)

Tablo 4. 2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Dağılımı(n=197)(devamı)

Çalışma Ortamını/ Şartlarını Değerlendirme	İyi	39 (%19,8)
	Orta	137 (%69,5)
	Kötü	21 (%10,7)
Alınan Ücretten Memnuniyet	Memnun	43 (%21,8)
	Kısmen Memnun	96 (%48,7)
	Memnun Değil	58 (%29,4)
YBÜ' de Görev ve Sorumluluk Harici Yapılan İşler	Kayıt İşleri	76 (%38,6)
	Teknik Arızalar	31 (%15,7)
	Kan Gazı alma	78 (%39,6)
	Diğer	12 (%6,1)
Çalışma Ortamında Etik İlkeler Uygun Davranma Durumu	Evet Her Zaman	77 (%39,1)
	Çoğu Zaman	106 (%53,8)
	Bazen	9 (%4,6)
	Nadiren	4 (%2,0)
	Hiçbir Zaman	1 (%0,5)

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine yöneltilen “Hastanede Etik İklim Ölçeği” sorularına göre; hemşirelerinin neredeyse yarısı (%48.7) genellikle güvenli hasta bakımı verildiğini, yarısından fazlası (%57.9) hasta isteklerine saygı gösterildiğini, önemli bir bölümü (%61.9) birimlerinde genellikle hasta bakım problemlerine sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulunduğunu düşünmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin yarıya yakını (%45.2) hastane tarafından hiç desteklenmedikleri ve saygı duyulmadığını ya da nadiren desteklendiklerini ve saygı duyulduğunu ifade etmiştir. Ölçeğin diğer sorularına verilen yanıtlar Tablo 4.3’da gösterilmiştir.

Tablo 4. 3 Hastane Etik İklim Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Hiç doğru değil		Nadiren doğru		Ara sıra doğru		Genellikle doğru		Her zaman doğru		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hasta Faktörü	Bölümünde güvenli hasta bakımı verilir.	3	1,5	6	3,0	12	6,1	96	48,7	80	40,6
	Burada hastaların isteklerine saygı gösterilir.	2	1,0	4	2,0	22	11,2	114	57,9	55	27,9
	Hemşire ve hekimler hasta için neyin en iyi olduğu konusunda aynı görüşte olmasalar bile bu bölümde onlar birbirlerinin fikirlerine saygı gösterir.	1	0,5	5	2,5	46	23,4	116	58,9	29	14,7
	Hasta bakım problemlerine yaklaşım sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulma şeklindedir.	1	0,5	9	4,6	23	11,7	122	61,9	42	21,3
Yönetici Faktörü	Yöneticim güvendiğim biridir.	7	3,6	22	11,2	52	26,4	75	38,1	41	20,8
	Hasta bakımı problemlerinden bahsederken yöneticim beni dinler.	3	1,5	17	8,6	37	18,8	84	42,6	56	28,4
	Yöneticim hasta bakımı konusundaki kararlarımda beni destekler.	11	5,6	19	9,6	46	23,4	87	44,2	34	17,3
	Meslektaşlarım özel bir hasta bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremedikleri zaman, yöneticimin onlara yardım ettiğini gözlemlerim.	15	7,6	19	9,6	42	21,3	79	40,1	42	21,3
Hastane Faktörü	Yöneticim saygı duyduğum biridir.	1	0,5	15	7,6	35	17,8	73	37,1	73	37,1
	Bir hastanın bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremediğim zaman yöneticim bana yardım eder.	18	9,1	19	9,6	33	16,8	79	40,1	48	24,4
	Hastanenin misyonun açık anlamı, hemşirelerle paylaşılır.	27	13,7	24	12,2	56	28,4	67	34,0	23	11,7
Hastane Faktörü	Hastane politikaları, zorda kaldığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder.	35	17,8	34	17,3	71	36,0	48	24,4	9	4,6
	Bu hastanedeki hemşireler desteklenir ve onlara saygı duyulur.	39	19,8	50	25,4	55	27,9	42	21,3	11	5,6

Tablo 4. 3 Hastane Etik İklim Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (devamı)

	Hemşireler ve hekimler birbirine güvenirlir.	8	4,1	52	26,4	50	25,4	72	36,5	15	7,6
	Hemşireler ve hekimler birbirlerine saygı duyarlar.	6	3,0	25	12,7	58	29,4	82	41,6	26	13,2
Meslektaş Faktörü	Hemşireler, bir hastanın bakım problemini çözmek için gereken bilgiyi kullanır.	1	0,5	11	5,6	24	12,2	$\frac{10}{4}$	52,8	57	28,9
	Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder.	1	0,5	9	4,6	37	18,8	90	45,7	60	30,5
	Hemşireler bir hastanın bakım problemlerini çözmek için gerekli olan bilgilere ulaşabilirler.	0	0,0	8	4,1	31	15,7	$\frac{10}{6}$	53,8	52	26,4
	Birlikte çalıştığım meslektaşlarım yeterlidir.	7	3,6	16	8,1	46	23,4	84	42,6	44	22,3
	Hastalarımın tedavi kararlarına katılırım.	9	4,6	18	9,1	54	27,4	87	44,2	29	14,7
Hekim Faktörü	Çatışma durumlarında açık iletişim kurulur, çatışmadan sakınılmaz.	10	5,1	26	13,2	60	30,5	83	42,1	18	9,1
	Hekimler hemşirelere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar.	32	16,2	53	26,9	49	24,9	49	24,9	14	7,1
	Bir hastanın bakım problemlerini kapsayan tüm tarafların hisleri ve değerleri, izlenecek hareket/davranış seçilirken dikkate alınır.	5	2,5	27	13,7	66	33,5	81	41,1	18	9,1
	Meslektaşlarım hasta bakımı konusundaki görüşlerimi dikkate alırlar.	3	1,5	12	6,1	35	17,8	$\frac{10}{9}$	55,3	38	19,3

YBÜ' de çalışan hemşirelerin HEİÖ' den en yüksek ortalama puanı hasta alt boyutundan (4.04 ± 0.62), en düşük ortalama puanları hastane alt boyutundan (3.06 ± 0.90) ve onu takiben hekim alt boyutundan (3.39 ± 0.70) almıştır (Tablo 4.4)

Tablo 4. 4 HEİÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Değerlerinin Dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama Puan	Standart Sapma
Hasta Faktörü	1.00	5.00	4.048	0.625
Yönetici Faktörü	1.33	5.00	3.714	0.918
Hastane Faktörü	1.45	5.00	3.065	0.902
Meslektaş Faktörü	1.50	5.00	3.949	0.754
Hekim Faktörü	1.60	5.00	3.394	0.709
Toplam	1.50	4.92	3.606	0.619

Karşılanmamış/verilmeyen hemşirelik bakım gereksinimleri sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 4.5'de görülmektedir. Ölçeğe göre çalışmaya katılan hemşirelerin bakım uygulamaları arasında en fazla hasta mobilizasyonunu sağlama konusunda yetersiz oldukları, hemşirelerin %35.0'i hastaların mobilizasyonunu hiçbir zaman sağlamadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin en fazla yerine getirdiği bakım uygulaması ise el yıkama olarak görülmektedir. Hemşirelerin %76.6'sı el yıkamanın nadiren ihmal edildiğini belirtmiştir. Diğer bakım uygulamalarına verilen yanıtlar Tablo 4.5'de gösterilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5 Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Hiçbir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen verilmiyor		Nadiren verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma / dolaştırma	69	35,0	58	29,4	30	15,2	29	14,7	11	5,6
Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	4	2,0	19	9,6	73	37,1	97	49,2	4	2,0
Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	56	28,4	37	18,8	32	16,2	66	33,5	6	3,0
Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	36	18,3	44	22,3	25	12,7	82	41,6	10	5,1
İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	14	7,1	23	11,7	62	31,5	93	47,2	5	2,5
Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	4	2,0	4	2,0	35	17,8	150	76,1	4	2,0
Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	5	2,5	9	4,6	43	21,8	138	70,1	2	1,0
Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	5	2,5	10	5,1	37	18,8	141	71,6	4	2,0
Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	28	14,2	37	18,8	37	18,8	93	47,2	2	1,0
Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	27	13,7	43	21,8	41	20,8	81	41,1	5	2,5
Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	5	2,5	11	5,6	70	35,5	109	55,3	2	1,0
Hastaya ağız bakımı verilmesi	6	3,0	9	4,6	52	26,4	128	65,0	2	1,0
Ellerin yıkanması	6	3,0	6	3,0	32	16,2	151	76,6	2	1,0
Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	43	21,8	35	17,8	29	14,7	87	44,2	3	1,5
İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	8	4,1	9	4,6	29	14,7	149	75,6	2	1,0
Her şifte hastanın değerlendirilmesi	8	4,1	2	1,0	42	21,3	144	73,1	1	,5
Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	9	4,6	9	4,6	25	12,7	149	75,6	5	2,5

Tablo 4. 5 Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (devamı)

Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	34	17,3	13	6,6	16	8,1	71	36,0	63	32,0
Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	14	7,1	24	12,2	68	34,5	87	44,2	4	2,0
Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	3	1,5	7	3,6	53	26,9	$\frac{13}{2}$	67,0	2	1,0
Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	5	2,5	16	8,1	88	44,7	78	39,6	10	5,1

Karşılanmamış/ verilmeyen hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerine ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo 4.6’da görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşireler tarafından bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının önemli bir nedeni olarak ilk sırada hasta durumundaki ani değişimler (%76.1), takiben personel sayısının yetersizliği (%75.1) ifade edilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6 Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenlerine İlişkin Dağılımlar

	Bakımın verilememesi için bir neden değil		Küçük bir neden		Orta düzeyde bir neden		Önemli bir neden	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışan personel sayısının yetersizliği	24	12,2	7	3,6	18	9,1	148	75,1
Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	5	2,5	12	6,1	30	15,2	150	76,1
Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk	7	3,6	13	6,6	39	19,8	138	70,1
Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	17	8,6	12	6,1	54	27,4	114	57,9
Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	19	9,6	16	8,1	55	27,9	107	54,3
Hasta dağılımındaki dengesizlik	14	7,1	21	10,7	75	38,1	87	44,2
Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	19	9,6	30	15,2	41	20,8	107	54,3

Tablo 4. 6 Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenlerine İlişkin Dağılımlar (devamı)

Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	20	10,2	28	14,2	56	28,4	93	47,2
Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	23	11,7	38	19,3	54	27,4	82	41,6
Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	9	4,6	21	10,7	58	29,4	109	55,3
Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	7	3,6	16	8,1	45	22,8	129	65,5
Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	18	9,1	23	11,7	46	23,4	110	55,8
Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	27	13,7	21	10,7	41	20,8	108	54,8
Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	26	13,2	23	11,7	38	19,3	110	55,8
Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	26	13,2	15	7,6	35	17,8	121	61,4
Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşamaması	21	10,7	20	10,2	40	20,3	116	58,9

Çalışmaya katılan hemşirelerin Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları ile Hastanede Etik İklim Ölçeği “Hasta Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişki ($r=0,147$; $p=0,039$; $p<0,05$), “Meslektaş Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar ile pozitif yönlü zayıf ilişki ($r=0,225$; $p=0,002$; $p<0,01$), “Hekim Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar ile negatif yönlü çok zayıf ilişki ($r=-0,179$; $p=0,012$; $p<0,05$) saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin Hastanede Etik İklim Ölçeği “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin Hastanede Etik İklim Ölçeği “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü”, “Meslektaş Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7 Hastane Etik İklim Algı Düzeyleri ile Bakım Kalitesi Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hastanede Etik İklim Ölçeği	Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri		Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri	
	r	p	r	p
Hasta Faktörü	0,147 ^a	0,039*	0,111 ^a	0,121
Yönetici Faktörü	0,019 ^a	0,787	0,036 ^a	0,615
Hastane Faktörü	-0,004 ^b	0,961	-0,094 ^a	0,187
Meslektaş Faktörü	0,225 ^a	0,002**	0,070 ^a	0,327
Hekim Faktörü	-0,179 ^b	0,012*	0,065 ^a	0,366
Toplam Puan	-0,022 ^b	0,760	0,021 ^a	0,774

^ar=Spearman's Korelasyon Katsayısı

^br=Pearson Korelasyon Katsayısı

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Yaş gruplarına göre 25 yaş ve altı grupta bulunan hemşireler Hastanede Etik İklimi Ölçeği'nin toplam puanı ile yönetici ve hastane alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasına rağmen sonuç istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yaş gruplarına göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Hekim Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; yaşı 25 ve altında olan hemşirelerin Hekim Faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşı 35'in üzerinde olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$).

Cinsiyetlere göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü”, “Meslektaş Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni duruma göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutlarından

ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); evli hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Meslektaş Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar, bekar hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,037$; $p<0,05$).

Eğitim durumlarına göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü”, “Meslektaş Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8 Demografik Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Hasta Faktörü	Yönetici Faktörü	Hastane Faktörü	Meslektaş Faktörü	Hekim Faktörü	Toplam Puan
Yaş	≤25 Yaş (n=50)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (24)	8-25 (16,5)	6-20 (16)	8-25 (18)	36-118 (88,5)
		Ort±SS	16,06±3,05	23,9±5,1	16,16±5,01	15,82±3,77	18,2±3,59	90,14±17,49
	26-30 Yaş (n=85)	Min-Maks (Medyan)	7-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (14)	8-20 (16)	8-25 (17)	44-116 (86)
		Ort±SS	16,11±2,23	22,21±5,62	14,53±4,28	15,81±2,77	16,72±3,51	85,38±14,16
	31-35 Yaş (n=27)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (17)	8-30 (23)	7-23 (16)	8-20 (16)	13-23 (17)	54-113 (85)
		Ort±SS	16,67±2,2	20,89±5,54	15,44±3,92	15,48±3,17	17,3±2,71	85,78±13,3
	>35 Yaş (n=35)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (17)	10-20 (16)	8-25 (16)	54-112 (87)
		Ort±SS	16,11±2,14	21,23±5,46	15,97±4,6	15,97±2,32	15,6±3,66	84,89±13,37
		Test Değeri	$\chi^2:1,952$	$\chi^2:6,581$	F:1,715	$\chi^2:0,477$	F:4,157	F:1,324
		P	0,583	0,087	0,165	0,924	0,007**	0,268
Cinsiyet	Kadın (n=140)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (16)	6-20 (16)	8-25 (17)	36-118 (87,5)
		Ort±SS	16,18±2,43	22,5±5,54	15,68±4,42	15,95±2,92	17,09±3,55	87,39±14,84

Tablo 4. 8 Demografik Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi (devamı)

Erkek (n=57)	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	7-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (14)	8-20 (16)	8-25 (17)	44-116 (85)
	<i>Ort±SS</i>	16,16±2,4 6	21,75±5,4 6	14,46±4,6 7	15,42±3,2 3	16,7±3,56	84,49±14,8 9
	Test Değeri	Z:-0,274	Z:-0,809	t:1,732	Z:-1,135	t:0,688	t:1,243
	P	^e 0,784	^e 0,418	^f 0,085	^e 0,256	^f 0,492	^f 0,215
Medeni Durum	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	10-20 (16,5)	8-30 (24)	7-25 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	54-116 (87)
	<i>Ort±SS</i>	16,46±2,0 1	22,17±5,4 6	15,28±4,0 0	16,28±2,6 7	16,71±3,1 9	86,9±12,61
	Test Değeri	Z:-1,506	Z:-0,124	t:-0,149	Z:-2,143	t:-1,089	t:0,343
	P	^e 0,132	^e 0,901	^f 0,882	^e 0,032*	^f 0,277	^f 0,732
Eğitim Durumu	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	4-20 (17,5)	8-30 (22,5)	7-20 (13,5)	6-20 (16)	8-20 (17,5)	36-106 (83,5)
	<i>Ort±SS</i>	15,71±4,3 2	20,07±8,0 7	13,79±3,9 1	15,64±4,1 8	16,14±3,6 3	81,36±19
	Test Değeri	Z:-1,506	Z:-0,124	t:-0,149	Z:-2,143	t:-1,089	t:0,343
	P	^e 0,132	^e 0,901	^f 0,882	^e 0,032*	^f 0,277	^f 0,732
Lise (n=14)	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	4-20 (17,5)	8-30 (22,5)	7-20 (13,5)	6-20 (16)	8-20 (17,5)	36-106 (83,5)
	<i>Ort±SS</i>	15,71±4,3 2	20,07±8,0 7	13,79±3,9 1	15,64±4,1 8	16,14±3,6 3	81,36±19
Yüksekokul (n=102)	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	8-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	54-118 (86)
	<i>Ort±SS</i>	16,33±2,1 3	22,17±5,3 7	15,35±4,6 7	15,8±3,08	16,93±3,5 6	86,59±14,3 8
Fakülte (n=74)	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	7-20 (16)	9-30 (24)	7-25 (16)	8-20 (16)	10-25 (17)	44-118 (88)
	<i>Ort±SS</i>	16,05±2,4 7	23,03±5,1 8	15,64±4,4 5	15,95±2,6 7	17,24±3,6 3	87,91±15,0 2
Lisansüstü (n=7)	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>)	15-18 (15)	14-25 (21)	7-19 (15)	8-19 (15)	13-20 (17)	59-92 (85)
	<i>Ort±SS</i>	16,00±1,2 9	20,57±4,1 2	14,71±4,0 3	14,43±3,2 6	16,43±2,3 7	82,14±10,7 5
	Test Değeri	χ^2 :1,441	χ^2 :2,774	χ^2 :2,069	χ^2 :2,305	χ^2 :0,799	χ^2 :2,232
	P	^e 0,696	^e 0,428	^e 0,558	^e 0,512	^e 0,850	^e 0,526

^cKruskal Wallis Test

^dOneway ANOVA

^eMannWhitney U Test

^fStudent-t Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre Hastanede Etik İklim Ölçeği “Hastane Faktörü” ($p=0,022$; $p<0,05$) ve “Hekim Faktörü” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark saptanmıştır ($p=0,022$; $p<0,05$). Çalışma süresi 24 ay ve altı olan hemşirelerin çalışma süresi 2-5 yıl arasında olan hemşirelere göre “Hastane Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar ($p=0,042$; $p<0,05$), çalışma süresi 24 ay ve altı olan hemşirelerin çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelere göre “Hekim Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur ($p=0,022$; $p<0,05$).

YBÜ’deki çalışma sürelerine göre ise ölçeğin toplam puanı ile ($p=0,001$; $p<0,01$), “Yönetici Faktörü” ($p=0,032$; $p<0,05$), “Hastane Faktörü” ($p=0,001$; $p<0,01$), “Meslektaş Faktörü” ($p=0,001$; $p<0,01$), Hekim Faktörü” alt boyutlarından aldıkları puanlar değişmektedir ($p=0,020$; $p<0,05$). YBÜ’deki çalışma süresi 6-24 ay arasında olanların 2-5 yıl arasında olanlara göre Yönetici Faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksek, ($p=0,007$; $p<0,01$), çalışma süresi 2-5 yıl arasında olan hemşirelerin, 6 aydan az ve 6-24 ay arasında olan hemşirelere göre Hastane Faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar daha düşük ($p=0,006$; $p=0,012$; $p<0,05$), YBÜ’deki çalışma süresi 2-5 yıl arasında olan hemşirelerin 6 aydan az ve 6-24 ay arasında olan hemşirelere göre ($p=0,001$; $p=0,025$; $p<0,05$), 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin 6 ay ve altında çalışan hemşirelere göre Meslektaş Faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar daha düşük olarak saptanmıştır ($p=0,016$; $p<0,05$). Çalışma süresi 6 ay ve altında olan hemşirelerin Hekim Faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar, çalışma süresi 5-10 yıl arasında ve 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelere göre ise daha yüksek saptanmıştır ($p=0,006$; $p=0,007$; $p<0,01$).

YBÜ’de çalışma süresi 2-5 yıl arasında olan hemşirelerin 6 aydan az ve 6-24 ay arasında olan hemşirelere göre ($p=0,003$; $p=0,044$; $p<0,05$), 5-10 yıl arasında olan hemşirelerin 6 ay ve altında olan hemşirelere göre ölçek toplamından aldıkları puanlar daha düşük saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$).

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre ölçeğin sadece “Meslektaş Faktörü” alt boyut puanlarında fark saptanmıştır ($p=0,043$; $p<0,05$). Gece çalışan hemşirelerin 24 saat çalışma şekli olan hemşirelere göre bu alt boyut puanları daha düşük saptanmıştır ($p=0,040$; $p<0,05$).

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre sadece “Yönetici Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlarda farklılık saptanmıştır ($p=0,045$; $p<0,05$). Çalışma süresi haftada 50 saatin altında olan hemşirelerin bu alt boyuttan aldıkları puanlar, haftada 50-60 saat çalışan hemşirelere göre daha yüksektir ($p=0,039$; $p<0,05$).

Hemşire başına bakılan hasta sayısına göre sadece Hastanede Etik İklimi Ölçeği “Hasta Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmıştır ($p=0,043$; $p<0,05$). İki hastaya bakan hemşirelerin daha fazla sayıda hasta bakan hemşirelere göre bu boyuttan aldıkları puanlar daha yüksektir ($p=0,033$; $p=0,029$; $p<0,05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9 Mesleki Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Hasta Faktörü	Yönetici Faktörü	Hastane Faktörü	Meslektaş Faktörü	Hekim Faktörü	Toplam Puan
Çalışma Süresi	≤24 Ay (n=28)	Min-Maks (Medyan)	8-20 (16)	14-30 (24,5)	7-25 (18,5)	8-20 (18)	12-25 (19)	59-118 (95,5)
		Ort±SS	16,18±2,75	23,75±5,21	17,21±5,17	16,04±4,08	18,79±3,48	91,96±17,5
2-5 Yıl (n=79)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (14)	6-20 (16)	8-25 (17)	36-118 (86)	
		Ort±SS	15,77±2,78	22,42±5,25	14,56±4,39	15,41±3,02	16,77±3,52	84,92±15,24
5-10 Yıl (n=61)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (17)	8-30 (24)	7-22 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	54-116 (87)	
		Ort±SS	16,48±2,05	21,92±6	14,92±3,98	15,9±2,88	16,84±3,37	86,05±13,69
>10 Yıl (n=29)	Min-Maks (Medyan)	14-20 (17)	10-30 (22)	7-25 (17)	13-20 (16)	9-25 (16)	55-113 (85)	
		Ort±SS	16,62±1,68	21,28±5,41	16,45±4,72	16,41±1,92	16,07±3,64	86,83±12,97
	Test Değeri	$\chi^2:3,804$	$\chi^2:2,902$	F:3,272	$\chi^2:2,931$	F:3,293	F:1,591	
	P	0,283	0,407	0,022*	0,402	0,022*	0,193	
YBÜ Çalışma Süresi	<6 ay (n=10)	Min-Maks (Medyan)	15-20 (17)	21-30 (25)	12-25 (18,5)	16-20 (19,5)	17-23 (19)	85-116 (98)
		Ort±SS	17±1,33	26,1±3,35	18,9±3,57	18,9±1,45	19,2±1,99	100,1±9,09
6-24 ay (n=61)	Min-Maks (Medyan)	8-20 (16)	13-30 (24)	7-25 (17)	8-20 (16)	10-25 (17)	59-118 (90)	
		Ort±SS	16,46±2,57	23,39±5,06	16,72±4,56	16,25±3,21	17,69±3,5	90,51±15,2
2-5 Yıl (n=82)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (22)	7-25 (14)	6-20 (15)	8-25 (17)	36-115 (84)	
		Ort±SS	15,78±2,55	21,63±5,34	14,01±4,35	15±2,8	16,8±3,74	83,23±14,71
5-10 Yıl (n=35)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (17)	8-30 (24)	7-22 (15)	10-20 (16)	8-21 (16)	54-108 (87)	
		Ort±SS	16,37±2,1	21,17±6,7	14,74±4,17	16,26±2,83	15,91±3,29	84,46±13,81
>10 Yıl (n=9)	Min-Maks (Medyan)	14-20 (16)	13-26 (23)	10-20 (17)	8-18 (15)	11-18 (15)	62-97 (84)	
		Ort±SS	16,11±2,37	20,78±4,52	16,11±3,55	14,78±2,77	15,33±2,45	83,11±10,14

Tablo 4. 9 Mesleki Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi (devamı)

		Test Değeri	χ^2 :6,237	χ^2 :10,541	χ^2 :19,134	χ^2 :24,466	χ^2 :11,683	χ^2 :19,332	
		P	$<0,182$	$<0,032^*$	$<0,001^{**}$	$<0,001^{**}$	$<0,020^*$	$<0,001^{**}$	
Çalışma Şekli	Gündüz (n=27)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (17)	14-30 (24)	7-22 (16)	8-20 (16)	8-25 (18)	55-117 (88)	
		Ort±SS	16,26±2,43	23,52±5,52	15,59±4,3	15,93±3,3	17,41±3,91	88,7±16,4	
	Gece (n=69)	Min-Maks (Medyan)	8-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (16)	8-20 (16)	9-25 (17)	51-118 (86)	
		Ort±SS	16,2±2,77	21,74±5,84	15,26±4,34	15,45±2,97	16,59±3,44	85,25±15,63	
	Vardiyalı (n=76)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (14)	6-20 (16)	8-23 (18)	36-113 (86)	
		Ort±SS	15,91±2,3	22,17±5,41	14,84±4,7	15,57±3,01	17,22±3,47	85,71±13,91	
	Diğer (n=25)	Min-Maks (Medyan)	13-20 (17)	8-30 (23)	7-25 (18)	12-20 (18)	11-25 (17)	69-118 (90)	
		Ort±SS	16,8±1,76	22,8±4,9	16,68±4,62	17,32±2,53	16,8±3,74	90,4±13,84	
			Test Değeri	χ^2 :3,478	χ^2 :1,913	F:1,079	χ^2 :8,129	F:0,540	F:1,004
			P	$<0,324$	$<0,591$	$<0,359$	$<0,043^*$	$<0,655$	$<0,392$
	Haftalık Çalışma Saati	<50 Saat (n=139)	Min-Maks (Medyan)	7-20 (16)	8-30 (24)	7-25 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	44-118 (87)
			Ort±SS	16,22±2,22	22,86±5,45	15,48±4,56	15,94±3	17,11±3,28	87,6±14,73
50-60 Saat (n=39)		Min-Maks (Medyan)	8-20 (16)	8-30 (21)	7-25 (16)	8-20 (15)	8-25 (17)	55-116 (84)	
		Ort±SS	16,03±2,55	20,44±5,08	14,95±4,25	15,03±2,78	16,74±3,83	83,18±13,34	
>60 Saat (n=19)		Min-Maks (Medyan)	4-20 (17)	8-30 (23)	7-25 (15)	6-20 (18)	8-23 (18)	36-118 (84)	
		Ort±SS	16,16±3,59	21,89±6,18	14,95±4,89	16,37±3,5	16,47±4,81	85,84±18,36	
		Test Değeri	χ^2 :0,853	χ^2 :6,197	F:0,284	χ^2 :4,350	F:0,269	F:1,372	
		P	$<0,653$	$<0,045^*$	$<0,753$	$<0,114$	$<0,765$	$<0,256$	
Bakılan Hasta Sayısı		2 Hasta (n=64)	Min-Maks (Medyan)	12-20 (17)	12-30 (24)	7-25 (16,5)	10-20 (16)	8-25 (16,5)	55-118 (87)
			Ort±SS	16,88±1,91	23,3±4,91	16,02±4,5	16,61±2,47	16,83±3,9	89,63±12,75
		3 Hasta (n=94)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (15)	6-20 (16)	8-24 (17)	36-118 (85)
			Ort±SS	15,83±2,83	21,85±5,83	14,89±4,6	15,33±3,24	16,57±3,53	84,48±16,17
	≥4 Hasta (n=39)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (16)	8-30 (22)	8-23 (16)	9-20 (16)	13-25 (19)	54-113 (88)	
		Ort±SS	15,85±1,93	21,67±5,56	15,23±4,31	15,59±3,09	18,18±2,68	86,51±14,34	
			Test Değeri	χ^2 :6,287	χ^2 :2,725	F:1,189	χ^2 :5,464	F:2,962	F:2,309
			P	$<0,043^*$	$<0,256$	$<0,307$	$<0,065$	$<0,054$	$<0,102$

^cKruskal Wallis Test

^dOneway ANOVA

* $p<0,05$

** $p<0,01$

YBÜ’de çalışmayı sürdürmek isteyen hemşirelerin çalışmayı sürdürmek istemeyen hemşirelere göre Hastanede Etik İklimi Ölçeğinin sadece “Hasta Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışma ortamı/şartlarından memnuniyete göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak önemli fark elde edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışma ortamı/şartlarının iyi olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar, çalışma ortamı/şartlarının orta ($p<0,05$) ve kötü olduğunu belirten hemşirelere göre ($p<0,01$); çalışma ortamı/şartlarının orta olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar ise çalışma ortamı/şartlarının kötü olduğunu belirten hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,01$).

Alınan ücretten duyulan memnuniyete göre hemşirelerin Hastanede Etik İklimi Ölçeği toplam puanı ($p=0,001$; $p<0,01$) ile “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, Hastane Faktörü” ($p=0,001$; $p<0,01$), “Meslektaş Faktörü” alt boyutlarından alınan puanlar farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; aldığı ücretten memnun olmayan hemşirelerin ölçek toplamı ve alt boyutlarından aldıkları puanlar, aldığı ücretten memnun ve kısmen memnun olan hemşirelere göre daha düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışma ortamının etik ilkelere uygunluğuna göre Hastanede Etik İklimi Ölçeği toplamı ve ölçeğin Hasta Faktörü, Hastane Faktörü ve Meslektaş Faktörü alt boyutlarında puanlar değişmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışma ortamında her zaman etik ilkelere uyulduğunu belirten hemşirelerin çoğu zaman etik ilkelere uyulduğunu belirten hemşirelere göre ölçek toplamından ($p=0,001$; $p<0,01$), Hasta Faktörü ($p=0,001$; $p=0,010$; $p<0,05$), Hastane Faktörü ($p=0,015$; $p=0,007$; $p<0,05$), Meslektaş Faktörü alt boyutlarında aldıkları puanlar daha yüksektir ($p=0,001$; $p=0,025$; $p<0,05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10 Mesleki Özelliklere Göre Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Hasta Faktörü	Yönetici Faktörü	Hastane Faktörü	Meslektaş Faktörü	Hekim Faktörü	Toplam Puan
YBÜ'de Çalışmayı Sürdürme İsteği	Evet (n=166)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (16)	6-20 (16)	8-25 (17)	36-118 (86,5)
		Ort±SS	16,4±2,31	22,46±5,39	15,4±4,45	15,8±2,98	16,99±3,46	87,05±14,15
	Hayır (n=31)	Min-Maks (Medyan)	7-20 (16)	9-30 (23)	7-25 (16)	10-20 (16)	9-25 (16)	44-116 (87)
		Ort±SS	14,94±2,72	21,35±6,12	14,9±4,87	15,81±3,25	16,87±4,02	83,87±18,34
	Test Değeri P	Z:-3,177 °0,001**	Z:-0,718 °0,473	t:0,566 °0,572	Z:-0,040 °0,968	t:0,177 °0,860	t:917 °0,365	
Çalışma Ortamı/ Şartları	İyi (n=39)	Min-Maks (Medyan)	8-20 (17)	12-30 (24)	8-25 (18)	10-20 (18)	12-25 (18)	59-118 (93)
		Ort±SS	17±2,47	24,9±4,73	16,92±4,91	17,21±2,76	18,49±3,34	94,51±14,32
	Orta (n=137)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	55-115 (86)
		Ort±SS	16,36±1,97	22,43±4,95	15,36±4,19	15,96±2,72	16,87±3,46	86,98±12,36
Kötü (n=21)	Min-Maks (Medyan)	4-16 (14)	8-26 (15)	7-20 (10)	6-16 (13)	8-20 (15)	36-96 (71)	
	Ort±SS	13,43±3,28	16,48±6,31	12,1±4,3	12,14±2,56	14,86±3,4	69±17,11	
	Test Değeri P	χ ² :28,267 °0,001**	χ ² :24,997 °0,001**	F:8,418 °0,001**	χ ² :36,498 °0,001**	F:7,868 °0,001**	F:16,716 °0,001**	
Alınan Ücretten Memnuniyet	Memnun (n=43)	Min-Maks (Medyan)	8-20 (17)	13-30 (25)	9-25 (18)	10-20 (16)	8-25 (18)	59-118 (93)
		Ort±SS	16,49±2,52	24,12±5	17,49±4,59	16,77±2,72	17,58±3,94	92,44±13,85
	Kısmen Memnun (n=96)	Min-Maks (Medyan)	10-20 (17)	12-30 (24)	7-25 (16)	8-20 (16)	8-25 (17)	55-117 (88)
		Ort±SS	16,7±2,03	23,41±4,58	15,71±4,12	15,95±2,56	16,83±3,51	88,59±12,8
Memnun Değil (n=58)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (21)	7-25 (13)	6-20 (15)	8-23 (16,5)	36-118 (79,5)	
	Ort±SS	15,07±2,66	19,07±5,99	13,09±4,16	14,83±3,64	16,76±3,31	78,81±15,89	
	Test Değeri P	χ ² :17,394 °0,001**	χ ² :24,050 °0,001**	F:14,077 °0,001**	χ ² :8,528 °0,014*	F:0,812 °0,446	F:13,697 °0,001**	
Çalışma Ortamında Etik Davranış	Her Zaman (n=77)	Min-Maks (Medyan)	12-20 (17)	8-30 (24)	7-25 (17)	8-20 (18)	9-25 (17)	62-118 (90)
		Ort±SS	17,21±1,79	23,26±5,19	16,61±4,35	17,31±2,51	17,35±3,62	91,74±12,89
	Çoğu Zaman (n=106)	Min-Maks (Medyan)	4-20 (16)	8-30 (23)	7-25 (14)	6-20 (15)	8-25 (17)	36-118 (84)
		Ort±SS	15,51±2,63	21,74±5,36	14,58±4,44	14,78±2,9	16,67±3,61	83,27±14,86
Bazen (n=9)	Min-Maks (Medyan)	13-20 (15)	8-30 (21)	8-16 (10)	9-20 (15)	14-22 (17)	54-104 (84)	
	Ort±SS	15±2,4	19,33±9,1	11,56±3,61	14,11±3,41	16,78±2,77	76,78±19,5	
Nadiren / Hiçbir Zaman (n=5)	Min-Maks (Medyan)	15-18 (17)	21-28 (23)	16-22 (18)	15-19 (18)	16-20 (19)	87-103 (93)	
	Ort±SS	16,4±1,34	24,2±2,77	18,2±2,28	17±1,87	18±1,87	93,8±7,16	
	Test Değeri P	χ ² :27,625 °0,001**	χ ² :4,854 °0,183	χ ² :18,021 °0,001**	χ ² :36,950 °0,001**	χ ² :1,736 °0,629	χ ² :17,975 °0,001**	

^cKruskal Wallis Test

^dOneway ANOVA

^eMannWhitney U Test

^fStudent-t Test

*p<0,05

**p<0,01

Hem Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları hem de Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri puanları hemşirelerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve eğitim durumlarına göre farklı değildir ($p>0,05$), (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11 Demografik Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

			Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri
Yaş	≤25 Yaş (n=50)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-84 (67) 67,26±12,51	23-64 (55,5) 53,2±11,37
	26-30 Yaş (n=85)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	38-105 (73) 70,95±11,95	23-64 (54) 52,85±10,07
	31-35 Yaş (n=27)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	52-93 (76) 73,37±10,04	34-64 (53) 52,04±9,27
	>35 Yaş (n=35)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-85 (71) 68,17±12,62	16-64 (56) 52,8±11,13
		Test Değeri P	F:2,025 ^d0,112	χ^2 :0,916 ^e0,821
Cinsiyet	Kadın (n=140)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (71) 69,52±12,65	23-64 (56) 53,71±9,66
	Erkek (n=57)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	25-86 (73) 70,67±10,6	16-64 (52) 50,63±11,93
		Test Değeri P	t:-0,603 ^f0,547	Z:-1,292 ^e0,196
Medeni Durum	Evli (n=104)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-96 (73) 70,95±11,61	16-64 (52,5) 52,21±10,58
	Bekar (n=93)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (71) 68,62±12,52	23-64 (56) 53,49±10,28
		Test Değeri P	t:1,354 ^f0,177	Z:-0,929 ^e0,353
Eğitim Durumu	Lise (n=14)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	61-87 (77) 75,07±7,94	34-64 (61,5) 58,43±8,16
	Yüksekokul (n=102)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (71) 69,8±12,28	16-64 (53,5) 51,54±11,08
	Fakülte (n=74)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-85 (70) 68,38±12,53	28-64 (54) 53,24±9,82

Tablo 4. 11 Demografik Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi (devamı)

Lisansüstü (n=7)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	64-86 (76)	46-64 (54)
	<i>Ort±SS</i>	75,71±6,95	55,71±7,61
	Test Değeri	χ^2 :5,120	χ^2 :6,439
	P	^c0,163	^c0,092

^cKruskal Wallis Test Test

^dOneway ANOVA

^eMannWhitney U Test

^fStudent-t

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Hemşirelerin Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenlerinden aldıkları puanlar hemşirelerin toplam çalışma süreleri, YBÜ' de çalışma süreleri, çalışma şekilleri, haftalık çalışma saatleri ve hemşire başına bakım verilen hasta sayısına göre değişmemektedir ($p > 0,05$), (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12 Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

			Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri
Çalışma Süresi	≤24 Ay (n=28)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	25-86 (64)	28-64 (50,5)
		<i>Ort±SS</i>	64,93±13,12	49,82±11,24
	2-5 Yıl (n=79)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	23-105 (73)	23-64 (56)
		<i>Ort±SS</i>	70,18±12,55	54,08±10,32
	5-10 Yıl (n=61)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	38-93 (74)	16-64 (54)
		<i>Ort±SS</i>	71,48±10,24	52,52±10,9
>10 Yıl (n=29)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	23-85 (73)	32-64 (52)	
	<i>Ort±SS</i>	70,31±12,68	52,9±8,68	
	Test Değeri	F:1,982	χ^2 :3,887	
	P	^c0,118	^c0,274	
YBÜ Çalışma Süresi	<6 ay (n=10)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	25-84 (61,5)	28-64 (59,5)
		<i>Ort±SS</i>	63±18,29	52,6±12,19
	6-24 ay (n=61)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	50-96 (74)	29-64 (54)
		<i>Ort±SS</i>	72,03±10,57	51,9±10,29
	2-5 Yıl (n=82)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	23-86 (71,5)	23-64 (55)
		<i>Ort±SS</i>	68,99±11,32	53,1±10,58
5-10 Yıl (n=35)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	23-105 (73)	16-64 (54)	
	<i>Ort±SS</i>	71,14±13,23	53,71±10,66	

Tablo 4. 12 Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi (devamı)

	>10 Yıl (n=9)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	45-85 (69) 65,56±13,61	40-64 (51) 53,22±8,84	
		Test Değeri P	F:1,823 ^a 0,126	χ^2 :1,303 ^c 0,861	
Çalışma Şekli	Gündüz (n=27)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-86 (71) 68,96±14,38	32-64 (52) 50,56±9,23	
	Gece (n=69)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (72) 69,72±13,38	28-64 (54) 53,62±9,84	
	Vardiyalı (n=76)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	50-84 (72) 69,92±10,43	16-64 (54,5) 51,89±11,82	
	Diğer (n=25)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	51-93 (73) 70,96±10,85	32-64 (58) 55,84±8,11	
		Test Değeri P	F:0,121 ^a 0,948	χ^2 :4,138 ^c 0,247	
	Haftalık Çalışma Süresi	<50 Saat (n=139)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (71) 69,29±12,21	16-64 (54) 52,96±10,06
		50-60 Saat (n=39)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	25-93 (75) 70,44±13,46	23-64 (53) 51,13±12,18
		>60 Saat (n=19)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	59-82 (75) 72,79±7,05	29-64 (56) 55,26±9,09
		Test Değeri P	F:0,758 ^a 0,470	χ^2 :1,157 ^c 0,561	
Bakılan Hasta Sayısı		2 Hasta (n=64)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-86 (73,5) 70,67±13,08	16-64 (53) 51,22±10,72
		3 Hasta (n=94)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	45-105 (70,5) 69,86±11,75	23-64 (54) 53,03±10,49
	≥4 Hasta (n=39)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	38-84 (71) 68,49±11,29	32-64 (59) 54,92±9,62	
		Test Değeri P	F:0,394 ^a 0,675	χ^2 :3,742 ^c 0,154	

^cKruskal Wallis Test

^aOneway ANOVA

YBÜ'de çalışmayı sürdürme isteğine, çalışma ortamında etik davranış gösterme durumuna göre hem Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri hem de Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri puanları farklı değildir ($p>0,05$).

Ayrıca Hemşirelerin Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenlerinden alınan puanlar çalışma ortamı/şartlarının durumuna göre, Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinden alınan puanlar alınan ücretten duyulan memnuniyete göre de değişmemektedir ($p>0,05$).

Çalışma ortamı/şartlarının durumuna göre hemşirelerin Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; çalışma ortamı/şartlarının kötü olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar, çalışma ortamı/şartlarının iyi ve orta olduğunu belirten hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,003$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Alınan ücretten memnun olma durumuna göre hemşirelerin Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; aldığı ücretten memnun olan hemşirelerin aldıkları puanlar, aldığı ücretten kısmen memnun olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$), (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13 Mesleki Özelliklere Göre Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

			Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenleri
YBÜ'de Çalışmayı Sürdürme İsteği	Evet (n=166)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (73) 70,09±12,06	16-64 (55) 52,9±10,69
	Hayır (n=31)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-85 (67) 68,58±12,28	34-64 (54) 52,39±9,07
		Test Değeri P	t:0,638 ^f0,524	Z:-0,738 ^e0,460
	Çalışma Ortamı/ Şartları	İyi (n=39)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-96 (73) 71,31±14,48
Orta (n=137)		Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (74) 70,61±11,67	16-64 (54) 52,93±10,17
		Min-Maks (Medyan) Ort±SS	50-75 (63) 62,24±5,97	35-64 (61) 54,62±10,95
Kötü (n=21)		Test Değeri P	F:14,037 ^d0,001**	χ^2 :1,431 ^e0,489
Alınan Ücretten Memnuniyet	Memnun (n=43)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (74) 71,12±14,52	16-64 (50) 48,28±12,03
	Kısmen Memnun (n=96)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-96 (74) 71,09±12,27	23-64 (56) 54,48±9,73
		Min-Maks (Medyan) Ort±SS	50-87 (65) 66,86±9,07	29-64 (56) 53,43±9,44
	Memnun Değil (n=58)	Test Değeri P	F:2,562 ^d0,080	χ^2 :8,144 ^e0,017*
Çalışma Ortamında Etik Davranış	Her Zaman (n=77)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	23-105 (73) 71,35±14,46	28-64 (53) 52,3±9,86
	Çoğu Zaman (n=106)	Min-Maks (Medyan) Ort±SS	38-86 (69,5) 68,98±10,12	16-64 (55) 52,59±11,05
		Min-Maks (Medyan) Ort±SS	50-82 (68) 65,33±11,82	39-64 (59) 56,67±9,25
	Nadiren/ Hiçbir Zaman (n=5)	Test Değeri P	χ^2 :5,933 ^d0,115	χ^2 :2,857 ^e0,414

^cKruskal Wallis Test
Test

^dOneway ANOVA

^eMannWhitney U Test

^fStudent-t

*p<0,05

**p<0,01

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmamızda yer alan 197 yoğun bakım hemşiresinin yaş ortalaması 29.53 ± 5.52 olup, hemşirelerin %71.1'i kadın, %52.8'i evlidir. Araştırma grubumuzun yarıdan fazlası (%51.8) yükseköğretim mezunudur (Tablo 4.1). Hemşirelerin %1.5'i henüz çalışmaya yeni başlamış olup, çalışma süresi 6 aydan azdır. 197 yoğun bakım hemşiresi ile yürütülen bu çalışmadan alınan sonuçlar aşağıda sıralanan başlıklar halinde tartışılmıştır.

- YBÜ'de Etik İklim Algısının Tartışılması
- YBÜ'de Karşılanamayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin ve Nedenlerinin Tartışılması
- YBÜ'de Etik İklim Algısının Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine Göre Tartışılması
- YBÜ'de Karşılanamayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerinin Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması
- YBÜ'lerde Etik İklim Algısı ile Bakım Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. YBÜ'de Etik İklim Algısının Tartışılması

Yoğun bakım hemşireleri ile yürütülen çalışmamızda en yüksek puanı 4.05 ile "Hasta" faktörü alt boyutu alırken, bu alt boyutu 3.95 ile "Meslektaş" faktörü alt boyutu takip etmiştir. En düşük puan ise 3.39 ile "Hekim" faktörü alt boyutunda elde edilmiştir. Ölçeğin toplam puanı ise 3.60 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4).

Hastanede etik iklim algısının değerlendirildiği farklı değerlendirme araçları mevcut olup, bulgularımız ağırlıklı olarak Hastanede Etik İklim Ölçeğinin kullanıldığı diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Constantina ve diğ.'nin (2018) 81'i Yunanistan, 154'ü Kıbrıs'ta olmak üzere onkoloji ünitelerinde çalışan 235 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında hemşirelerin etik iklim algıları değerlendirilmiştir. Kıbrıs'ta çalışan onkoloji hemşireleri "Yönetici Faktörü" alt boyutunda (4.30), Yunanistan'da çalışan onkoloji hemşireleri "Meslektaş Faktörü" alt boyutunda en yüksek puanı (3.94) almışlardır. Ölçeğin toplam puanı ortalama 3.58

olarak hesaplanmıştır. Yunanistan’da hemşireler arasındaki etik iklim algısının, Kıbrıs’ta çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu araştırmada belirtilmiştir. Bu bulgular araştırmanın yürütüldüğü hastanede hemşirelerin iyi bir ekip ruhuna, ekip iş birliğine sahip olduğunu, hemşirelerin yöneticiler tarafından desteklendiği ve hemşirelerin yöneticilerine güvendikleri şeklinde ifade edilmiştir (Constantina ve diğ. 2018).

Hwang ve Park’ın (2014) Kore’de kamu hastanelerinde çalışan ve yaş ortalaması 31 olan 1826 hemşirenin etik iklim algısını incelediği çalışmalarında ölçeğin beş alt boyutu arasında en yüksek puan yine “Yönetici” (3.80) alt boyutunda saptanmış, bu alt boyutu sırasıyla “Meslektaş”, “Hasta”, “Hastane” alt boyutları takip etmiştir. Alt boyutlar arasında en düşük puan ise “Hekim” alt boyutunda (2.80) elde edilmiştir. Araştırmada ölçeğin toplam puanı ise 3.30 olarak hesaplanmıştır.

Finlandiya’da yürütülen benzer bir çalışmada, farklı türde geriatric bakım ünitelerinde çalışan 874 hemşire değerlendirilmiş, yine “meslektaş” alt boyutu en yüksek ortalama puana (4.29), “Hekim” alt boyutu en az ortalama puan (3.58) elde edilmiştir. Çalışmada ölçeğin ortalama puanı 3.85 olarak hesaplanmıştır (Suhonen ve diğ. 2015).

ABD’de, etik iklim algısının incelendiği 475 hemşire ile yürütülen çalışmada en yüksek puan 3.94 puan ile “meslektaş” alt boyutunda elde edilmiş, bu alt boyutu takiben 3.60 puan ile “hasta” alt boyutu ikinci sırada yer almıştır. Alt boyutlar arasında en düşük ortalama puan 2.93 ile “hekim” alt boyutundan elde edilmiştir. Çalışmada HEİÖ toplam puanı 3.22 olarak bulunmuştur (Lemmenes ve diğ. 2018).

Khalesi ve diğ.’nin İran’ın başkenti Tahran’da bulunan üç hastanede HEİÖ kullanılarak hastaneden rastgele seçtikleri 187 hemşire ile yürüttükleri çalışmasında en yüksek HEİÖ puanı (3.04) yöneticiler alt boyutunda gözlemlendi. Bu çalışmada hastane yöneticilerinin olumlu bir etik iklim geliştirmeyi başardıklarını göstermektedir. En düşük HEİÖ puanı (2.46) hekim alt boyutunda gözlemlendi. Düşük

ekip çalışmasının ve doktorlar ile hemşireler arasındaki yetersiz iletişimin etik iklim üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (Khalesi ve diğ.2014).

Karagözoğlu ve diğ.'nin (2014) ülkemizde üç üniversite hastanesinde bulunan yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 190 hemşire ile yürüttükleri çalışmada yoğun bakımda görev alan hemşirelerin HEİÖ'den aldığı puanın ortalama değeri 100.57 ± 15.73 'dür. Hemşirelerin HEİÖ'den sırasıyla aldıkları puan ortalaması; yöneticiler alt boyutu 25.75 ± 5.09 , hastane alt boyutu 21.77 ± 4.19 , hekimler alt boyutu 20.42 ± 4.90 , meslektaş alt boyutu 16.58 ± 2.78 ve hasta alt boyutu 16.02 ± 2.72 'dir.

13 Avrupa ülkesinde 68 YBÜ'de çalışan 2275 hemşire ve 717 hekimin katıldığı geniş ölçekli bir çalışmada, etik karar verme iklimleri zayıf olan yoğun bakım ünitelerinde hekimler ve hemşirelerde etik iklim algısı arasında oldukça büyük fark belirtilmiştir (Altaker ve diğ. 2018).

Çalışmamız ve diğer çalışmalar incelendiğinde çalışmalarda "hekim" alt boyutundan çoğunlukla en düşük puan elde edilmiştir. Çalışma sonuçlarından, hekimlerin tedavi kararları konusunda hemşirelerin görüşlerini dikkate almadıkları sonucuna ulaşılabilir. En yüksek puanların ise genellikle "meslektaş" ve "yönetici" alt boyutlarında olduğu saptanmıştır. "Meslektaş" alt boyutu çalışmamızda ikinci en yüksek ortalama puana sahipken, diğer çalışmalardan farklı olarak "hasta" alt boyutu en yüksek ortalama puana sahiptir. Bu farkta çalışmamızın YBÜ'de yürütülmesi, ekip iş birliği ile uygulamaların devam ettirildiği, YBÜ'de diğer birimlere göre hastanın daha merkezde yer almasının az da olsa rolü olabileceği, yanı sıra çalışmanın yürütüldüğü YBÜ'lerde hasta odaklı çalışma anlayışına sahip olunduğu düşünülebilir.

5.2. YBÜ'de Karşılanamayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin ve Nedenlerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşireleri karşılanmamış/verilmeyen hemşirelik bakım uygulamaları arasında en fazla hastanın mobilizasyonunu sağlamada yetersiz kaldıklarını, hemşirelerin %35.0'i hasta mobilizasyonunu hiçbir zaman sağlamadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin en fazla yerine

getirdiği bakım uygulaması ise el yıkamadır. Hemşirelerin %76.6'sı el yıkamanın nadiren ihmal edildiğini belirtmiştir (Tablo 4.5). Çalışmamıza katılan yoğun bakım hemşireleri tarafından karşılanmamış/verilmeyen hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenlerine ilişkin olarak ilk sırada hasta durumundaki ani değişimler gösterilirken (%76.1), takiben personel sayısının yetersizliği (%75.1) ifade edilmiştir (Tablo 4.6).

Chapman ve diğ. (2017) ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışma Avusturalya'da çalışan 334 hemşire ile yürütölmüş olup, hemşirelerin %43'ü hasta ambulasyonu, %29'u her iki saatte hastanın çevrilmesi, %27'si ise hastanın ağız bakım uygulamalarını en sık karşılanamayan hasta bakım gereksinimleri olarak belirtmişlerdir. Bakımların karşılanamamasının nedeni olarak hemşirelerin %81'i acil hasta durumunu, takiben %78'i hasta sayısındaki beklenmedik artışı ve %75'i yetersiz personel sayısını işaret etmişlerdir (Chapman ve diğ. 2017).

Willis ve diğ.'nin (2014) çalışmasında Avusturalya'da 843 hemşire ve ebeye ulaştırdığı anketler sonucunda en sık ambulasyon ve ağız bakımının atlandığını; sırasıyla kan şekeri izleme, el yıkama, intravenöz giriş yerlerinin bakımı, hastanın silinmesi ya da banyosu, ilacın zamanında uygulanmasının daha az göz ardı edildiği saptanmıştır. Bakımsızlığın en önemli nedenleri olarak hasta sayısındaki beklenmedik artış (%44.8), yetersiz personel sayısı (%43.4) ve acil hasta durumunu (%39.8) belirtmişlerdir (Willis ve diğ. 2014).

Friese ve diğ.'nin (2013) ABD'de Midwestern eyaletinde 9 hastane ve 62 ayrı birimden 1966 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında en sık karşılanmayan bakım gereksinimlerin hasta ambulasyonu (%39.1) ve ağız bakımı (%23.9) olarak belirlenmiştir (Friese ve diğ. 2013).

İlaslan ve diğ. (2019) üniversite hastanesinde %66'sı lisans mezunu olan ve %72'si vardiyalı çalışan 94 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında; hemşirelik bakım gereksinimlerinin hangilerinin ve karşılanmadığını sebepleri ile birlikte incelemişlerdir. Çalışmada en sık karşılanamayan hemşirelik bakımları; sırasıyla hasta

mobilizasyonu (%41), hasta/hasta yakınlarına duygusal destek sağlama (%40) ve taburculuk eğitimi verilmesi (%33) olarak sıralanmıştır Bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının nedenleri araştırmaya katılan hemşirelerin %83'ü tarafından personel sayısının yetersizliği, %66'sı tarafından malzeme ve cihazların uygun şekilde çalışmaması, %53.2'si tarafından ekip üyelerinden alınan desteğin yetersiz olması şeklinde açıklanmıştır (İlaslan ve diğ. 2019).

Palese ve diğ. (2015) İtalya'da %85'i kadın 314 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında; eksik uygulanan hemşirelik bakımları ve nedenlerini incelemişlerdir. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da karşılanamayan hemşirelik bakımları arasında hasta ambulasyonu (%91.4) ilk sırada yer almaktadır. Diğer karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ise hemşirelerin %74.2'si tarafından hastayı her iki saatte bir çevirme,%64.6'sı tarafından ilacın doğru zamanda verilmesi olarak belirtilmiştir. Çalışmada yer alan hemşirelerin %95.2'si bakımların karşılanmaması nedenlerini hasta hacminde artış, %94.9'u yetersiz personel sayısı olarak ifade etmişlerdir (Palese ve diğ.2015).

Kalisch ve diğ. (2009) ABD'de Michigan Üniversitesi ve 3 eğitim hastanesinin dahil edildiği 459 hemşireyle yürütülen çalışmada çoğunlukla yerine getirilemeyen bakım sırasıyla; hastayı hareket ettirme (%84), ilaçların hasta üzerindeki tesirini gözlemlenme (%83), belirli aralıklar ile hastayı çevirme (%82), ağız hijyeninin sağlanması (%82), hastanın bilgi eksikliğini giderme (%80), ilaçların zamanında uygulanması (%75), hastanın zamanında beslenmesi (%76)'dir. Aynı çalışmada kan şekeri takibinin düzenli kontrolü (%26), her şifteki hasta değerlendirilmesi (%17) ise hemşirelik bakım gereksinimleri arasında en az ihmal edilen uygulamalar olarak yer almıştır (Kalischve diğ. 2009).

Kalisch'in (2006) bir başka çalışmasında karşılanmayan bakımın nedenleri olarak yeterli sayıda çalışan olmaması, hemşirelik uygulamalarının tamamlanması için gereken sürenin kısıtlı olması, bulunan kaynakların kontrollü kullanılmaması, sorumlulukları yerine getirmemeyi alışkanlık haline getirme ya da görevlerin bu benim

işim değil anlayışıyla yapmayı kabul etmeme ya da yardımcı çalışan tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği şeklinde belirtilmiştir (Kalisch 2006).

Kalisch ve diğ.'nin (2011) ABD'deki 10 hastanenin farklı birimlerinde çalışan 4288 hemşire ile gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada, hastaların günde üç kez ya da gerektiği kadar ambulasyonunun sağlanamaması en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı olarak belirtilmiş, hemşirelerin %32.7'si bu bakımın hiçbir zaman karşılanmadığı ya da sıklıkla karşılanmadığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada daha az olmakla birlikte ağız bakımı verilmesi (%25.5), ilaçların zamanında verilmesi (%17.6) ve her iki saatte bir hastayı çevirme (%15.1) gereksinimlerinin de karşılanmadığı belirlenmiştir. Blackman ve diğ.'nin (2015) çalışmasında iş gücü ve malzeme kaynaklarında yaşanan yetersizliklerin ve sağlık ekibi ya da hemşireler arasında yaşanan iletişim sorunlarının karşılanmayan bakım gereksinimleri üzerinde güçlü şekilde etkili olan faktörler arasında olduğu belirlenmiştir. İlaslan ve diğ. (2019) üniversite hastanesinde %66'sı lisans mezunu olan ve %72'si vardiyalı çalışan 94 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında; hemşirelerin %81.9'nun birimlerinde çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı belirlenmiş ve karşılanmayan hemşirelik bakım ihtiyaçlarının sebepleri değerlendirildiğinde; iş gücü kaybına yol açan personel sayısının yetersizliği, ihtiyaç duyulması halinde gerekli olan malzeme ya da kullanılan cihazların istenilen düzeyde çalışmaması, iletişim, ekip üyelerinden ihtiyaç duyulan uygulamalarda desteğin yetersiz olması bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının nedeni olarak gösterilmiştir. Kalisch ve diğ. (2011) çalışmasında karşılanmayan hemşirelik bakımının sebepleri incelendiğinde %93.1 düzeyinde iş gücü kaynaklarının ilk sırada yer aldığı ve %89.6 düzeyi ile materyal kaynakları ve %81.7 düzeyi ile iletişim-takım çalışmasının bunu takip ettiği ortaya koyulmuştur. Palese ve diğ.'nin (2015) çalışmasında ise beklenmedik şekilde artan hasta ve kritik durum sayısı (%95.2), yetersiz iş gücü sayısı (%94.9) ve yüksek düzeyde hasta kabul ve taburculuğu (%93.3) karşılanmayan hemşirelik bakımının en sık nedenleri arasında gösterilmiştir. Çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin malzeme ve personel yetersizliği, hastane giderleri, hemşirelik görev dağılımındaki belirsizlik gibi kurumdan kaynaklanan nedenlerden dolayı sorun yaşadıkları ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %37'si malzeme yetersizliğine bağlı olarak psikososyal bakım yönünden

etik sorunlar yaşadıklarını, %22'si ise aynı nedenden dolayı bakımın istenilen düzeyde uygulanamadığını belirtmiştir (Karagöz 2000).

Çalışmamızda ve nerede yürütüldüğüne göre değişmeksizin yukarıda değinilen çalışma sonuçlarında, en fazla ihmal edilen hemşirelik bakımının hastanın gerektiği kadar mobilizasyonunun sağlanamaması olduğu görülmektedir. Hasta mobilizasyonu ve diğer tüm çalışmalarda ortak neden olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanamamasının ilk nedeni olarak hasta durumundaki ani değişimler ve onu takiben personel yetersizliği olarak belirlenmiştir. Diğer çalışmalarını incelediğimizde hemşirelik bakımlarının istendik şekilde sağlanamamasının en yaygın nedeni olarak “yetersiz hemşire sayısı” olarak belirtilmiştir.

5.3. YBÜ’de Etik İklim Algısının Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması

YBÜ’de çalışan hemşirelerle yürüttüğümüz çalışmamızda; yaşı 25 ve altında olan hemşireler, yaşı 35’in üzerinde olan hemşirelere göre sadece hekim faktörü alt boyutunda istatistiki önem göstermekle birlikte ($p<0,01$), HEİÖ’nün toplam puanı ile yönetici ve hastane alt boyutlarında da daha yüksek puan ortalamasına sahiptir (Tablo 4.8). Hekim alt boyutunda hemşirelere hastasının tedavi hakkında fikrinin sorulması ve verdiği kararının desteklenip desteklenmediğine bağlı sorular yöneltmiştir. Bu durum yaşı 25 ve altında olan hemşirelerin etik iklim algısının yaşı 35’in üzerinde olan hemşirelere göre yüksek olması çalışma deneyimleri az olduğundan, etik sorunlarla daha az karşılaşmaları ve karşılaştıkları etik sorunları fark edememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Yaşın etik iklim algısına etkisi literatürde de benzer şekilde yer almaktadır. ABD’de, 475 hemşire ile yürütülen çalışmada 30 yaş ve altında olan hemşirelerin HEİÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması (3.55), 30 yaş üzerinde olan hemşirelere göre (3.24) daha yüksek bulunmuş, ölçeğin alt boyutlarının tümünde aynı istatistiksel fark saptanmıştır (Lemmenes ve diğ. 2018).

Bahçecik ve Öztürk’ün (2003) hemşirelerin çalışma ortamlarının etik iklimini nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla devlet hastaneleri ve özel hastanede çalışan

276 hemşire ile yürüttükleri çalışmalarında, etik iklim algısını yaş değişkeninin etkilediğini, özellikle yaşı genç olan hemşirelerin hastane etik iklimini olumlu olarak algıladıkları belirtilmektedir. Çalışmada 18 ile 22 yaş arasındaki hemşirelerin ileri yaştaakilere göre etik iklim algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Bahçecik ve Öztürk 2003).

YBÜ’de çalışan hemşirelerle yürüttüğümüz çalışmada HEİÖ’nün tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar cinsiyete göre değişmemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.8). İlgili diğer çalışmalar incelendiğinde de; sonucumuzla paralel olarak cinsiyet değişkeninin etik iklim algısını etkilemediği belirlenmiştir (Bahçecik ve Öztürk 2003, Goldman ve Tabak 2010, Karagözoğlu ve diğ. 2014, Lemmergaard ve Lauridsen 2008, Mert 2017, Tazegün ve Çelebioğlu 2016, Lemmenes ve diğ. 2018). Ancak Özden ve diğ.’nin (2019) İzmir’de bir üniversite hastanesinin dahiliye, cerrahi ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 230’u kadın 35’i erkek 285 hemşire ile HEİÖ kullanarak yürüttükleri çalışmalarında kadın hemşirelerin daha yüksek etik iklim algısına sahip olduğu gösterilmiştir (Özden ve diğ. 2019).

YBÜ’de çalışan hemşirelerle yürüttüğümüz çalışmamızda medeni durumlarına göre; HEİÖ’nün “Hasta Faktörü”, “Yönetici Faktörü”, “Hastane Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı değişiklik göstermezken ($p>0,05$), “Meslektaş Faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar evli hemşirelerde bekar hemşirelere göre oldukça fazla olarak belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 4.8). Literatürde de etik iklim algısının medeni duruma göre değişmediği üniversite hastanesinde çalışan 394 hemşire ile yürütülen çalışmanın yanı sıra (Mert 2017), etik iklim algısının medeni duruma göre değişmediği yoğun bakım ünitelerinde çalışan 170 yoğun bakım hemşiresinin dahil edildiği çalışmalarda gösterilmiştir (Karagözoğlu ve diğ. 2014). Çalışmamızda evli hemşireler bekar hemşirelere göre meslektaşlarının daha fazla etik davranışlar gösterdiğini düşünmektedir. Evli olanların evliliğin getirmiş olduğu sorumluluk duygusunun daha fazla olması düşüncesinden hareketle, daha fazla etik davranışlar sergileyebileceği söylenebilir.

YBÜ’de çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına göre HEİÖ’nün tüm alt boyutlarında ve ölçek toplamından elde edilen puanlar sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı değişiklik göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.8). Etik iklim algısı ve eğitim düzeyi ilişkisi konusunda literatürde birbirinden farklı sonuçlar yer almaktadır. Örneğin Wimbush ve diğ. (1997) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça etik iklime karşı oluşan algının olumsuz doğrultuda artış gösterdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Karagözoğlu ve diğ.’nin (2014) çalışmasında da eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olan hemşirelerin etik iklim algılarının düşüş gösterdiği saptanmıştır. Gün ve Söyük’ün (2017) İstanbul’da iki eğitim araştırma hastanesinde çalışan 396 hemşire ile yürüttüğü çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça kurumdaki hemşirelerin beklentilerinin arttığı ve kurumdaki etik iklimi olumsuz algıladığı gözlemlenmiştir. Özden ve diğ. (2019) de hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça HEİÖ toplam puanının arttığını saptamıştır. YBÜ’de çalışan hemşirelerin HEİÖ kullanılarak değerlendirildiği ABD’de yürütülen benzer bir çalışmada ise çalışmamızı destekler şekilde eğitim durumuna göre etik iklim algısının değişmediği belirtilmiştir (Lemmenes ve diğ. 2018).

Araştırmamızda çalışma süresi 24 ay ve altı olan hemşirelerin ölçeğin “Hastane Faktörü” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması, çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma yılı 5 yılın üzerine çıkanlarda ölçek puanı tekrar artmaktadır. İstatistiksel fark yaratacak kadar olmasa da, ölçeğin diğer alt boyutlarında da U şeklindeki aynı puan dağılımı göze çarpmaktadır (Tablo 4.9). Literatürde de; hemşirelerin meslekteki çalışma yılı ile etik iklim algısı arasında birbirleri ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Çalışma yılı arttıkça etik iklim algısının arttığı saptanmıştır (Victor ve Cullen 1988, Mert 2017 Ulrich ve diğ. 2007). YBÜ’de çalışma süresi 2-6 yıl arasında olan hemşirelerin etik iklim puan ortalaması $98,40\pm 15,05$ iken, çalışma süresi 12 ay ve altı olan hemşirelerin $101,65\pm 15,63$, 7 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin $102,20\pm 18,95$ puan olarak hesaplanmış olup, çalışma hayatına yeni başlayanlarda ve çalışma yılı fazla olanlarda HEİÖ puanı daha yüksek olsa da, puanlar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (Karagözoğlu ve diğ 2014). Özden ve diğ. (2019) de hemşirelerin çalışma yılı arttıkça etik iklim algısı ortalama puanının arttığını saptamıştır. Çalışmamız ve diğer literatür

doğrultusunda çalışma yılı ve etik iklim algısı arasındaki ilişki, meslek hayatının başında olan hemşirelerin etik karar vermeyi gerektirecek sorunlarla henüz yeterince karşılaşmamaları ya da etik sorunlara ilişkin yeterli farkındalık düzeyine ulaşmamış olmalarının yanı sıra, deneyim arttıkça da hemşirelerin etik ikilemleri daha rahat çözümleyebildikleri şeklinde yorumlanabilir. Başka bir çalışmada da meslekte çalışma yılının artmasına bağlı olarak çalışma ortamı algısına olumlu yönde katkı sağladığı belirlenmiştir (Mollaoğlu ve diğ. 2010).

Çalışma ortamı/şartlarının iyi olduğunu belirten hemşirelerin HEİÖ'den aldıkları puanlar, çalışma ortamı/şartlarının orta ve kötü olduğunu belirten hemşirelere göre; çalışma ortamı/şartlarının orta olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar da çalışma ortamı/şartlarının kötü olduğunu belirten hemşirelere göre oldukça yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$), (Tablo 4.10). Literatürü incelediğimizde Coetzee ve diğ.'nin (2013) Güney Afrika'da 1187 hemşire ile yürüttükleri çalışmada hemşirelerin %54.4'ü memnuniyetsizlik nedeniyle gelecek yıl içinde hastanelerinden ayrılmak istemekte, %52.3'ü çalışma ortamlarını kötü olarak değerlendirmekte, %45.8'i yüksek düzeyde tükenmişlik belirtmektedir. Uzun süreli hasta bakımında rol üstlenen hemşireler, çalışma ortamındaki olumsuz koşullardan en fazla derecede etkilenen sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir. Sağlık durumu ciddi olan hastalar, özel mekanik donanım, hızlı hasta değişimi ile yoğun bakımlar hastanenin özellikli ve izole kısımlarıdır. Burada görevlerini yerine getiren hemşireler, yakın takip gerektiren bütüncül hemşirelik bakımı vermek, yaşam kurtarıcı en yeni tedavi ve teknolojiyi kullanıp uygulayabilmek durumundadır. Yoğun bakım üniteleri kritik hasta bakımının sağlandığı özelleşmiş üniteler olduğu için bulunan cihaz ve yatak kapasitesi önem taşımaktadır. Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinin sayıca az olmasından dolayı yoğun bakım yatakları kıymetli ve önemlidir. Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal sorunu olan ve yoğun tıbbi ve hemşirelik bakımına gereksinim duyan hastaların bulunduğu birimlerdir. Yoğun bakım hemşireleri hastayı tüm gün boyunca yakından takip eden, değişiklikleri ilk fark eden ve müdahale etmek durumunda olan kişidir. Yoğun bakım hemşireleri zorlu çalışma şartları, uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, yetki ve sorumlulukların dengesiz dağılımı, terminal dönemde olan hastaların bakımı gibi birden çok sorunla karşılaşmaktadır. Çalışma ortamı hemşirelerin tükenmişlik, iş

doyumunu ve işe devam etme isteklerini de etkilemektedir. Stone ve diğ. (2005) yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşireler ile yürüttükleri çalışmada, çalışma ortamı ikliminin hemşirelerin çalışmalarının devamlılığı ve güvenlikleri için önemli olduğunu vurgulamakta, çalışma ortamı ikliminin olumsuz olmasının işten ayrılmalara sebep olduğunu belirtmişlerdir. Birleşik Devletlerde toplam 100 kurumda çalışan 656 hemşire yapılan çalışmalarda, kurumun etik ikliminin işten ayrılma niyetinin ana belirleyicilerinden biri olduğu saptanmıştır (Filipova 2011, Asgari ve diğ. 2017) Kuzey İran'da 142 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttükleri çalışmada hemşireler çalışma ortamında stres faktörlerinin ortadan kaldırılması ile çalışma etik ortamının iyileştirilmesi sonucunda iş memnuniyetinin arttığını, daha yüksek kalitede bakım yapılmasına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Kore'de 33 devlet hastanesinde çalışan 1826 hemşire ile yürütülen bir çalışmada etik ortamının iyileştirilmesi ile tıbbi hataların azalacağı vurgulanmış, özellikle hasta, hastane, yönetici, hekim alt boyutlarında olmak üzere etik iklimi olumlu algılayan hemşirelerin işten ayrılma düşüncelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Hwang ve Park 2014). İyi çalışma ortamı/şartları etik iklim algısını da pozitif etkilemekte, ya da olumlu etik iklim algısı çalışma ortamını daha olumlu algılamaya neden olmaktadır.

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinden 24 saatlik çalışma şekli olan hemşireler gece vardiyasında çalışan hemşirelere göre HEİÖ'nin meslektaş faktörü alt boyutunda, haftada 50 saatin altında çalışan hemşireler haftada 50-60 saat çalışan hemşirelere göre HEİÖ'nin yönetici faktörü alt boyutundan daha yüksek puan almıştır. Bakılan hasta sayısına göre; iki hastaya bakan hemşirelerin daha fazla sayıda hasta bakan hemşirelere göre HEİÖ'nin hasta faktörü alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir($p<0,05$), (Tablo 4.9). Özden ve diğ. (2019) tarafından yapılan çalışmada, gündüz vardiyasında çalışan hemşireler ile haftada 40 saatten az çalışan hemşirelerin daha olumlu etik iklim algılarının olduğu saptanmıştır (Özden ve diğ. 2019). Alınan ücretten duyulan memnuniyete göre; aldığı ücretten memnun olmayan hemşirelerin aldığı ücretten memnun ve kısmen memnun olan hemşirelere göre etik iklim algısı daha düşük düzeyde saptanmıştır ($p<0,01$), (Tablo 4.6). Çalışma bulgumuzla paralel olarak Gün ve Söyük'ün (2017) İstanbul'da iki eğitim araştırma hastanesinde çalışan 396 hemşire ile yürüttüğü çalışmada gelir düzeyini yeterli gören hemşirelerin etik

iklim algısı yüksek saptanmıştır. Van Bogaert ve diğ.'nin (2013) Belçika'da 1201 hemşire ile yürüttükleri çalışmada hemşirelerin %8.3'ü işlerinden memnun olmadığını, %5.9'u bir yıl içinde hastaneden ayrılmayı düşündüğünü, %10.9'u ise hemşirelik mesleğinden ayrılma planları olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %34'ü duygusal olarak tükendiğini, %18.7'si duyarsızlaştığını, %7.8'i ise kişisel başarısının düştüğünü belirtmişlerdir (Van Bogaert ve diğ. 2013). Klopper ve diğ.'nin (2012) Güney Afrika'da 935 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttükleri çalışmasında personel ve kaynak yetersizliği olan çalışma ortamının yüksek derecede tükenmişliğe sebep olduğu saptanmıştır. Guntupali ve diğ.'nin (2014) ABD'deki yoğun bakım üniteleri bulunan hastanede yürüttükleri çalışmada hemşirelerin tükenmişliğinin yüksek düzeyde duygusal tükenmeye, duyarsızlaşmaya ve kişisel başarıda düşmeye sebep olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım hemşireleri düzensiz, şartları zorlu olan çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, yetki ve sorumlulukların yeterince belirlenmemiş olması, terminal dönemde olan hastalara bakım uygulama gibi nedenlerden dolayı iş doyumsuzluğu ve çatışma riski yüksek olarak saptanmıştır. Rafı ve Haghani (2013) Tahran'da 210 hemşire ile yürüttükleri çalışmada etik iklim ne kadar olumlu algılanırsa, hemşirelerin iş doyumunu düzeyi de o derecede yükseliş gösterir. Sağlık hizmetlerinin hasta bireyi sağlığına kavuşturmayı amaç edinmesi sebebiyle sağlık çalışanlarının iş doyumunun oldukça önemli olduğu bildirilmiştir. Sağlık kurumlarında büyük bir çoğunluğa sahip olan ve günün 24 saati hizmet veren hemşirelerde iş doyumunu önemli bir yere sahiptir. Top (2012) tarafından hekim ve hemşirelerin örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 304 hekim ve 254 hemşire katılmış, örgütsel bağlılık, iş doyumunu ve örgütsel güven arasında yüksek ve olumlu yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Araştırma sonucunda örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca örgütsel güvenin iş doyumunu üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur. Hekimlerin ve hemşirelerin örgütsel bağlılık ve örgütsel güven seviyeleri artış gösterdikçe iş doyum seviyeleri de artma yönünde eğilim göstermektedir. Bulgulardan hareketle, etik iklim algısının iş doyumunu üzerinde etkili olduğu, iyi bir kurum ikliminin çalışanları motive ederek kurumsal bağlılığı arttırdığı söylenebilir. Kuruma olan bağlılık duygusu iş gücünü olumlu yönde etkileyip, işe geç gelme, devamsızlık, işten ayrılma gibi istenmeyen niyetleri azaltarak

bakım kalitesine olumlu yönde katkı sağladığı söylenebilir. Dindar ve diğ.'nin (2005) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına destek verme zorunluluğu gibi nedenlerle işle ilgili stres ve gerginlik yaşadıkları bulunmuştur. Stone ve diğ.'nin (2006) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış olduğu diğer bir çalışmada, hemşirelerin çalışma şartları, birimdeki hemşire ve kaynak yetersizliği, yönetimin politika ve uygulamaları, kaliteli bakım standartlarının iyileştirilmesi durumu, hemşirelerin uzmanlaşmasına verilen desteğin durumu hemşirelerin işi bırakma isteğini etkileyen çalışma ortamı iklimi faktörleri olduğu belirtilmektedir. 140 sağlık çalışanı üzerinde Carluchi ve diğ.'nin (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada çalışanların iş gücünün artmasında kurum ikliminin önemli bir rol üstlendiği sonucuna varılmıştır. Araştırmada ayrıca; ödüllendirme sisteminde adalet duygusunun olmadığı, bütün çalışanlara eşit mesleğinde ilerleme olanakları tanınmadığı, üst yönetimin çalışanların ihtiyaçlarına ilgisiz kaldığı; bilgi paylaşımının yetersiz olduğu, kurumun kaynakları ve amaçlarından çalışanların haberdar olmadığı, servislerdeki karışıklıklarda yetersiz yönetim olduğu, çalışanların becerilerini geliştirmek adına fırsatlar verilmediği sonuçlarına ulaşılmıştır (Carluchi ve diğ.2009). Etik iklim, sağlık alanında özellikle hemşirelik hizmetlerinde, etik sorunların çözümü ve kaliteli hasta bakımı sunulmasına katkıda bulunur. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin kompleks hastanın bakımına yönelik daha fazla bilgi, beceriye sahip olması, bilinci açık olmayan hastalar adına doğru karar verme sorumluluğu taşıması, bu ortamlarda etik olgular ve etik karar verme aşamalarıyla karşılaşması, nitelikli ekip iş birliğiyle çalışmanın devam ettirilmesi ile açıklanabilir.

5.4. YBÜ'de Karşılanamayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinim ve Nedenlerinin Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit eden bir sorundur. Karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerine yönelik farkındalığın artırılması, kaçırılan bakımla ilgili risklerin daha iyi anlaşılmasını sağlar ve bu riskleri en aza indirmeyi amaç edinir.

197 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttüğümüz çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun vardiyasında bakım verdiği hasta sayısı üçtür. Tubbs-Cooley ve

Gürses'in (2017), Ball ve diğ.'nin (2014) çalışmalarında hemşirelerin bakım sorumluluğunu üstlendiği hasta sayısı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımının da arttığı belirlenmiştir. Yine Kalisch ve diğ. (2011) hasta başına düşen hemşirelik bakım saatinin karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir belirleyicisi olduğunu belirtmektedir. İngiltere ve İskoçya'da yapılan bir araştırmada ise (N:8780), hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu çalışma ortamında duygusal olarak tükenmişliğin arttığı ve iş doyumunun azaldığı saptanmıştır (Sheward ve diğ. 2005).

Çalışmamızda yoğun bakım hemşireleri çalışma ortamı/şartlarını memnuniyetine göre değerlendirmemizde çalışma ortamı/şartlarının kötü olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar, çalışma ortamı/şartlarının iyi ve orta olduğunu belirten hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,01$), (Tablo 4.9). Çalışma ortamından memnuniyet son derece önemlidir. Gutierrez (2005) memnuniyet düzeyi düşük hemşirelerin kendilerini hasta bakımından geri çektiklerini ve bu durumun hasta güvenliğini riske soktuğunu belirtmektedir. Dolayısıyla birimlerde çalışan hemşirelerin memnuniyet durumları verilen hemşirelik bakımın kalitesini etkilemektedir. Van Bogaert ve diğ.'nin (2013) Belçika'da 1201 hemşire ile yürüttükleri, hemşire çalışma ortamı ve bakım kalitesini inceledikleri çalışmada hemşirelerin %40'ı bakım kalitesinin geçen yıla oranla kötüleştiğini belirtmişlerdir. Literatürde hemşirelerin iş çevresinin niteliği ile güvenli hasta bakımı arasında olumlu derecede yükseliş gösterdiği belirtilmektedir (Kramer ve Schmalenberg 2008).

Toplam 34 hastanede 664 hemşire ve 4045 hasta ile yapılan çalışmada, hemşirelerin iş çevreleriyle ilgili değerlendirmelerinin hemşirelerin iş memnuniyetini, hasta memnuniyetinde, hasta ve hemşirelerde istenmeyen olayların gelişmesinde en önemli etmenler olduğu saptanmıştır (Tervo-Heikkinen ve diğ. 2008). Amerikan Hemşireler Birliği tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %75'inin güvenli olmayan çalışma koşullarının hasta bakımını vermeyi engellediğini belirtilmiştir (Lin ve Liang 2007).

Karadağ ve Taşçı'nın (2005) Kayseri İl merkezindeki Dr. Vedat Ali Özkan Devlet Hastanesi'nde çalışan hastanenin pediatri ve psikiyatri servisleri dışındaki, tüm servislerde çalışan 102 hemşire ile yürüttükleri çalışmasında hemşireler zorlu çalışma koşulları, iletişim eksikliği, görevi olmayan uygulamaları yerine getirme ve verilen bakımı etkilediğini belirtmiştir.

197 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığımız çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde görev ve sorumluluk dışı yapılan işler arasında kayıt işleri, teknik arızalar, kan gazı alma çoğunluktadır. Hemşireler kendi sorumluluğu olmamasına rağmen yaptığı işler arasında ilk sırada (%39.6) “kan gazı almayı” belirtmişlerdir. Mousavifar ve Nazari'nin (2009) çalışmasında hemşirelerin kendi işlerinden çok telefona yanıt verme, ilaç ve malzeme temini gibi işlerle uğraştığını gösterilmiştir. Harrison ve Nixon'un (2002) çalışmasında; bu oran hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalarda %6, hemşirenin görevi olmayan uygulamalarda %4'dür. Ekizler ve diğ.'nin (1996) çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin zamanlarının %39.5'ini doğrudan bakım, %60.5'ini doğrudan olmayan bakım aktivitelerine ayırdıkları görülmüştür. Yine Kaya ve diğ. (2011) yaptığı çalışmada; hemşirenin görevi olmayan uygulamalara ayrılan zamanın yüzdesel dağılımı (gündüz vardiyasında %6.9, gece vardiyasında %6.4), hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalara ayrılan zamanın yüzdesel dağılımı (gündüz vardiyasında %4.1, gece vardiyasında %4.6) bulunmuştur. Türkmen ve Uslu'nun çalışmasında da (2011) dolaylı uygulamalar içinde sıklıkla demirbaş sayımı, depo sayımı, kayıtların doldurulması yer almaktadır. Dolaylı hemşirelik uygulamalarına ayrılan zamanın fazla olması hemşirelerin doğrudan bakım uygulamalarına ayırdıkları sürenin kısılmasına neden olmakta ve hemşirelere de iş yükü oluşturmaktadır. Literatürde de hemşirelerin doğrudan bakım yerine daha çok dolaylı bakım uygulamalarına yöneldikleri; hastalar için öncelikli olan bakım ve eğitim işlerini aksattıkları iletilmektedir (Mousavifar ve Nazari 2009).

Literatürde çalışılan birimlerde verilen hizmete duyulan ihtiyacı karşılayabilecek sayıda hemşirenin ve diğer sağlık personelinin çalışması ve sağlık ekibi arasındaki etkili iletişim ve ekip çalışması kaliteli bir bakımın verilmesi için önemlidir. Çalışmamızda yoğun bakım hemşireleri karşılanamayan bakım nedeni olarak hasta durumundaki ani değişimler, takiben personel sayısının yetersizliği olarak belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda yetersiz personel ve yetersiz mali kaynaklar, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri ile güçlü şekilde ilişkili olan uygulama ortamı faktörleri olarak değerlendirilmiştir. Winter ve diğ.'nin (2012) Yeni Zellanda'da 5 hemşire ile görüşme yöntemi ile yaptıkları nitel çalışmada bakımın gecikmesi ya da ertelenmesi hemşirelerde suçluluk duygusu ve hayal kırıklığına sebep

olduğu, çalışma ortamının kalitesinin artması hasta bakım kalitesini arttırdığı saptanmıştır.

5.5. YBÜ'lerde Etik İklim Algısı ile Bakım Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

197 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttüğümüz çalışmamızda; çalışmaya katılan hemşirelerin Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları ile Hastanede Etik İklim Ölçeği alt boyutlarından; “Hasta Faktörü”, “Meslektaş Faktörü”, “Hekim Faktörü” alt boyutları puanları arasında ilişki saptanmıştır. “Hasta Faktörü” ($p<0,05$), ve “Meslektaş Faktörü” ($p<0,01$) puanları arttıkça gereksinim puanları artan pozitif yönlü; “Hekim Faktörü” ($p<0,05$) puanı arttıkça gereksinim puanları azalan negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7).

Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin kompleks hastanın bakımına yönelik daha fazla bilgi, beceri ve özene sahip olması, bilinçsiz hastalar adına doğru karar verme bu ortamlarda etik olgular ve etik karar verme aşamalarıyla karşı karşıya gelmesi, nitelikli ekip iş birliğiyle çalışmanın devam ettirilmesi oldukça önemlidir. Kabul edilebilir bakımın yoğun bakım hemşireleri tarafından uygulanma sıklığı etik iklimin yoğun bakım ortamında ne derece kabul edilebilir ve uygulanabilir olduğunu açıklamaktadır. Sağlık profesyoneli olarak nitelendirilen yoğun bakım hemşireleri etik iklimle karşın olumsuz algıları tedavi ve bakımın kabul edilebilir düzeyde verilememesine yol açabilmektedir. Yoğun bakım üniteleri, sıklıkla invaziv girişimlerin uygulandığı, ekip ile hizmet sunan, ölümlü yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği etik sorunların sıkça yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşanılan sorunun çözümünde ise etik olarak doğru davranışın yapılması önemli bir faktördür. Bu etik davranışları etkileyen etmenlerden biri de kurumun sergilediği etik iklim algısıdır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hizmet kalitesinin arttırılmasında hasta bakımında birincil rol üstlenen hemşirelerin hastane etik iklim algısının belirlenmesi oldukça önemli yere sahiptir. Bu bağlamda yoğun bakım hemşirelerinin etik iklim algısının bakım kalitesine yansması incelenmiştir.

Etik iklim hem etik karar vermeyi hem de etik ikileme cevap olarak sunulan davranış etkiler. Etkin ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hemşirelikte etik

Çalışma ortamının oluşturulması son derece önemlidir. İyi bir kurum iklimi çalışanları motive eder, kuruma karşı olan sadakati arttırır, işe geç gelme ve işten ayrılma gibi istenmeyen niyetleri azaltır, üretkenliğe hizmet kalitesine olumlu yönde katkı sağlar. Her sağlık kurumunun hedefi, kurumun etkililiğini özellikle kaliteli hasta bakımını arttıran kurumsal stratejileri sistemsel bir şekilde geliştirmektir. Hemşirelikte etik çalışma ortamının iyileştirilmesi, kaliteli hasta bakımının sağlanması, en iyi uygulamaların belirlenmesi ve tıbbi hataların azaltılması için çalışmamız yürütülmüştür. Etik yönden haSSas bir sağlık kurumunda çalışan hemşireler daha nitelikli bir hasta bakımını sağlayacaklardır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin etik iklim algılarının bakım kalitesine yansımalarını incelemek amacıyla 197 yoğun bakım hemşiresi ile yürütülen çalışmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Yoğun bakım hemşirelerinin yaşları 21 ile 46 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 29.53 ± 5.52 'dir. Örneklem grubunun %71.1'i (n=140) kadın, %52.8'i (n=104) evli, %51.8'i (n=102) yükseköğretim mezunudur (Tablo 4.1).
- Araştırmada yer alan hemşirelerin %14.7'si (n=29) 10 yıldan uzun süre mesleki deneyimi olduğunu, %36'sı (n=71) genel YBÜ'de çalıştığını, %41.6'sı (n=82) mesleki deneyimin son 2-5 yılını YBÜ'de elde ettiğini, %38.6'sı (n=76) vardiyalı sistemle çalıştığını, %70.6'sı (n=139) çalışma saatinin haftada 50 saati geçmediğini, yarıya yakını (%47.7) her vardiyada ortalama 3 hastaya bakım verdiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin kendi sorumluluk alanında olmamasına rağmen kendilerinden beklenen iş sıralamasında ilk sırayı (%39.6) "kan gazı almak" olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.2).
- HEİÖ sorularına verdikleri yanıtlara göre YBÜ'de çalışan hemşirelerin neredeyse yarısı (%48.7) ünitelerinde genellikle güvenli hasta bakımı verildiğini, yarısından fazlası (%57.9) hasta isteklerine saygı gösterildiğini, önemli bir bölümü (%61.9) birimlerinde genellikle hasta bakım problemlerine sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulunduğunu düşünmekte; yarıya yakını (%45.2) hastane tarafından hiç desteklenmedikleri ve saygı duyulmadığı ya da nadiren desteklendiklerini ve saygı duyulduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3).
- Hemşirelerin HEİÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması (3.60 ± 0.61) değerlendirildiğinde, en yüksek ortalama puanı hasta alt boyutundan (4.04 ± 0.62) , en düşük ortalama puanları hastane alt boyutundan (3.06 ± 0.90) ve onu takiben hekim alt boyutundan (3.39 ± 0.70) almıştır (Tablo 4.4).
- KHBÖ'de yer alan karşılanamayan bakım gereksinimlerine verilen yanıtlara göre; bakım uygulamaları arasında hemşirelerin en fazla hasta mobilizasyonunu sağlama konusunda yetersiz oldukları (%35.0'i hiçbir zaman

sağlamadığını), en az ise el yıkamanın (%76.6'sı nadiren) ihmal edildiğini belirtmiştir (Tablo 4.5).

- KHBÖ'de yer alan bakımın karşılanamama nedeni olarak ilk sırada hasta durumundaki ani değişimler (%76.1), takiben personel sayısının yetersizliği (%75.1) ifade edilmiştir (Tablo 4.6).
- Çalışmamızda 197 yoğun bakım hemşirelerin Karşılanmayan/ Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puanları ile Hastanede Etik İklim Ölçeği alt boyutlarından; "Hasta Faktörü", "Meslektaş Faktörü", "Hekim Faktörü" alt boyutları puanları arasında ilişki saptanmıştır. "Hasta Faktörü" ($p<0,05$), ve "Meslektaş Faktörü" ($p<0,01$) puanları arttıkça gereksinim puanları artan pozitif yönlü; "Hekim Faktörü" ($p<0,05$) puanı arttıkça gereksinim puanları azalan negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7).
- Yaşı 25 ve altında olan hemşirelerin HEİÖ'nün 'hekim faktörü' alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşı 35'in üzerinde olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu ölçeğin tüm alt faktörlerinde etik iklim algı düzeyini etkilemezken ($p>0,05$), medeni durumunun ise evli hemşirelerin "Meslektaş Faktörü" alt boyutundan aldıkları puanlar, bekar hemşirelere göre yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.8).
- YBÜ'de çalışma süresi 2-5 yıl arasında olan hemşirelerin daha az olanlara göre; 5-10 yıl arasında olan hemşirelerin 6 ay ve altında olan hemşirelere göre etik iklim algısı daha düşük saptanmıştır. HEİÖ'nün; hasta faktörü alt boyutunda bakım verdiği hasta sayısı iki olan hemşirelerin daha fazla sayıda hastaya bakım veren hemşirelere göre hemşirelere göre yüksek, yönetici faktörü alt boyutunda çalışma saati haftada 50 saatten az olanların çok olanlara göre etik iklim algısı daha yüksektir ($p<0,05$), (Tablo 4.9).
- Çalışma ortamı/şartlarının iyi olduğunu düşünen hemşirelerin ($p<0,05$) ve aldığı ücreti yeterli bulan hemşirelerin ($p<0,01$) etik iklim algılarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).
- Hem KHB gereksinimleri puanları, hem de KHB nedenleri puanları hemşirelerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve eğitim durumlarına göre değişmemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.11).

- Hemşirelerin Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Karşılanmayan/Verilmeyen Hemşirelik Bakım Nedenlerinden aldıkları puanlar hemşirelerin toplam çalışma süreleri, YBÜ'de çalışma süreleri, çalışma şekilleri, haftalık çalışma saatleri ve hemşire başına bakım verilen hasta sayısına göre değişmemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.12).
- KHB gereksinimleri puanlarına bakıldığında; çalışma ortamı/şartlarının kötü olduğunu belirten hemşirelerin aldıkları puanlar, çalışma ortamı/şartlarının iyi ve orta olduğunu belirten hemşirelere göre düşük olduğu ($p<0,01$), KHBÖ nedenleri puanlarına bakıldığında; aldığı ücretten memnun olan hemşirelerin aldıkları puanlar, aldığı ücretten kısmen memnun olan hemşirelere göre düşük saptanmıştır ($p<0,005$), (Tablo 4.13).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Yoğun bakım çalışma ortamı risklerin fazla, iş yükü bakımından kompleks hasta takibi gerektiren, kritik hasta bakımının sağlandığı özellikli birimlerdir. Hemşireler çalışma ortamında kendini ne kadar güvende hissederse o derece etik iklim algısı olumlu yönde etkilenir ve bu sayede kaliteli bakım sunulmasına katkıda bulunur. Bu sebeplerden dolayı yoğun bakımda çalışmaya istekli hemşireler çalıştırılabilir, mesleki uygulamaların ertelenmemesi ya da ihmal edilmemesi amacıyla hemşirelerin görev ve sorumluluğu dışındaki kan gazı alma gibi işlerden sorumlu tutulmaması adına destek verilebilir.
- Yoğun bakım hastasına gerekli bakımı sağlamak ve yeterli ve iyi çalışan malzemeler temin edilerek yönetilebilir bir hasta yükü, yoğun bakım hemşirelerinin etik iklim algı düzeyini olumlu etkileyerek yüksek kalitede bakım sunulmasına olanak tanır. Bunun için gerekli çalışmalar sağlanarak hastane etik iklim algısı artırılarak hasta bakım kalitesi yükseltilebilir.
- Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda; çalışma saatinin haftada 50 saat üzerinde olmaması gerektiği, bakım verilen hasta sayısının ikiye geçmemesi, çalışma ortamı ve şartlarının iyileştirilmesi, kullanılan malzeme, ekipman ve personel sayısının iyileştirmesi, yoğun bakım hemşirelerinin motivasyonunu arttırmak adına ücretlendirmenin iyileştirilmesi etik iklim algısını olumlu etkisinin bakım

kalitesine yansması açısından yöneticilerin bu konuya dikkat etmeleri önerilebilir.

- KHBÖ, hasta güvenliğine yönelik olumsuz sonuçları engellemek, hemşirelik müdahalelerini geliştirmek ve hemşireler tarafından verilen bakımın kalitesini artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Hastanede bu ölçek, belirli zaman aralıklarında uygulanarak hemşirelik bakımının kalitesindeki ilerleme değerlendirilebilir.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına yönelik kurum içindeki olumlu etik davranışların ödüllendirilmesi, ekip iş birliği içinde çalışmanın önemi konusunda hemşirelerin farkındalıklarının arttırılması ve hemşirelerde etik iklim algısını etkileyebilecek olan çalışmaların yapılması, bu araştırmanın daha geniş örneklem ve farklı kurumlarda çalışan hemşireler üzerinde yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- AKBAŞ M. 2010. Hemşirelik Eğitiminde Etik, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- ALGİER L, UYER G. 1998. [EthicalDimensions of IntensiveCareNursing]. II. Tıbbi etik Sempozyumu Bildirileri. *Biyoetik Derneği Yayınları* No: 3. Ankara: YÖK Matbaası:379-384
- ALTAKER KW, HOWİE-ESQUİVEL J, CATALDO JK. 2018. RelationshipsAmongPalliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral DistreSS in Intensive Care UnitNurses.Am J Crit Care.27(4):295-302
- ALTIOK HÖ, ŞENGÜN F, ÜSTÜN B. 2011. Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*.4 (3):137-140
- AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ 2000 Hemşire personeli ve hasta sonuçları . Washington, DC: Amerikan Hemşirelik Yayıncılığı
- AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ 2000. Akut bakımın ötesinde hemşirelik kalite göstergeleri: Literatür taraması- Ölçüm cihazları . Washington, DC: Amerikan Hemşirelik Yayıncılığı
- AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ 1995. Akut bakım hemşireleri karne. Washington, DC: Amerikan Hemşireler Yayınları.
- ASGARİS, SHAFİPOUR V, TARAGHİ Z, YAZDANI-CHARATİ J. 2017. Hemşirelerde Ahlaki Sıkıntı ve Etik İklim ile İş Doyumu İlişkisi. *Hemşirelik Etiği*.
- ASLAN FE, OLGUN N. 2016. Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. İstanbul: Akademisyen Kitap Evi; s.97-113
- AVCI G, TÜRKER S, ÇİFTÇİ M, SÜRÜCÜ Ş. 2013. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*;4: s.21-24
- BACHMANN R. 2003. TrustandPower as Means of Co-OrdinatingtheInternalRelations of theOrganization - a Conceptual Framework. In B. Nooteboom, & F. Six (Eds.), *TrustProceSS in Organizations: EmpricalStudies Of DeterminantsAndTheProceSS Of Trust Development*. E. Elgar Publishing. U.S.A.s.58-73
- BAHÇECİK N, ÖZTÜRK H. 2001. [ProfeSSional NursingPractices: Ethics]. In: Arda B, Akdur R, Aydın E, eds. II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara: Türkiye BiyoetikDerneği;p. 337-344
- BAHÇECİK N, ÖZTÜRK H. 2003. TheHospitalEthicalClimateSurvey in Turkey. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*;5(4):94-99

- BALL JE, MURRELLS T, RAFFERTY AM, MORROW E, GRİFFİTHS P. 2014. Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.*;23:116-25
- BARNARD C. 1994. *The Functions of Executive*, Harvard University Press, s.65
- BAŞAK T, UZUN Ş, ARSLAN F. 2010. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*;52(2): s.76-81
- BİROL L. 2013. *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*. İzmir: Berke Ofset Matbaacılık.
- BİROL L. 2007. *Hemşirelik Süreci*. 8.Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık.
- BLACKMAN I, HENDERSON J, WILLİS E, HAMILTON P, TOFFOLİ L, VERRALL C. 2015. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*; 24:47-56
- BLACKMAN, IAN. 2018. "Predicting variation in missed nursing care: A three-nation comparison." *Journal of nursing management* 26.1:33-41
- BONGARD FS, SUE DY. 2004. *Current Critical Care Diagnosis and Treatment*. Yoğun Bakım Tanı ve Tedavi, 2. Baskı, Çeviren: Güven M, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.
- BULUT H. 2012. *Etik Liderliğin ve Etik İklimin Çalışanların Örgütsel Bağlılığına ve İş Performansına Etkileri*, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- BÜTE M. 2011. *Etik İklim, Örgütsel Güven ve Bireysel Performans Arasındaki İlişki*, *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*;25(1):171-192
- BÜYÜKKOÇAK Ü, ÇAKIRCA M. 2007. Anestezi ve Yoğun Bakım ile İlgili Etik Konular, Türkiye Klinikleri *Journal of Anesthesiology Reanimation*;5(1):19-30
- CAN H, AZİZOĞLU ÖA, AYDIN EM. 2011. *Organizasyon ve yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi:48
- CARİCATİ L, LA SALA R, MARLETTA G. 2014. Work Climate, Work Values And Professional Commitment As Predictors Of Job Satisfaction In Nurses. *Journal of Nursing Management*; 22:984-94
- CARLUCCI D, SCHIUMA G, SOLE F, LINZALONE R. 2009. *Assessing and Managing Climate in Healthcare Organizations*. In *Proceedings Of The International Scientific Conference Insights Into The Sustainable Growth Of Business*; p.19-21.
- CHAPMAN ROSE. 2017. "Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals." *Journal of clinical nursing* 26.1-2:170-181
- COETZEE, SK, KLOPPER, HC, ELLİS, SM VE AİKEN, LH 2013. İki Sistemden Oluşan Bir Hikaye. Hemşireler, Güney Afrika'daki Özel ve Kamu Hastanelerinde

Çevre, Refah, Algılanan Bakım Kalitesi ve Hasta Güvenliğini Uygular: Bir anket çalışması. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 50 (2), 162-173.

CONSTANTİNA CLOCONİ, EVRİDİKİ PAPASTAVROU, ANDREAS CHARALAMBOUS. 2018."Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus." *Nursing ethics*:1-8

CULLEN JB, PARBOTEEAH KP, VİCTOR B. 2003. The Effects of Ethical Climates on Organizational Commitment: A Two-Study Analysis, *Journal of Business Ethics*;46(2):127-41

ÇOBANOĞLU N, ALGIER L. 2004. Qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*;11(5):444-58.

DİLEK A, KAYA A, ŞAHİNOĞLU AH. 2011. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;s.1-12

DİNÇ L. 2010.Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi;74-82.

DİNÇ L. 2009. Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 40:113-119

DİNÇ S. 2007. Örgütsel Güven Yaratmada Örgüt Kültürünün Rolü, Marmara Üniversitesi S.B.E. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2007

DİNDAR İ, İŞSEVER H, ÖZEN M. 2005.Edirne Merkezindeki Hastanede Görev Yapan Hemşirelerde Travmalar ve İş Doyumu.Ed: D. Şelimen., Hemşirelik Forumu

DOĞAN H, ÜNGÜREN E. 2012. Örgüt İklimi ve İş Tatmini İlişkisi: Hemşirelere Yönelik Karşılaştırmalı Bir Analiz Çalışması, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*; Yıl:4, Sayı:8, ISSN 1307-9832, SS.27-45

DONABEDIAN A. 1992. Sonuçların kalite değerlendirmesi ve güvencesindeki rolü. *Kalite İnceleme Bülteni* , 11 , 356-60.

DOSSEY , BM, SELANDERS, LC, BECK DM VE ATTEWELL, A. 2005. *Florence Nightingale bugün: Şifa, liderlik, küresel eylem* .

DÖNERTAŞ F.C. 2008.Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

DRAMALI A.1998. Hemşirelik Uygulamalarında kalite Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu,3-5 Haziran Kayseri:63-68

EKİZLER H, BAHÇECİK N, TEKİN N. 1996. Hemşire İnsan Gücünün Rowland Sınıflandırma Sistemine Göre Planlanması, VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı;153-8

- ELÇİ M, ALPKAN L. 2009. The Impact of Perceived Organizational Ethical Climate on Work Satisfaction, *Journal of business ethics*;84(3):297–311
- EREN E. 1993. Yönetim ve Organizasyon. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım; s.355
- FARAG AA, TULLAI-MCGUINNESS S, ANTHONY MK. 2009. Nurses' Perception Of Their Manager's Leadership Style And Unit Climate: Are There Generational Differences. *Journal of nursing management*; 17:26–34
- FİLİPOVA AA. 2011. Relationships Among Ethical Climates, Perceived Organizational Support, and Intent-to-Leave for Licensed Nurses in Skilled Nursing Facilities. *Journal of applied gerontology*; 30(1): 44–66.
- GEZER Ş. 2010. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma. Ç.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana
- GOLDMAN A, TABAK N. 2010. Perception of Ethical Climate And Its Relationship To Nurses' Demographic Characteristics and Job Satisfaction. *Nursing Ethics*;17(2): 233–246
- GUIDO GW. 2007. Legal and ethical issues. In Yoder-Wise PS, eds. *Leading and Managing in Nursing*, 4th ed. St. Louis: Mosby; p.59-90
- GUNTUPALLI, K. K., WACHTEL, S., MALLAMPALLI, A., & SURANI, S. 2014. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18(3), 139.
- GUTIERREZ KM. 2005. Critical care nurses' perceptions of and response to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*; 24:229-41
- GÜN İ, SÖYÜK S. 2017. Sağlık Kuruluşlarında Örgüt İklimi ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki Sağlık Yönetimi. *ACU sağlık bil derg*; 1(1): 40-8.
- HAKVERDİOĞLU YG, AKIN KORHAN E, DİZER B, KOYUNCU R. 2013. Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşadığı Etik Sorunların Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri *Journal of Medical Ethics*;21(2):74-8
- HAMRİC BL, BLACHALL LJ. 2007. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*; 35(2) :422-29
- HARRISON L, NIXON G. 2002. Nursing activity in general intensive care. *J Clin Nurs*; 11:158-67
- HART SE. 2005. Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. *Journal of Nursing Scholarship*;37(2):173–77
- HATİPOĞLU S. 2002. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*;44: s.475-490.

- HUANG CC, YOU CS, TSAI MT. 2012. A Multidimensional Analysis Of EthicalClimate, JobSatisfaction, OrganizationalCommitment, AndOrganizationalCitizenship, Behaviors. *Nursing ethics*;19(4):513–529
- HWANG J, CHANG H. 2009. WorkClimatePerceptionAndTurnoverIntentionAmongKoreanHospitalstaff. *International Nursingreview*; 56:73–80
- HWANG J, PARK H. 2014. Nurses’ perception of ethicalclimate, medicalerrorexperienceandintent-to-leave. *NursEthics*;21(1):28–42
- IRURITA V. 1999. FactorsAffectingTheQuality of NursingCare: ThePatient’sPerspective*International Journal of Nursing Practice*;5(2):86–94
- IRWIN RS, RİPPE JM. 2002. Yoğun Bakım El Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: s.871-879
- ISCAN ÖF, U SAYİN. 2010. Örgütsel Adalet, İş Tatmini ve Örgütsel Güven Arasındakiİliski.therelationshipsbetweenorganizationaljustice,jobsatisfactionand organizationaltrust. *Atatürk Üniversitesi İIBF Dergisi [Atatürk UniversityJournal of EconomicsandAdministrativeSciences]*;4(24):195-214
- İLASLAN, NAGİHAN, NURİYE YILDIRIM ŞİŞMAN. 2019. "Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri." *CukurovaMedicalJournal* 44.4:1226-1236
- KAHRAMAN G, ENGİN S, DÜLGER Ş. 2011. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler.*DEUHYO ED*;4(1),s.12-18
- KALİSCH B., TERZİOĞLU F., DUYGULU S. 2012 "The MISSCARE Survey- Turkish: psychometric properties and findings", *Nursing Economics* , 30(1), 29-37
- KALİSCH BEATRİCE J, LANDSTROM GAY L, HİNSHAW ADA SUE. 2009/a. “MiSSednursingcare: a conceptanalysis”, *Journal of Advanced Nursing*, 65(7),1509–1517
- KALİSCH BEATRİCE J, LANDSTROM GAY, WİLLİAMS REG ARTHUR. 2009/b. “MiSSedNursingCare: Errors of OmiSSion”, *Nurs Outlook*,57,3-9
- KALİSCH BJ, LANDSTROM G, WİLLİAMS RA. 2009/c. MiSSednursingcare: errors of omiSSion. *Nurs Outlook*; 57:3-9
- KALİSCH BJ, TSCHANNEN D, LEE H, FRIESE CR. 2011/a. Hospitalvariation in miSSednursingcare. *Am J MedQual*; 26:291-99
- KALİSCH BJ, TSCHANNEN D, LEE KH. 2011/b. Do staffinglevels predictmiSSednursingcare. *Int J QualHealthCare*; 23:302-08

- KALİSCH, BEATRİCE J. 2006. “MiSSedNursingCare A QualitativeStudy”, *Journal of NursingCare Quality*,21(4),306-3013
- KARADAĞ S, TAŞÇI S. 2005. Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14,13-21
- KARAGÖZOĞLU Ş, ÖZDEN D, YILDIRIM G. 2014. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Etik İklim Algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*;16(1):34-45
- KARAÖZ S. 2000. “Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,4(1)
- KARCIOĞLU F. 2001. Örgüt Kültürü ve Örgüt İklimi İlişkisi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*;5(1-2):265-283
- KAVUNCUBAŞI Ş. 1998.Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi, Hemşirelik-Ebelik Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri.
- KAYA N, KAYA H, TURAN Y. 2011. Nursingactivities in intensivewareunits in Turkey. *International Journal of NursingPractice*; 17:304-14
- KELLY P. 2008. NursingLeadership& Management. 2nd ed. New york: ThomsonDelmar Learning; p. 527-529
- KEUTER K, BYRNE E, VOELL J, LARSON E. 2000. Nurses’ JobSatisfactionandOrganizationalClimate in a DynamicWork Environment. *AppliedNursingResearch*, Vol.13, No.1, pp.46-49
- KHALESİ N, ARABLOO J, KHOSRAVİZADEH O. 2014. Psychometricproperties of thePersianversion of the “HospitalEthicalClimateSurvey.” *J MedEthicsHist Med*;7: 15
- KILAVUZ R. 2002. Yönetmelik Etik ve Halkın Yönetmelik Etik Oluşumuna Etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; Cilt:26, No: 2, SS.255-266
- KLOPPER HC, SİEDİNE KC, PRETORİUS R, BESTER P. Practice Environment, JobSatisfactionandBurnout of Critical CareNurses in South Africa. *J NursManag* 2012; 20(5): 685–695.
- KOL E, GEÇKİL E, ARIKAN C, İLTER M, ÖZCAN Ö, ŞAKIRGÜN E, DAYAN Ü, UYGUN G, KILIÇ D, MACİT M, USLULAR E, SIZLI A, ÇAKIR N, SOLAK D, KAVGACI A, SABANCIOĞULLARI S, ATAY S. 2017. Türkiye’de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*. (3):163-172
- KRAMER M, SCHMALENBERG C. 2008. Confirmation of a HealthyWork Environment. *Critcare nurse*;28(2):56-63

- KUMSAR AK, YILMAZ FT. 2013. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastaları Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;4(2):33-46
- LEMMENES D, VALENTINE P, GWIZDALSKI P, VINCENCTC, LIAO C. 2018. Nurses' perception of ethical climate at a large academic medical center. *Nursing ethics*,25(6), 724-733
- LEMMERGAARD J, LAURIDSEN J. 2008. The ethical climate of Danish firms: a discussion and enhancement of the ethical-climate model. *Journal of Business Ethics*,80(4),653- 675
- LIN L, LIANG BA. 2007. Addressing the Nursing Work Environment to Promote Patient Safety. *Nursing forum*; 42(1): 20–30.
- LOPEZ TB, BABIN BJ, CHUNG C. 2009. Perceptions of Ethical Work Climate and Person-Organization Fit Among Retail Employee in Japan and the US: A Cross-Cultural Scale Validation, *Journal of Business Research*,62:594-600
- LUO M, HUANG W, NAJJAR L. 2007. The Relationship Between Perceptions Of A Chinese High School's Ethical Climate And Students' School Performance. *Journal of moral education*;36(1):93-111
- MADENOĞLU KIVANÇ M. 2014. Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı, içinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Ed: T. Aştı Atabek T, A Karadağ, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,217-226
- MARTIN D, CULLEN J. 2006. Continuities and Extensions of Ethical Climate Theory: A Meta-Analytic Review *Journal of Business Ethics*; 69:175–194
- MERT N. 2017. Yönetici ve Yönetici Olmayan Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Karşılaştırılması. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye
- MOLLAOĞLU M, FERTELLİ TK, TUNCAY FÖ. 2010. Assessment of perception relating work environment of nurses working in hospital. *Journal of the Euphrates Health Services*; 5:17–30
- MONTALVO I. 2007. The national database of nursing quality indicators TM (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), 112-214.
- MOUSAVIFAR S, NAZARI AA. 2009. Measurement of direct and indirect nursing care times among inpatients in different wards of hospital in Iran-Semnan. International Nursing Management Conference, 13-15 Ekim, Antalya
- OLSON LL. 1998. Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. *Journal of nursing scholarship*;30(4):345-49

- ÖRÜCÜ E. KANBUR A. 2008. Örgütsel-yönetmel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği. *Yönetim ve Ekonomi*;15(1):85-97
- ÖZDEN D, ARSLAN GG, ERTUĞRUL B, KARAKAYA S. 2019. Theeffect of nurses' ethicalleadershipandethicalclimateperceptions on jobsatisfaction. *Nursing ethics*,26(4),1211-1225
- ÖZİPEK H. 2014. Etik İklimin Anti Sosyal Davranışlara Etkisi, Bahçeşehir Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- ÖZMUTAF NM. 2007. Örgütlerde Bireysel Performans Unsurları ve Çatışma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*;8(2):41-60
- ÖZTEKİN A. 2010. Yönetim Bilimi. Ankara: Siyasal Kitabevi; s.150
- ÖZTÜRK H. 2010. Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik, *Türkiye Klinikleri Journal of MedicalEthics-Lawand History*;18(3):183-191
- PALESE A, AMBROSİ E, PROSPERİ L, GUARNIER A, BARELLİ P, ZAMBİASİ P. 2015. MiSSednursingcareandpredictingfactors in theItalianmedicalcaresetting. *InternEmergMed*; 10:693-702
- PALESE ALVİSA. 2015. "MiSSednursingcareandpredictingfactors in theItalianmedicalcaresetting." *Internalandemergencymedicine* 10.6:693-70
- RAFİL, F., & HAGHANI, H. 2013. Therelationshipbetweenethicalclimate at workandjobsatisfactionamongnurses in Tehran. *Indianjournal of medicaletics*, 10(4).
- RESMİ GAZETE. 19 Nisan 2011. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı:27515, Başbakanlık Basımevi,Ankara.
- ROGET PM. 2015. Roget'sThesaurus of English WordsandPhrases, EditorGriffo
- SAĞIR C. 2006. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne
- SAĞIR M. 2011. Kurum Kültürü Kavramı ve İşletmelerde Kurum Kültürünün Önemi. *Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*;1(1):113-26
- SAYIN U. 2009. "Güven: İşletmelerde Algılanan Örgütsel Adalet ve İş Tatmini Arasındaki İlişkide Bir Aracı – Bir Uygulama" Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.Erzurum-2009
- SCHLUTER J, WINCH S, HOLZHAUSER K. 2008. Nurses' Moral SensitivityAndHospitalEthicalClimate: A LiteratureReview. *Nursing Ethics*;15(3):304-21

- SHEWARD L, HUNT J, HAGEN S. 2005. Therelationshipbetween UK hospitalnursestaffingandemotionalexhaustionandjobdiSSatisfaction. *Journal of Nursing Management*;13(Suppl. 1):51-60
- SİLVA S. 2004. OSCI: an organizationalandsafetyclimateinventory. *Safety Science*.42(3), pp:205–220.
- STONE P, LARSON E, KANE-MOONEY C, SMOLOWITZ J, LİN S, DİCK A. 2006. OrganizationalClimateandIntensiveCareUnitNurses' IntentiontoLeave.*CriticalCareMedicine*, vol.34 (7), pp.1907-1912
- STONE P. KANE-MOONEY C, LARSON E, HORAN T, PASTOR D. 2005. Perceptions of OrganizationalClimatebyIntensiveCareUnit (ICU) Nurses: Preliminary Resultsfromthe ICU WorkingConditionSStudy. *AmericanJournal of Infection Control*
- SUHONEN R, STOLT M, KATAJİSTO J. 2015. Validation of theHospitalEthicalClimateSurveyforolderpeoplecare. *NursEthics*:517–532
- SUHONEN R, STOLT M, VİRTANEN H. 2011. Organizationalethics: A LiteratureReview. *Nursing Ethics*;18(3):285–303
- ŞAHİN B, DÜNDAR T. 2011. Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Yıldırma (Mobbing) Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi sbf Dergisi*;66(1):129-59
- TAN H, C.S. TAN. 2000. “TowardstheDifferentiation of Trust in SupervisorandTrust in Organization”, *Genetic, Socialand General Psychology Monographs*,126:2
- TAPPEN RM, WEİSS SA, WHITE HEAD DK. 2001. ESSentials of NursingLeadershipand Management. Philadelphia: F.A. DavisCompany; p.175-189
- TEL H. 2012. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*;1(1):30-38
- TERVO-HEİKKİNEN T, PARTANEN P, AALTO P. 2008 Nurses' Work Environment AndNursingoutcomes: A surveystudyamongFinnishUniversityHospitalRegisteredNurses. *International Journal of nursing practice*;14: 357–65
- TERZİ B, KAYA N. 2011. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi*;1:21-5
- TİRYAKİ ŞH, BAHÇECİK N. 2014. Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*:1-5
- TOP M. 2012. Hekim ve Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Güven ve İş Doyumu Profili. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*.;41:258-77

- TOPALOĞLU, İŞİL G. 2010. İşgörenlerin Adalet ve Etik Algıları Açısından Örgütsel Güven ile Örgütsel Bağlılık İlişkisi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- TSCHUDİN V. 2003. Ethics in Nursing: TheCaringRelationship (3 bs.). London: ElsevierScience Limited
- TUBBS-COOLEY HL, GURSES AP. 2017. MiSSednursingcare: understandingandimprovingnursingcarequality in pediatrics. Hosp Pediatr; 7:424-26
- TUĞUT N, GÖLBAŞI Z. 2013. Bir Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, SS38-44
- TÜRKMEN E, USLU A. 2011. Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- TÜTÜNCÜ Ö, SAVRAN G. 2007. Etik İklim ve Tükenmişlik Sendromunun Kalite Yönetim Sistemi Üzerine Etkiler: Bir Laboratuvar Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*;Cilt 9,Sayı:4
- ULRİCH C, O'DONNELLB P, TAYOR C. 2007. EthicalClimate, EthicSStreSS, AndTheJobSatisfaction Of NursesAndSocialWorkersInThe United States, *Socialscience& medicine*;65:1708–19.
- URDEN DL, STACY KM, LOYGH ME. 2010. Critical CareNursingDiagnosisand Management. 6nd edition. Canada: MosbyElsevier, p.30-49
- UYER G. 1993.Hemşirelik ve Yönetim, Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
- UZELLİ D, KORHAN EA. 2014. Yoğun Bakım Hastalarında Duygusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*;22(2): s.120-128
- VAN BOGAERT, P., KOWALSKİ, C., WEEKS, SM VE CLARKE, SP 2013. Hemşire Çalışma Ortamı, Hemşire Çalışma Özellikleri, Tükenmişlik ve İş Sonuçları ile Hemşirelik Bakımının Kalitesi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Araştırma. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 50 (12), 1667-1677.
- VELİOĞLU P, OKTAY S. 1995. Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları:86–107
- VELİOĞLU P. 2012.Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- VİCTOR BI, CULLEN JB. 1988. TheOrganizationalBases of EthicalWorkClimates. *AdministrativeScienceQuarterly*; 33:1, p.101-125

- WALKER J, BROOKSBY A, MCINERNY J, TAYLOR A. 1998. Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith And Trust. *Journal of Nursing Management*,6(4):193-200
- WILLIS, E., HAMILTON, P., HENDERSON, J., BLACKMAN, I., TOFFOLI, L., HARVEY, C., VERRALL, C. 2014. What nurses miss most: international network for the study of rationalized nursing care-multi-study results. Global Science and Technology Forum.
- WIMBUSH JC, SHEPARD JM, MARKHAM SE. 1997. An empirical examination of the multi-dimensionality of ethical climate in organizations. *Journal of Business Ethics*,16(1),67-77
- WIMBUSH JC, SHEPARD JM. 1994. Toward An Understanding of Ethical Climate: Its Relationship to Ethical Behavior and Supervisory Influence. *Journal of Business Ethics*;13:637-647
- WINTER R, NEVILLE S. 2012. Registered Nurse Perspective On Delayed or Missed Nursing Cares in a New Zealand Hospital. *NursPrax N. Z.*; 28(1): 19-28.
- YAVUZ M. 2013 Bakım Kalitesi Göstergeleri Mediamagazin ,624-628
- YAZICI SAYIN Y, KANAN N. 2005. [Ethical aspect of sedation in pain management of dying patient]. *Hemşirelik Forumu*:35-40
- YILDIRIM D, OKTAY S. 2005. İki Farklı Hastanede Hasta Tiplerine Göre Hemşirelik Bakım Süreleri Arasındaki Farkın Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi*; 13:21-36
- YILDIRIM F. 2007. İş Doymu ile Örgütsel Adalet İlişkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*;62(01):253-278
- YÜCELER A. 2009. Örgütsel Bağlılık ve Örgüt İklimi İlişkisi: Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*:445-458

EKLER

EK 1- Sosyodemografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinde etik iklim algısı ve bakım kalitesi ilişkisini değerlendirmek amacı ile yüksek lisans tez projesi olarak planlanmıştır. Soruları cevaplamanız tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Verilecek yanıtlar, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

NKÜ SBE İç Hastalıkları Hemşireliği AD Yüksek Lisans Öğrencisi

FİLİZ KILINÇ

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evli Bekar

4. Eğitim durumunuz?

Lise Yüksekokul Fakülte Yüksek Lisans/Doktora

5. Toplam çalışma süreniz?.....yıl..... ay

6. Çalıştığınız YBÜ:.....

7. YBÜ'ndeki çalışma süreniz?.....yıl..... ay

EK 1- Sosyodemografik Bilgi Formu(devamı)

8. Çalışma şekliniz?

- Çoğunlukla /sürekli gündüz Çoğunlukla /sürekli gece
Vardiyalı
 Diğer (açıklayınız)

9. Haftalık ortalama çalışma saatiniz?.....

10. Çoğunlukla her vardiyadaki çalışma süreniz.....saat

- 8 saat 10 saat 12 saat 16 saat 24 saat

11. Günde ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı :.....

12. YBÜ'nde çalışmayı sürdürmeyi ister misiniz/ memnun musunuz?

- Evet Hayır

13. Çalışma ortamını/şartlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- İyi Orta Kötü

14. Aldığınız ücretten memnun musunuz?

- Memnunum Kısmen memnunum Memnun değilim

15. YBÜ'nde görev ve sorumluluğunuz dahilinde olmadığını düşündüğünüz halde yapmak zorunda olduğunuz işler nelerdir?

- kayıt işlemleri teknik arızalar kan gazı alma
 diğer(açıklayınız.....)

16. Çalışma ortamında (hasta bakımı vb.) etik ilkelere uygun davrandığınızı düşünüyor musunuz?

- Evet, her zaman Çoğu zaman Bazen
 Nadiren Hiçbir zaman

EK 2- Hastane Etik İklim Ölçeği Alt Faktörleri

<u>Hemşirelerin Servislerdeki (hasta) Etik İklimi Algılamaları- faktör 1</u>	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Bölümünde güvenli hasta bakımı verilir.					
2. Burada hastaların isteklerine saygı gösterilir.					
3. Hemşire ve hekimler hasta için neyin en iyi olduğu konusunda aynı görüşte olmasalar bile bu bölümde onlar birbirlerinin fikirlerine saygı gösterir.					
4. Hasta bakım problemlerine yaklaşım sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulma şeklindedir.					
<u>Hemşirelerin Yöneticileri ile İlgili Etik İklimi Algılamaları- faktör 2</u>	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Yöneticim güvendiğim biridir.					
2. Hasta bakımı problemlerinden bahsederken yöneticim beni dinler.					
3. Yöneticim hasta bakımı konusundaki kararlarımda beni destekler.					
4. Meslektaşlarım özel bir hasta bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru					

olduğuna karar veremedikleri zaman, yöneticimin onlara yardım ettiğini gözlemlerim.					
5. Yöneticim saygı duyduğum biridir.					
6. Bir hastanın bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremediğim zaman yöneticim bana yardım eder.					

<u>Hemşirelerin Hastane ile İlgili Etik İklimi Algılamaları- faktör 3</u>	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Hastanenin misyonun açık anlamı, hemşirelerle paylaşılır.					
2. Hastane politikaları, zorda kaldığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder.					
3. Bu hastanedeki hemşireler desteklenir ve onlara saygı duyulur.					
4. Hemşireler ve hekimler birbirine güvenirler.					
5. Hemşireler ve hekimler birbirlerine saygı duyarlar.					

<u>Hemşirelerin Meslektaşları ile İlgili Etik İklimi Algılamaları- faktör 4</u>	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Hemşireler, bir hastanın bakım problemini çözmek için gereken bilgiyi kullanır.					
2. Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder.					
3. Hemşireler bir hastanın bakım problemlerini çözmek için gerekli olan bilgilere ulaşabilirler.					
4. Birlikte çalıştığım meslektaşlarım yeterlidir.					

<u>Hemşirelerin Hekimlerle İlgili Etik İklimi Algılamaları- faktör 5</u>	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Ara Sıra Doğru	Genellikle Doğru	Her Zaman Doğru
1. Hastalarımın tedavi kararlarına katılırım.					
2. Çatışma durumlarında açık iletişim kurulur, çatışmadan sakınılmaz.					
3. Hekimler hemşirelere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar.					

4. Bir hastanın bakım problemlerini kapsayan tüm tarafların hisleri ve değerleri, izlenecek hareket/davranış seçilirken dikkate alınır.					
5. Meslektaşlarım hasta bakımı konusundaki görüşlerimi dikkate alırlar.					



EK 3- Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği

Bölüm 1- Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı vermeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta **gerçekleştirilememektedir?**

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. Servisinizde hiç yapılmayan hemşirelik bakım aktiviteleri olduğunda “Uygun Değil” seçeneğini işaretlemelisiniz.

	Hiç bir zaman Verilmi yor	Sıklıkla Verilmi yor	Bazen Verilmi yor	Nadiren Verilmi yor	Uygun değil
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma					
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi					
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					

12.Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13.Ellerin yıkanması					
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
15.İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
16.Her şifte hastanın değerlendirilmesi					
17.Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirilmesi					
18.Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi					
19.Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması					
20.Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi					
21.Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi					

EK 3- Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (devamı)

Bölüm 2-Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri
Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin 1. kısmında işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk				
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)				
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8. Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi				
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)				
10. Gerekliğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması				
11. Gerekliğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması				
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması				
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik				
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu				
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu				
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi				

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK 4- Etik Kurul İzni

vrak Tarih ve Sayısı: 09/01/2019-E.431



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
 Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/ **7**
 Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
 Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN
 Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İlgi : 09.01.2019 tarihli 07 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı Ve Bakım Kalitesi İlişkisi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
 Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
 Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
 İmzalı Aşılı İle Aynıdır.
 09.01.2019

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BeigeDogrulama.aspx?V=BK4P509>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Dekanlığı, Kuruçuk Kampüsü, Kuruçuk, Adapazarı/Sakarya
 Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
 E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



EK 5- Kurum İzinleri



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA İSİM
KALİTE YERİMLİLİK VE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
İZİN BİRİMİ



Sayı :24404279-702.99
Konu : "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik
İklim Algısı ve Bakım Kalitesi
İlişkisi" Hk

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ MAKAMINA

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Filiz KILINÇ'ın başvurusu üzerine "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı ve Bakım Kalitesi İlişkisi" isimli çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Kadınoğum ve Çocuk Hastalıkları kampüsünde, Yenikent Devlet Hastanesi, Toyota Acil Yardım Hastanesi, Hendek Devlet Hastanesi, Akyazı Devlet Hastanesi, Karasu Devlet Hastanesi, Geyve Devlet Hastaneside yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu; Ohurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2019
e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

15 Temmuz Camii Mh. Resmî Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA

Telefon: 0(264)2513550 Faks No: 0(264)2513564

e-Posta: Fatih.Koc1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://sakaryaism.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Fatih KOÇ

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0(264)2513550-55 Dahili : 1508

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden ba490132-6a81-4da0-ac6b-a3022dc1ac27 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5- Kurum İzinleri(devamı)



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 24404279-702.99
Konu : "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı ve Bakım Kalitesi İlişkisi" Hk

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 28/01/2019 tarihli ve 24404279-702.99-48 sayılı yazı.

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Filiz KILINÇ'ın başvurusu üzerine "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik İklim Algısı ve Bakım Kalitesi İlişkisi" konulu çalışmasının hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği konuları dikkate alınarak hastanenizde gerçekleşmesi için alınan olur ilgede gönderilmiş olup yapılacak olan çalışmaya gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Ek: Protokol Formu
Dağıtım:
Sakarya Akyazı Devlet Hastanesi
Sakarya Geyve Devlet Hastanesi
Sakarya Hendek Devlet Hastanesi
Sakarya Karasu Devlet Hastanesi
Sakarya Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Sakarya Toyota Acil Yardım Hastanesi
Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi

15 Temmuz Camii Mh. Resmî Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA

Telefon: 0(264)2513550 Faks No: 0(264)2513564

e-Posta: Fatih.Koc1@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: <http://sakaryaism.saglik.gov.tr/>

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ba490132-6a81-4de0-ac6b-a3022dc1ac27 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Fatih KOÇ

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0(264)2513550-55 Dahili : 1508

EK 6- E-Mail İzinleri

Havva Oztürk <havvaoszturk@hotmail.com>

4.10.2018 Per 16:13

Kime: filiz kılınç <filiz.nys@hotmail.com>

📎 2 ek (109 KB)

etik iklim ölççeği.doc; Ethical Climate.pdf;

Sevgili Filiz,

Etik İklım Ölçeğimizi ve ilgili bilgileri bulabileceğiniz makaleyi ekte size gönderiyorum. Ölçeği kullanabilirsiniz.

Başarılar ve kolaylıklar dilerim.

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

Prof.Dr. Havva ÖZTÜRK
Karadeniz Technical University
Health Science Faculty
Farabi cad. 61080 Trabzon/Turkey

EK 6- E- Mail İzinleri(devamı)

Gönderen: kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu>

Gönderildi: 23 Ekim 2018 Salı 21:09

Kime: filiz kılınc

Konu: RE: The MISSCARE survey

Thank you for your interest in the *MISSCARE Survey*. You have permission to use it if you are willing to send the results (data) so that I can continue to monitor the psychometric properties of the tool. Let me know if you have questions.

Sincerely,

Bea

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD, FAAN

Titus Distinguished Professor of Nursing

University of Michigan

School of Nursing

2703 White Oak Drive

Ann Arbor, Michigan 48103

bkalisch@umich.edu

7342555998 or 7342220920

EK 6- E-Mail İzinleri(devamı)

Gönderen: sduygulu@hacettepe.edu.tr <sduygulu@hacettepe.edu.tr>

Gönderildi: 7 Kasım 2018 Çarşamba 09:53

Kime: filiz kılınç

Konu: Re: İlt: The MISSCARE survey

Sevgili Filiz,

Öncelikle çok çok özür diliyorum gecikme için. Basit bir e-posta iş yoğunluğu nedeniyle gecikti. Ekte survey'i gönderiyorum. Beatrice nin gönderdiği İngilizce versiyondan madde sayıları farklı. Geçerlilik güvenilirlik aşamasında çıkarılan bazı maddeler oldu. En son hali ekte. Bu arada anketin en başındaki soruları da gönderiyorum. İşine yarar belki.

Sevgiler.

Sergül

On 2018-10-31 09:14, filiz kılınç wrote:

> -----

>

> GÖNDEREN: filiz kılınç <filiz.nys@hotmail.com>

> GÖNDERİLDİ: 30 Ekim 2018 Salı 14:53:35

> KİME: sduygulu@hacettepe.edu.tr

> KONU: İlt: The MISSCARE survey

EK 7- Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı:	FİLİZ	Soyadı:	KILINÇ
Doğum Yeri:	ANKARA	Doğum Tarihi:	28.05.1993
Uyruğu:	T.C.	Tel:	05074163040
E-mail:	filiz.nys@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise:	Asiye Ağaoglu Anadolu Lisesi	2011
Lisans:	Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Solunumsal Yoğun Bakım	2015-2018
Hemşire	Sakarya Karasu Devlet Hastanesi Acil Servis	2019-2020
Hemşire	Sakarya Kocaali İlçe Devlet Hastanesi Acil Servis	2020- Halen